



Casa abierta al tiempo

**Universidad Autónoma Metropolitana
Xochimilco**

Maestría de Psicología Social de Grupos e Instituciones
Generación 11 (2014-2016)

“Recorridos Marítimos del Vínculo con La Locura”

Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología Social de
Grupos e Instituciones.

Presenta:

Diego Alberto Bernal Saldaña

Asesor: J. Gabriel Araujo Paullada.

Comité:

Mtra. Lidia Fernández Rivas.

Mtro. Carlos E. Lomas Fernández.

Ciudad de México, Octubre 2017

Índice

Agradecimientos.....	4
Recorridos de la investigación.....	6
Capítulo 1: Memorias del manicomio.....	13
1.1 Diálogo entre historias.....	14
1.2 El acompañante terapéutico.....	47
Capítulo 2: El Océano de la locura.....	59
2.1 La nave de los locos (zarpando)	60
2.2 Desanudando la locura (soltando las amarras).....	66
2.3 La institución de la locura.....	75
2.4 Lógica Manicomial y relación de poder.....	87
2.5 Vínculo y desmanicomialización.....	91
Capítulo 3: La locura en la contemporaneidad.....	107
3.1 El fármaco.....	107
3.2 Sociedades de control.....	110
3.3 Encierro en la ciudad.....	116

Capítulo 4: Metodología.....	121
4.1 Recorridos de la intervención	121
4.2 Del material a las narrativas.....	133
Capítulo 5: El sextante de la locura.....	137
Capítulo 6: Reflexiones finales	152
Bibliografía.....	158
Anexos.....	162
Anexos Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	162
Diario de un Loco Campo.....	168
Anexos Entrevistas.....	179
Entrevista 1.....	179
Entrevista 2.....	193
Entrevista 3.....	211
Entrevista 4.....	216

Agradecimientos.

Hace tiempo que me propongo escribir para ustedes, siempre es para ustedes. Las distintas facetas de mi vida rondan por cúmulos de recuerdos con ustedes. Desde que inicié este camino en la academia, me mantuve firme en dedicar mis esfuerzos a mis vínculos. Tal vez esa sea la implicación en este tema, ustedes.

Primero que nada me gustaría agradecer a mis lectores:

A Carlos Lomas, con quien tuve la oportunidad de trabajar como equipo en un caso de acompañamiento y que me recordó que a veces hay que esperar para que aparezca la persona adecuada, pues sin la pausa que se dio, esta investigación no hubiera sido posible que él la leyera. Habré de confesar que mi intención de su lectura es repensar la tesis, pues creo que es la persona más conveniente para poder ayudarme a seguir este camino. Muchas Gracias Carlos por aceptar el reto.

A Lidia Fernández, quien acompañó el proceso de la investigación con su lectura, con sus apuntes y sus recomendaciones. Su conocimiento sobre los temas de la presente, impulsaron la argumentación con distintos autores, el diálogo y las discusiones. Gracias por exigirme la rigurosidad en mis ideas.

Y a Gabriel Araujo... Apreciado profesor, que me ha acompañado en los distintos procesos de mi formación con risas, preguntas, retos, sugerencias, pero sobre todo paciencia. Gabriel esta es la segunda tesis en que te agradezco y me doy cuenta que no hay suficientes grados, ni tesis para terminar de agradecerte. De nuevo y para siempre, Gracias.

También me gustaría agradecer a mi familia, que durante este proceso se amplió. En especial a mis padres Mario y Nohemí, quienes han apoyado mis proyectos y que me dieron las armas para enfrentar los retos de formar una familia y de luchar por mis sueños. A mi hermano Carlos del que he recibido más de lo esperado y cual aves nos comunicamos en el lenguaje de la música.

A mis viejos amigos, Jano, Luis, Pineda, Emiliano, Jesús, Beto y Ale, Omar, Isaías y los Peralta. Todos ellos han estado conmigo todo este tiempo, son ellos quienes me inyectan de energía para continuar, son risa, son alegría y felicidad, son destellos de otros mundos. Esto es para ustedes que me enseñaron la fraternidad.

A mis nuevos amigos, Edgar y Rafa con quienes cada día descubro un compañerismo inconmensurable y que sus intervenciones, sus palabras y recomendaciones se encuentran en esta tesis.

Por último, te agradezco a ti, mi eterna acompañante que vives día a día el perpetuo porvenir de nuestro amor, de la teoría a los besos y de nuevo a los autores, de la cama al sillón, de tu sonrisa a mis ojos. De ti, de mí, de los dos. Son tus palabras, tus cuidados y tus caricias los que llenan de amor todos los recovecos de mi escritura. Inspirado siempre en ti. Esta tesis es también tuya. Te amo Pamela.

Agradezco especialmente a todos los acompañantes terapéuticos y profesionales que dedicaron algunas palabras para poder tejer esta investigación.

Dedico las siguientes líneas a todos aquellos a los que se les ha impuesto la locura, como si fuese el mal que acecha a algunos cuantos. La Locura es de todos, pues todos estamos locos.

“Hay un largo camino por recorrer. Por lo tanto, tenemos que permitirnos todo tipo de digresiones y entrar en cada uno de los detalles que nos vengan a la mente. Con todo, siempre quedarán muchas cosas por contar” Jack Kerouac, *En el Camino*.

Recorridos de la investigación

Escribo con impetuoso gusto este trabajo por el interés y sobre todo el asombro que me provoca el tema; el asombro en palabras de Raymundo Mier es la manera de conocer, el *centro de conocimiento*. Los invito a sumergirnos en el océano, a dejar de lado todo aquello que nos hace pisar firme, para poder tambalear nuestros saberes y poder acercarnos a la locura.

El recorrido de esta investigación tiene dentro de sus albores un cúmulo de cerdas que se han urdido en un discurso ético y político, en una teoría y una práctica; aunque es muy pronto para capturar la trama acabada, hay que percatarnos de algunas reflexiones e ir las problematizando durante el trayecto, condensando éstas en el planteamiento del problema. Si el campo en el que estamos imbuidos es el de la locura ¿En dónde la buscamos? ¿Quién la posee?

Se propuso primeramente la intervención en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino¹ que forma parte de aquellos pilares con los que comenzamos la indagación; en aquel momento se planteó el proceso de desmantelamiento por deshospitalización estatal y la interrogante era precisamente sobre sus efectos en los sujetos alienados a éste. Encontramos que el tratamiento de encierro fue reducido, supliéndolo con programas de rehabilitación psicosocial en una indeterminación y contraste disparatado con las prácticas de psiquiatría tradicional que sucumben al principio de normalización del loco; es decir, en tanto sean montadas como enfermedad, las manifestaciones de la locura serán colocadas como malignas al ser, ello crea el estatuto necesario para su intervención por parte de los

¹ Dentro de los anexos se encuentran algunas notas, descripciones e intercambios que se sostuvieron con esta institución. Anexos Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, neurólogos, etcétera), quienes ostentan la jerarquía para representar la locura ante los demás a partir de su intervención con los sujetos, por medio del discurso y la mirada clínica. Es verdad que es esta relación entre la institución y sus usuarios, entre el profesional de la salud mental y su paciente, en su dimensión de vínculo, el que vertebralmente constituye esta investigación; desde su comienzo es rotunda la presencia de un compañero inseparable del loco, es el Sancho que refrán con refrán intenta reconducir la emociones del loco Quijote, y cuando menos da cuenta, está junto a él a lo largo de la historia.

Como les venía diciendo, el planteamiento sobre las relaciones entre profesionales y pacientes, como portavoces de un discurso institucional de posibles fracturas, capturó mi interés hasta plantear mi intromisión dentro del hospital parcial del Fray Bernardino. Creía poder descubrir las formas de las relaciones sociales configuradas por la institución, por lo que el espacio apareció como elemento base de aquella, en la que el adentro y el afuera eran convocados por el dispositivo hospitalario. Congregaba ahí el vínculo como concepto, en su dimensión de resistencia, de lucha ante la operatividad de las prácticas manicomiales, mediante el desmantelamiento de la totalización del sujeto en un establecimiento, éste tendría otros espacios de adscripción y dicho juego de espacios provoco conceder a la ciudad un papel fundamental en el que el sujeto paciente del servicio de hospital parcial ya no se encuentra totalizado por lo muros, aunque sí por las prescripciones y el diagnóstico.

En la calle me encontré con algunos personajes que referían ser pacientes de este hospital. Sin duda el discurso institucional del fármaco y de la esquizofrenia como enfermedad sostenía parte de sus comunicados, ayudando a dar cuenta de la extensión del hospital por medio de las prescripciones. El metro de la ciudad nos proveyó de una escena bastante interesante en la que un señor recorría los vagones pidiendo dinero para su medicamento, ahí es la aparición del loco bajo el amparo del discurso hospitalario que lo modela y lo representa ante los otros usuarios del metro. Y aunque el muro del hospital quedó varios kilómetros atrás, este hombre al enseñar su receta firmada y sellada, en un amparo (está enfermo) y una sentencia (está loco) simultáneamente imbricadas, revela la extensión de la institución. Así aparece la lógica manicomial en su operatividad y fuera de los muros, como concepto clave

que nos permite pensar la plasticidad del imaginario social de la locura y del constante intento de dotación del sentido.

Entonces bien, ¿Cómo opera la lógica manicomial? Aquella pregunta me llevó por indagar sobre la notoriedad de esquemas generadores de prácticas entre los sujetos, es decir, como constitutiva de todos en tanto inscripción subjetiva de la institución del manicomio. Esto llevó a un supuesto metodológico: Si opera en todos, tendría que ir a buscarla en donde se proyecta con mayor fuerza.

Desde mi punto de vista me parece que fue un error metodológico, en tanto que no apuntamos a la lógica, sino a la tensión entre ésta y la desmanicomialización, en otras palabras, desde el planteamiento de la intervención en el hospital pudiésemos haber visto cómo la lógica en su fuerza somete a la locura. Debido a la emisiva del hospital salimos a la ciudad y en la reconstitución del dispositivo se tuvo que priorizar no sólo la tensión manicomialización-desmanicomialización sino su sostén, es decir, las relaciones y los vínculos sociales. Es por ello que podemos ir mencionando desde ahora que esta investigación se coloca en los profesionales de la salud mental que se encuentran en permanente relación con los enfermos mentales por la ciudad, los Acompañantes Terapéuticos (AT desde ahora) quienes se presumen como “*maquinaria de vinculación*” con la locura.

A manera de remembranza les invito a dar lectura al Anexo Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en donde trato de mostrar el encuentro con aquella institución, se discierne nítidamente el contraste de pensamiento sobre la locura entre esa institución y esta investigación, lo que desembocó en mi salida de aquel campo. Las capturas del Fray Bernardino nos permiten dar cuenta de algunas elucidaciones, sobre todo del discurso psiquiátrico y por consecuente del uso farmacológico, tema de relevancia social, teórica, clínica y ética.

De increíbles implicaciones es el replanteamiento por la salida del hospital, pues ya no sólo se asume la operatividad de la lógica en el establecimiento, sino en las relaciones entre los sujetos. Por ello a partir de este momento la locura cobra un estatuto ético, político y

conceptual más consolidado. El desanudamiento como concepto de la locura nos procura un punto lógico, la exorbitante extrañeza del lenguaje que es un primer acercamiento a complejiza el tema, proponiendo entonces que la lógica manicomial es efecto de la locura otorgándole a ésta una fuerza de repulsión que va contra esta última. Procurando mantener aquel estatuto, intento sostener que darle sentido a la locura es operar bajo la lógica manicomial y ello nos llevaría al paliativo de una investigación que simula pulsar hacia la locura, encubriéndose en la psicosis, por ejemplo.

Y es que la psicosis, el autismo, la depresión son nosografías clínicas que revelan coordenadas de encuentro entre los síntomas, es decir, tratar el tema de la locura desde esta dimensión clínica supondría a esta investigación de psicología social ser proclive a pegotearse a los discurso y quehacer clínico; y para esta investigación es todo lo contrario, en tanto, punto lógico, la locura es mítica y constitutiva de todos, por lo que podremos dar cuenta de una potencia que no se deja inscribir, y es desde ahí donde pivoteamos.

Por ello fue necesario recurrir al vínculo –anudándonos al concepto de locura por medio de un concepto lazo que será el vínculo- que es, el que nos da noticia de una relación distinta con la locura del otro y de uno mismo, como el encuentro entre dos sujetos en todo su estatuto, tensionando con la lógica manicomial pues ella supone un poder en ejecución, una relación de dominación sobre la locura. El vínculo supondría darle lugar a la locura, no dominándola. ¿Cómo o en qué momentos nos vinculamos con la locura? ¿Cómo la sometemos, la encerramos, si no es en muros?

Es entonces que la investigación reviró al AT que aparece como alternativa al internamiento, como profesional que opera en una relación con algún sujeto en la ciudad, este dispositivo es la apuesta de una relación con un sujeto, la cual es de doble implicación, pues aparece por un lado como un tratamiento sobre el otro, al llegar como extranjero contratado por la familia o el equipo clínico y en ese sentido sería una relación de profesional de la salud-paciente, aunque por otro lado el dispositivo es desbordado y subvertido por las calidades del vínculo que aparecen en la medida de los intercambios y las interacciones, es en esta tensión en donde se subvierte la lógica y al mismo tiempo logra su mayor apego policiaco.

La posibilidad de encerrar a alguien sin un establecimiento nos trajo aquí, desde el manicomio hasta el AT a través de la lógica manicomial en la que reconoceremos en el recorrido algunas figuras de la Castañeda teñidas por lo años, restauradas y hasta ampliadas, en las que obturando más el lente encontramos restos del manicomio en los procesos de subjetivación a través del aparataje imaginario que sofoca la locura y éste opera por igual en los sujetos adscritos en el orden simbólico, pero hay algo de ineficacia en lo simbólico, es decir, éste no alcanza a dotar de sentido a la potencia del sin-sentido y es esta tensión la que estamos reflexionando.

El AT en tanto tecnología nos permite colocarnos en el plano de la Ciudad de México y en su tránsito, por lo que es necesario dar cuenta de cómo opera la lógica manicomial en aquel portavoz de los dispositivos clínicos que no da cuenta de que tiene las armas afiladas para poder encerrar sin muros, aunque será su confianza en la lógica la que se verá quebrantada en el encuentro con las formas de la locura y cada una le sugiere una respuesta ética. La locura, veremos, es intensidad que quiebra y resiste a la lógica manicomial con el sin-sentido, por eso no podemos entrevistarla, no podemos esperarla, pues es irruptora, sólo podemos traer el mito de la locura para explicar un momento lógico en el cual el ser se desvincula, se desanuda.

Planteando la problemática:

La reflexión de la investigación se orienta a elucidar y comprender la tensión de lógica manicomial-desmanicomialización. Pretendiendo dar cuenta de las posiciones y discursos de los acompañamientos terapéuticos, vistos desde la perspectiva de la contemporaneidad. Es la figura del acompañante terapéutico donde se encarna la intensidad de la manicomialización (encerrar a alguien sin establecimiento) y al mismo tiempo en tensión, el reconocimiento del otro, que puede subvertir la lógica manicomial proponiendo horizontes de desmanicomialización a través del vínculo.

La relevancia de esta investigación atraviesa las reflexiones de la locura en las ciencias sociales y en particular de la psicología social, el estatuto de desanudamiento nos permite obtener y convocar los procesos de subjetivación en un mito lógico. Nos permite quitar etiquetas y diagnósticos clínicos que contaminan la investigación, en psicología social, al manicomializar la locura. Como veremos en los apuntes sobre contemporaneidad, la tendencia al dominio racional como significación imaginaria social se coloca con ferocidad ante la locura, así como el uso farmacológico, el AT es proclive a rutinizarse, a convertirse en la panacea de control sobre los sujetos a los que se le impuso la locura.

La puesta en común de la locura nos habla entonces de un vínculo con ésta y de una repulsa a los procesos de subjetivación en una tensión generadora de efectos y afectos, es entonces que me pregunto **¿Cómo opera la tensión de la lógica manicomial-desmanicomialización en el acompañante terapéutico en la ciudad de México?**

Como objetivos tenemos:

- Mostrar la operatividad de la lógica manicomial y su tensión con la desmanicomialización
- Generar reflexiones que develen el aparataje simbólico-imaginario que envuelve a la locura.
- Puntuar la desmanicomialización como calidad del vínculo con la locura.

El campo de esta investigación, como hemos visto, es concentrado en distintos dispositivos que a continuación serán reflexionados. Los discursos de los AT son la guía con la que enfocaremos para re-elevar los objetivos.

A continuación les presento como primer apartado un diálogo entre historias que tiene como objetivo mostrar la decantación de la lógica manicomial a través del recorrido histórico, para más tarde encontrarnos con la historia de los AT que devela su construcción y sus implicaciones en nuestro país.

Seguimos el recorrido con el capítulo teórico que va desde la historia de la locura, que subvertimos como la historia de la razón sobre la locura para más adelante delatar el estatuto de locura que se procura en este texto. Dos polaridades (la razón y la locura) que nos permiten

adentrarnos en la institución de la sociedad y en los procesos simbólicos e imaginarios que denuncian la demanda de la sociedad y la intensidad del sin sentido. Acabamos el apartado teórico con la propuesta de vínculo y desmanicomialización que tendrá peso importante en nuestras reflexiones.

A modo de interludio, presento el capítulo de la locura en la contemporaneidad que nos permite aproximarnos al panorama actual de la utilización del fármaco, haciendo una crítica a los conceptos de salud-enfermedad mental para los que se han gestionado las tecnologías de control que nos permiten suscribirnos a la necesidad de salud, por tanto hablamos de las sociedades de control, aquellas en las que las tecnología se convierten en parte del cuerpo como los AT. Para finalizar el capítulo les propongo una reflexión sobre la ciudad en la que se encuentra el quehacer de este profesional de la salud mental, andar en la ciudad entonces se convierte en una práctica sobre el espacio mismo que configura las relaciones sociales.

El penúltimo capítulo tiene por cometido, hacer el recorrido metodológico, las herramientas utilizadas y el posicionamiento ante los datos que construimos. Para finalmente en el capítulo cinco revelar nuestro aparato de navegación que nos permitió interpretar y analizar los discursos de los AT desde la tensión propuesta en el planteamiento del problema. El último capítulo es una reflexión a modo de conclusión de la presente sobre los resultados obtenidos, llena de impresiones y de un porvenir de otras investigaciones.

Capítulo 1: Memorias del manicomio

“Las rejas del Apando, son las rejas de la ciudad, y las rejas del país y las rejas del mundo, la cárcel no es más que un reflejo condensado de la sociedad”

El Apando, José Revueltas.

En el presente apartado los invito a sumergirnos sin escafandra en el mar de los recuerdos, del que no tenemos fondo pero que hemos logrado imbornal² en diálogos para una lectura que desemboque en la lógica manicomial, misma que opera en gran parte del océano de la locura. A babor tenemos la creación del manicomio y a estribor la consolidación de un proyecto, dos historias que se imbrican en una institución y que es importante hacer emerger las confluencias en el establecimiento La Castañeda del que habría que capear³ sus transformaciones y sus recorridos. Sin embarrancarnos⁴ recorramos la carta náutica⁵ que propuso la creación del manicomio como proyecto de modernización en México.

El cuadro surge de la importancia de partir la historia, y mostrar las historias, particularizar y contextualizar la ubicación de esta investigación, además de mostrar los fiambres que se tejen entre éstas, es importante hacer mención que en la contemporaneidad y debido al proceso de globalización estas historias son superpuestas y empiezan a contar como una sola. La intención de este momento de la investigación es consolidar los procesos institucionales en México sin dejar de lado su acatamiento a los procesos internacionales.

Advertencia de lectura: Les propongo recorrer primeramente “El manicomio” a manera de obtener algunos trazos importantes sobre la institución de la locura para más tarde ubicarlos en “La Castañeda”.

Otra forma de lectura que les propongo es una un poco más dirigida, en la que puntualizaré con una nota cada viraje entre las partes. Para esta lectura comenzaremos en “La Castañeda”.

Por supuesto queda a su criterio la forma de lectura, optando o no por lo propuesto.

² Imbornal: Orificio practicado en algún miembro estructural para permitir el paso del agua. Diccionario Náutico.

³ Capear: Una de las formas de navegación con mal tiempo, consistente en tratar de presentar la amura al mar lográndose un movimiento de deriva lenta y controlada. Diccionario Náutico.

⁴ Embarrancar: Varar, clavándose el barco en el fondo. Diccionario Náutico.

⁵ Carta náutica: Representación gráfica de una extensión de agua y la costa con indicación de todos los datos de interés al navegante. Equivale al mapa de uso terrestre. Diccionario Náutico.

1.1 Diálogo entre historias.

El manicomio

La Castañeda

<p>La invención del cerco manicomial surge en el apogeo de las instituciones disciplinarias, dispositivo de inclusión y exclusión, que pretende por medio de protocolos la corrección del alma y el cuerpo. Esta institución tuvo por compañera a la penitenciaría, no podré ocuparme en este texto del derecho penal pero es interesante hacer notar que la cárcel y el manicomio surgieron paralelamente como: <i>espacios físicos contruidos para la conminación y el resguardo</i>⁶, negándoles la libertad a los sujetos que cometen algún prejuicio contra la sociedad, dichos espacios son establecimientos que contienen los mismos criterios de control y parecidas dinámicas de poder/resistencia.</p>	<p>Adentrémonos en el recorrido ominoso de los acontecimientos que inscriben y marcan, delinean y suturan la memoria colectiva de la locura en México. Comencemos en el manicomio con el fin de identificar más adelante la lógica con la que operó esta institución.</p> <p>En Septiembre de 1910 el entonces presidente, Porfirio Díaz inauguró el Manicomio General “La Castañeda”⁵⁰. Díaz como figura política toma su importancia al desatar un magma de anhelos occidentales en un México sacudido por guerras intestinales. ¿Cuánta Francia había en México en esos días?</p>
---	---

⁶ Araujo Paullada, Gabriel “*La cárcel como pedagogía totalizante*”, TRAMAS 5 Instituciones totales, Junio 1993.

⁵⁰ Fue inaugurado con 350 hombres del Hospital para dementes de San Hipólito y 429 mujeres provenientes del Hospital del Divino Salvador, mismos que provenían de la época de la colonia. “La Castañeda” albergó a alcohólicos, prostitutas, dementes, degenerados, homosexuales, etc. Poco a poco se fue poblando por estos sujetos con comportamientos “amorales”, el diagnóstico era “epilepsia” aunque nunca presentaran alguna convulsión, con el simple hecho de presentar comportamiento o mejor dicho carácter de epiléptico eran sospechosos de enfermedad mental o delincuencia. El saber médico psiquiátrico se regía bajo la lógica del “degeneracionismo” (atentado contra la moral): En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud se conservan los expedientes de 61480 pacientes que pasaron por La Castañeda.

<p>“El manicomio fue desde el comienzo la torre de los pobres, el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad; se trata de practicar el ideal del orden por medio de la segregación de la marginalidad (...) El manicomio marca el límite interior-externo. Y El muro restablece la polaridad de los espacios públicos y privados”⁷</p> <p>Postel y Quérel⁸ nos comentan sobre los rituales hebreos en el Renacimiento, en donde al loco se le atendía hasta que amenazaba la paz o el orden público, entonces serían expulsados de la comunidad. El gran vagabundeo que saturaba la imagen de la modernidad con la indigencia, tuvo que abrirse paso por medio de lo que Foucault puntualizó como el Gran Encierro, los hospitales generales atendidos por los frailes y enfermeras/monjas; sus condiciones y terapéuticas son la imagen grotesca del abandono y las imposibilidades</p>	<p>Quizá los restos de aquellas instituciones aún nos puedan contar algo de la intensidad con la que penetró el espectro francés⁵¹ en la cotidianidad mexicana, a causa de la centralización del poder en la figura presidencial: <i>Corregir y reformar</i> era la función del Estado.⁵² Para ello se desplegó, a través de las prácticas discursivas, una ilusión de progreso por medio de la industrialización, maquinizando el territorio, en una parodia de los modelos institucionales francés y alemán, perpetuando el vasallaje de la mercantilización de los discursos “<i>hacia el progreso</i>” con el occidente ¿qué progreso y hacia a dónde?</p> <p>Zenia Yébenes a través de su recorrido histórico nos sitúa en 1867 en la separación entre la Iglesia y el Estado, donde surge un nuevo orden de las cosas; las instituciones se expropiaron en un afán de someter a la <i>razón</i> del Estado a la Nación.⁵³</p>
---	--

⁷ Galende Emiliano “*De un Horizonte Incierto-Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual*”, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997, p. 68

⁸ Postel J., Quérel C. “*Historia de la psiquiatría*” Fondo de Cultura Económica México 1993

⁵¹ Si bien menciono a Francia a manera de desprendimiento de Porfirio, hablo precisamente del pensamiento occidental y por tanto europeo.

⁵² Ley de la asistencia privada en 1899. Función del Estado que cometía usufructo a las congregaciones religiosas y la caridad.

⁵³ Efectivamente la historia de México nos puntúa una línea muy importante; el proyecto de nación nació después de las contingencias bélicas y hostiles en el interior de México. La nación había perdido su territorio años atrás, por lo que con la industrialización se marcaron las fronteras y la clasificación de los estados. No sería fácil pues la lucha continúa hasta la revolución. El Porfiriato como un periodo de latencia en la que la

<p>del médico general del asilo y de los frailes por someter la locura y reconducirla al orden. ¿Podremos entonces comenzar con el supuesto sobre el manicomio, como el lugar de los expulsados de sus comunidades o de sus familias?</p> <p>La creación del manicomio se vigoriza en el alienismo de Pinel y Esquirol, quienes lograron consolidar la institución psiquiátrica a modo de suplencia del antiguo asilo. Promoviendo una ley para la creación de los lugares <i>donde habita la manía</i>, semilla que más tarde germinó en la creación de estos establecimientos en Europa y más tarde en América. En 1838 es aprobada la <i>ley sobre alienados</i>⁹, con la que el director de un asilo o los médicos de este establecimiento podrían decidir la privación de la libertad a los sujeto con el argumento de peligrosidad. Comienza así la polaridad</p>	<p><i>“Separada la Iglesia del Estado, era necesario que el poder público cumpliera con la obligación de la instrucción, la cual debía inculcar en la conciencia de los sujetos la necesidad de orden y, sobre todo, del nuevo orden de las cosas”</i>⁵⁴</p> <p>Previo al Porfiriato se consolida el ascenso al positivismo en México, en las décadas de 1860 y 1870⁵⁵ como doctrina universal, <i>la nueva moral</i> se hacía imprescindible para la construcción de la nación, en tanto que se entendía por ésta, no sólo la parte afectiva o psíquica, sino los principios éticos y las buenas costumbres. <i>“Educar bajo los criterios positivistas consistía en desarrollar una gimnasia moral que haría predominar los buenos instintos sobre los malos”</i>⁵⁶</p>
--	--

industrialización nos entretenía. El territorio comenzaba a volverse importante para la infraestructura, por ello a territorialización de México marca la conexión vía ferrocarril en todo el país.

⁹ *“Los desdichados alienados, unas veces se ven arrojados a calabozos para prevenir los peligros que su vagabundeo podría ocasionar. Otras veces son abandonados en vía pública, espectáculo digno de compasión, que ofende, a la vez, a la humanidad, al orden social y a las buenas costumbres”*. La ley entró en vigor en 1839, Postel J., Quérel C. *“Historia de la psiquiatría”* Fondo de Cultura Económica México 1993 p. 174

⁵⁴ Yébenes, Zenia *“Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo”* Gedisa 2001. p. 74

⁵⁵ La primer tesis de medicina dedicada a lo que posteriormente se le llamará psiquiatría es de Agustín A. Roa en 1870 *“Consideraciones generales acerca de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales”* con dedicación a Gabino Barrera introductor del positivismo en México. La psiquiatría como especialidad se instauró hasta 1906. Yébenes, Zenia *“Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo”* Gedisa 2001

⁵⁶ Yébenes, Zenia *“Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo”* Gedisa 2001. p.115

<p>tacita de la relaciones ahí dentro. Se constituye, por dicha ley, a colocar al médico como custodio y cuidador del loco. <i>“Por una parte, se trata de encerrar a los individuos que pueden causar daño a la sociedad; por otra, se trata de proveer medios de curación”</i>¹⁰</p> <p>Es aquí en donde hay un importante cambio de paradigma, los médicos serán los encargados de resguardar de su peligrosidad al enfermo mental.¹¹ <i>“Pasándose de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la iglesia, a un tratamiento compulsivo de los enfermos”</i>¹²</p> <p>Emiliano Galende lo ubica como un cambio epistemológico importante, porque es aquí en donde la psiquiatría se convierte en la única disciplina capaz de entender estos trastornos mentales, <i>“desde entonces empezamos a llamarlas enfermedades”</i>¹³. Este tema será recuperado en otro capítulo, pero desde ahora les invito a pensar que el loco no siempre estuvo enfermo.</p>	<p>La crianza del nuevo orden resultaba algo difícil de asir, pero desde entonces y sobre todo en el Porfiriato, que comenzaría más tarde de la secularización, se integró a la sociedad mediante la violencia dictatorial y el discurso positivista. <i>Orden y Progreso</i>, era el proyecto nacional y radicaba significativamente en hacer cumplir la norma. Como ejemplo, la construcción de la Castañeda y Lecumberri, como muchas otras instituciones en ese tiempo, lugares de gritos y silencios, donde la mezcla de los sonidos con el tiempo es tan densa que se satura, lugar de vivos y de muertos, de enfermedades inventadas y de culpables inocentes, el apando.</p> <p>Nota 1: Comenzar a leer <i>El manicomio</i> hasta la siguiente nota.</p> <p>Entre 1910 y 1920 las familias preferían abandonar a sus locos y encerrarlos, temiendo el estigma sobre la posible delincuencia o comportamiento “amoral” que presentara; la policía tenía el decreto de procurar el orden dentro de la ciudad por lo</p>
--	---

¹⁰ Postel J., Quérel C. *“Historia de la psiquiatría”* Fondo de Cultura Económica México 1993 p.173

¹¹ Las primeras instituciones en atender a estos sujetos fueron las congregaciones religiosas, la caridad era la vía en que el filántropo o el religioso conseguirían la salvación. Hasta la aparición del Estado reformista y su marcada política de asistencia. Comenzaron el surgimiento de instituciones públicas, el enfermo mental paso de ser atendido por los psiquiatras que suplieron a los frailes.

¹² Stolkiner, A y otros, *“Políticas en salud mental”*, Lugar Editorial, Buenos Aires 1994

¹³ Galende, Emiliano, *“Desmanicomialización institucional y subjetiva”*, Conferencia dictada el 26 de agosto de 2008 en APdeBA Ciclo de conferencias sobre desmanicomialización.

<p>La psiquiatría de esa época explicaba la mayoría de los comportamientos del loco como una “<i>degeneración</i>”¹⁴. La teoría de la degeneración es homologada por el derecho penal y el delincuente es, al igual que el loco, un degenerado, imponiéndolo como sujeto peligroso, en una mezcla homogénea con el criminal.</p> <p>La psiquiatría creía necesario atender a este actor social buscando su normalización mediante prácticas terapéuticas. Aparte del encierro en el establecimiento manicomial y del sadismo con que diseñaba dispositivos (las lobotomías, los golpes, los chorros de agua a presión, sumergir la cabeza en agua, el encierro de la cabeza con una caja de madera, etcétera) para apaciguar a sus locos, surgió una práctica fundamental en la psiquiatría y que caracterizó al alienismo, el trabajo. Algunos de sus pacientes que consideraban con mayor estabilidad, eran incitados al trabajo artesanal o agrícola. El trabajo fue valorado como una forma de</p>	<p>que indigentes, prostitutas y ebrios eran cooptados en el manicomio. Uno de los ingresos del primer año de la Castañeda fue el siguiente: “<i>Sara Santos detenida en la calle de Mesones, en 1910: Mujer de 18 años de edad, mexicana, detenida por vestir de rojo y medias acanaladas negras, blusa de satín blanco, desgarrado por el frente, dando un espectáculo inmoral pues se asomaban los pechos</i>”⁵⁷</p> <p>Ríos Molina⁵⁸ recupera el caso de Luz (1920) de 17 años, quien ingresó al nosocomio durante dos meses debido a que su madre interpuso una orden ante un juez:</p> <p>“<i>El padre parece haber sufrido ataques epilépticos y murió atropellado por un tranvía. [A ella] le gusta el vino y ha tomado en ocasiones hasta embriagarse.</i>”⁵⁹</p> <p>Efectivamente las familias entonces tendrían un papel fundamental por la complicidad con la institución manicomial y jurídica como el caso de Luz; aunque</p>
---	--

¹⁴ La teoría degeneracionista fue planteada por el médico Francés August-Bendict Morel (1809-1873). Él argumentaba que la raza se “degeneraba” debido a actividades o hábitos nocivos al organismo, que serían heredados a los hijos. Esto último tendría a la epilepsia, la locura o la delincuencia por su “anormalidad”. De manera que se hacía perentorio cuida y aislar a los “enfermos” para que no contaminasen a la sociedad.

⁵⁷ (AHSS Manicomio General Expedientes Clínicos, 1910:58-59)

⁵⁸ Ríos Molina, Andrés “*El Manicomio General La Castañeda en México*” *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2009. URL: <http://nuevomundo.revues.org/50242>

⁵⁹ *Ibíd.*

<p>moralización de los sujetos, en tanto los volvía productivos.</p> <p>Postel y Quétel¹⁵ nos comentan la importancia de la tesis que sostiene Pinel, en tanto que busca la articulación entre filosofía y medicina, y que con sus apuntes morales difuminó la diferencia entre alma y cuerpo “<i>Estos teóricos de las pasiones y estos moralistas servirán también para la cura</i>”¹⁶. Pinel afilia entonces, como principio de la locura a las pasiones, en el sentido aristotélico, el equilibrio de éstas, teniendo la exaltación de éstas como locura.</p> <p>En el tratamiento de la locura el médico, creía poder adoptar una actitud de comparecencia y esperanza, dando por efecto, “<i>él quien dé la esperanza en la curación y quién permitirá esa conversión en virtud de la cual el paciente adopta el sistema de creencias del terapeuta</i>”.¹⁷</p> <p>Dichos autores nos proponen que una mirada sobre la figura de <i>omnipotencia médica</i> y <i>seducción autoritaria</i>, descansa en un sistema simbólico de valores</p>	<p>ahora podremos decir que existían otros dos conjuntos de personas que no eran llevados por su familia a La Castañeda, es decir, que no estaban por imposición familiar. Estaba el conjunto de los indigentes o las mujeres <i>inmorales</i> como el caso de Sara, quienes eran llevados por policías, siendo éstos los que evaluaban el discurso y la imagen, confinándolos como locos; y el último conjunto, que en esta época era la mayoría, serían los provenientes de los hospitales generales.</p> <p>Alberto Carvajal⁶⁰ propone una línea importante en su revisión de los expedientes, las mujeres, aunque bien podría extenderse a los hombres, muchas de ellas provenientes de los hospitales generales, quedaron sin historia debido al interrogatorio del médico y sus apuntes, los protocolos institucionales sólo dejaban lugar. “<i>a (la) falta de historia que nos conduzca a la biografía de estas mujeres, la historia de cada loca se fabricó con la historia natural de la enfermedad mental o/y, segunda, el manicomio se convirtió para estas mujeres, en la continuidad de</i></p>
--	--

¹⁵ Postel J., Quétel C. “*Historia de la psiquiatría*” Fondo de Cultura Económica México 1993

¹⁶ Postel J., Quétel C. “*Historia de la psiquiatría*” Fondo de Cultura Económica México 1993, P131

¹⁷ *Ibíd.* p.147

⁶⁰ Carvajal, Alberto “*Mujeres sin historia: Del hospital de La Canoa al manicomio de La Castañeda*” *Secuencia*, 2001, 51, septiembre-diciembre, 30-55.

propuestos por la sociedad en donde se condensa el principio moral y científico de la distinción entre normal y patológico. “*El fin es “normalizar” al enfermo, y para el médico no es dudoso que sólo él sepa lo que es la normalidad y los medios para llegar a ella*”.¹⁸ Lo patológico es lo que queda sesgado de la media dentro de un marco pedagógico y la pregunta es sobre el cómo transmitir o implantar la moral, en tanto que apunta a la normalización.

Nota 2: Seguir leyendo “*La Castañeda*” a continuación de la nota 1.

Aquella práctica alienista moralizante comenzó a perder potencia, el degeneracionismo era foco de críticas y los vacíos de las nosografías de Esquirol eran reclamados por la nueva figura que surgía. El psiquiatra comienza a separarse del alienismo, emergiendo en alianza con la medicina y la neurología particularmente, y por otro lado con la psicología, siendo notorio en un congreso de alienistas en 1894 que se dividió en alienistas y neurólogos. Así, la tendencia a la neurología en Francia se vio remarcada en una apuesta por la ubicación de la locura en la

una vida asilar que se inició en el hospital de La Canoa.”⁶¹ La problemática que nos puntúa el autor no sólo es sobre la falta de datos históricos biográficos en los expedientes sino en la construcción misma de la locura por medio de los escritos médicos, es decir, se trata de *cuerpos sin historia*.

*“Entendemos por historia, el tejido que fabrica el hacer de los hombres y de las mujeres, tejido cuyos alambiques profundamente subjetivos fabrican lo social.”*⁶²

Dentro de su recorrido el autor no presenta algunos historiales clínicos muy particulares, además de los datos que tenía como requisito el formulario oficial de la Canoa y la Castañeda, en los que se preguntaba sobre el factor hereditario y la descripción de los delirios. Los médicos entonces olvidaban construir una historia y se limitaban a la descripción del comportamiento.

“Actualmente es una enferma muy tranquila, inofensiva, constantemente está hablando palabras y frases que constituyen

¹⁸ *Ibíd.* p148

⁶¹ *Ibíd.* pp. 31-33.

⁶² *Ibíd.* p48

<p>enfermedad nerviosa, en el cuerpo como organismo y no en el alma.</p> <p>Ya por 1900 comienza la crisis del modelo asilar, mientras en México, aún no se tenía el primer manicomio, en otras partes del mundo (EUA principalmente.) se discutía el movimiento <i>Open Doors</i>, el cual pretendía hacer entrada libre a los hospitales psiquiátricos. Se acrecentaba el conocimiento de los escritos psicoanalíticos con la visita de Freud en 1912 y de la psicología experimental alemana. En 1920 se funda la Liga de Higiene Mental en Norteamérica que sobre todo se enfocaba en el tratamiento a veteranos y la prevención de enfermedad mental en los soldados. En 1922 en el hospital Henri Rousselle se decreta la hospitalización abierta que implica la consecución de consultas. <i>“El psiquiatra ya no es un guardián-terapeuta; se ha convertido en mediador entre la locura y la sociedad”</i>¹⁹ Debido a la insuficiencia de recursos económicos en los hospitales, pero sobre todo de la imposibilidad de normalizar a algunos loco, los psiquiatras norteamericanos optaron por</p>	<p><i>incoherencias, habla de todo lo que ve, todo lo que excita sus sentidos, hay verdadero automatismo cerebral, procura sin embargo hablar con corrección con todas las personas, tiene buena atención, su memoria no existe. Doctor Bernardo Martínez Baca. Diciembre de 1923”</i>⁶³</p> <p>Los cuerpos abandonados, que nos propone nombrar el autor son aquellos con los que el médico de La Castañeda se encontró y de los que sólo pudo rescatar aquellas manifestaciones exteriores que irá modelando a partir del paradigma biologicista en síntomas, creando así las representaciones, a través de nosografías, dotando de una imagen de la locura, tanto a ellos como a la sociedad.</p> <p>Rivera Garza⁶⁴ pionera en el reconstrucción de la cotidianidad de La Castañeda nos comenta sobre las medidas higiénicas tomadas por los médicos y recalca como la más características el rapado de cabello tanto a hombres como mujeres, en una homogenización de los usuarios que se repartían dentro de los 5 pabellones</p>
---	--

¹⁹ Postel J., Quérel C. *“Historia de la psiquiatría”* Fondo de Cultura Económica México 1993 pp.471

⁶³ Carvajal, Alberto *“Mujeres sin historia: Del hospital de La Canoa al manicomio de La Castañeda”* Secuencia, 2001, 51, septiembre-diciembre, p.43.

⁶⁴ Rivera Garza, Cristina *“La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930”* Tusquets 2010

<p>dar permisos de salida a sus pacientes, aun a sabiendas de que retornarían a otro internamiento por contingencias, por ello optaron por consolidar la liga de higiene y otras campañas de seguimiento a los pacientes dados de alta, sobre todo a los veteranos.</p> <p>Durante un largo periodo la psiquiatría se encontró vacilando por un lugar al separarse del alienismo que se desprendía de la institución en los movimientos de puertas abiertas. Estos médicos se mostraban en disputa por una identidad, que desde 1937 con el nombramiento de Hospital Psiquiátrico al antiguo asilo, no le reconocía la sociedad. Y fue hasta 1945 con los comienzos del arsenal farmacológico que, aunque lento, el psiquiatra se hacía un lugar jerárquico en la sociedad. Pasaron unas décadas hasta que se erigió la envergadura de médico-psiquiatra. Es entonces un momento en donde la psiquiatría hace malabares para poder sostener su postura organicista sin dejar el trabajo moral alienista. Nos comenta Emiliano Galende²⁰ que en los años cincuenta emerge un reordenamiento de la psiquiatría sobre el</p>	<p>(peligrosos, imbéciles, pacíficos, sección A y sección B) de la Castañeda. Para la autora la construcción de la imagen del loco pasa por los expedientes (lo que dice el médico) y por el cuerpo, que no nos muestra sino la necesidad del Estado por marcar la norma dando lugar e imagen a la anormalidad.</p> <p><i>“El mensaje que enviaba a la sociedad era el de un futuro prometedor el cual el aislamiento de los enfermos impediría el contagio biológico y moral de los ciudadanos sanos”⁶⁵</i></p> <p>Las palabras “loco” e “irracional” marcaron por su intensidad parámetros conductuales de los cuerpos y parámetros gramaticales en los discursos, que sumados daban la imagen del loco. ¿Cuál fue el impacto del mensaje Estatal por medio de la imagen de la locura?</p> <p>Entre 1920 y 1950 se consolidó la educación física y el trabajo como “novedades” terapéuticas, se creía que el trabajo era el medio más eficaz para devolver la razón a los enfermos, operando como moralizador. El término de moralización designa estrategias de sumisión “<i>de las clases</i></p>
--	--

²⁰ Galende, Emiliano *“Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica”* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990

⁶⁵ Rivera Garza, Cristina *“La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930”* Tusquets 2010 pp. 25

<p>concepto de “la mente”. Además la irrupción y develamiento del sociólogo E. Goffman muestra “<i>la creación de una nueva patología por el internamiento</i>”²¹, lo que provocó a la sociedad de la posguerra un sentimiento ominoso al contrastar los hospitales psiquiátricos con los campos de concentración, por lo que las reformas sanitarias no se hicieron esperar, la indignación y la necesidad de despejar el olor a muerte que llegó con las guerras comenzaba con las protestas y el ambiente de la contracultura.</p> <p>En Francia, Gran Bretaña y EUA, se reformuló la promoción de asistencia sanitaria, debido al abarrotamiento de los hospitales psiquiátricos por veteranos. En Italia nos relata Galende, se instalan las comunidades terapéuticas, que sostendrán la apuesta de Basaglia del cierre del hospital de Trieste y la promoción de la reforma psiquiátrica.²² Es un movimiento de</p>	<p><i>llamadas peligrosas</i>”⁶⁶ a la norma. Y Es a partir de 1929 que comienza el auge alienista en México, estos médicos buscaban implantar la moral que era trasmitida por confianza o por intimidación mediante el trabajo.</p> <p><i>“en especial los internos tranquilos, eran incluso capaces de trabajar en los talleres: Las mujeres en la fábrica de zarapes y los hombres en la fábrica de sombreros de paja</i>”⁶⁷</p> <p>Rivera Garza nos comenta sobre el cambio de mirada de los psiquiatras a los locos, pues si bien antes eran una amenaza contra el proyecto nacional, pasaron a reconocerlos como niños adultos, idea muy apegada al alienismo. <i>“No percibían a los dementes como animales feroces, ni como piedras vivientes, sino como niños adultos cuyas capacidades intelectuales y afectivas podían restablecerse bajo la influencia de</i></p>
---	--

²¹ Ibíd. p.146

²² *En Italia, en 1978, la ley de reforma de la psiquiatría, conocida como la Ley 180, ha puesto en marcha un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos. Esta ley llevó al cierre definitivo de estas instituciones al final de la década de los noventa, y a la progresiva creación de servicios basados en el territorio, que permiten a las personas que sufren de problemas de salud mental, de conducir su vida en un normal contexto social. Esta ley, que fue la primera en el mundo, ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.* Peppe Dell’Acqua “Desde el manicomio”, Ideass Italia, <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>

⁶⁶ Donzelot, Jacques, “Espacio cerrado, trabajo y moralización, génesis y trasformaciones paralelas de la prisión y el manicomio”, en Espacios de poder, Ed. De la Piqueta, Madrid 1981.

⁶⁷Rivera Garza, Cristina “La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930” Tusquets 2010 pp.85

<p>crisis en la psiquiatría y que <i>“ha de llevar al nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental”</i>²³. Se comienza con la lucha por los derechos de los enfermos mentales, aunque tendientes a su cancelación, puesto que pueden ser revocados, en una sentencia por incompetencia para gozar de su vida y por peligrosidad con respecto a los otros, privándolo de la libertad por medios jurídicos con recursos médicos. Por ejemplo: Las prescripciones del uso farmacológico que ha sido uno de los recursos jurídicos más poderosos para el dictamen de incapacidad del sujeto.</p> <p>En 1960 ya se contaba con múltiples psicotrópicos que legitimaba la práctica psiquiátrica como práctica médica. Aunque paralelamente, la potencia de la ciencia no podía congraciarse únicamente con el medicamento, en 1957 nació el concepto de psiquiatría comunitaria, <i>“la psiquiatría comunitaria asume que las personas con trastornos psiquiátricos pueden ser más efectivamente ayudadas cuando viven con sus familias y amigos y son mantenidos por</i></p>	<p><i>ciertas palabras”</i>⁶⁸ Es así como el psiquiatra toma el lugar de padre ante el loco, es esta relación médico-paciente la que constituye al manicomio como institución.</p> <p>La Castañeda albergó a más de sesenta mil pacientes durante 58 grises y taciturnos años, María Inés García Canal recupera mediante el archivo histórico, un sin fin de letras escritas por pacientes y médicos del manicomio, pacientes aquejados por las condiciones institucionales y por el olvido, médicos que describían algunos diagnósticos como <i>“monstruosos o degenerados”</i>.⁶⁹ La Castañeda posibilitaría la profesionalización de la psiquiatría en México, pero sería paulatinamente. Al principio las prácticas fueron los bromuros y los opios, conforme pasó el tiempo se instauró el trabajo agrícola, los electroshocks, las lobotomías, etc. Aún con estos métodos, García Canal logra articular la relación médico-paciente, en un caso muy particular, el caso de Romualdo. El paciente intercambia cartas con el director del pabellón y después de algunos meses de intercambio el director responde en una</p>
---	--

²³ Galende, Emiliano *“Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica”* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990, pp.140

⁶⁸ Rivera Garza, Cristina *“La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930”* Tusquets 2010 pp.98

⁶⁹ García Canal, Ma. Inés, *“La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”*, BUAP, 2008.

<p><i>la sociedad en general. Su objetivo es proporcionar prevención, tratamiento y servicios de rehabilitación para un distrito</i>²⁴</p> <p>Esta mezcla entre moral social y enfermedad que estereotipaba a la locura, sólo fue reflexionada y base del movimiento antipsiquiátrico. Uno de los principales contribuyentes al acercamiento de la psiquiatría comunitaria con el psicoanálisis, contemporáneo de Cooper y Laing, fue Henri Ey, mismo que sienta la reflexión sobre la moral enferma. La principal idea de Ey era: la locura <i>“es pura y simplemente una enfermedad de la sociedad”</i>²⁵ Idea que colocaba a la sociedad en el lugar de victimario y para prueba, están los grandes manicomios que esta psiquiatría naciente intentara subvertir.</p> <p>Sobre todo en Francia y Gran Bretaña es donde hubo bastante auge por la psiquiatría comunitaria, la idea del servicio ambulatorio y la breve hospitalización en crisis, implicaban la distribución de la salud mental en los hospitales generales y</p>	<p>carta: <i>“Querido amigo”</i>, vínculos como éste, la autora nos menciona, son sumamente escasos, pero nos brindan luz en la opacidad del vínculo, al darnos un excedente, la dislocación de la posición del médico en la relación con el paciente se hace evidente.</p> <p><i>“Las cartas, muy especialmente aquellas que los pacientes dirigen a los médicos o al director de turno del Hospital, son el lanzamiento mismo de un desafío, adquieren la forma de una señal, de un guiño a fin de hacerlos entrar en el juego.”</i>⁷⁰</p> <p>¿En qué juego se enreda el médico, el psicólogo, AT, etcétera?</p> <p>García Canal nos propone una mirada sobre el abandono y la seducción como calidades polares del vínculo en este manicomio, como <i>“formas en que el vínculo se encuentra en el límite de sí mismo, en el punto de su propio desfallecimiento”</i>⁷¹ Dos calidades en los vínculos médico-paciente de suma importancia nos revela esta autora después de su recorrido por el archivo. Por</p>
---	---

²⁴ Postel J., Quérel C. *“Historia de la psiquiatría”* Fondo de Cultura Económica México 1993 pp.172

²⁵ Garrabé, Jean *“Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo”* Fondo de cultura económica, 1997

⁷⁰ García Canal, Ma. Inés, *“La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”*, BUAP, 2008.

⁷¹ García Canal, Ma. Inés, *“La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”*, BUAP, 2008.

<p>sanatorios en una planeación territorial de los servicios de salud mental. El ambiente, el entorno, la familia, la comunidad se vuelven fundamentales para el tratamiento a la locura, es ahora el psiquiatra y sus técnicas las que median entre el loco y los otros.</p> <p>Entonces parece que tenemos una tensión importante en esta época de la psiquiatría, por un lado la reflexión sobre los recursos comunitarios expropiados por el manicomio con la idea de regresar éstos al paciente; por otra parte en la psiquiatría también se gestaba la revolución farmacológica. La masificación de los neurolépticos por la década de los 1960 -70, marcó no sólo una herramienta legítimamente médica a los psiquiatras, sino la instauración de la salud mental, en un más allá de sus discursos teóricos, prácticos, y por tanto políticos, de las ciencias sociales y biológicas, para más adelante instalarse en las leyes del mercado, ¿por qué parece abarcar cada vez más los modelos de tratamiento el mercado farmacéutico?²⁶ Es el apogeo del psiquedelismo, es decir, el uso de sustancias psicodélicas (<i>Que hacen visible al alma</i>) el LSD fue el de mayor prescripción, su uso se</p>	<p>un lado está la seducción que tiende al exceso, como intensidad que hace excedente y disloca. Por otro lado está el abandono, que emerge como extinción en tanto negación del vínculo, es decir sumido en la indiferencia. Nos comenta además sobre dos figuras en las que muchos pacientes hacen patente el abandono, nos puntúa: está el establecimiento que abandona a sus pacientes, <i>“no reciben tratamiento alguno, no han sido jamás medicados, han pasado meses en el pabellón de observación, no han tenido consulta con ningún médico tratante”</i>⁷² y también están las familias mismas que buscan la colaboración con el hospital, para ello nos transcribe la autora parte de la carta de una madre al director del hospital: <i>“Conociendo los buenos sentimientos de Ud. le suplico me haga el favor de que no le den el alta en el Manicomio a mi hijo Emilio por algún tiempo largo”</i>⁷³</p> <p>Ríos Molina después de su exhaustiva revisión de expedientes clínicos de La Castañeda, nos menciona una interpretación bastante interesante:</p>
---	--

²⁶ En el apartado de modernidad se problematizara este tema.

⁷² *Ibíd.*

⁷³ García Canal, Ma. Inés, *“La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”*, BUAP, 2008.

<p>fundamentaba en la exaltación de los síntomas de la psicosis creando adicción o malestares psíquicos más violentos. Fueron muchas las pruebas y el tiempo para el sofisticamiento de esta arma, aunque se contaba con el ingenio y creatividad del psiquiatra sadiano para la mejoría de algunas otras “terapéuticas” como son los electrochoques, celdas de castigo, baños a presión, amarras, camisas de fuerza...</p> <p>En 1968 comienza a resonar “<i>Defender al enfermo mental</i>” citando a Basaglia, Ronald D. Laing y David Cooper²⁷, entre otros. Su postura política consistía en que el actor social “el loco” era una doble víctima, por un lado de la sociedad y por otro de las prácticas sanitarias. Comenzó a llamarse <i>anti-psiquiatría</i>, pues su objetivo era derogar la práctica manicomial que en ese momento imperaba. Nos dice Basaglia:</p> <p><i>“El trabajo que realizamos, en tanto contribuye a crear crisis y confusión en la ciudad... Que la población entienda la situación institucional... para que el</i></p>	<p><i>“No obstante, la lectura de los expedientes clínicos nos mostró que no eran los psiquiatras, apoyados por las instituciones de control social, quienes recorrían las calles en busca de todos aquellos que amenazasen el proyecto nacional. Más bien nos encontramos con las familias”⁷⁴</i></p> <p>Las familias eran las que tomaban la decisión de ceder al Estado el control y el cuidado de sus locos. Dejando la reclusión psiquiátrica definida por discursos sociales y culturales de lo que ellas consideraban locura, es decir, los fuera de la norma, actuando sobre el criterio médico. Debido al estallido de la Revolución la población en el manicomio comenzó a disminuir, las familias iban por sus locos, esta desconfianza hacia el manicomio podría ser una metáfora del mismo recelo que despertaba el Estado constitucionalista, pero también devela el resguardo ante el estruendo y la sangre revolucionaria.</p> <p>El autor nos muestra a las familias como quienes llevan y describen desde las</p>
---	--

²⁷ Desde 1955 “término acuñado por Cooper y retirado por éste ante la crítica de Franco Basaglia de que no podía estar en contra de lo que era, o sea psiquiatra, por lo que su nombre cambia al de *Movimiento de Alternativas a la Psiquiatría-*”, Guinberg, Enrique “Una evaluación actual a la antipsiquiatría” Revista de Subjetividad y Cultura, 2009 pp.11

⁷⁴ Ríos Molina, Andrés, “La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría 1920-194”. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México, 2006. Pp. 33.

<p><i>problema de la locura sea problema de todos</i>”²⁸</p> <p>Con la intención de abrir una dimensión política y subversiva la corriente antipsiquiátrica sostenía una revolución constante sobre la enfermedad mental, la cual era concebida como mito. Se caracterizaba por el posicionamiento de la locura en su génesis social y de una denuncia sobre la psiquiatría, de las farmacéuticas y de la educación familiar que oprimía a los enfermos; haciéndose necesarias las propuestas para poder suplir aquellas prácticas. Particularmente la que nos interesa aquí es la apuesta de Basaglia por el cierre del manicomio, proponiendo aunque fuere las casas de medio camino, pero de ahí a la calle.</p> <p>Efectivamente Basaglia hacia uso del dispositivo circunscrito por Maxwell Jones en 1941, este último autor, comienza a generar asambleas comunitarias para los 100 internos de la unidad de fuerzas armadas del hospital Henderson. Las comunidades terapéuticas en ese entonces,</p>	<p>representaciones culturales los síntomas del enfermo. Menciona el papel fundamental que desempeñaban las familias al definir la premura del encierro o el alta de su familiar. Encuentra en cartas de madres, padres y hermanos dirigidas a los médicos la perentoriedad en la reclusión de su loco, algunos, nos comenta Ríos Molina, se comprometían a pagar una mensualidad siempre y cuando se mantuviera el encierro. Transcribe dicho autor la carta de un padre al médico de su hijo:</p> <p><i>“Estos hechos me hacen pensar que si abandonara el estado de reclusión a que se le ha sometido en ese humanitario establecimiento, indudablemente se perdería todo lo que se ha ganado en favor de su salud...para ello le mando (cantidad) mensual...”</i>⁷⁵</p> <p>Los criterios psiquiátricos de anormalidad era entonces imbricados con los criterios culturales de la época y eran las familias las que enjuiciaban las manifestaciones de la locura, llegando así al abandono de sus locos.</p>
---	--

²⁸ Basaglia, Langer, Caruzo, Szasz, *“Razón locura y sociedad”* Siglo XXI. 1978 pp. 42

⁷⁵ Ríos Molina, Andrés *“Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del manicomio La Castañeda, 1910”*, Antípoda. Rev. Antropol. Arqueol. n.6 Bogotá ene. /jun. 2008. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19004072008000100005&lng=es&nrm=i sso&tlng=es

<p>tienen como principal idea generar asambleas de participación sobre las actividades de la unidad del hospital. Poco a poco se comienza a implementar las terapéuticas grupales, actividades artísticas y familiares.</p> <p><i>“La solución que ofrece la Comunidad Terapéutica es la libre discusión de la totalidad de las circunstancias por todos los comprometidos en ella, sin distinción alguna de títulos académicos, administrativos o jerárquicos...”</i>²⁹</p> <p>El elemento que resalta dentro de estos dispositivos es la apuesta por la rehabilitación del lazo social por medio del desmantelamiento jerárquico del tradicional establecimiento manicomial, aunque tendríamos que decirlo, el conjunto de sujetos continua dentro de un dispositivo con protocolos, algunos más flexibles que otros y la privación de la libertad es lo que queda en juego. Lo interesante aquí es que la comunidad terapéutica nace como lugar alterno y muy parecido al manicomio, aunque concentran algunas comodidades</p>	<p><i>“Por su parte, Manuel, quien también pertenecía a una familia que gozaba de comodidades, manifestó desde su infancia una conducta sexual “desviada” que, aunada a su gusto por el licor y la marihuana, lo convertían en un incuestionable “loco” ante la mirada social. En consecuencia, podemos afirmar que la justificación de la internación no necesariamente se regía por referentes médicos sino por criterios sociales”</i>⁷⁶¿Qué tanto había o hay entre el paciente y el médico, psicólogo, AT, etcétera?</p> <p>Para la década de 1940-1950, se instaura fuertemente el alienismo en México, que se sostiene en el proyecto de regeneración moral propuesto por el Estado, cediendo el énfasis a los estudios de la conducta y el medio social. <i>“Idealmente el médico, además, debe darle pequeñas lecciones, criticar sus “errores y falsedades”, aprovechando lo bueno de la mente del paciente para estimular su confianza en sí</i></p>
--	--

²⁹ Del Río, Fernando *“Origen de la Comunidad Terapéutica”* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol.30 no.2 abr/jun, 2010, Pp322.

⁷⁶ Ríos Molina, Andrés, *“La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría 1920-1940”*. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México, 2006

<p>más, aparte de la reducción de los usuarios e instalaciones. Pero, por otro lado, se trataba de manifestar la inconformidad por el tratamiento a la locura, las casas de medio camino entonces surgen como apuesta por la rehabilitación mediante una <i>“cultura terapéutica que idealmente transformará el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y de reaprendizaje social”</i>³⁰.</p> <p>Es así, con estas ideas que se comienza a inaugurar el movimiento subversivo de la psiquiatría organicista, la caída jerárquica del psiquiatra ante el loco, la caída de la locura misma como enfermedad orgánica y la caída de la razón social de los hospitales estatales.</p> <p><i>“El movimiento antipsiquiátrico evoca, al mismo tiempo, una antimedicina, una antirrazón y una antisociedad”</i>³¹ Este movimiento logro recolocar a la locura en la discusión y en el hacer. El estatuto que se le propuso a ésta era desde el mito de la</p>	<p><i>mismo mediante un método general de educación o de dirección”</i>⁷⁷</p> <p>Era la constitución del Estado paternalista posrevolucionario que lanzaba las campañas de vacunación, promovía la construcción de hospitales y la formación de médicos, trayendo así el porvenir de una ilusión de regeneración física y mental, <i>“el psiquiatra tenía la obligación de luchar por la “conservación del equilibrio psíquico” de la nación”</i>⁷⁸</p> <p>En esta época la Castañeda comienza a reducir sus internamientos, apostando por su arsenal terapéutico que se basaba en el trabajo y la ocupación, los médicos daban de alta a muchos de sus pacientes, como medida ante el efecto de la sobrepoblación que se estaba generando, los bromuros habían pasado a la historia pues las influencias de éstos en el cuerpo del loco tenían que ser supervisadas en el asilo.</p>
---	---

³⁰ Palacios, Juan *“Comunidad Terapéutica una definición operativa”* Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Marzo 2013p.4

³¹ Garrabé, Jean *“Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo”* Fondo de cultura económica,1997,Pp142

⁷⁷ Yébenes, Zenia *“Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo”* Gedisa 2001 pp.329

⁷⁸ Ríos Molina, Andrés, *“Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”*. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México, Historia Mexicana, vol. LIX, núm. 4, abril-junio, 2010, pp. 1295-1337. Pp.1308

<p>enfermedad mental juzgada por los estereotipos sociales, por lo que se descomponía el encierro por clasificaciones en las diversas comunidades terapéuticas (para psicóticos, para toxicómanos, etc.). Apostaron que si existe la enfermedad mental, es concebida como la pérdida de la <i>libertad ontológica</i>. La lucha contra la violencia institucional, que nace de la misma psiquiatría, implicaría la postura de tensión entre enfermedad orgánica o la creada por la sociedad.</p> <p><i>“estos movimientos implicaron tanto un cambio de paradigmas como una ruptura epistemológica respecto a lo anterior, al menos para quienes tenían y tienen una visión crítica tanto en nuestro campo profesional como en el político-social en general”</i>³²</p> <p>Si bien, la antipsiquiatría desapareció, dejó una estela de propuestas que hasta la fecha podríamos ir capturando, es decir, fue a partir de evidenciar las prácticas de la psiquiatría que emergieron propuestas terapéuticas y no sólo eso, además desglosaron su pensamiento, al comunicarlo</p>	<p>La apuesta con la que se construyó la Castañeda era <i>“el encierro cura”</i>, pero lo que encontraron y desarrollaron fue una nueva apuesta, <i>“el trabajo cura”</i>. Desde finales de los cuarentas se crea la primera granja en Guanajuato, tenían por propósito tener el control de los pacientes al reducir los grupos y <i>“fomentar el trabajo agrícola”</i> era el proyecto: <i>“las autoridades gestaron un ambicioso proyecto para trasladar a los enfermos “recuperables” a modernas granjas en las afueras de las ciudades”</i>⁷⁹</p> <p>Se comienza a ponderar el tema de la sobrepoblación como la pérdida del sujeto entre la masa, es decir el médico no podía mirar a los sujetos en su especificidad sino el comportamiento de una masa de locos. Comenzaron entonces, los médicos, a pregonar que su mirada podía discernir entre quienes podían ser recuperables, los más sanos o los menos enfermos. ¿Qué no entonces la salud es el parámetro en el que nos medimos? ¿Qué es entonces lo patológico?</p> <p>Nota 3: Retomar <i>“El manicomio”</i> a continuación de la nota 2.</p>
---	---

³² Guinberg, Enrique *“Una evaluación actual a la antipsiquiatría”* Revista de Subjetividad y Cultura, 2009 p.16

⁷⁹ Ríos Molina, Andrés, *“La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría 1920-1944”*. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México, 2006

<p>por el mundo, tratando de darle un lugar al enfermo mental. “<i>Se habla de un nuevo paradigma: la psicosis en la comunidad y el tratamiento integral psicosocial</i>”.³³</p> <p>Más tarde, los psiquiatras resurgen en el mando del saber sobre el enfermo mental, el movimiento antipsiquiátrico se desdibujaba y la ciencia positiva se sofisticaba en el tratamiento farmacológico. “<i>La fiebre liberadora o revolucionaria chocó no sólo con los medios conservadores, sino quizá más aún con la inercia del núcleo de la psicosis</i>”³⁴ Aunque no pudo borrarse aquel movimiento, las huellas aún persisten y nos proponen entonces el permanente cuestionamiento sobre el estatuto, el tratamiento, los derechos y políticas sobre la locura, como fueron las casas de medio camino y la apuesta por los recursos comunitarios.</p>	<p>El último periodo de La Castañeda recorre de 1950 a 1968. Este periodo se caracterizó por la llamada Operación Castañeda y por el desmantelamiento del establecimiento. Se recurre al montaje del archipiélago psiquiátrico en las fronteras de la Ciudad de México, conformado por 7 granjas⁸⁰ y 2 hospitales en la ciudad, uno infantil y otro para adultos⁸¹. La distribución de la población de La Castañeda marcó la segregación y alejamiento de la locura a la periferia de la ciudad, “<i>La realidad mexicana muestra que los nuevos hospitales psiquiátricos (granjas-hospitales) han caído en las mismas contradicciones, vicios y deficiencias que pretendía superara respecto a la Castañeda</i>”⁸² Se discriminaba categorizando a los sujetos respecto a los estándares psiquiátricos, por lo que los enfermos agudos de la psiquiatría, es decir, los de mayor severidad⁸³ son los diagnosticados con esquizofrenia, una de las</p>
--	--

³³ Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, “*Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones*” en *El sujeto en el campo de la salud mental*, 2009 coordinadora: Alma Paz Zarza. p. 53

³⁴ Postel J., Quérel C. “*Historia de la psiquiatría*” Fondo de Cultura Económica México 1993 p. 484

⁸⁰ *Ibíd.* P.35

⁸¹ En mi trabajo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, una de las “historias” que nos contaron sobre el Fray, era que, de principio no iba a ser un hospital psiquiátrico, pero debido al mal cálculo de la operación Castañeda tuvo que ser ocupado por sus pacientes. *¿Cuándo habías visto un psiquiátrico de 9 pisos?*

⁸² Döring, Ma. Teresa “*Contra el manicomio*” UAM Xochimilco, 1985. P.434

⁸³ Aunque la esquizofrenia desde la propuesta psiquiátrica es concebida como una enfermedad crónica degenerativa, el Fray Bernardino se coloca para la atención de los enfermos en estado agudo: El estado agudo de una enfermedad es *aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración*. Es decir El hospital psiquiátrico está para cuando las personas dejen de delirar y alucinar”.

<p>Las casas de medio camino que desde 1953 la OMS recomendó fue una propuesta de transformación de todos los hospitales psiquiátricos, una reforma, que proponía el modelo de M. Jones en Inglaterra, que se plantea la restructuración de las relaciones entre personal y pacientes, tornándolas más humanas y democráticas. En estos momentos, es decir, en los setentas surge un gran auge por el modelo de la comunidad terapéutica en donde comienza la clasificación de enfermedades y por tanto la distinción de establecimientos manicomiales para los distintos sujetos y es entonces cuando vemos a la comunidad terapéutica como la religiosa del Renacimiento recibir a los excomulgados por adicción, prostitución, discapacidad, alcoholismo, criminalidad, prejuicio contra la sociedad, etcétera. Se propaga el imperio de la discriminación de síntomas verificados por la mirada médica, de la clasificación y de los diagnósticos sofisticados.</p> <p>En 1980 tenemos la aparición del DSM III³⁵, el manual de diagnóstico que había sido publicado desde 1952, no habría logrado tanto auge como en su tercera</p>	<p>tantas locuras que habitó la casa de risa La Castañeda ahora era montada en otro establecimiento de la misma institución.</p> <p>En la Ciudad de México se ensamblaba el Fray Bernardino con 9 pisos. El Hospital fue inaugurado en mayo de 1967. De esa fecha hasta 1991 se constituye como un subrogado de La Castañeda, aún a pesar de los movimientos de antipsiquiatría y más tarde de desmanicomialización, que entraron en el terreno de la psiquiatría en México en los setentas⁸⁴, la transformación de la configuración institucional y la posición de los psiquiatras, enfermeras, etcétera, no fue contundente.</p> <p>María Teresa Döring⁸⁵ recopila algunas entrevistas y conferencias de los principales autores de la antipsiquiatría, quienes se liberaban de sus prácticas proponiendo cuestionamientos sobre las mismas, abriendo el campo a los discursos de las disciplinas sociales. ¿Será que al psicólogo, al psicoanalista o al antropólogo se le encomendó por parte de la institución manicomial frenar el desborde de las prácticas psiquiátricas? Lo que queda claro</p>
---	--

³⁵ Del Barrio, Victoria *“Raíces y evolución del DSM”* Revista de Historia de la Psicología Universidad de Valencia 2009, vol. 30 p.8

⁸⁴ Basaglia, Langer, Caruzo, Szasz, *“Razón locura y sociedad”* Siglo XXI. 1978

⁸⁵ Döring, Ma. Teresa *“Contra el manicomio”* UAM Xochimilco, 1985.

<p>edición, en la que gracias a una revisión en los siguientes años, comenzó a generalizarse. Era notorio en los apuntes, el atascamiento por nombrar la locura, el análisis multiaxial representaba una combinación duradera entre los síntomas expuestos, además de que no contenían temas teóricos. Se congregaban ahí 256 categorías sobre la locura desde el paradigma organicista a través de la mirada médica.</p> <p>Se instituyó de manera rápida como herramienta de diagnóstico y las implicaciones de su ponderación progresiva como “el manual diagnóstico” tuvo efectos directamente proporcionales, en tensión, con la tradición fenomenológica, ya que se dotó de un lenguaje común a los profesionales de la salud mental y la sociedad, aunque el médico cedía ahí su carácter indagatorio sobre lo etiológico. Se muere la clínica del psiquiatra y los locos son nombrados en su especificidad de enfermedad, en una redistribución de aquellos degenerados del siglo pasado, por categorías, que se convertía en el nuevo</p>	<p>para la autora es la ineficacia del encierro, en la que perpetúa la enfermedad, al subvertir la cura por la custodia, “<i>La institución psiquiátrica existe, al contrario de lo que se pregona, para conservar y hasta fomentar la enfermedad mental y que pocas o ninguna oportunidad curativa ofrece a los pacientes.</i>”⁸⁶</p> <p>La antipsiquiatría⁸⁷ comenzaba a tener auge entre los profesionales de la salud mental en México, el movimiento llegó con Laing y Cooper, que hablaban de sus proyectos de comunidades pequeñas; y Basaglia que nos invitaba a mirar la relación entre el paciente y el personal de enfermería (el verdugo), las relaciones entre el médico y el paciente eran sacadas a flote en nuestro país. El paso por México en 1975 de Basaglia deja una frase contundente y potente: “<i>El problema es que no puedo utilizar el diagnóstico de esquizofrenia para oprimir al prójimo... Yo no puedo utilizar un fármaco para oprimir al otro y para que no altere la calma de la institución</i>”</p>
--	--

⁸⁶ Döring, Ma. Teresa “*Contra el manicomio*” UAM Xochimilco, 1985, p.15

⁸⁷ Para Foucault, La antipsiquiatría trata de escindir *las conductas, los sufrimientos, los deseos del estatuto patológico que se les había conferido*, el propósito es *invalidar la retranscripción de la locura en la enfermedad mental* que comenzó en el siglo XVII. Sanpayo, Azucena del Rosario, “*La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*” FhCE 2005.

<p>estandarte de la psiquiatría, el diagnóstico por medio de comparación de la mirada del médico con el DSM.</p> <p>Nota 4: Retomar “<i>La Castañeda</i>” a continuación de la nota 3.</p> <p>En América Latina Renato Alarcón³⁶ nos puntualiza que la presencia de la psiquiatría fue hasta el último cuarto del siglo XIX, por influencia francesa y alemana de la primera década y que actualmente se encuentra marcada por un eclecticismo que orienta a estos psiquiatras como un <i>andamiaje epistemológico</i>. “<i>La práctica de la psiquiatría en América Latina fue entonces y es aun ahora más un juego de ajedrez (uno a uno) que un partido de futbol (labor de equipos), recipientes de corrientes filosóficas</i>”³⁷ En los años de 1970-80 la revolución farmacológica ,que comenzó en los sesentas, había logrado arropar a la psiquiatría, aunque comenta el autor mencionado que existe un desmarque constante con el discurso positivista por los psiquiatras latinoamericanos debido a la presencia del discurso psicoanalítico, antropológico, sociológico, etc. Es esta</p>	<p>En México, particularmente en el Fray Bernardino, Gloria Valek nos proporciona un corpus al estilo de Goffman sobre este hospital psiquiátrico en 1984; recuperando la entrevista a un enfermero inconforme nos arroja luz hacia los vínculos: “<i>Se ponen a golpear a sus compañeros, a romper sábanas y cobijas, como una manera de manifestar su inconformidad. Entonces uno tiene que llamar al médico de guardia, tratar de calmar al paciente y darle un sedante, y si no se consigue calmarlo...se llega a la sujeción</i>”⁸⁸</p> <p>Otro caso interesante es el de Jorge. La autora en su investigación, tropieza con la mamá de este chico, paciente del hospital. Esta madre confiesa no saber y no querer pensar en la operación a su hijo (electrochoques) se resigna con la frase: “<i>ellos (los médicos) son los que saben qué es mejor</i>” La posición del médico es de suma importancia en su quehacer, en los electrochoques y la medicalización, es la posición respecto a los otros, el enfermero y el familiar por ejemplo, desde donde se da la descarga del médico a su paciente.</p>
--	--

³⁶ Alarcón, Renato “*Identidad de la psiquiatría latinoamericana, voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*” Siglo XXI, 1990.

³⁷ *Ibíd.* p.631

⁸⁸ Valek, Gloria, “*Los laberintos de la locura: Anatomía de un manicomio oficial*” Edit. Posada, 1986.

<p>indeterminación en los discursos, la que gesta una transformación en campo de la psiquiatría, se replantea la denominación de Salud Mental, <i>“es la constitución de un ámbito disciplinario nuevo, denominado políticas de Salud Mental; la reformulación de las teorías, con apertura a conceptualizaciones sociológicas, antropológicas, políticas, etc.”</i>³⁸</p> <p>Es el desmontaje de las instituciones totales como el manicomio que se remplazan por centros periféricos. Galende nos propone dos características esenciales de esta nueva configuración: <i>la caída de la psiquiatría como disciplina totalizadora, con la multiplicación de respuestas preventivo-asistenciales y una reformulación de las relaciones con la medicina, sus valores, su organización y sus modelos de atención</i>³⁹.</p> <p>Se comienza con una larga transición de reformas en las que se destaca el apego a los movimientos contra-institucionales, particularmente interesa apuntar la</p>	<p>G. Valek nos proporciona aún más material sobre estos vínculos en el Fray Bernardino: Cleotilde recuerda haber llegado al Fray Bernardino por llorar todo el día y no dormir debido a la muerte de su abuela. Sus tíos fueron quienes la llevaron allí, la memoria le falla y no recupera mucho sobre su ingreso. Uno de sus primeros recuerdos que aparecen es el de Estelita, enfermera del hospital con quien logró <i>encariñarse</i> y cuando le dan su alta después de varios meses, cuenta Cleotilde: <i>“Me acuerdo que yo estaba muy triste porque ya tenía permiso para salir, pero mis tíos no iban por mí, tardaron una semana, ¿usted cree?”</i> El caso que nos proporciona Valek nos coloca en las puertas del psiquiátrico, en las prácticas de rehabilitación y en el afuera del Hospital ¿Quién te espera afuera del hospital? ¿Qué te espera?</p> <p>Nota 5: Retomar “El manicomio” a continuación de la nota 4.</p> <p>Tenemos que en el Fray Bernardino⁸⁹se concentran discursos de rehabilitación</p>
--	---

³⁸ Galende, Emiliano *“Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica”* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990, p.146

³⁹ *Ibíd.*, p.122

⁸⁹ Nombrado como de los mejores hospitales de Latinoamérica (2000) por su cantidad de servicios ofrecidos. Rehabilitación, hospital parcial, hospitalización continua, diagnóstico y tratamiento farmacológico, además de terapéutico. Este nombramiento solo es encontrado en su página oficial, por estándares establecidos por la OMS en sus distintos organismos.

<p>desmanicomialización. Esta noción podríamos pensarla desde una óptica que pudiera parecer sencilla: <i>desmontar manicomios</i>, y vaya si no tiene implicaciones sociales y económicas, jurídicas y de salud. Se ejerce actualmente como un concepto legal, que procura las prácticas de reinserción social, utilizado como política pública.</p> <p>Empujado entonces por el retiro del Estado en deshospitalizaciones, las respuestas asistencialistas fueron mermadas en su servicio, <i>“La salud pública se está transformando en una mercancía gerenciada por grandes grupos económicos que la colocaran como una mercancía más en las góndolas para que cada uno compre la salud que pueda pagar”</i>⁴⁰</p> <p>La privatización de la salud y la podredumbre del hospital psiquiátrico público urgían de medidas a los profesionales de la salud mental. Ante la carencia de los hospitales las prácticas terapéuticas sobre los locos surgían como</p>	<p>psicosocial y psiquiatría comunitaria, en convivencia con el TEC (Terapia electroconvulsiva) y la medicalización ¿Qué sostiene esta convivencia? ¿Qué sostiene a la psiquiatría tradicional y su método electroconvulsivo? Sobre esto nos cuenta <i>La revista de Antipsiquiatría</i>⁹⁰. Miguel, paciente del Fray Bernardino, recuerda su primera impresión al estar en la sala de urgencias: <i>“Tres doctores observándome”</i> Comenta además, de cómo los médicos proponían la terapia de electrochoques, mientras su hermano y él pensaban que era una broma, <i>“no creíamos que eso todavía existiera”</i>.</p> <p>De Nuevo, Gloria Valek nos narra su experiencia en una sesión de TEC; es el caso de Juventino, hombre de 40 años que había matado a su esposa por <i>hacerle hechicería</i>: <i>“Las tres enfermeras, también alrededor de Juventino, le detienen con fuerza las piernas y los hombros. El doctor G mueve los botones...Silencio...DESCARGA: un gemido profundo y ahogado inunda el cuarto... los nervios y el cuerpo del hombre</i></p>
---	---

<http://www.sap.salud.gob.mx/principales/%C2%BFen-d%C3%B3nde-me-atiendo/hospital-psiqui%C3%A1trico-fray-bernardino-%C3%A1lvarez.aspx>

⁴⁰Ibíd., p. 122

⁹⁰*Antipsiquiatría: Crítica a las profesiones de salud mental*, 2009. <HTTPS://BIOPSIQUIATRIA.WORDPRESS.COM/CATEGORY/6-LA-SIQUIATRIA-EN-MEXICO/>

<p>propuestas de tratamiento en otros sectores como las asociaciones civiles.</p> <p>En los noventa surge de manera contundente la rehabilitación psicosocial, en tanto conjunto de metodologías con el objetivo de devolver al paciente a su entorno social, hacerlo funcionar en la racionalidad instrumental en la que el sistema social opera. Existen múltiples asociaciones que se encargan de buscar mayor adaptabilidad del entorno hacia los sujetos como viceversa. Las WAPR⁴¹ proponen la transformación del mundo entorno del sujeto asistido, haciendo lo que ellos llaman una rehabilitación acompañada, “<i>de la antipsiquiatría a la autorehabilitación acompañada</i>” quiere decir que “<i>el enfermo lidera su tratamiento</i>” toma las decisiones en consenso con el terapeuta, psiquiatra, etc. En este sentido ¿qué lugar ocupa el terapeuta?</p> <p>Además buscan insertarlos en el mercado laboral proponiendo mediante el Derecho</p>	<p><i>brincan... se le contorsionan sus pies descalzos... los dedos parecen salirse.”</i></p> <p>Nos encontramos en México a finales de los ochentas en donde los testimonios anteriores hacen cuestionarnos sobre los medios con los que opera el psiquiatra en el hospital y el lugar de Juventino ante los psiquiatras, enfermeras y la misma Gloria Valek.</p> <p>Ma. Teresa Döring nos comenta algo de suma importancia, en tanto que el hospital psiquiátrico es un subrogado del manicomio, el mensaje con el que comenzó la Castañeda sigue siendo el mismo, aunque la imagen del loco se haya adulterado, “<i>el denominador común de los usuarios del manicomio no es la enfermedad mental, sino las carencias económicas y de vida relacional</i>”⁹¹</p> <p>Es entonces una constante reinención de la locura, del psiquiatra y del establecimiento, es una reinención de la institución, pero</p>
---	--

⁴¹ Rehabilitación Psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap –o desventaja- de un trastorno mental-para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La RP apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deshabilitades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. <http://www.wapr.org/>.

⁹¹ Döring, Ma. Teresa “*Contra el manicomio*” UAM Xochimilco, 1985. P.15

<p>adecuar la legislación y las políticas públicas en “<i>beneficio de los enfermos mentales</i>”. Aún se les llama enfermos y aunque los esfuerzos parecen ser lo más adecuado, pues encontramos casos, que aunque pocos, profesan una rehabilitación perdurable y una recomposición de la trama vincular, ¿se puede pensar que se reproduce de alguna u otra manera una forma de someter la locura al orden?</p> <p>Nota 6: Retomar “La Castañeda” a continuación de la nota 5.</p> <p>El desmantelamiento hospitalario, trajo propuestas de políticas públicas, es decir el manejo gubernamental de la nación sobre la problemática de la Salud Mental a través de la apuesta por la caída del hospital psiquiátrico, aunque en muchos otros lugares trajo movimientos subversivos como la apuesta del tratamiento en la comunidad a la que pertenece el paciente, el retiro del fármaco y el grupo en las comunidades terapéuticas o casas de medio camino. Es en el momento en que el Estado suelta a los locos que se comienza un hacer con los recursos comunitarios. Muchos de</p>	<p>ahora podemos rescatar algunas constantes, como por el ejemplo el denominador común del manicomio es la pobreza, por lo que el modelo institucional se coloca como asilar. Ma. Eugenia Ruiz nos comenta: <i>La historia oficial de la institución psiquiátrica se expresa en los procesos que han gestado las condiciones de encierro y abandono en las instituciones más representativas de la Castañeda a los hospitales campestres creados en 1967, herederos de la psiquiatría asilar.</i>⁹²</p> <p>Mediante el desglose de las reformas psiquiátricas y estas operaciones de segregación, nos propone mirar las instituciones como las casas de medio camino, las granjas, las consultas en el IMSS o ISSSTE, como <i>instancias intermedias</i>. ¿Cómo se relacionan los sujetos con su médico en una consulta en el IMSS? Pareciera que la segregación no terminaría, el desmantelamiento institucional por parte del Estado neoliberal en México en 1982 abrió al sector privado un campo sobre el que se volcaría toda la intensidad del sistema. “<i>Es en este sexenio, ..., cuando se lleva a cabo una serie de cambios dramáticos que pueden</i></p>
--	---

⁹² Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, “*La experiencia de la psiquiatría y el campo de la salud mental*” Anuario de investigación 2000. p. 183

<p>estos procesos son nombrados como desmanicomialización.</p> <p>La noción de desmanicomialización denota raigambre de la psicología, la antipsiquiatría y el psicoanálisis en Argentina, aunque ahí sucedieron las cosas de manera distinta a nuestro país. Pues es importante apuntar que el movimiento de desmanicomialización que se dio en ese país, se generó a partir de la ocupación de los Hospitales Psiquiátricos por parte de sus usuarios (personal y pacientes) generando un modo de organización particular, mismo que convocó vínculos para defender los lugares. Actualmente podemos encontrar este tipo de movimientos en los hospitales Uruguayos.⁴²</p> <p>El Estado que les usurpaba corrió con la suerte de ser enfrentado por médicos y pacientes. Surge una lucha por deconstruir las prácticas positivistas y emerger diversas creaciones teórico-prácticas y por tanto éticas y políticas, para el tratamiento de</p>	<p><i>considerarse como el inicio de las políticas neoliberales en este país</i>”⁹³</p> <p>Por lo que colocaba en grandes problemas a los establecimientos de salud mental, con el abarrotamiento, los pocos recursos económicos y la necesidad de ir distribuyendo a los pacientes, las hospitalizaciones o internamientos se comenzaron a recortar en un máximo de 1 mes. En el año de 1990 en México entró <i>la Norma-025</i>⁹⁴ que trajo el desmantelamiento progresivo de la institución por deshospitización. Por lo que era necesario para el Estado reducir el presupuesto pero desde las propuestas internacionales de la OMS. Fue hasta 1991 cuando echan a andar un programa piloto de psiquiatría comunitaria (Hospital de día) en el Fray Bernardino, se propuso el uso de las recomendaciones de rehabilitación psicosocial, las asambleas y las terapias grupales. Para 1993 se consolidó como servicio comunitario en donde se inaugura</p>
---	--

⁴² la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna presentará su propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental, el cual pretende incorporar una perspectiva más comprometida en los Derechos Humanos en la prestación de este tipo de servicios a la población Según la Asamblea, la política actual aún se basa en el “modelo aislacionista, segregador y custodial por el que se rompe el vínculo de la persona con la comunidad” <http://www.carasycaretas.com.uy/nuevo-anteproyecto-de-ley-de-salud-mental/> Periódico virtual Uruguayo, Septiembre 2015.

⁹³ Vilar, Eugenia “*Las paradojas de la globalización en México*” en Anuario de investigación 2000, UAM Xochimilco. p. 367

⁹⁴ La Norma 025, implementa la deshospitización es decir el desmantelamiento físico de la institución. Fue la entrada del Estado Neoliberal, en donde se reduce el gasto para estas instituciones, la política reformista conlleva la reducción de camas y de periodos de internamiento y rehabilitación psicosocial.

<p>pacientes. Una de las críticas y debates actuales allá es que piensan la desmanicomialización pero no critican la noción de Salud Mental, la noción de desmanicomialización en Argentina se encuentra siendo más utilizada en el Derecho (derecho a la salud mental de calidad, políticas de desmanicomialización, etc.) que en las prácticas de Rehabilitación Psicosocial. Desde la mirada de F. Guattari por ejemplo, la desmanicomialización fue un acontecimiento y por tanto inscrito en la historia, en la metafísica de las experiencias que vivieron aquel momento, en donde para la población Argentina en los 1980-90 le era sumamente tortuoso mantenerse en la legalidad de las prácticas dictatoriales.</p> <p>El Borda y Río negro⁴³ son experiencias que se deben de particularizar en su circunscripción histórico-social. <i>“El principio general apunta a modificar el modelo dominante de la psiquiatría tradicional, apostando a los recursos comunitarios, como alternativa”</i>⁴⁴ Podemos elucidar dos grandes problemas para poder acercarnos a la desmanicomialización,</p>	<p>el Hospital parcial, Rehabilitación y Psiquiatría comunitaria. Se consolidan entonces la reducción de los recursos para el hospital, el máximo de días de internación se reduce a 15, ya que las prácticas de rehabilitación psicosocial en el hospital representan menor presupuesto que el mantenimiento por años de los pacientes ¿En dónde tendría que colocarse las prácticas de rehabilitación psicosocial dentro o fuera del hospital?</p> <p>En 1993 se echan a andar, oficialmente, las casas de medio camino, mismas que se sostienen con el cometido de colocarse entre el internamiento y la salida, como una manera de ir recuperando la socialización después del internamiento. Estas casas comenzaron a instalarse en algunos de los psiquiátricos públicos a las afueras de la ciudad con la intención de empequeñecer al grupo de pacientes y rutinizarlos en una convivencia con <i>“algo semejante a la realidad a enfrentar”</i>. Es interesante hacer notar que en la actualidad este esquema de casas de medio camino ha sido montado para otras poblaciones como: presos, chicos</p>
--	---

⁴³ Comunidades de pacientes y médicos psiquiatras en Argentina, mismo que vivieron procesos de desmanicomialización, en tanto rupturas en los vínculos entre personal – pacientes.

⁴⁴ Ma. Eugenia, *“Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones” en El sujeto en el campo de la salud mental, 2009 pp. 71 en Paz Zarza, Alma Ruiz Velasco, El sujeto en el campo de la salud mental, 2009 coordinadora*

<p>primero el vínculo personal-paciente no termina en los linderos del hospital, las prescripciones son una forma de continuar con la relación en el afuera de la institución. El otro problema es a nivel epistemológico y ético: <i>“implica que estas personas han sido tratadas como objeto durante doscientos años, y el problema de recuperar una dimensión subjetiva, es decir volverlos a situar para el conocimiento en una posición de sujeto, de semejante...”</i>⁴⁵</p> <p>En la actualidad la psiquiatría ha acumulado aquellos reproches, no sólo para confrontarlos con los efectos del medicamento, sino con su nueva profesionalización. Estos médicos comenzaron a implantar terapéuticas en un más allá del medicamento, el psiquiatra obtiene metodología terapéutica gracias a los discursos psicológicos y de la psiquiatría comunitaria, entre otros, en la que se estima una prevención del desarrollo de los trastornos mentales gracias al tratamiento en la comunidad. Es así como la participación social del profesional de la salud abre las</p>	<p>en los internados, en el trabajo con las adicciones, etc.</p> <p>Nota 7: Retomar “<i>El manicomio</i>” a continuación de la nota 6.</p> <p>Sara Makowski⁹⁵ nos comenta, desde las lecturas de Ma. Ruiz Velazco, la poca operatividad de las reformas en México. Las recomendaciones internacionales fueron procrastinadas por el <i>oscurantismo psiquiátrico</i>, por lo que predomino la custodia y el abandono. Makowski revela algunos datos estadísticos de la OPS⁹⁶ que son de suma importancia para el panorama de abandono de la locura en México en 2004, mismo que interpreta como <i>“Un sintomático indicador de ello (de la postergación) es que el 80% del presupuesto asignado a la salud mental en México (mismo que representa el 2% del presupuesto total del sector salud), se utiliza para los gastos de los hospitales psiquiátricos. Además, frente a la existencia de 46 hospitales psiquiátricos (13 de ellos corresponden al sector privado), solo existen tres establecimientos de tratamiento</i></p>
---	---

⁴⁵ Galende, Emiliano, *“Desmanicomialización institucional y subjetiva”*, Conferencia dictada el 26 de agosto del 2008 en APdeBA, ciclo de conferencias sobre desmanicomialización.

⁹⁵ Makowski, Sara *“Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México”*, Colombia, CS, No. 11, enero-junio 2013.

⁹⁶ Organización Panamericana de la Salud.

<p>puertas del hospital psiquiátrico, del manicomio y opera en el entorno⁴⁶.</p> <p>Nota 8: Retomar “La Castañeda” a continuación de la nota7.</p> <p>Ante el panorama de precariedad institucional la salud mental se ve sometida al sector privado, como la practica psicológica, psicoanalítica o psiquiátrica actualmente. Las casas de medio camino emergen entonces en el sector privado, como aspiración posterior a la internación, como remedio preventivo ante cualquier recaída y como medio de resocialización.</p> <p>Manuel Desviat⁴⁷ nos propone una lectura muy interesante sobre el agotamiento de la reformas psiquiátricas de los ochentas, debido a los logros del campo del mercado en la promoción de los servicios se salud mental. “<i>El mayor fracaso de la reforma sanitaria y psiquiátrica está en no haber</i></p>	<p><i>diurno, denominadas “casas de medio camino”</i>⁹⁷ ¿Y todas las demás casas de medio camino o comunidades terapéuticas que podemos encontrar?</p> <p>Desde la llegada del gobierno neoliberal la salud se ha visto sometida a un desmantelamiento de los recursos públicos, las casas de medio camino, como muchos otros servicios, se venden. La línea entre lo público y privado es cada vez más nítida. Dentro de esta línea surgen las asociaciones civiles, que con presupuesto estatal y privado crean espacios de mayor confort para el loco, como la Casa Golondrinas. Una comunidad terapéutica que presume ofrecer las herramientas de reinserción a la sociedad y a la familia, disciplinando al sujeto para la convivencia con el afuera, pero además paradójicamente hace patente la falta de recursos de las familias y el Estado para sostener a su loco dentro de las normas</p>
---	--

⁴⁶ En Brasil, en las últimas décadas las reformas en materia de salud mental: *El 31 de julio de 2003, el Presidente de la República firma la ley n° 10.708 que instituye el auxilio-rehabilitación psicosocial para pacientes con trastornos mentales dados de alta de su internamiento. Esa ley, conocida como <<Ley del Programa de Vuelta al Hogar>>, establece un nuevo nivel en la historia del proceso de reforma psiquiátrica brasileña e impulsa la desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en un hospital psiquiátrico, con la concesión de auxilio y rehabilitación psicosocial e inclusión en programas extrahospitalarios de atención en salud mental.* Para el 2003 Brasil acrecentó sus recursos extrahospitalarios y crea condiciones e instituye nuevas prácticas terapéuticas con miras a la inclusión del usuario en salud mental en la sociedad y la cultura. Tosta Berlinck, Manoel “*La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas*”, Salud Mental vol.32 no.4 México jul. /ago. 2009

⁴⁷ Desviat, Manuel “*Cohabitar la diferencia*” Editorial Grupo 5, Madrid, Mayo 2016

⁹⁷ Makowski, Sara “*Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México*”, Colombia, CS, No. 11, enero-junio 2013. Makowky, p. 284

sabido incorporar al proyecto comunitario a la población”⁴⁸ Nos propone este autor notar tres características que hacen tambalear el modelo comunitario, primero se encuentra la insuficiencia del bagaje psicosocial, después la crisis de servicios públicos (deshospitalizaciones) y por último la creciente medicalización de la sociedad. Juntos estos tres componentes generan las suficientes condiciones para dudar y parar las reflexiones de cómo recolocar la locura en todos y *“cohabitar la diferencia (que) será el horizonte tras el largo y apasionante recorrido que va de la desinstitucionalización a la salud mental colectiva.”*⁴⁹

Lo cierto es que desmontar el manicomio no ha sido la clave para dicho restablecimiento en lo social de la locura, si bien ya no se expulsa al loco de la ciudad, ya ni se enclaustra durante años, la institución de la locura sigue operando en la comparecencia de la población ante la denominada enfermedad. “La locura es de todos” sería la reflexión de este autor, tendiendo a hacerla pública y no concentrándola en el campo de

prescritas. Nos dice Don Raúl: *“En casa las Golondrinas me dan las pastillas a la hora exacta, el problema era que muchas veces no me las tomaba”*⁹⁸

En dicha casa las actividades tienen por cometido realizar intentos de socialización y reconocimiento del afuera con salidas al parque, a museos, etc. Pero uno de los problemas que destacan es sobre la reacción de la población ante el loco, siendo rechazado al intentar conversar, por lo que este lugar procura remediar dicha segregación mediante el entrenamiento del loco ante el caótico mundo de las relaciones sociales: *“Hemos logrado que se sientan más seguros y muchos de ellos hasta han conseguido trabajo”*⁹⁹

Actualmente en Yucatán por medio de un colectivo llamado *Revolución Psiquiátrica Yucatán*¹⁰⁰ se exhiben por medio de redes sociales, no sólo la falta de recursos y precariedad, sino que se denuncia el desvío de recursos estatales para el hospital psiquiátrico. Se propone además la creación de comunidades terapéuticas y por ello es la

⁴⁸ Desviat, Manuel *“Cohabitar la diferencia”* Editorial Grupo 5, Madrid, Mayo 2016

⁴⁹ *Ibíd.*, SN/p.

⁹⁸ Vitela, Natalia *“Amortiguan esquizofrenia”* Nota periodística de La Jornada, 13 de Junio 2010.

⁹⁹ Vitela, Natalia *“Amortiguan esquizofrenia”* Nota periodística de La Jornada, 13 de Junio 2010

¹⁰⁰ Somos una agrupación de derechos humanos apartidista, no lucrativa, laica, idealista, comprometida, solidaria y libre. <https://www.facebook.com/Revolución-Psiquiátrica-Yucatán->

<p>los profesionales de la salud, que serán aquellos quienes tratan y atienden al loco, en los que se concentran psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas, junto con otros. La psiquiatría cedió así su dominio de la locura a otras disciplinas, unidas todas por su fe en la enfermedad mental. ¿Abrir el manicomio, dejar salir la locura a que conviva con la población y no sólo con estos profesionales será tal vez una forma de restitución? Además ¿Cuándo se ha enseñado a la población a convivir con la locura?</p>	<p>denuncia, por la falta de recursos para constituirlos. Se lanzan por medio de videos, en los que participan los profesionales del hospital, a la Secretaria de Salud haciendo hincapié en la perentoriedad de las reformas sobre salud mental.</p> <p>La imagen del loco se ha ido detallando con el discurso de la Salud Mental por lo que encontramos que se envuelve con las cuestiones sanitarias y de la que destacamos la falta de recursos económicos, la corrupción y la privatización de ésta. Se privatiza la locura en México, la apuesta por colocar recursos públicos en el quehacer con el loco no es en conjunto, en tanto que son los Profesionales de la Salud quienes de manera independiente hacen sus esfuerzos por dignificar su tratamiento o seguir con el usufructo al loco.</p> <p>Nota 9: Retomar “<i>El manicomio</i>” a continuación de la nota 8.</p>
---	---

Salgamos del océano y enfoquemos el estereograma¹⁰¹ de la locura que nos permite entonces superponer las imágenes y detallar por un tiempo breve, la forma que adquirió la yuxtaposición de la tabla histórica anterior.

¹⁰¹ Un estereograma es una imagen tridimensional oculta en una imagen bidimensional.

Tenemos al loco como el excomulgado por su comunidad, el Estado moderno que gira de la caridad a la asistencia en su separación con la Iglesia, toma el saber psiquiátrico como aliado y le cede la custodia sobre el loco. Es entonces cuando el loco enferma, aunque el psiquiatra nunca sabe de qué; el movimiento de antipsiquiatría denuncia esta inconsistencia y bifurca, fractura y disloca la hegemonía biologicista, colocando por un lado una enfermedad orgánica y por otro una social, una del cuerpo como organismo y otra del alma. Su indeterminación abrió paso a otras disciplinas, constituyendo el campo de la Salud Mental, sus profesionales y sus metodologías.

Es el manicomio y sus subrogados es el espacio en donde se condena la pobreza y la locura, espacio de relaciones de poder en donde el loco es diagnosticado por el saber psiquiátrico y puesto a trabajar en aras de la moral, donde es electrocutado por su bien, aunque le desgarran aullidos de dolor, en donde se rehabilita psicosocialmente enseñándole como se debe convivir mientras que a la población se le fomenta el trato de compasión por enfermedad, en vez de los recursos para poder convivir con ésta. Notamos entonces que los esfuerzos del manicomio siguen la lógica de custodia y mediación, es decir, estas dos son posiciones en las que se juega el profesional de la salud, por un lado protege al loco y a los otros de la enfermedad, y por otro surge como figura mediadora entre el loco y la comunidad.

El vínculo y la relación entre profesional de la salud y el loco es donde encontramos la manicomialización y la desmanicomialización, es decir, se coloca al profesional sobre el loco o se cancelan las jerarquías ¿Pero es posible sostener esta cancelación desde el lugar del profesional de la salud? Tal vez el abandono y la seducción como calidades limítrofes del vínculo que emerge desde la relación de custodia nos puedan ayudar a responder la pregunta. En tanto que son estas dos calidades las formas en las que se configura la relación profesional-paciente, podemos argüir y prevenirnos de que son posiciones desde donde el profesional de la salud mental se quiebra y tiene dos opciones: dejarse seducir o abandonar al loco y el exceso de cualquiera de éstas llevará a la extinción del otro.

La sociedad se ha preocupado por crear nuevas terapéuticas para este tipo de sujetos, los denominado locos y lejos de inquietarse por la génesis de sus metodologías, reproducen

compulsivamente una epistemología médica (enfermedad-salud), que trata de transpolar al campo de la subjetividad. Es por ello que los sujetos que encontramos son los locos de la modernidad, que como en las lobotomías del siglo XVIII, se crean tecnologías que siguen amagando y silenciando al sujeto alienado, el fármaco es un ejemplo claro. ¿Cómo pensar la modernidad? ¿Se podrá dar cuenta de una parte de ella a través de sus formas de la sin –razón y de las tecnologías que surgen para contener ésta?

1.2 El Acompañamiento Terapéutico.

"En un vigilante de insensatos es menester buscar una contextura corporal bien proporcionada, músculos llenos de fuerza y vigor, un continente orgulloso e intrépido cuando llegue el caso, una voz cuyo tono de ser necesario, sea fulminante; además, el vigilante debe ser una probidad severa, de costumbres puras, de una firmeza compatible con formas suaves y persuasivas [...] y de una docilidad absoluta a las órdenes del médico". Esquirol, 1838

Los acompañamientos terapéuticos (AT) surgen de la teoría psicoanalítica en Argentina, en donde el primer acompañante terapéutico es nombrado “amigo profesional” y tenía por cometido “apoyar” en los momentos de ansiedad a un sujeto asumido como alcohólico. Rápidamente se denostó como práctica novedosa, “una praxis que se ubica más como una investigación que como una ciencia establecida”¹⁰², por lo que progresivamente ha ido recortando su figura.

“a finales de los años '60, en el terreno científico-cultural: la actividad que se denominará acompañamiento terapéutico comienza allí con el abono de un conjunto de propuestas conceptuales, clínicas, comunitarias, y hasta político-sociales que promueven una nueva significación de la locura, y de sus posibilidades de tratamiento”¹⁰³

¹⁰² Pulice, Gabriel *“Del Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica”,* Buenos Aires, Letra Viva, 2011

¹⁰³ Rossi, Gustavo *“El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de la atención a la salud mental”* Universidad de Buenos Aires, Área de psicoanálisis, 2007 , p.49

De las adicciones partió hasta instalarse en la psicosis, el autismo, discapacidad, en fin, en aquellos degenerados del siglo pasado; busca sobre todo *hacer de puente entre el paciente y la comunidad*. Esta práctica es efectivamente potencializada por las deshospitalizaciones, por lo que este dispositivo se instaura primeramente en la frontera con el hospital. Influenciados por Basaglia, Cooper y Mannoni que mostraban los efectos nocivos de la institución manicomial; los profesionales de la salud mental en Argentina comenzaron con la propuesta del AT como aquel que saca al loco a la calle en busca de los recursos comunitarios. Nos comenta Gabriel Pulice que la difusión del AT en otras partes del mundo, fue apresurada por el golpe militar en Argentina en 1976 que obligó al transtierro¹⁰⁴ “*se produce en ese momento el liso y llano desmantelamiento de todas esas experiencias que veníamos describiendo, por calificárselas de «subversivas», obligando por otra parte a los profesionales que las sostenían a un largo y penoso destierro a países como España, Brasil, Perú, Venezuela y México, entre otros.*”¹⁰⁵

Culminando el periodo de la dictadura en Argentina comienzan a reconstituirse los escritos sobre el AT, y es en 1985 que comienzan las publicaciones que seguían lineamientos entre la Psiquiatría comunitaria y el psicoanálisis, en una amalgama en las que se modelaba y se diferenciaba su función. “*el acompañamiento se originó a raíz de la necesidad de atender el sufrimiento del sujeto, desde una perspectiva que aborde su singularidad, evitando la estigmatización y la cronificación de su enfermedad, lo que a su vez lograría la reinserción social del mismo.*”¹⁰⁶ ¿Es entonces la apuesta por lo singular lo que reivindicará lo social? Como nos menciona Macías Terríquez¹⁰⁷ los AT tienen como objetivo desarticular la mirada y el aparataje asistencial para la conformación de un *lazo social*.

¹⁰⁴José Gaos, el exilio se vive en México de un modo específico “*el modo de relacionarse con la tierra que lo ha acogido*”.

¹⁰⁵ Pulice, Gabriel “*Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica*”, Buenos Aires, Letra Viva, 2011

¹⁰⁶ Bustos, G. y Frank, Ma. L.” *Acompañamiento Terapéutico, Innovaciones en la clínica*”. Editorial Dunken, Buenos Aires, 2011.

¹⁰⁷ Macías Terríquez, Marco Antonio, “*El acompañante terapéutico con orientación psicoanalítica, elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación*”, Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol.16, No.4, Diciembre 2013, p. 4

En 1994 se genera *el Primer Congreso Nacional de Acompañamiento Terapéutico* en Argentina que con gran entusiasmo acogió muchos de los avances sobre el tema, en donde se recalca la base del desmontaje manicomial, asilar, estigmatizante y generalizante; además de la apuesta por *el lazo social* que tomaba el andamiaje teórico psicoanalítico del que se desprenden los marcos del dispositivo del acompañamiento y las consecuencias son entonces graves, pues coloca la cuestión de los usos de la práctica psicoanalítica. ¿Cómo desmontamos las prácticas y el discurso del manicomio? Y por otra parte ¿Cómo se saca el psicoanálisis del diván?

Para el año 2000 la formalización conceptual del AT había alcanzado un gran auge y la suficiente convicción para incluirlo dentro de la carrera de psicología clínica de las universidades. En 2003 en el marco de un tercer congreso sobre AT, asiste la Universidad Autónoma de Querétaro¹⁰⁸, que hasta la fecha concentra un gran empuje en darle un lugar al AT. Esta Universidad echó a andar el proyecto *“Unidad de Atención para evitar hospitalizaciones innecesarias y un tratamiento singular para cada paciente”*¹⁰⁹ ¿Cuándo es necesaria una internación? Desde el posicionamiento multidisciplinario se atiende a todos los pertenecientes a la Universidad, el AT se coloca ahí desde una mirada asistencial cuya principal característica consiste en tener lugar en el contexto comunitario y domiciliario del usuario o paciente. Además que se abre otra brecha sobre el AT en el sector público. Desafortunadamente la mayoría de los AT en México se encuentran dentro del campo privado, acentuando la potencia de las deshospitalizaciones y la privatización de la salud mental. Aunque en Argentina encontramos una polaridad más acentuada, ya que el AT es actualmente propuesto como profesional del que puede hacer uso la población de los hospitales de salud mental, nos permite pensar entonces la problemática de la privatización.

En los últimos años, el acompañante terapéutico ha cobrado un lugar en la representación social y en la salud mental, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado. Por ello, es importante que el acompañante terapéutico no se convierta en un objeto de consumo.

¹⁰⁸ González Liliana, Cruz Benjamín, Macías Marco Antonio *“Impulsa UAQ propuesta para prevenir y atender trastornos mentales”* Tribunal de Querétaro, Revista versión web, SEPTIEMBRE DE 2012 PP.21-33

¹⁰⁹ *Ibíd.*, PP. 21-33

*Para ello es fundamental tanto el ejercicio serio de la profesión (formación, supervisión y terapia personal) como el respaldo legal y el reconocimiento pleno desde las instituciones de la sociedad como profesionales de la salud mental.*¹¹⁰ ¿Qué implica posicionar al AT como objeto de consumo? Parece que esto tendría como efecto un modo de configuración muy particular al integrar al AT como un privilegio, segregando así la pobreza en los hospitales psiquiátricos. La discusión de lo que en Argentina llaman la ley Persico es sobre la inscripción del AT en la red de salud pública, hecho que crea la pregunta sobre la demanda por sobrepoblación de los hospitales, por lo que se analiza allí el AT en grupo ¿Qué función cumpliría ahí el AT?

Por ahora, vayamos delimitando la figura del AT. Desde la lectura de Galende, en el AT parece haber un trabajo de resocialización, como praxis desmanicomializante,¹¹¹ misma que tiene como objetivo reestructurar los vínculos en un esfuerzo de sostener su malestar. *“Resocializar, es decir, devolver al individuo lo social que le fue expropiado por la institución manicomial, tanto o más que por los efectos propios de su enfermedad, se orientaba hasta no hace mucho por la idea de reinserción social...ésta consiste en encontrarle un lugar en la familia o con frecuencia, buscarle una familia, un domicilio, una ocupación...”*¹¹² La dificultad y las implicaciones que propone esta idea de resocialización nos impone otros discursos, la idea de rehabilitación psicosocial está puesta en juego desde esta perspectiva, ¿se busca la obtención de un funcionamiento y adaptabilidad del sujeto en su entorno?, tal vez podremos decir, que efectivamente, convoca una multiplicidad de formas de actuar normal en lo social pero no se reduce sólo a eso.

Dos principales objetivos generales en los AT se vislumbran, primero el desmontaje del aparataje manicomial por medio de la resocialización, pero aquí aparece el problema de los teóricos. Podemos pensar aquellas prácticas de rehabilitación psicosocial desde la perspectiva de Galende. Pues bien se reapropia de lo expropiado por el modelo asilar, pero

¹¹⁰ Pauletti, Natalia *“El Acompañante terapéutico y su relación con el paciente”*, Puntual, 2011

¹¹¹ En el apartado teórico notaremos las similitudes y las diferencias con esta noción y la que adquiere esta investigación.

¹¹² Galende, Emiliano. *“Del invento a la herramienta”*. Capítulo 4, Editorial Polemos, Buenos Aires, 1996, p. 42

es ya en sí un doble movimiento, pues por un lado el AT tiene la función de desmontar el manicomio y después (tiempo lógico) emerge la reapropiación formal por parte del loco, es entonces en el intersticio que se crea entre el desmontaje y la (re)apropiación que se coloca la segunda función del AT en *“Impulsar a los pacientes a que produzcan nuevas formas de vincularse, de hablar y de ser escuchados”*¹¹³

El objetivo particular entonces nos comenta Gabriel Pulice¹¹⁴ es para el AT una imposibilidad de determinar a priori, ya que deviene del mismo trascurso del acompañamiento, emerge como gozne entre el malestar psíquico y el malestar social, es decir, es quien auxilia y auspicia la cotidianidad del paciente *en la comunidad*. Es entonces hacer de referente/pivote de la cotidianidad del sujeto potencializando el movimiento: *“presta su aparato de pensar para ayudar al sujeto a resolver situaciones del orden de lo cotidiano, como salir de su casa, asistir a la consulta médica, acudir al centro de rehabilitación o tomar un ómnibus”*¹¹⁵.

Surge entonces el movimiento, el contacto del loco con la comunidad, pero ¿se habrá desmontado el manicomio? Si pensamos la decantación del diálogo entre memorias podemos dar cuenta de una cronología de prácticas que se desvanecen con cada golpe a la locura: la moralización alienista, las prácticas de reinserción, el fármaco, las casas de medio camino. Decantan todos estos discursos en el AT, en tanto dispositivo, concentra múltiples líneas en las que se inscriben estos discursos.

“Y podemos establecer en paralelo con el acompañamiento el lugar de la medicación psicofarmacológica, como herramientas que con sus diferencias pueden ayudar a limitar ese sufrimiento en exceso, y a contener el desborde, la agitación, etc. Se trata, en este punto, de ubicar algo del orden de una estrategia y una política, donde los recursos sean utilizados

¹¹³ Ledesma, L. C. *“Senderos clínicos del Acompañamiento Terapéutico”*. (Tesis doctoral) Universidad Complutense, Madrid., 2003 pp.207

¹¹⁴ Pulice, Gabriel *“Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica”*, Buenos Aires, Letra Viva, 2011

¹¹⁵ *Ibíd.*

para favorecer a que la palabra advenga, y no para taponar aquello que ese sujeto sufriente expresa con su decir, y con sus actos”¹¹⁶

Tenemos que Gustavo Rossi nos marca una doble tendiente del AT en sus actos sobre el otro en un ir y venir en el que se marca y desmarca del dispositivo de salud mental, actuando algunas veces como profesional de la salud y otras como ateo a éstas. Me parece importante ir destacando de este autor su búsqueda por la profesionalización del AT, colocando su función, como *“recurso especializado”¹¹⁷* que se desenvuelve en el dispositivo. Este autor es nombrado, ya que últimamente (2010-2016) ha traído con ímpetu sus ideas a México, a través del Foro Psicoanalítico Mexicano, en donde han tenido buena recepción, este Foro se orienta a diplomados permanentes sobre acompañamiento terapéutico a modo de profesionalización.

“La implicación ética del acompañamiento terapéutico y del acompañante implica desde ese lugar el que la formación del acompañante le permita entonces desde lo señalado no hacer intervenciones desde su lugar de sujeto, sino permitir el despliegue del acompañado de su propio deseo. Desafortunadamente el lugar del acompañamiento terapéutico, al menos en México empieza a corromperse, enfermeros, cuidadores, aquellos que les llaman sombras etc. Se hacen nombrar acompañantes terapéuticos”¹¹⁸

¿Quién sí puede nombrarse AT? Como vemos el problema de la profesionalización es que se deja de inscribir como discurso subversivo para instaurarse como institucional, es decir, el AT implica una función especializada de la que sólo aquel nombrado como AT -¿Por quién?- puede ser quien ejecute el dispositivo. Justo con la búsqueda de profesionalización, el AT comenzó a tomar terreno en otros establecimientos más allá de los clínicos, del mismo modo pasa con su rol; por un lado como práctica de rehabilitación psicosocial, el Acompañamiento

¹¹⁶ Rossi, Gustavo *“El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de la atención a la salud mental”* Universidad de Buenos Aires, Área de psicoanálisis, 2007, p.52

¹¹⁷ *“El AT es un recurso especializado para la asistencia ambulatoria de pacientes con perturbaciones psíquicas severas, en situaciones de crisis o emergencias, y en casos recurrentemente problemáticos o que no son abordables en forma excluyente por las estrategias clásicas del campo de la Salud Mental”* Rossi, Gustavo *“Función del Acompañante Terapéutico”* (web de Gustavo Rossi) <http://www.actoterapeutico.com.ar/areaclinica.php> El subrayado es mío.

¹¹⁸ Nájera, Lorena *“La formación del acompañante terapéutico: Una posición epistemológica y ética.”* Foro Psicoanalítico Mexicano 2016. <http://foropsicoanaliticomexicano.blogspot.mx/>

Psicosocial (APS desde ahora) y el Acompañamiento Escolar (AE); este último particularmente se realiza muy a menudo en la institución. “*No es lo mismo la tarea por la que el acompañante terapéutico es convocado (rol), que las coordenadas que guían y determinan la ejecución singular de la tarea (función).*”¹¹⁹ Alejandro Chévez¹²⁰ en su rastreo histórico, ubica la indeterminación de la praxis investigativa que son los AT, realiza una interpretación bastante interesante, nos comenta que el AT con base a su “*dejarse ubicar por las demandas institucionales*” permitió la expiación y el uso de esta figura, consintiendo la consolidación de su rol para la institución (escuela, familia, comunidad, etc.) Y la demanda que de ésta emerge, se vuelve un peligro para el quehacer del AT. Lo que comenzó con una propuesta sobre el desmontaje manicomial y la potencialización del lazo social, mediante el vínculo, pareciera no poder soltarse del todo del manicomio. Nos comenta el autor anterior que con el paso del tiempo, se recorta cada vez más la figura del AT, hasta quedar clasificada en manuales de ética en donde se definen sus derechos y sus deberes.¹²¹

El APS y el AE nacen de demandas particulares, los primeros son el surgimiento de las condiciones sociopolíticas, desplazamientos, desapariciones forzadas y las guerrillas dejan secuelas no sólo psíquicas sino también un panorama social, político y económico caótico del que el APS trata de generar recursos comunitarios a favor de la transformación social. Los segundos, es decir, los AE nacen y revelan la imposibilidad para la transmisión de conocimiento a las nuevas generaciones, con el pretexto de diagnósticos psiquiátricos se busca la regularización de los estudios de los chicos que se piensa tienen dificultad de aprender y de socializar. Así el acompañante poco a poco gana terreno dentro de otras instituciones, siempre indeterminado, como extranjero y como facilitador de éstas a la vez.

Es así como desde la propuesta de Dragotto vemos la dinámica hospitalaria del AT, parece estar del lado de la institución, de las demandas sociales, etcétera: “*De alguna manera el a.t., ante el loco, está imaginaria y socialmente del lado de los cuerdos, de las instituciones, del*

¹¹⁹ Chévez, Alejandro “*Sobre la cuestión del rol en el Acompañamiento Terapéutico*” Parte de este artículo forma parte del libro “*Acompañamiento Terapéutico en España*”, Editorial Grupo 5, Madrid, 2012

¹²⁰ *Ibíd.*

¹²¹ El “*Código de Ética de Acompañante Terapéutico*” elaborado por el equipo de María Laura Frank y Nilda Graciela Bustos en 2011,

sistema de salud. Asimismo, de acuerdo a la ideología y las coordenadas teóricas y técnicas de su formación, el ejercicio del rol de a.t. lo llevan, precisamente, a dar un lugar a la palabra y la existencia del loco."¹²² Esta es la decisión que toma el AT, ¿Desde qué lugar le da la palabra al loco? ¿Y desde qué lugar toma el loco la palabra?

Es la práctica que se jacta de trabajar por favorecer el lazo social o vínculo entre el loco y su comunidad ¿Qué vínculo o lazo social? Y ¿Cuál comunidad? ¿La terapéutica, en donde se concentran los locos y sus profesionales? El AT en México, es imbricado en las casas de medio camino la mayoría de las veces, otras tantas es una función usada en las investigaciones psiquiátricas con el fin de ¿reinserción?, es decir, ponerlo en el marco de los quehaceres cotidianos, horarios y cosas típicas de la normalidad. ¿Cuál es la función del AT? Adriana Ferrari¹²³ nos comenta sobre el trabajo de historiador que debe hacer el AT, en tanto testimonia la subjetividad del loco dentro de los dispositivos institucionales y multidisciplinarios, y es que habría que mencionar que el AT como práctica terapéutica única no suele ser vista. El testimonio sobre la locura o sobre un sujeto es lo que pende de un hilo, el AT entonces ¿retoma, rememora y narra la historia de la locura o la historia del sujeto y su locura?

En los días 19 y 20 de Agosto del 2016 se celebró un coloquio de: "*Acompañamiento Terapéutico y clínica en nuestros tiempos*" en México, propuesto por el Foro Psicoanalítico Mexicano y la Universidad de Londres (México) en el que a través de 8 mesas de discusión se vertía las reflexiones sobre este dispositivo. Ponderan así el trabajo en el sector privado, a diferencia de Argentina, en México los AT son casi exclusivos del sector privado. Además de la magnitud que está tomando el campo escolar en el AT, es decir en la actualidad en México el AT ha sido encaminado a los niños dentro de escuelas de paga. El AT se encuentra así subsumido por el consumo a un privilegio para los niños y para la institución, en tanto es ésta, nos mencionan, la que ejerce demandas sobre el trato y el comportamiento del chico.

¹²² Dragotto, Pablo "*Hospitalidad y Extranjería: una ética del acompañamiento terapéutico*" artículo fue presentado en el VI Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico, Buenos Aires, 2011, <http://www.cordobapsi.com/hospitalidad-y-extranjeria-una-etica-del-acompanamiento-terapeutico/>

¹²³ Ferrari, Adriana "*Acompañamiento terapéutico con un niño autista*", 2015. <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.mx/2015/03/el-acompanamiento-terapeutico-un-nino.html>

Pero resultaron muy confiados en su dispositivo, proponen el trabajo interdisciplinario, en el que se contempla primeramente al analista, al psiquiatra y los AT como equipo de trabajo clínico sobre un sujeto. Siempre el trabajo es con otros profesionales, nos comentan, cosa que resalta con importancia en tanto coloca a los AT sostenidos en red en junto con los otros dispositivos de salud mental inscribiéndose muchas veces en un licuado de saberes.

Pues bien, el AT es una figura de referencia que se inserta en la cotidianidad del paciente que se propone, “*La rearticulación social apunta a que el sujeto sostenga un lugar en su comunidad y realice proyectos personales*”¹²⁴ ¿Cómo nos hacemos un lugar en la comunidad? ¿Y cómo le hacemos un lugar al criminal, al adicto, al homosexual, al loco? ¿En qué momento la sobrepoblación llevó a tener ese *Más* de profesionales de la salud mental sobre el loco? *El más* de profesionales, implica *un más* de relaciones con profesionales e instituciones, con saberes y con leyes, que le dicen cómo vincularse con la comunidad, con la sociedad, con el orden moral, civil, con lo simbólico. ¿Cuál es el resultado de locuras más profesionales de la salud? La operación en sí, es ya un modo de lógica, es decir, un principio de demostración, un principio de razón. La lógica de crear manicomios, para la nación, era que esta institución se encargaría de las personas que no conjuraban hacia el proyecto de Estado. Y por último lo que nace es un situarnos en la cotidianidad del sujeto y *reinsertarlo* en la sociedad. ¿Cuál es la diferencia entre el AT y la tarea de custodia del psiquiatra? En todas estas etapas la operación sigue siendo la segregación y la lógica, parece ser normalizar.

Sin duda el saber teórico está impregnado de psicoanálisis, es el eje en el que pivotea la clínica del AT. Pero es importante destacar que en algunas ocasiones el recorte conceptual es tan puntual que pareciera el mismo dispositivo el diván y el AT. El tema de la transferencia, por ejemplo, parece ser utilizarlo sólo a nivel económico, es decir, mayor transferencia en el AT menor en el diván. ¿Será que falta anudar conceptos tópicos y dinámicos al AT?

¹²⁴ Macías Terréquez, Marco Antonio, “*El acompañante terapéutico con orientación psicoanalítica, elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación*”, Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol.16, No.4, Diciembre 2013.

Pues bien, el AT saca al psicoanálisis de paseo, los recorridos sobre la ciudad son de relevancia clínica para éste, en tanto procuran la exploración y la inscripción de un lugar, hacerse un lugar por medio de los recorridos de la ciudad. Los paseos, las salidas a tomar café, al parque, son herramientas puras de los AT en tanto el espacio andado es un espacio inscrito y develado, espacio de significación. En otro apartado abordaremos el tema del espacio desde la teoría, por ahora es importante mencionar desde los AT la importancia del paseo.

Nos menciona Gabriel Pulice que es entonces en la construcción de un espacio que el AT y el loco por medió del vínculo constituye una cotidianidad, como una posibilidad de salir del encierro, un primer paso a devolver –no al loco- sino la locura a la comunidad en un andar de ésta por la ciudad, de recolocar el cuerpo del loco en una plataforma distinta en la que se moviliza su propia curiosidad por medio de su mirada y su andar. “*Se parte a la descubierta del mundo. Paseando se descubre todo. ¿Qué descubre? Personas y objetos en un fondo de Paisaje*”¹²⁵ Es así, como por medio del cuerpo, en los paseos, se retoma un apropiación distinta a este en cada lugar, geografía humana que recoloca fronteras imaginarias al territorio del cuerpo y de la ciudad.

El AT en su función de desmontaje del aparataje manicomial encuentra por medio de los paseos una descolocación de la esteticidad del lugar impuesto a la locura, es decir que la locura vague por la ciudad muta la configuración espacial de ésta y por tanto sus formas de relación, “*se trata de un detalle que es sí puede ser totalmente trivial (...), pero que, por su posición estructural, destruye la imagen de la homogeneidad del todo que forma parte y desencadena un verdadero extrañamiento: es como si en una imagen bien conocida hubiera un detallecito desplazado, y por lo tanto la imagen entera se volviera enigmática y extraña*”¹²⁶

¹²⁵ Pulice, Gabriel “Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica”, Buenos Aires, Letra Viva, 2011 pp.136

¹²⁶ Žižek, S., “Los buscadores de huellas”, Revista, Año IX N° 116, Buenos Aires Marzo 2000, pp. 30

Quien habita la ciudad son los sujetos y por ende los paseos son una manera de devolver el estatuto al loco en tanto que descoloca el lugar de apando en el que fue puesto. Si la ciudad se vive es un discurso y una práctica en la que cada paso es una enunciación, es una conjugación de tiempos en los que el espacio se configura en un recorrido pues al sujeto no lo podemos captar en su movimiento sólo por las huellas, es la transformación de una descripción en una narración, en un relato.

Por ello el afuera toma su importancia clínica y política en la construcción del loco, pues no sólo es devolver la locura a la comunidad, sino transformar la ciudad y los espacios de homogenización de ésta, además de una práctica corporal de fronteras, de experiencia en las que son devueltas las relaciones sociales. Es *“Una dimensión del afuera, del fort, y el pasear han nacido simultáneamente en el mismo tajo del mismo acontecimiento (...) pasear penetra en el cuerpo, lo moldea de un modo u otro; dicho conceptualmente, tiene potencia de metamorfosis”*¹²⁷

El AT entonces tiene su espacio en el afuera, es decir, no tiene como marco de delimitación, un consultorio como los otros profesionales, dichos espacios son la propia casa del paciente, las escuelas, los hospitales, las cafeterías, los centros comerciales, etc. Es la ciudad la que acoge el vínculo del AT y el loco, por tanto la performatividad del vínculo y de los sujetos inscritos en él toma de manera rotunda el contexto del afuera y por ende la descolocación de la locura dentro de un tiempo-espacio delimitado. El tiempo es también una coyuntura importante puesto que mientras una sesión en consultorio Psi tiene una duración de 1 hora aproximadamente, en el AT puede llegar a durar hasta 8 horas o más. Es así como Karina Chayan¹²⁸ problematiza la ética del AT con una pregunta surgida desde espacio de éste que es el vínculo y por tanto se configura de manera distinta al de un consultorio, pues si el lugar es el vínculo y éste está operando en distintos espacios y tiempos las actividades son de otra índole y no pueden ser tácticas anticipadas. El AT no se abstiene de tomar un café, fumar un cigarrillo, jugar, etc. Es entonces que surge la pregunta de esta autora: *“¿De qué se abstiene*

¹²⁷ Pulice, Gabriel *“Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica”*, Buenos Aires, Letra Viva, 2011 pp. 148

¹²⁸ Chayan, Karina *“La abstinencia en el acompañamiento terapéutico”* Congreso de acompañamiento, Buenos Aires, 2003 S/N página.

un AT?“, es decir ¿desde qué lugar son sus intervenciones? “Diría de aplastar con su propio deseo la posibilidad de descubrir, correr el velo acerca de qué desea el paciente”¹²⁹ Es entonces que podemos notar que la noción de abstinencia es correspondiente a la neutralidad y no a las actividades, es decir, para Karina Chayan el AT al igual que el analista debe tener una actitud neutral frente a los valores religiosos, morales y sociales, “no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera”¹³⁰, pero la neutralidad alude a la función de sostenimiento de la transferencia, del vínculo en busca de la libertad subjetiva del loco, “desearle al paciente advenga como sujeto, aunque este sea el final de un AT”¹³¹.

¹²⁹ *Ibíd.*

¹³⁰ *Ibíd.*

¹³¹ *Ibíd.*

Capítulo 2: El Océano de la Locura

*“hay locuras que son poesías
hay locuras de un raro lugar
hay locuras sin nombre
sin fecha, sin cura
que no vale la pena curar
hay locuras que son como brazos de mar
te sorprenden y te arrastran”
Locuras, Silvio Rodríguez.*

Hasta ahora hemos navegado sin brújula, cuestión necesaria para sentir el ímpetu del océano, pero la barca es finita, así que habría que comenzar a mirar el horizonte; nuestro objetivo no es colonizar islas del saber, sino más bien, aprend(h)ender a navegar a mar abierto, generar el instrumento requerido para no encallar.

Requerimos un Sextante, es decir, un instrumento de navegación que nos permita determinar la posición del astro (sol) y simultáneamente la nuestra para evitar la deriva.

Para seguir en nuestra travesía hacia el conocimiento de la experiencia del campo, resulta necesario convocar las diferentes miradas y autores que componen el corpus teórico de la presente. Caja de herramientas que nos permitirá la construcción del Sextante y las medidas de precaución ante las tormentas.

A continuación, les propongo abordar la nave de los locos, por lo que desde ahora y jamás en sentido peyorativo, “todos estamos locos”. Veamos entonces, que tenemos dos territorios interconectados, interrelacionados, uno contiene parte del otro, aunque los dos sean completamente distintos, dejemos la tierra firme y adentrémonos al océano, pues son estas dos divisiones las que hacen nuestro mundo, a sabiendas que ésta última es la más desconocida.

2.1 La nave de los locos (zarpando).

“Un borracho malhablado, un glotón, una monja remilgada y un monje de dudosa erudición: ésta es solo parte de la tripulación a bordo de 'La nave de los locos', una embarcación que navega velozmente rumbo a ninguna parte gracias al genio de El Bosco” Gregory Norminton.

Como hemos mencionado la locura tomó el estatuto de enfermedad paulatinamente. A fines de la Edad Media la lepra como epidemia había desaparecido, junto con las cruzadas que propagaban la misma. García Canal¹³², en su lectura de Foucault, nos comenta que los leprosos poco a poco desaparecían en la medida en que los cristeros no cruzaban fronteras, aún con la disminución de este mal divino, la configuración social mantenía la exclusión, excomuniación y el destierro de éstos. La lepra se vació de la sociedad y el espacio que quedó fue poco a poco ocupado por la locura, lugar del mal, del miedo y el temor. *“Las formas de exclusión no desaparecerán, se mantendrán siempre presentes, si bien el excluido no es el mismo: es otro el objeto sobre el que recae el temor y el horror”*¹³³

Las formas entonces se mantienen pero el contenido de este lugar ha cambiado, sin cansarnos de repetir, el lugar de exclusión, miedo y temor será ocupado por diferentes personajes dependiendo del contexto histórico-social. Después de la lepra, de manera interina las enfermedades venéreas ocuparon dicho lugar, pero rápidamente fueron catalogadas y adjudicadas a la medicina; es entonces cuando la locura hace su aparición adueñándose en un lapso de dos siglos de este espacio. *“Este proceso, que se inició en el siglo XVII, debió esperar hasta el siglo XIX para que la locura se transformara en "enfermedad mental”*¹³⁴

Desde el Renacimiento en Occidente, a finales del siglo XV comienza a surgir la nave de los locos como una de las primeras manifestaciones simbólicas *“extraño barco ebrio que navega*

¹³² García Canal, María Inés, *“Octava sesión: De la nave de los locos al Gran encierro”*, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002

¹³³ *Ibíd.*, p. 96

¹³⁴ *Ibíd.*, p.96

por los ríos tranquilos de Renania y los canales flamencos"¹³⁵, que iba cargado de insensatos. En las ciudades se alimentaba, se vestía y daban cobijo a los locos siempre y cuando no se excedieran sus recursos y “sólo se expulsaba a los locos extraños, a aquellos que por una razón u otra habían llegado a una ciudad que no les pertenecía por nacimiento; cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de sus propios insensatos, no de los ajenos”¹³⁶. Los locos extranjeros eran encargados a los marineros para embarcarlos y dejarlos a la deriva, encallarlos en alguna otra ciudad o volverlos prisioneros, es así como la ciudad echa no sólo de sus murallas, ni de sus tierras al loco, sino que lo expulsa del hábitat humano, cual mierda¹³⁷ en el escusado, lo echa al mar. “De esta manera los locos se convirtieron en prisioneros en una de las rutas más libres: el mar”¹³⁸.

La locura es vista como la sinrazón, parásito divino que circula y tienta los cuerpos, los más débiles o complacientes sucumben ante esta bestialidad, el cuerpo enloquecido entonces posee una verdad, la verdad sobre la humanidad: “la locura no es otra cosa que la forma que toma la muerte en la vida y muestra, al mismo tiempo, el fondo animal y bestial de todo hombre que se deja dominar por sus deseos y pasiones”¹³⁹

La atmósfera religiosa de aquella época era intensamente violenta, por lo que la locura se presentaba como pecado aberrante por posesión demoníaca, que convierte al humano en monstruo, deformándolo; en su animalidad el loco refleja a los hombres las fuerzas oscuras que habitan nuestro mundo, éstas, entonces, son mejor conocida por el loco dándole un saber sobre lo prohibido. Aunque poco a poco aparecerá una brecha entre la potencia divina de la locura y la entera humanidad de la exaltación de las pasiones que conlleva ésta. Por lo que la locura o sinrazón se concibe desde la razón, nombrando las manifestaciones específicas de

¹³⁵ Michel Foucault, “Historia de la locura en la época clásica I”, México, FCE, 1967, p.21

¹³⁶ García Canal, , María Inés, “Octava sesión: De la nave de los locos al Gran encierro”, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002 pp.97

¹³⁷ Desde la lectura psicoanalítica las heces puede tener diferentes acepciones, pues se polariza como desecho pero también puede ser un regalo es decir algo atesorado, partes de nosotros que cedemos al Otro. Es un desecho atesorado.

¹³⁸ *Ibíd.*, P. 97

¹³⁹ *Ibíd.*, P. 97

la locura¹⁴⁰.

El siglo XVII trae consigo el apogeo de la razón, la nave se vuelve un claustro, el “pienso, luego existo” de Descartes se esparce e impone un imperativo que permanece hasta nuestros días sobre la locura, el pensar es desde la razón y por tanto cobro existencia, por lo que la sinrazón es la imposibilidad de hacer surgir el pensamiento, por tanto no existo. La duda metódica y no la existencial, es el antídoto a la locura, en tanto que ésta caracteriza a la razón en una *indisociable socialización*, que tiene como condición dialéctica, la co-construcción de la alteridad y la heterogeneidad, la razón crea el afuera, lo fragmenta e intenta hacerlo suyo. Hablar de la locura siempre ha sido desde la razón, en un intento de domeñar, humanizar, desencantar, en un desmantelamiento poiético, a la locura. La paradoja está en el trasfondo, la sinrazón aparece como oposición inmediata a la razón, pero no puede tener otro contenido que la razón misma. Aunque Derrida¹⁴¹ nos hará caer en cuenta de que el cogito cartesiano contiene la locura, “...no se puede ya decir literalmente que el Cogito escape a la locura porque se mantenga fuera de su alcance, o porque, como dice Foucault, “yo que pienso, no puedo estar loco”, sino porque en su instante, en su instancia propia, el acto del Cogito vale incluso si estoy loco, incluso si mi pensamiento está loco de parte a parte”¹⁴²

Ahora bien, al comienzo de la historia del manicomio nos propusimos retomar un poco del alcance de la tesis doctoral de Michel Foucault¹⁴³, tenemos a los excomulgados y expulsados de las comunidades, el vagabundeo y la indigencia comenzaron a saturar las ciudades, específicamente este autor nos habla de París, lugar de donde se parodia la idea del manicomio en México. Con el pretexto de paz social se realiza el *Gran Encierro*, en el que el Hospital General de aquel país fue un establecimiento estatal al servicio de los pobres, indigentes y locos. Es entonces a partir de 1656 que se comienza a excluir a la locura de la vida cotidiana de la ciudad, en un espacio que parecería médico pero Foucault nos advierte, es más un espacio *jurídico-policial*, pues los internamientos no eran por causas médicas, sino

¹⁴⁰ Por identificación: Creerse un héroe, por presunción: Creerse rico siendo pobre, por justo castigo: Debido a que atenta moralmente, por pasión desesperada: La locura de amor o el odio iracundo. García Canal

¹⁴¹ Amar Díaz, Mauricio “Cogito y locura. En torno al debate Foucault-Derrida”, Universidad de Chile, Fragmentos de Filosofía, nº 10, 2012, p. 37

¹⁴² Derrida, Jaques “La escritura y la diferencia”, Editorial Anthropos, Barcelona, 1989 1989, p. 78

¹⁴³ Michel Foucault, “Historia de la locura en la época clásica I”, México, FCE, 1967.

policiales, como el vagabundeo, la ociosidad, los actos inmorales, y por causas religiosas como posible posesión demoniaca o divina. Ante la congestión demográfica de los hospitales generales en Francia y en Inglaterra, a partir de la reforma psiquiátrica de 1794¹⁴⁴, se comenzó la utilización de los recursos de mano de obra a bajo costo por parte de los hacinados en el establecimiento. Es así como el capitalismo surgía desde la explotación, la segregación y la plusvalía, por lo que Foucault nos propone interpretar estos establecimientos como lugares de inclusión en donde aquel que no estaba suscrito al mercado laboral tenía la oportunidad de hacerlo, “*si no trabajas no sales*” es el silogismo de la razón hacia el loco en esta época.

¿Contra qué atentó el loco para ser encerrado? Primeramente como se menciona en el párrafo anterior, la ociosidad, el vagabundeo, la pobreza y la indigencia, eran vistos como desgarradores males que había que combatir, es así como la locura comienza a estrechar la relación con la moral, haciendo del loco un trasgresor de los dos elementos fundamentales de ésta, primero, el trabajo como la única forma de alcanzar la felicidad, la salud y la prosperidad. Y segundo, la familia, con su moral y su exigencia de la represión de la sexualidad y sus pasiones. El loco “*es peligroso no sólo para sí y para su medio, sino también para el mantenimiento del Estado en su conjunto*”¹⁴⁵.

Para el siglo XVIII la locura se comienza separar de las otras figuras de la sinrazón, las formas de encierro y motivos, comienzan a unirse a la medicina, ya que permanece la idea de contagio y peligrosidad, en París es quemado un hospital para evitar el contagio de esta lepra moral. “*La medicina aparece para detener, por la vía del conocimiento, la imaginación desbordada de una sociedad y para dar razones científicas de este mal*”¹⁴⁶.

Comienza el imperio de lo patológico¹⁴⁷ que es la locura en tanto enfermedad mental y se

¹⁴⁴ Esta Reforma Psiquiátrica es, para Foucault, una gran falacia, pues no pretende liberar a los locos de un tratamiento inhumano, sino que lo que pretende es dominarlos mejor (más refinada y sutilmente; por ello, más eficazmente) a través de un nuevo discurso más acorde con el nuevo discurso humanista ilustrado.

¹⁴⁵ García Canal, María Inés, “Octava sesión: De la nave de los locos al Gran encierro”, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002, p.100

¹⁴⁶ *Ibíd.*, p.107

¹⁴⁷ Proviene del griego Pathos, sufrimiento o daño, también pasión y Logos estudio o tratado.

sostiene desde el paradigma organicista; el campo médico es el encargado ahora de la locura y tiene como principal característica la distinción entre lo patológico y lo saludable. Es la percepción, la mirada del médico que tiene la verdad sobre el cuerpo, haciendo entonces de **la patología el discurso de la locura desde la normalidad**. Ahora bien, esto lo podríamos pensar como nombró Foucault “*El nacimiento de la clínica*” pero que en el fondo tiene más bien una muerte de la misma. Alberto Sanen en su artículo “*La clínica: desaparición de un quehacer*”¹⁴⁸ nos expone primeramente como la clínica no tiene que ver con un saber, sino como lo menciona con un quehacer y con un tipo de relación, la cual implicaba un sentir hacia el paciente; lo olían, iban a su casa, mientras preguntaban acerca de sus malestares, incluso de sus sueños. Era una aproximación distinta hacia los sujetos donde era importante conocer acerca de ellos, de su vida, de su cotidianidad. Cuando comenzaron los hospitales eso cambió, por una mera recolección de información en donde la psiquiatría actual tiene como objetivo basarse en un manual para poder clasificar esos datos. “*Lo que nace es una sistematización de un conocimiento pero lo que muere es un quehacer*”¹⁴⁹, un tipo de relación sobre nosotros mismos como sociedad.

Es el saber médico y su mirada la que construyen la idea del hombre saludable, como elemento imprescindible de las sociedades disciplinarias que provoca mutaciones en las representaciones de lo estético y lo bueno. Esta mirada es entonces sobre el cuerpo y sus anomalías que es el objeto de la medicina, requería de espacios en donde el paciente y el médico se encontraran con facilidad. Así nace el hospital como lugar de entrenamiento de la mirada médica acompañada del lenguaje que describe lo que el ojo ve, la función de este establecimiento no sólo era procurar la mirada a la enfermedad, sino producir una verdad sobre la misma, creando las condiciones para que se exprese con contundencia. Por lo que tenemos tres elementos, la mirada, el lenguaje y el espacio “*Espacio porque la mirada se localiza, requiere de una concepción geométrica desde donde se abre el campo visual; y lenguaje porque todo lo visto ha de ser comunicable, debe ser traducido a palabra para*

¹⁴⁸ Sanen, Alberto “*La clínica: desaparición de un quehacer*”, 2013, epsys <http://www.eepsys.com/es/la-clinica-desaparicion-de-quehacer/>. sin número de página.

¹⁴⁹ *Ibid.*

adquirir estatuto de visibilidad, al tiempo que la palabra tomará la agudeza de la visión”¹⁵⁰.

La mirada (el espacio) y el lenguaje son los elementos del médico para hacer visible lo invisible, fundando al individuo, reconociendo sólo a partir de la mirada que objetiva al organizar un discurso sobre éste, extrayéndole la verdad al órgano “*el ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de traer a la luz una verdad que no recibe sino en la medida en que él la ha dado a la luz*”¹⁵¹. El proceso mórbido es detectado por la mirada del médico, lo anormal del órgano que se describe en la auscultación es consecuencia de lo patológico como perturbación funcional y la misión del médico es corregir la disfuncionalidad. La mirada y el habla son ejercicios de poder-saber, en tanto que se inscriben el orden discursivo (la norma) imperante en el momento y contexto histórico, así con el paso del tiempo se modifica la pregunta del médico del “¿Qué le pasa a usted? al ¿Qué le duele a usted?”.

Ahora bien, tenemos un primer campo dentro de nuestro apartado teórico en harás de construir nuestra herramienta de análisis. Efectivamente el campo no es el de la locura, sino el de la razón, sin dejar de estar relacionados, la propuesta foucaultiana tiene como menester la razón de la locura, cómo fue tomando aquel lugar dentro de la sociedad, cómo se enfermó y cómo se pretendía curar, no es más que la apuesta de la sociedad por dominar y apoderarse de la razón. Tenemos entonces en este primer campo la patologización de la locura, en tanto enunciación de las nosografías construidas por el aparataje clínico, es decir, por la mirada médica, la discriminación y la distinción entre salud-enfermedad.

La crítica de Derrida es sobre el cogito y su tajo con la locura, o más bien que en la locura hay cogito, por lo que la sin-razón piensa al tomar una decisión sobre si duda: “*Según Foucault, la locura es excluida por el sujeto de la duda. Esta exclusión procedía de una decisión, de un extraño forzamiento que iba a reducir al silencio a la locura y a trazar una*

¹⁵⁰ García Canal, María Inés “*Séptima sesión: la mirada burocrática*”, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002 p. 52

¹⁵¹ Michel Foucault, “*El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*”, Perujo. Editorial Siglo XXI. 3ª ed. México, 1989 p. 198

*línea de división muy estricta*¹⁵². Es entonces otro estatuto a la locura el que propone Derrida, en tanto que es tomarla como sistema de pensamiento, al recordar los apuntes freudianos sobre el descubrimiento del inconsciente y ¿qué no es Freud quién da cuenta de la locura singular de los seres humanos?

Es momento de sumergirnos, pues si bien nos mantenemos a la orilla, es hora de meternos al mar y reflexionar la locura, brindándole el estatuto de extrañeza ¿Qué es la locura fuera de la mirada médica? Pensar en una posición ética y política no me ha resultado nada fácil, sobreviene un vendaval de representaciones. Podríamos tomar algún significante de las diferentes disciplinas del saber de la salud mental para dibujar a estos sujetos, sería tentador, huele a salida fácil denigrar el estatuto de sujeto, de delirio y de sociedad, pues entre la pluma y el papel está la mortaja, el entierro y el asesinato de la palabra del “loco”. Estos sujetos han permanecido desdibujados del cuadro social, sólo para aparecer en el silencio y remarcados por las ciencias, disciplinas y epistemologías que no lo permiten imbricarse en la institución de la sociedad, siempre subterráneo, subalterno.

2.2 Desanudando la locura (Soltando las amarras)

*“Eterno peregrino de los mares, de los sueños, cuando suba la marea,
cuando haya fuego en los altares soplaré tu suerte al viento.
¡Suelten las amarras y desplieguen las velas!
a navegar el abismo...” Skay Beilinson*

Soltemos las amarras que nos conectan con el puerto para ir hacia la locura, por lo que ahora la empresa se centra en procurar el estatuto necesario a la locura en esta investigación. Por ello habría que prestar atención a la psicosis como la imagen más cercana a la locura desde la razón de la sociedad, y no sólo eso, sino que necesitamos desmarcarnos y separar la locura de la psicosis, para poder consolidar nuestros apuntes hacia la desmanicomialización. Ahora

¹⁵² Derrida, J. “*Cogito e historia de la locura*” Traducción de Patricio Peñalver en Derrida, J., *La escritura y la diferencia*, Anthropos, Barcelona, 1989, p. 56

será la lectura psicoanalítica quien nos guíe, ya que nos permite pararnos en la constitución del sujeto como inconsciente.

Derrida con su crítica a Foucault nos menciona algo sumamente interesante, es sobre el uso que hace este último de la teoría freudiana. Nos dice que habría que tomar en cuenta la caída de cogito cartesiano por el descubrimiento del inconsciente. Sujeto dividido siempre en conflicto por las pasiones inconscientes y los comportamientos conscientes, conflicto psíquico común a todos.

Freud entonces es quien descubre el inconsciente en el estatuto de escisión de la conciencia, “segunda escena” lo llamaba, fue el encuentro con los síntomas histéricos que lo lleva a develar que en los sujetos hay pensamientos que no pertenecen al orden la conciencia o que la conciencia por un lado está al parecer disociada, hay una parte de ella que el sujeto desconoce pero hay afecciones que irrumpen de alguna u otra forma y que a través de la palabra y de la escucha, de las asociaciones del paciente con su síntoma, es que se producía una especie de ensalmo. Fue ahí donde se da cuenta que el cuerpo está hablando de un malestar para el sujeto que no es explicable biológicamente, da cuenta de modos de satisfacción para el sujeto y de aquello que fue reprimido y que por lo tanto para la conciencia del sujeto no aparece como del orden de la razón; es algo a descifrar, que es pertinente a tener una lectura, en tanto jeroglífico o grafo que podría contener un acertijo o un ciframiento. A partir de esto, Freud formula la existencia del inconsciente, un inconsciente que no refiere a un baúl para guardar lo que nos aparece como displacer, sino como una inscripción, una huella, la presencia del algo que ya no está y que sin embargo marca una dirección u orientación en cuanto al deseo, ya que en ella se encontraba una perpetua búsqueda del objeto para la identidad de percepción, que es inalcanzable, su intensidad es captada y propuesta en fantasías, síntomas o sueños en los que el contenido representacional funge como armatoste, escondiendo y develando simultáneamente en la escena aquel vacío. El ejemplo más claro para Freud es el del padre que sueña con su hijo vivo, mientras éste yacía de mortaja en el cuarto contiguo, de efectos ominosos entonces es el deseo en la teoría psicoanalítica, es lo abstruso que constituye al sujeto en tanto que es motor, potencia, pulsación continua. El deseo en dirección al Otro, a la madre, que surge como objeto de sí mismo.

El estadio narcisista-especular en el que iremos introduciendo la contribución lacaniana, desde la lectura del estadio del espejo, en donde es gracias a la introducción del narcisismo animal o primario que deviene como fenómeno el enfrentamiento de la mirada y el espejo. El júbilo muestra la enajenación con una imagen dada por el Otro. Para Lacan el Otro es un lugar atesorado que le provee la identificación con un significante primordial, “ese eres tú” le dice la madre al chico frente al espejo, unificándolo imaginariamente, cuajando el cuerpo zoé (cuerpo biológico) y el cuerpo dado por la voz del Otro de la imagen. Es decir la unificación del cuerpo en un Yo vela la fragmentación constitutiva y en tanto ilusión especular es necesario percatarnos de los registros en el modelo óptico lacaniano.

En el modelo óptico operan los tres registros Real (florero), Simbólico (posición del ojo), Imaginario (Ilusión). Solo en determinada posición es percibida la ilusión. Es la ilusión que hace poco se mencionaba, vela el cuerpo fragmentado, cuerpo de “*miseria original*”¹⁵³. La ilusión es pues una imagen real en tanto que se comporta como objeto, por lo que se identifica con jubilo con la imagen del Otro que lo cautiva, imago salvadora frente a la impotencia biológica.

*“El primer cuerpo hace al segundo al incorporársele. Dicho en otras palabras, ese cuerpo al que llaman el suyo es un obsequio del lenguaje... El cuerpo si es Uno, el nuestro, es porque nosotros lo decidimos, porque le atribuimos una singularidad”*¹⁵⁴

El zoé entonces se aliena al Otro en donde encontramos el narcisismo primario, un ser completo y mítico, para más tarde caer en la ficción del yo, de un cuerpo delimitado por el Otro en tanto tesoro de significantes, por su función introduce el lenguaje y la palabra que mata a la Cosa y al cuerpo mismo, el zoé ya no es más lo que era al ser nombrado y al identificarse a los significantes del Otro.

¹⁵³ Eidsztein, Alfredo, en *Modelos, esquemas y grafos en la Enseñanza de Lacan*, Buenos Aires, Manantial, 1992

¹⁵⁴ Lacan, Citado por: Soler, Colette. “*El cuerpo en la enseñanza de Lacan*”. Versión digital: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesolerelcuerpoenlaensenanzadejacqueslaca n.pdf>

Para la lectura de la psicosis adentrémonos en el registro Simbólico de Lacan, con el que introduce una operación metafórica con respecto al Edipo freudiano. Si para Freud son 3 los que hacen el Edipo para Lacan serán 4, resquebrajando la imaginarización y formalizándolo en el campo de los registros. La Metáfora Paterna es una lectura desde lo simbólico, pero siempre habrá que anudar lo imaginario y lo real. Es la simbiosis, la diada madre-hijo, en tanto Deseo de la Madre, un significante enigmático, una X. La función materna permite la intervención, da la entrada y sostén al Nombre-del-Padre, el cual tiene como función la Ley que limita e impone el no-todo y separa del objeto incestuoso; significante entonces que introduce la significación fálica, es decir el Otro esta barrado está en falta porque desea al Padre que posee lo que le falta, significando el Deseo de la Madre sustituyéndolo por otro significante, a saber el falo, que marca el vacío constituyente del deseo en el sujeto y la inconsistencia del Otro. Es así que la función Paterna es fundamental para las posiciones del Deseo metaforizando la falta. En la psicosis la forclusión del Nombre-del-padre es el apunte a reflexionar en esta particularidad de la Metáfora Paterna en la que el *Rechazo* al significante primordial coloca al sujeto frente al Deseo de la Madre no simbolizado como objeto de goce del Otro. Es entonces la negación de la madre a ceder su objeto-hijo de goce procrastinando el estadio narcisista primario hasta conseguir la eterna fusión. Postergación a fin de cuentas por que la lengua emerge, el rechazo así perdura con la amenaza de un retorno desde otro lugar.

*“el presidente Schreber carece de ese significante fundamental que se llama ser padre. Por eso tuvo que cometer un error, de enredarse, hasta pensar llevar él mismo su peso como mujer. Tuvo que imaginarse a sí mismo mujer, y efectuar a través de un embarazo la segunda parte del camino necesario para que, sumándose una a otra, la función de ser padre quede realizada”*¹⁵⁵

El Caso Schreber¹⁵⁶, nos permite reflexionar sobre la tendencia homosexual que será más tarde justificada en el texto de *introducción del narcisismo* y que nos guía en la distinción

¹⁵⁵ Lacan, J “El Seminario 3 La Psicosis” Paidós, 2009 pág. 418.

¹⁵⁶ Freud, S “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en «*Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*» (caso Schreber), *Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998.

entre psicosis y locura. Vayamos identificando las partes como lo hace Freud con las memorias.

En una primera parte (Historial Clínico) nos ofrece su hipótesis sobre el desencadenamiento: *“Tuvo la representación de lo hermosísimo que es sin duda ser una mujer sometida al acoplamiento”*. Es a partir de esta representación en la que se desplegó el delirio en lo que Freud ubica dos puntos fundamentales: La emasculación o mudanza en mujer que emerge como delirio primario en lo *“hermosísimo del acoplamiento”* y que entonces surge como un fin para el segundo punto, el *papel redentor*. Daniel no quiere ser mujer sino que tiene que serlo y esa certeza opera de manera contundente en el desarrollo del delirio como mecanismo de vinculación entre la subjetividad y el orden Simbólico.

“Un delirio de persecución sexual se transformó en el paciente, con posterioridad, en el delirio religioso de grandeza”¹⁵⁷

Ahora bien desde la homosexualidad en el caso de la paranoia se orienta un regreso a este estado narcisista-especular, en una retroacción libidinal de los objetos por proyección. A partir de la lógica del delirio paranoico propuesta por Freud que en cuatro fases¹⁵⁸ imbricadas se descubre la dinámica de amor-odio que tiene como culminación el retorno al Yo más arcaico. *La paranoia fragmenta, así como la histeria condensa*. En las puntualizaciones del caso Schreber podemos encontrar algunas interrogantes freudianas sobre este estadio, se encuentra justamente en el estatuto conceptual sobre la fantasía de homosexualidad: *“Diríamos que el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona precisamente, con un delirio de persecución...”*

Es en el delirio de grandeza en donde podremos dar cuenta de la potencia del rencuentro con el subrogado de la omnipotencia, es decir, la imposibilidad de alcanzar lo anhelado nos lleva

¹⁵⁷ Freud, S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en *“Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente» (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913)*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998 Pp. 11

¹⁵⁸ 1: Yo lo amo, 2: Yo no lo amo...lo odio, 3: Yo no lo odio...Es él quien me odio, 4: Por lo tanto él me persigue.

a perdernos dentro de nuestro propio ser. El delirio por ello es el que descubre el erotismo en los vínculos sociales, como ligazón libidinal narcisista, una perpetua tendencia homosexual que opera en estos vínculos.

Retomando las memorias de Schreber es necesario tener en cuenta los fenómenos elementales que se desarrollan sobre el cuerpo, la emasculación misma nos presenta la radicalización de la imagen, las sensaciones descritas por el acoplamiento de los nervios de Dios son indudablemente manifestaciones de este primer estadio narcisista-especular. Ser poseído por la mirada del Otro o ser reconocido por éste, será lo que ahora habrá que distinguir.

Para poder precisar la función del Otro en este estadio nos serviremos de nuevo con el caso Schreber, ahora toca continuar con el Dios descrito por Daniel. Atinadamente Freud propuso como punto importante la relación de Daniel con Dios y es que habría que sumergirnos en su teología para poder orientar el concepto de Otro en Lacan.

Ahora bien, Daniel justifica la emasculación por el designio de fecundar de Dios hombre nuevo. Son sus nervios, rayos infinitos que le proporcionan una jerarquía divina, al enlazarse con las propiedades de Dios, aunque tácitamente aparecerá cómo la bienaventuranza lleva sus sacrificios. Es un Dios que sólo habla con cadáveres, que no comprende a los vivos, pues en los estados de excitación de los hombres, ejercen atracción sobre sus nervios, haciéndolo amenazador un *Otro malvado*¹⁵⁹. Se manifiesta entonces la compulsión a pensar de Daniel, en la que “*A cada suspensión de mi actividad de pensar, Dios al instante reputaba*” Dios entonces es invasor que decretó la feminización que Daniel tomará como su “*misión a ofrecerlo*”. El lenguaje fundamental habita al autómatas, es decir el Otro como Dios que goza del sujeto psicótico hace aparecer a la metáfora delirante entonces como un modo de defensa, es por ello que la emasculación como el apuntalamiento al goce femenino, aquel de los místicos en el que no hay palabra, surge en Daniel como elección forzada.

¹⁵⁹ Miller, J-Alain “*Cuando el Otro es malo*”, Paidós, Buenos Aires, 2011

Freud entonces nos coloca en el complejo paterno para la elucidación de esta relación entre Schreber y su Dios. *“Si la lucha con Flechsig se le revela al enfermo como un conflicto con Dios, nosotros no podemos menos que traducirlo a un conflicto infantil con el padre amado”*. Retornemos con la Metáfora Paterna, entonces debido al cierre de la boca de la madre, el niño es recuperado por la lengua saltándose el significante primordial del Nombre-del-Padre, sin significar el Deseo de la Madre, la constitución de un Otro que goza de él. Para Daniel el Dios que lo transforma, que lo invade y que lo hace a su voluntad es quien lo goza cual Amo, por la obstinación del sujeto a no soltar el objeto resto por la particularidad de la operación metafórica, desplegando su delirio, como intento de constituir una realidad desde la posición en la que está. ¿Cuál es el trabajo del analista? ¿Cuál es la diferencia entre locura y psicosis?

Lacan¹⁶⁰ nos propone escuchar los significantes que puedan hacer las veces de significante del Nombre-del-padre a modo de suplencia o sutura. Es claro entonces que el sujeto psicótico no responde con el fantasma, como axioma que vela el vacío y sostiene la demanda del Otro, sino que responde, si es que hay pregunta, con el objeto en el bolsillo, en una congelación del deseo, por lo que si el neurótico responde con axiomas y conmutaciones a un trayecto reiterativo, el psicótico responde entonces con una única operación, ejemplificando en el plano simbólico se leería así: El S1 pegoteado al S2, el significante no permite encadenarse, es decir, si bien hay un S1 que proviene de lo no simbolizado, del deseo de la madre, la X, el delirio nos muestra la retroacción por certeza del S2 que desaparecerá al sujeto, es entonces el analista quien testimonia la aparición de lo que el sujeto está construyendo como realidad, el delirio mismo se vuelve la interpretación.

Ahora bien, en el caso del Schreber tenemos un primer momento de fragmentación del cuerpo en donde los fenómenos elementales se manifiestan de manera tácita, para más tarde encontrarse con la amenaza de Dios y de su goce inconmensurable, es entonces cuando de fragmentación en fragmentación, el delirio torna con un tope, de orden universal, orden simbólico que antecede al sujeto, le permite a Daniel esclarecer la voluntad divina como deseo del Otro, la feminización es entonces la redención de Daniel y marca la falta de la divinidad, “Ser la mujer de Dios” es así como cambia la posición del sujeto respecto a la

¹⁶⁰ Lacan, J *“De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”* Escritos 2, Siglo XX.

recepción del goce del Otro, ya no desde lo avasallante del deseo del Otro sino de un sentido-suplente a ese goce. Es entonces que el delirio es un intento imaginario con falla simbólica para velar lo real del cuerpo, convirtiéndose a medida de los significantes suturados en un cuerpo anudado en los 3 registros, es decir el psicótico está anudado de manera particular.

Ahora bien, para Lacan, la locura será una doctrina basada en la de Hegel. Tendremos que la locura es un desanudamiento de estos 3 registros y no sólo de uno, aunque para llegar a ello, la teoría lacaniana comienza con el recorrido de las elucidaciones sobre la locura en el seminario 3, dedicado a la psicosis, donde distingue la locura de ésta, aunque implica que puedan superponerse. Distingue a la psicosis como la no operación, por forclusión, del registro de lo simbólico y la locura propia de cada sujeto mucho más en alusión a Freud que Hegel. Ahí afirma que la locura es una noción sumamente amplia y para poder diferenciarla hace uso de la fórmula de Pascal “Hay sin duda una locura necesaria y sería una locura de otro estilo no tener la locura de todos”. Con base en esta referencia nos muestra que hay una locura esencial en los seres humanos, es la locura de todos los seres hablantes, haciendo de la psicosis otro estilo de ésta.

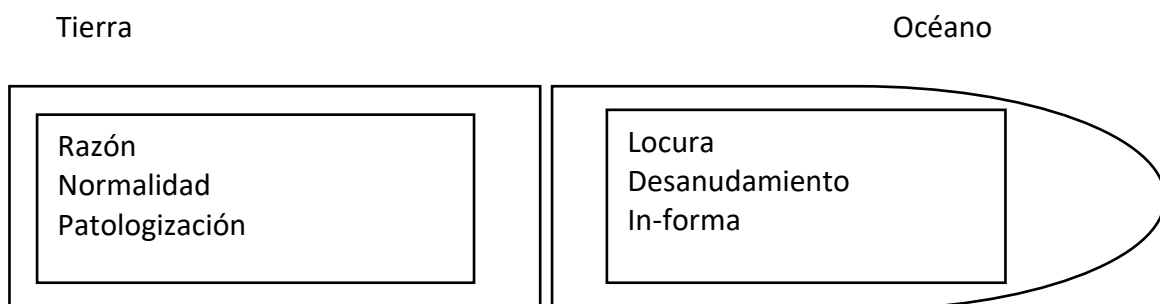
Lacan rodeará y comenzará por decir que psicosis no es locura, la psicosis será una forma de sujeción con el Otro y la locura la colocará como el desanudamiento (siempre parcial) con el Otro. El loco se cree libre dice el psicoanalista, siguiendo la ley del corazón se desata la locura. Se trata entonces de la relación entre locura y libertad, en donde el sujeto pende del hilo directo hacia el Otro, nos comenta que sólo se puede ser libre siendo loco, es decir “títere del Ideal”. Aunque aún aquí el loco es concebido como sujetado, es la única cuerda que basta para sujetarse del Otro, es el mismo ideal del que pende el ser humano en su delirio de grandeza y pone un ejemplo: *“si un hombre que se cree rey está loco, igualmente loco está el rey que se cree rey”*. Y afirma: *“El momento de virar lo da aquí la mediación o la inmediatez de la identificación y, para decirlo de una vez, la infatuación del sujeto”*

Finalmente en su última etapa, Lacan enajenado con los nudos, consolida una explicación bastante sencilla y compleja al mismo tiempo sobre la topología de la locura: Pues bien tendremos que existen tres registros, lo imaginario, lo simbólico y lo real, cada uno es un

redondel, anudados entre ellos de manera singular desde una in-forma, -es aquel vacío que queda al quitar el dedo cuando nos abrochamos la agujetas-, ese instante en el que cada sujeto es un nudo y al desanudamiento de los registros será lo que se conoce como locura. *“Es decir, la locura es el desanudamiento de la cadena, el desencadenamiento es lo que enloquece”*¹⁶¹. –Hasta que tropezamos damos cuenta que teníamos desanudadas la agujetas- Para el psicoanálisis, todo sujeto tiene la posibilidad de desamarrarse y quedar a merced de su naturaleza, de su zoé, por decir de alguna manera, pero también podemos pensar que queda a merced de la familia, de los amigos, de la sociedad a través de sus instituciones, que tienden a hacer de nudo, apretando a veces demasiado fuerte o haciendo un simple amarre.

Si bien el desanudamiento es una suspensión temporal de la que difícilmente podemos dar cuenta, es por ello que la locura es mítica, no podemos nombrarla pues no hay registros que alcancen a nombrar algo sobre ésta, por tanto el delirio representa ya una potencia de restitución del vínculo con la realidad, es necesario referirnos a los procesos de anudamiento, para dar cuenta de los procesos de constitución misma del sujeto y su vínculo con su locura, como si el sujeto fuese un instrumento de cuerdas, que primeramente desencordado, hubiese que encordar con un nudo muy íntimo y del que cabe la posibilidad siempre que se desanude, que se rompa la cuerda. La locura entonces, *“consiste en saber que si hay algo normal es que, cuando una de las dimensiones (real, imaginario, simbólico) les revienta, por una razón cualquiera, ustedes deben volverse verdaderamente locos”*¹⁶²

Dos campos



¹⁶¹ Lacan, J. El Seminario. Libro 21: "Los nombres del padre", inédito. Incompleto. S/F.

¹⁶² Rabinovich, Diana "Locura y psicosis en la enseñanza de Lacan". En la angustia y el deseo del Otro, Buenos Aires, Manantial, 2000, pp. 119- 142.

2.3 La institución de la locura

*“Y entonces, llegaron ellos...
Me sacaron a empujones de mi casa
y me encerraron entre estas cuatro paredes blancas,
donde vienen a verme mis amigos
de mes en mes, de dos en dos y de seis a siete...”
De Cartón piedra, Joan Manuel Serrat*

Continuemos ahora con la teoría castoridiana en la que encontramos la noción de institución, misma que articula nuestros dos territorios, haciendo de costa entre la razón y la in-forma, nos asumimos con un proyecto político hacia la desmanicomialización por lo que necesitamos que nuestro sextante nos muestre ambas posiciones, la manicomial y su contracara.

“La teoría lacaniana no es antipolítica; lejos de ello, la perspectiva antipolítica se sitúa en otro lugar, muy próximo al corazón de Castoriadis”¹⁶³

La institución de la locura será pensada como aquella red simbólica de representaciones que instituyen sentido, en una conjunción de discursos y prácticas, como el imaginario que recubre una in-forma¹⁶⁴ y por el que se despliegan una multiplicidad de representaciones que dictan protocolos contra la amenaza a la institución. Hablar de Institución de la locura es tener en cuenta que la condición de su génesis es la significación imaginaria social (SIS desde ahora) de la locura, es decir, tendría una posición inaugural como expresión radical de la imaginación, como potencia de creación de sentidos. Si bien el trabajo genealógico sobre la SIS de la locura es basto, apasionante e inacabable, nos llevaría a la mitificación del surgimiento de la potencia instituyente, puesto que dejaría de lado una puntualización

¹⁶³ Stravarakakis, Yannis, *“La izquierda lacaniana. Psicoanálisis, teoría, política”* Fondo de Cultura Económica, 2010, P. 81

¹⁶⁴ Es decir, amorfo. Adjetivo del latín *informis*: Sin forma en estado bruto, el prefijo *in* indica la negación sobre la palabra forma. Diccionario etimológico <http://etimologias.dechile.net/?informe>. ¿Cómo abordamos una in-forma?

importante planteada más arriba, la SIS de la locura es cernida por el devenir histórico-social, en una reinención permanente por cada sociedad. *“las significaciones son imaginarias porque no corresponden a elementos racionales o reales y no quedan agotadas por referencia a dichos elementos, sino que están dadas por creación y son sociales porque están instituidas y son objeto de participación de un ente colectivo impersonal y anónimo”*¹⁶⁵ En la actualidad entonces podemos pensar **la SIS de la locura como enfermedad mental** y no como posesión demoniaca, degeneración moral, etc.

En México, la máxima expresión de la institución de la locura es la precipitación de ésta en el nosocomio La Castañeda, como parte de un proyecto de modernización de la nación. Será en el recorrido histórico en el que se constituirán las transformaciones representacionales de las SIS de la institución, misma en la que operan dos dimensiones: el imaginario social y la lógica conjuntista identitaria, en las que se manifiestan el *teukhein* y el *legein*¹⁶⁶, creaciones absolutas de lo histórico social, en tanto que separa elementos y los fija como tales, los ordena, jerarquiza y combina en el campo del hacer; es la fabricación del lenguaje como código. El lenguaje, como la institución de la sociedad tendría estas dos dimensiones de lógica y de imaginario. La lógica se ejemplificaría con el código, representaciones a las que te adscribes, por tanto, la imaginaria tendría que ver más con la manifestación, la creación de la materialización de códigos representacionales, el mensaje que se hace mediante el código. Es entonces una cuestión de operación, en nuestro caso:

La institución de la locura, emana la lógica manicomial (conjuntista identitaria) en la que se trata de cernir y dar lugar a las relaciones en la institución, un lugar determinado donde se pone al loco, se le diagnostica y se le clasifica dentro de las nomenclaturas (*legein*) inventadas por la sociedad; al loco se le asocia con lo fuera de la norma (*legein*: pues actúa como segregación al jerarquizar, dar lugar) por lo que se crean los manicomios (*teukhein*) no sólo

¹⁶⁵ Castoriadis, Cornelius *“La institución imaginaria de la sociedad”* Tusquets 1975, p. 68

¹⁶⁶ El *legein* tendrá que ver con distinguir, reunir, contar, jerarquizar, decretar, dando lo que da existencia a la dimensión de la lógica identitaria del lenguaje, es el código. Y el *teukhein* será la fabricar, adaptar, construir, pareciéndose al *legein* pero en lo social, un hacer social.

Ambas se encuentran implicadas en la constitución de lo histórico-social. Operan desde lo imaginario prestándose a la lógica identitaria, para la institución del mundo. Castoriadis, Cornelius *“La institución imaginaria de la sociedad”* Tusquets 1975.

como establecimiento, sino como parte de la institución de la locura, un hacer social con el loco: al loco se le encierra porque es la lógica en la que opera la institución proveyendo “*normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas y, desde luego, al individuo mismo*”¹⁶⁷

Existe, entonces, el imaginario, que es potencia y creación, subversión indeterminada de los modos de conocimiento del mundo por medio de las instituciones, que se trenza con la lógica conjuntista identitaria (legein), por lo que confronta lo postulado al ser hablante como determinado, como expresión de una génesis ontológica a partir de la cual se instituyen conjuntos, es decir, la imaginación revela el absurdo de: *estamos naturalmente organizados. “Mediante el imaginario social sabemos quiénes somos y qué papel debemos desempeñar en la sociedad. Es por medio de la creación que cada sujeto va transformando la idea que tiene de sí, su papel y su lugar en la sociedad*”¹⁶⁸ Como ejemplo podemos pensar los movimientos contra-institucionales como la antipsiquiatría, en donde se despliega el imaginario radical para construir nuevas representaciones. El Imaginario Social Radical Instituyente que se opone al Imaginario Social Efectivo Instituido. Lo instituido son todas aquellas prácticas sociales las cuales son permitidas o prohibidas por la institución, mediante la internalización de su discurso, la norma penetra en los sujetos y así mientras lo instituido mantiene cohesionada a la sociedad, El Imaginario Radical Instituyente fragmenta, fractura, fisura y trasforma. Es la capacidad de los sujetos de producir un flujo de representaciones que no están sujetas a un fin determinado.

Castoriadis nos propone estos dos imaginarios para dar cuenta de los procesos de transformación de las instituciones. Esta fuente creadora de lo radical instituyente desinstitucionalizadora, deviene de la capacidad ontológica de la subjetividad, fundamental para la autocreación de la sociedad. Es interesante tener en cuenta que el devenir histórico-social implica sin duda una multiplicidad de movimientos, pero el legein en tanto lógica determina movimientos, como herencia de la que se despliega una expresión de manera natural del hacer social (teukhein). Así podemos pensar entonces lo histórico-social como las

¹⁶⁷Castoriadis, Cornelius “*La institución imaginaria de la sociedad*” Tusquets 1975, p.67

¹⁶⁸ Castoriadis, Cornelius “*La institución imaginaria de la sociedad*” Tusquets 1975, p. 69

transformaciones de la institución en nuestro país (la Castañeda, la operación Castañeda, las casas de medio camino) en sus dos dimensiones, imaginaria y lógica, en las que opera el *legein* y el *teukhein*.

Abordemos mejor esto bajo la lectura de modernidad que hace Castoriadis. Existen dos SIS principales de la modernidad, la de autonomía y la de dominio racional. Rápidamente, la de autonomía tiene que ver con un proyecto de la sociedad en movimiento, en la que se reconoce y se quiere a sí misma como fuente de la auto-alteración, centra una SIS que da la posibilidad de lo alterno como condición de alteridad, es el desprendimiento de una alienación entendida como la emergencia de lo radicalmente nuevo. Por otro lado, tenemos la SIS del dominio racional, es tendencia de las sociedades modernas a la burocratización, como aparataje de esterilización del pensamiento, al establecer que el origen de la propia ley está en instancias fuera de la sociedad, una meta-norma.

El fenómeno burocrático es la planeación que minimiza el potencial de creación, como la capacidad en los seres humanos sustituyendo esta por protocolos de acción. Nace en el capitalismo como forma de socialización, instrumentalizada para la dominación que reposa sobre la interiorización de las jerarquías garantizadas por un modelo racional y eficaz (*legein*), proponiendo la dominación de la sociedad por el aparataje que recubre, reviste, vela, silencia la auto-alteración y que deseca toda posibilidad de renovación de las normas sociales. La SIS central de la burocracia es la organización social es entendida como *domino infinito de la naturaleza por el hombre racional*, que se interioriza en la operación de un dispositivo de ocultamiento de lo radical.

Si la función misma de las SIS es de gozne entre el sujeto y las instituciones, éstas nos proponen una articulación particular en el campo de investigación, pues la SIS de la locura, la del domino racional y la organización configuran algunas referencias para el despegue del análisis del campo. Por ahora hagamos hincapié en dos SIS importantes para concluir e ir sobre la lógica manicomial, las SIS de la locura como enfermedad mental y la de modernidad con el dominio racional. Encuentro que pareciera paradigmático, pero que si bien entendemos la teoría castoridiana, éstas no se repelen, sino que se articulan y se tejen para

inscribirse en los sujetos y sus instituciones, como **el dominio racional sobre la enfermedad**. Las in-formas que toma la locura son capturadas por un imaginario social, en el que se recubren o revisten de sentido según el devenir histórico-social. Como se ha podido ver en el recorrido de la investigación y no sólo de este texto, la Castañeda instituye pues un lugar que procuró un protocolo de acción con base en la apuesta divisoria y de encierro de la anormalidad. La SIS de la locura articulada con la SIS del dominio racional, alcanzan su expresión en una institución total:

El manicomio, es una figura interiorizada en los sujetos de la modernidad en la que la locura es depositada para ocultarla, no se sabía qué hacer, se inventaban constantemente métodos sádicos (teukhein) que son manifestaciones, no sólo de la frustración por normalizar, sino por el dominio de toda aquella in-forma, deambulando en las calles del México afrancesado. Más tarde la transformación en hospital psiquiátrico dará otros sentidos a la institución de la locura, preponderantemente la enfermedad como daño orgánico del sistema nervioso, dejando a un lado la posesión divina o demoniaca, la degeneración moral, etc. La transformación es importante pues adquiere una posición diferente, ya no sólo el dominio de la locura por la sociedad, sino el saber sobre la locura. Como hemos visto, la medicalización presentó la legitimación de la psiquiatría, adquiriendo así no sólo el conocimiento sobre la locura, sino una respuesta “efectiva” frente a la misma. Así se genera una potencia que desborda la institución, las recetas, las referencias del lenguaje en la sociedad a sus nosografías, etc. Tan sólo bajo la articulación de estas dos SIS ya se configura algo importante: El dominio racional de la locura y una respuesta legítima, un protocolo en el que la racionalidad se escuda de aquello radical y más aún, en lo más real de la institución, el sinsentido y la ambigüedad de la meta-norma.

Entonces tenemos a la institución que combate el sinsentido, diríamos que **la institución de la locura se repele con la misma locura** y cualquier otra institución. *“La institución está hecha de múltiples instituciones particulares que forman un todo coherente. Es una unidad total, es la cohesión de una red casi infinita de significaciones que tienen una dirección de sentido para los diversos sujetos e instituciones que componen la sociedad”*¹⁶⁹. La locura

¹⁶⁹ Castoriadis, Cornelius *“La institución imaginaria de la sociedad”* Tusquets 1975, p. 68

como sinsentido o in-forma es la primer amenaza contra la institución de la sociedad, es por ello que hasta ahora podemos decir que la institución de la locura puede ser pensada como institución segunda, aunque me gustaría proponerles otra forma de pensarla, pues es efecto mismo de la institución primera de la sociedad, por lo que sería la misma fuerza contra lo antisocial, como borde de la primera institución, que procura la captura de sentido a las in-formas de la sociedad. Es por ello que la expresión de intensidad en estas instituciones es con ferocidad, pues combaten tal vez lo más primigenio de la sociedad, la locura y la violencia. Por tanto actúa más como lógica, como razón misma de la institución de la sociedad que como institución segunda.

Para Castoriadis la locura tendrá que ver más con el origen de la mónada psíquica, que define como un estado de locura totalitaria, retomando el estado narcisista comprendido por Freud, aunque el desarrollo o las reflexiones de Castoriadis y Aulagnier rodean primeramente desde la pulsión de muerte. El estado primigenio de la mónada es la locura, entiéndase un núcleo radical, violentamente antisocial, que irá menguando paulatinamente en la socialización.

Los autores nos proponen mirar la locura como un primer momento, en el que encontramos la huella desiderativa o identidad de percepción freudiana, el Deseo. El motor que ejecuta la operación de constitución del sujeto es precisamente el deseo. Para Freud el acaecer psíquico es una alucinación desiderativa que es propuesta como objeto de pérdida primigenio, en el que la alucinación imaginarizada en la trasmisión como *“la alucinación del pecho”* representa el momento en que el infante fue consolado y satisfecho por una representación en su condición de Cosa, invistiéndola como la huella que apunta al rencuentro imposible. La identidad de percepción o huella desiderativa se encuentra en los albores de la constitución del sujeto, antes de emprender mediante el principio de realidad la búsqueda reiterativa de un estado mítico.

*“La huella es pues solidaria de una pérdida y constituye una memoria orientada en sus recorridos, en su búsqueda, por el principio del placer y su meta a nivel de proceso primario, la identidad de percepción”*¹⁷⁰

¹⁷⁰ Rabinovich, Diana “El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica” manantial, 2011, p. 14

Por lo que el re-encuentro es la meta, la instalación de un anhelo por aquella realización desiderativa en la que Freud en *Más allá del principio de placer* (1920) nos advierte sobre la intensidad con la que se realiza su búsqueda; en aquel texto considera a la pulsión en su componente mortífero, sin olvidar su estatuto limítrofe entre psique y soma, como agencia representante. Será ésta la que impulsa nuestra necesidad de satisfacción con la imposibilidad de alcanzar aquella identidad de percepción, llevándonos junto con el deseo a la muerte.

El estado de reposo psíquico, es decir el estado monádico es perturbado, las imperiosas necesidades internas de las que habla Freud, son entonces el empuje pulsional que hace que lo deseado sea puesto de manera alucinatoria: *“solo la ausencia de satisfacción esperada, el desengaño trajo por consecuencia, abandonar la satisfacción por vía alucinatoria”*¹⁷¹ Es entonces cuando ingresa el principio de realidad obligando al aparato psíquico a una serie de adaptaciones, cobrando importancia los órganos sensoriales, los procesos de atención y de pensamiento; dentro de los puntos mencionados por Freud encontramos uno muy interesante, que es el que retoma Castoriadis, la educación *“incitación a vencer el principio de placer y sustituirlo por el principio de realidad”*¹⁷²

La socialización como una fuerza que irá apartando al principio de placer del espacio social, institucional, *“la psique no renuncia a ella: no renuncia al sueño, a la fantasía, ni al sueño diurno. Y también poco renuncia, aunque con distintas modalidades, en sus estratos socializados”*¹⁷³ por tanto, la locura representaría el acaecer mismo del sujeto. Nos dice Castoriadis¹⁷⁴ que en el estado monádico todo deseo puede ser cumplido, pero éste no dura mucho tiempo, aunque dejará huella para toda la existencia. La *clausura de la mónada* entonces será perturbada por el displacer, fuente de la creación y el afuera, es decir, un otro que opera rompiendo la clausura. Aunque al romperla el sujeto exigirá a la sociedad, le devuelva a este estado monádico. Muy freudianamente, el principio de placer será perturbado

¹⁷¹ Freud, Sigmund *“los dos principios de acaecer psíquico”* Obras completas, Tomo XII Amorrortu, 1911, p.34

¹⁷² *Ibíd.*

¹⁷³ Castoriadis, Cornelius *“La institución imaginaria de la sociedad”* Tusquets 1975, p. 46

¹⁷⁴ Ballester García, Vicente *“Las raíces de la violencia en la obra de Castoriadis”* 2013, Universidad de Valencia.

y por tanto abra un anhelo por recuperar (aunque sea de manera momentánea e ilusoria) ese objeto perdido. “*Esta pérdida de sí, esta escisión con respecto a sí mismo, es el primer trabajo que impone a la psique su inclusión en el mundo, y ocurre que la psique se niega a realizarla cabalmente*”¹⁷⁵

Queremos retornar a ese estado monádico en el que se ignora al mundo “*(el) sujeto psíquico originario es esa fantasía primordial, a la vez representación y carga de un sí mismo que lo es todo*”¹⁷⁶, al romper la clausura de la mónada, acto violento y de malestar intenso para el ser humano en el que se accederá al placer de la representación, por medio de las SIS. “*El odio entonces es primero que el amor*” en tanto que la perturbación de aquel estado monádico por el desengaño, la insatisfacción, el dolor, son percibidos como objetos externos a la psique, despertando el odio por la insatisfacción. La socialización será un proceso de hominización violento, la fabricación social de los sujetos mediante sus instituciones se aparta de esta atracción al estado monádico, aunque habría que hacerle caso a Freud, en tanto huella desiderativa, el deseo es irrealizable, por lo que el intento de recuperar aquella generará malestares en el sujeto y no hay sujeto a salvo de este conflicto.

¿Podríamos pensar la in-forma en este punto? Entonces bien, Castoriadis nos ubica en el narcisismo primario, Freud nos explica el deseo como motor pulsante del aparato psíquico que se gesta desde el desvalimiento del ser por condición biológica, emergiendo en este zoé¹⁷⁷ la necesidad del otro que dé solución al hambre, frío, comezón, calor, a sus *goces discordantes*¹⁷⁸, intensidades que colma la madre, “*Una madre suficientemente buena*”¹⁷⁹ o como Lacan subvertirá “*una madre buena suficientemente mala*”, en tanto que tiene que ceder al infante al orden simbólico, es necesaria para la introducción del narcisismo, en el que se define uno primario que perdura como mito de autosuficiencia perfecta por el placer autoerótico, que es donde Castoriadis coloca su noción de locura. Y uno secundario de catexia de objetos y de constitución de lazos. Dentro de estos dos narcisismos una animal y

¹⁷⁵Castoriadis, Cornelius “*La institución imaginaria de la sociedad*” Tusquets 1975, p.215

¹⁷⁶ Castoriadis, Cornelius “*La institución imaginaria de la sociedad*” Tusquets 1975, p.200

¹⁷⁷ Vida biológica que marca una diferencia radical al Bíos como vida política.

¹⁷⁸ Soler, Colette “*El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*” P. 2

¹⁷⁹ Freud, S “*Introducción del narcisismo*”, en «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico», Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916), Buenos Aires, Amorrortu, 1998, PP. 3

el otro humano, Lacan, coloca en los principios de su enseñanza, el gozne entre uno y otro, “*El estadio del espejo*”, es la imago provista desde el campo del Otro que proporciona un cuerpo, como efecto imaginario constituyendo un Yo como instancia psíquica, anudando de manera singular al cuerpo con el Otro. Es así como se propone la constitución del sujeto en un estadio narcisista-especular que transita del desvalimiento, a la autosuficiencia y termina en el fervor a Dios como Schreber. ¿Pero que acaso Castoriadis confunde la locura con la psicosis?

Nosotros pretendemos ir un poco más allá de la psicosis, con el desanudamiento pero por ahora me gustaría mencionar la importancia del pensamiento de Castoriadis en tanto que propone un dilema social y no clínico. “*resulta sumamente desafiante y difícil pues la locura está unida al mar magmático que fluye dentro de la psique, eso significa penetrar en lo que no se deja penetrar*”¹⁸⁰. La extrañeza, el desagrado, la agresión que nos provoca la locura operando en un sujeto nos coloca como espectadores de un estado en el que se desdibuja la clausura monádica, ¿será sólo mediante la institución de la sociedad como podremos cernir la in-forma que no se somete a las relaciones institucionales?

Para Castoriadis la locura se ubica en la omnipotencia, narcisismo primario en el que el sujeto saldrá por la clausura de la mónada y que poco a poco se entramará en una red de representaciones propuestas por la institución con las que podrá interactuar con otro, en este proceso de adquisición de sentido, como socialización, es necesaria pensarla sólo a partir de los otros. Las relaciones configuradas por la institución llevarán al sujeto a una operación sobre las representaciones, desde un lugar propuesto por la institución, aunque gracias a la dimensión imaginaria tendría la potencia para desbordarla y devenir en estatus de vínculo.

Las instituciones serán pues el lugar en donde se concentran relaciones sociales, las cuales designan las formas de sentido, crean sujetos que recrean instituciones, es decir, también hay un proceso interno en el cual se apropian de aquello que se les está atribuyendo, siendo así que se constituye una alteridad. Sin embargo esto no quiere decir que los sujetos tienen una

¹⁸⁰ Lleras Giraldo, Germán “*El lugar de la locura en Castoriadis*” *Conceptos Revista de filosofía*, Universidad de Cartagena, 2013, p. 106

total conciencia de su comportamiento, la noción de sujeto que propongo también incluye la de un sujeto que desde una perspectiva psicoanalítica no es consciente de todos sus actos y pensamientos y esto da lugar a equivocaciones orales, una escisión del yo y contradicciones entre el consciente e inconsciente, las cuales el mismo desconoce, no es una unidad o totalidad congruente e inteligible, al contrario es un sujeto escindido por el deseo, quebrantado por una serie de paradojas en las cuales se está moviendo constantemente. Desde estas circunstancias los sujetos se vinculan y crean colectividades.

Para esclarecer la dinámica vincular en las instituciones de la locura y sus espacios tendré que delimitar para personificar el campo. ¿Qué tipo de institución es el manicomio? ¿Hay diferencias con el actual hospital psiquiátrico como institución? ¿El AT es institución sin establecimiento? Desde el manicomio hasta las casas de medio camino en la actualidad (“manicomios pequeños”¹⁸¹), será necesario trabajar con una de las nociones más acertadas de institución, uno de los primeros trabajos más asombrosos y densos de los *Asylums*¹⁸².

Una Institución Total es donde, los sujetos alienados se encuentran dentro de un espacio delimitado físicamente y son estigmatizados por alguna condición (adicción, *enfermedad mental*, delincuencia), son aislados de la sociedad por un tiempo y comparten una rutina diaria. Las actividades se encuentran supervisadas por quien hace mover a la masa, en el caso del hospital psiquiátrico serían los terapeutas, los doctores, el personal de enfermería y los guardias, quienes imponen de manera violenta las normas, así se concentran dos tipos de sujetos en la institución total, los sujetos alienados (pacientes) y los sujetos de la norma (personal).

El encierro trae consigo consecuencias devastadoras para los sujetos pacientes, al estar sometidos a estos discursos y prácticas con los que se institucionalizan, ya que las otras dimensiones de sus vidas son remplazadas por la dimensión institucional misma, es decir

¹⁸¹ Vicente Zito Lema, Susana Siculer, Angel Barraco y Alberto Sava, “*Interdisciplina y desmanicomialización*”, Esta Mesa Redonda, organizada por el CEPS, inauguró el XXX Simposio Anual de APdeBA realizado en el año 2008. Lilia Bordone, Directora del Simposio

¹⁸² Goffman, Ervin, “*Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*”, Editorial Amorrortu, Rústica, Sociología Buenos Aires, 1972.

existe una mortificación del YO al quedar reducido a un único rol, la única manera de ser/estar es siendo un “enfermo mental” en tanto así lo marca la institución y los vínculos con el personal (incluyo enfermeras, guardias, terapeutas, talleristas, etc.)

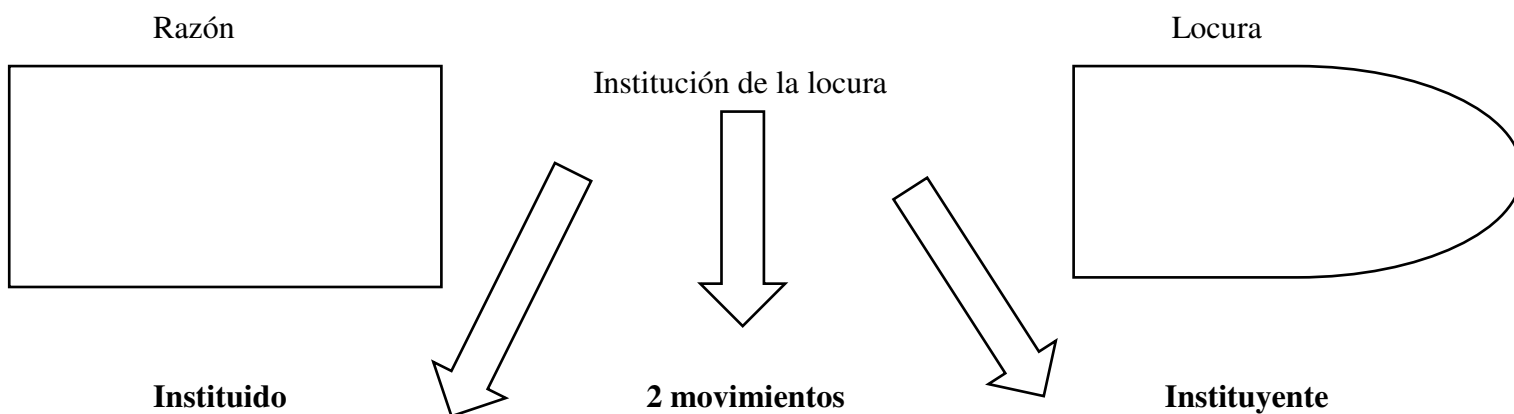
Es importante mencionar, por ejemplo en el Fray Bernardino algunos pacientes salen del hospital después de un día de talleres y terapias, aunque existen otros que están internados debido a lo agudo de su estado psíquico, son sujetados a camas, a uniformes, a pabellones de los que no pueden salir sin indicación del personal. Los sujetos en encierro, totalizados, son los “enfermos graves” y desde esta condición son concebidos como necesarios de “atender” internándolos. Hasta este punto parece que en el hospital psiquiátrico tenemos una hibridación, mientras algunos pacientes están totalizados, otros por su parte tienen la oportunidad de restituir las relaciones sociales al salir del hospital. ¿Qué recursos provee el hospital a los sujetos no internados para generar las relaciones sociales?

Queda claro que todos los sujetos pacientes, ya sea de internamiento o atención ambulatoria, son marcados por el diagnóstico, primer referente para la institucionalización del sujeto, *ya no es más lo que era*, ahora es un sujeto esquizofrénico, bipolar, borderline, etcétera. Es así como empieza la adaptación a la institución, desde esa posición de paciente, donde el sujeto alienado configura sus acciones, sus *figuras, formas* y sus relaciones, para ello en la institución se requiere de una “*suspensión imaginaria*” de la trama de diferencias, silencios y bordes que articulan los vínculos colectivos, es decir, las relaciones se van moldeando de acuerdo a imperativos tácitos y prohibiciones intangibles.

En la institución manicomial el juego vincular cobra importancia al ser éste el que nos permite ver el movimiento de las representaciones puestas en juego en la interacción y el intercambio con los otros, el lenguaje como medio de comunicación y como acceso al orden simbólico, es indispensable para la creación de la trama vincular y al mismo tiempo nos muestra la construcción de la subjetividad “*no hay yo sin un tú*”. Es decir, es preciso tomar al vínculo como concepto fundamental para la relación sujeto-sociedad. Es esta institución la que provee protocolos de acción al AT de manera que instituye discursos manicomiales.

El AT entonces decanta de este sentido institucional, en el de las relaciones institucionales, como pudimos ver en el apartado histórico, tenemos que la apuesta que desplegó el movimiento antipsiquiátrico era la regulación de las relaciones entre profesionales y pacientes de los hospitales; las casa de medio camino y las políticas de salud mental eran encaminadas a la disminución del poder jerárquico sobre el loco, es decir, la institución de la locura se reconfiguraba, pero el AT es aún un profesional de la Salud mental inscrito a través de su formación en el legein de esta institución. Si bien el establecimiento ya no es indispensable en el AT, podemos pensar que la institución de la locura siempre será total, mientras consideremos al otro como loco y al AT como el profesional, pues la materialidad no es en las piedras, sino en el lenguaje. ¿Cómo encierra el AT al loco si no es en muros?

Antes de bucear en la costa de discursos que les propongo, sigamos en la construcción de nuestra herramienta de navegación, es verdad que colocamos como pilar la institución de la locura, en donde se forma una demanda social de protocolo a los profesionales de la salud; pero de ésta saldrán no sólo los protocolos como “deber ser”, sino también la creación por el imaginario radical que tensa y trasforma las representaciones inscritas, la posibilidad de construir la locura desde otro lugar. Los sujetos entonces sostenemos esta institución, somos base y decantación, es gracias a la reflexión castoridiana que nos permite otorgarle movimiento, dos movimientos constantes uno hacia lo instituido y otro hacia lo instituyente.



Ahora bien ¿Qué tenemos del lado instituido y del instituyente? Continuemos primeramente a darle cara a lo instituido para más adelante dibujar la indeterminación de la radicalidad imaginaria, es decir el instituyente.

2.4 La lógica manicomial y las relaciones de poder

*“Alguna gente no enloquece nunca.
Que vida verdaderamente horrible deben tener”*

Charles Bukowski

La Castañeda como institución construyó un sinfín de SIS, mismas que se han desplazado con sus debidas trasformaciones hasta nuestros días, el imaginario nos lleva a la creación de las casas de medio camino y los acompañamientos terapéuticos en la sociedad, mismos que perpetúan una lógica que tal vez podríamos pensarla como una manera de *ser, hacer y conocer la locura y actuar sobre ella*. ¿Qué implicaciones tiene la Castañeda como institución total en nuestro país hasta nuestros días?

Por un lado tenemos la manicomialización que, tiene que ver con el silenciamiento y el encierro de la locura bajo el proyecto moderno de normalización. El manicomio es la institución de la que emana la lógica del sistema sobre la sin-razón, la división inevitable de una condena por el orden para el Progreso.

La función manicomial, se concibe como control social, dispositivo en el que se aíslan a los sujetos que perturben el orden. Aislar, es decir, colocar en una isla, separar, escindir, tiene como propósito resguardar el orden social, orden impuesto por el Estado, como ya había mencionado, nace junto con la cárcel, mismos que son modelos de las instituciones totales que describe Goffman. Son instituciones, si se me permite la analogía, superyóicas, pues con un componente mortífero, marca la moral y lucha por contener ese *inconsciente a cielo abierto*.

El manicomio como institución configura discursos y prácticas que tienen como cometido, configurar la trama de relaciones del sujeto diagnosticado en una perpetua atención a su enfermedad. El manicomio, está construido bajo un poderosísimo discurso de moral y de normalidad, “*el discurso verdadero que decide, transmite efectos de poder. Somos juzgados, condenados, clasificados, obligados a competir, destinados a vivir o a morir en función de discursos verdaderos que conllevan efectos de poder*”.¹⁸³ La cura es ilusoriamente proyectada como el comportamiento hegemónico de las instituciones. La normalidad como en el tiempo de Porfirio se vuelve el ideal ¿Para qué tipo de instituciones es funcional el loco? ¿Qué se quiere del loco?

Tenemos que el manicomio, el hospital psiquiátrico, las casas de medio camino y los acompañamientos terapéuticos se eclipsan epistemológicamente de pensar la locura como una enfermedad mental, marcando como practica preponderante el silenciamiento, control del cuerpo para someterlo bajo los discursos de normalidad, marca lo abyecto de la contemporaneidad, la alteridad, por medio del encierro y la medicalización, bajo la terapéutica de rehabilitación o resocialización. La rehabilitación psicosocial es después de pasado el “episodio o brote”, mismo que hasta ahora es controlado con medicamentos. Aquí es lo importante, es la imposibilidad de la sociedad para crear recursos simbólicos que nos permitan contener esa intensidad con la que un sujeto vive una experiencia de ruptura, abrupta y disparatada. Y por otro lado es la exageración de los recursos simbólicos para la contención de éstos.

La lógica manicomial será aquellas prácticas y discursos con el cometido de silenciar, asegurar y hacer cumplir el orden social, la norma: *un perfil humano compatible con la ley social existente*. Instituciones que se encargan de manera legítima para el Estado de hacer notar y ocultar al mismo tiempo a los sujetos en donde se proyecta lo abyecto. En una exclusión inclusiva. Como un tejido estático de representaciones limítrofes que construyen imaginarios sociales sobre la salud mental, como una referencia de esquemas generadores de prácticas sobre la locura, augurando y legitimándola como enfermedad mental. Hecho que despliega una multiplicidad de prácticas sobre el esquizofrénico, el depresivo, etcétera, ¿En

¹⁸³ Foucault, Michel “*Microfísica del poder*” UNAM, México, 1988, p.140

dónde se sostiene la lógica manicomial? Podemos pensar que se sostiene en tanto enuncia una enfermedad mental y en donde se erige un profesional con el saber, es decir, los sujetos de la razón sobre un cuerpo discordante, al que hay que ordenar para ordenar.

Entendemos la locura como el desanudamiento de los hilos que sujetan al ser hablante con sus instituciones y por tanto consigo mismo, las SIS serán las escansiones, en las que el sujeto a medida de sus posibilidades irá anudándose a la red que se teje entre éstas. Hasta aquí parece algo lógico para el proyecto civilizatorio en su supuesto: sin locura hay una sociedad racional, pero bajemos un piso más a las profundidades no sólo de la institución, sino del sujeto mismo.

Retomemos la diferencia entre la SIS de la locura y la locura misma, de la forma a la in-forma, para poder ejercer mayor presión en lo que se prepara. Con Castoriadis se comienza a pensar sobre el dominio racional de la locura como potencia de las SIS de la locura y la modernidad. Es pues la súper fuerza del conjunto de estas SIS que procuran la razón como dominadora e instrumental sobre la locura, tratando de darle forma a la in-forma, se producirán protocolos de acción sobre la misma. El manicomio sería el protocolo inaugurador de esta lógica sobre la locura en la modernidad, como hemos visto es la expresión máxima de esta potencia, por lo que la lógica identitaria inaugural es: a los locos hay que encerrarlos, ese es su lugar. Ese es el lugar de la locura.

La Castañeda en México inaugura esta lógica manicomial como un conjunto de prácticas y discursos sobre los sujetos que corresponden a las formas de la SIS de la locura. Esta lógica operaria en una racionalización de la locura y la producción de protocolos de acción sobre el sujeto loco, al mismo tiempo, operaría sobre cada uno de nosotros al estar inscriptos en la institución de la sociedad, como la fuerza de gravedad que emana de la alienación de los sujetos con la institución de la sociedad; aquellas prácticas y discursos con el cometido de silenciar, asegurar y hacer cumplir el orden social, la norma.

Inmanencia de la sociedad, de las SIS de la locura y del dominio racional que se encargan de manera legítima para la sociedad de hacer notar y ocultar al mismo tiempo a los sujetos

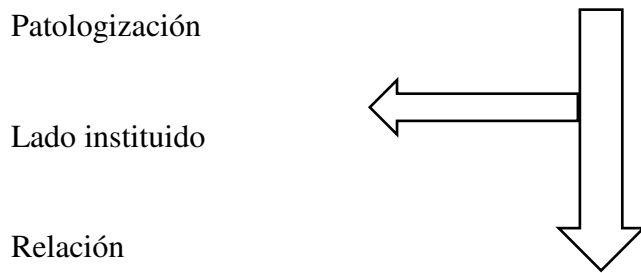
en donde se proyecta lo abyecto generado por las mismas SIS. Como un tejido estático de representaciones limítrofes¹⁸⁴ que construyen representaciones sobre la in-forma en el imaginario social.

¿En dónde se sostiene la lógica manicomial? Podemos pensar que se sostiene en las relaciones, en donde se legitima la institución al proveer un modo de relacionarnos con el otro. *“El loco, por tanto, no puede ser loco para sí mismo, sino solamente a los ojos de un tercero, que, tan sólo él, puede distinguir de la razón misma del ejercicio de la razón”*¹⁸⁵. Es el poder el que está en la relación, siempre asimétrica y constituida por dos entes, la autoridad y la obediencia, en situación estratégica en donde se ejerce el poder a través de la relación que guía las conductas y reclama su inscripción en la norma, en donde se van organizando formas de convivencia tomando en cuenta los procesos de comunicación, comportamientos y conflictos dados en las relaciones. Entendiendo que esta influencia recíproca que tenemos con los otros abarca prácticas sociales e intersubjetividad en donde se elaboran construcciones de significados sociales que pueden o no influir en las relaciones sociales y familiares, más en específico en una relación de poder. La lógica manicomial cobra su fuerza de éstas, las relaciones, pues es ahí de un otro a otro, en donde se despliegan los protocolos, las advertencias y la dirección del discurso; por tanto la lógica manicomial se vive y es captada sólo a través de una reflexión posterior de ésta sobre los protocolos instituidos accionados. No podemos reflexionar durante el tiempo que sucede la interacción.

Como observamos, la lógica manicomial no es completamente eficaz, pues la misma institución de la sociedad no alcanza a cernir de sentido a la in-forma, teniéndola como amenaza constante. Operando en cada momento la lógica manicomial divide nuestra ser y su locura forzándola al silencio, al encierro, desde la misma constitución de la institución de la sociedad, alcanzando su expresión en los establecimientos en donde opera la SIS de la locura y por ende la lógica de una sociedad determinada; el encierro es una manifestación intensa en nuestra modernidad, misma que exige al ser, su “puro” estado racional.

¹⁸⁴ Me refiero a representaciones límite porque se colocan en el borde mismo de la institución como aquello primigenio contra lo que lucha la socialización, el rompimiento de la clausura monódica.

¹⁸⁵ Foucault, Michel *“Historia de la Locura en la época clásica II”* traducción Juan José Utrilla, 1961



2.5 El vínculo y la desmanicomialización

*“La ciencia no nos ha enseñado aún
Si la locura es o no lo más sublime
De la inteligencia” Edgar Allan Poe.*

La propuesta respecto a lo que llamó la lógica manicomial, la cual trae consigo la historicidad sobre la implantación de los manicomios como tratamiento para la locura, llevando consigo cuestiones como la normalidad, el encierro y el silenciamiento como parte de una regulación ante eso que se denomina patológico, la enfermedad mental. Si bien han desmantelado al manicomio, quedando los hospitales psiquiátricos, han surgido todo un licuado de saberes, disciplinas y proyectos como casas de medio camino y los acompañamientos terapéuticos como nuevas formas de tratamiento pero que como anteriormente he planteado continúan adheridos a esta lógica que ineludiblemente sostiene y configura relaciones de determinada manera, entre los que se posicionan en un saber ante aquellos nombrados como locos e incluso podemos pensar entre la sociedad misma y ellos y ¿podríamos pensarlo entre ellos mismos al identificarse con el diagnóstico y etiqueta que el hospital les propone?

Ante esto, queriendo conformar y pensar nuevas formas de relación, podríamos pensar lo que Raymundo Mier menciona como vínculo social, el cual acontecería en el otro polo, de esta lógica manicomial y que tendría que ver con un acompañamiento, no terapéutico, sino en el sentido clínico de un quehacer.

Al vínculo lo podríamos definir como una dinámica intersubjetiva. Margarita Baz menciona

al respecto que: *“La noción de vínculo se inscribe en la idea de una subjetividad dialógica que pone en cuestión la forma de estar en el mundo, así como el posicionamiento ante uno mismo y los otros.”*¹⁸⁶

En efecto, no existe vínculo sin el otro, y en esta relación con los otros se dan las tramas vinculares existentes a lo largo de nuestra vida, las que determinarán nuestro posicionamiento en el mundo. Una de las características esenciales del vínculo es que está constituido por dos impulsos totalmente irreconciliables: el impulso de gregariedad y el impulso de aislamiento. Estos son los que le dan potencia al deseo, y este a su vez es la fuerza motora del vínculo. Cabe recordar al respecto que el deseo es un aspecto único del ser humano, siendo éste el que nos conforma como sujetos. El vínculo tiene como singularidad *“la afirmación irrevocable de la mutua inteligibilidad así como una disponibilidad a la acción recíproca”*¹⁸⁷

Para la comprensión de toda organización social es necesario un análisis de los vínculos. En todo grupo o institución es indispensable un sentido de totalidad (el cual se acompaña de la experiencia de pertenencia, de reciprocidad); sin embargo para que esta condición de totalidad aparezca es necesario el olvido, hace falta una *“suspensión imaginaria de la red intrincada de rupturas, diferencias, silencios y bordes que articulan los vínculos colectivos”*¹⁸⁸, es decir, los vínculos se van moldeando de acuerdo a imperativos tácitos y prohibiciones intangibles. Una zona cardinal del vínculo es la referente al ámbito jurídico *“que moldea cuerpos y hábitos, imperativos invisibles, intangibles, ajenos a la reflexividad”*¹⁸⁹. Se trata de estructuras normativas que ejercen su función en el silencio, en la violencia tácita de la exclusión, que reposan sobre lo consabido, sobre los saberes puestos en práctica desde hace mucho tiempo.

*“Esta eficacia del silencio no implica solo lo tácito, sino también lo ausente, lo extinto, lo que se funde y se eclipsa en las síntesis y en las invenciones de la memoria”*¹⁹⁰. Sin embargo

¹⁸⁶ Baz, Margarita *“Enigmas de la subjetividad y análisis del discurso”* Versión 4, Abril/1994 p.86

¹⁸⁷ Mier, Raymundo *“Calidades y tiempos del vínculo”*, tramas 21 subjetividad y procesos sociales, UAM, 2004, p. 130

¹⁸⁸ *Ibíd.*, p. 127

¹⁸⁹ *Ibíd.*, p 135

¹⁹⁰ *Ibíd.*, p.135

en estas dinámicas tácitas de exclusión adquiere significado simultáneamente la ausencia, lo prohibido, *“alienta la plenitud siempre postergada del deseo”*. Es en este momento de tensión, concomitante del silencio, donde se genera la diversificación de normas tácitas y por consecuencia los cambios en la forma de vínculos. La experiencia del vínculo- que tiene lugar en toda interacción intersubjetiva- en todo contacto con el otro (aun de forma imaginaria)-, así como su calidad dinámica serán las que determinen la identidad. *“La experiencia del vínculo es el reconocimiento, la significación de la temporalidad en sí misma y de la condición temporal y memorable de toda identidad”*¹⁹¹

La experiencia del vínculo siempre tiene un dualismo que le es inherente: el sí mismo como referencia, como centro que a su vez es delimitado por *“la dinámica de los otros y sus vínculos”*. La evidencia de la grupalidad, los patrones y regímenes que sostienen a la identidad individual y colectiva está fundada en la experiencia de la calidad del vínculo. Según Raymundo Mier *“la experiencia del vínculo no es nunca derivada sino originaria (...) revela un tiempo primordial para el que no existe sino una narración, un mito íntimo”*¹⁹². Lo único que liga al vínculo con las condiciones que le antecedieron es una articulación simbólica, lo cual significa una ruptura de toda conexión causal en su génesis.

Aparte de las modalidades del vínculo de las que hace mención Raymundo Mier (Interacción, intercambio, solidaridad, de las cuales se hablarán en los siguientes apartados), distingue dos figuras radicales del vínculo: *“Los vínculos mediados por la presencia mediata o inmediata, por la interacción corporal y afección mutua y los vínculos regulativos, configurados por la mediación puramente simbólica- ámbitos normativos y saberes enunciados prescriptivos y prohibitivos, modos discursivos de la inclusión o la exclusión, en horizontes de significaciones ajenos a cualquier afección pasada y cualquier memoria de otro vínculo”*¹⁹³

Es el vínculo regulativo que se lleva a cabo por mediación simbólica y conforme el núcleo de lo que Mier nombra la *“comunidad imaginaria que se constituye como sujeto, destino de*

¹⁹¹ *Ibíd.*, p.130

¹⁹² *Ibíd.*, p.131

¹⁹³ *Ibíd.*, p. 143

la acción, entidad moral dotada de una fisionomía, de una capacidad de respuesta y un contorno que le otorga los rasgos de un carácter también singular”¹⁹⁴

La condición dual del vínculo, es decir entre el sí mismo y el otro, expone la calidad del poder que surge como fuerza local así como de las instancias de jerarquía en toda organización social, es decir que el poder es otra característica del vínculo. No existe fuera de él, sino que se crea dentro del mismo, *“es el nombre de la singularidad del deseo como reclamo del vínculo*”¹⁹⁵. La dinámica del poder dentro del vínculo es polimorfa, se encuentra bajo las órdenes de distintos tiempos y determinaciones variadas; los objetos y afectos hacia los cuales se orienta son también diferenciados. Por consecuencia el vínculo, generador de esta dinámica de poder, está lejos también de restringirse a un solo objeto, aunque en apariencia esté orientado hacia alguno que lo lleve a la acción. Entonces acción y deseo se expresan en el vínculo como *“formaciones estratégicas, pero carentes de un vértice único, aun cuando ocurren acotados por andamiajes legales y sistemas normativos*”¹⁹⁶

La acción es orientada a partir del discernimiento de ejes de sentido. Se trata de una selección que se basa en las experiencias que se constituyen a partir de las demandas del deseo y los vínculos. Esto quiere decir que en el vínculo se encuentra de forma implícita una *“apreciación estratégica de los marcos orientadores de acción y deseo (...) el vínculo conforma, involucra estrategias, marcos normativos, formas de obligatoriedad, criterios de significatividad y figuraciones diferenciadas de la afección*”¹⁹⁷. Esto nos lleva a percatarnos de que en toda relación vincular operan, de forma explícita o tácita, experiencias de obligatoriedad.

Todo lo anterior nos lleva a ver al vínculo como una conjugación de tres modalidades únicas, que lo caracterizan y que lo determinan: Interacción, intercambio y solidaridad. Dentro de estas tres modalidades del vínculo se encontrarán siempre las características de las que hemos hecho mención.

¹⁹⁴ *Ibíd.*

¹⁹⁵ *Ibíd.*, p.144

¹⁹⁶ *Ibíd.*, p.133

¹⁹⁷ *Ibíd.*, p.133

El vínculo como interacción: La interacción es en sí misma una concurrencia de diversas acciones, las cuales están articuladas a través de una mediación simbólica, estas acciones están destinadas a una mutua inteligibilidad, a una inscripción compartida en cierto campo de normas. Las pautas que se dan en la interacción están bajo el control de la firmeza de los hábitos, a los márgenes de los apegos y las creencias, y éstas a su vez “*condicionadas por los márgenes estrictos de lo verosímil de la significación sistemática*”¹⁹⁸.

La interacción se articula serialmente y se despliega en el tiempo, y estos tiempos de la interacción son a su vez una constelación de secuencias temporales (tiempo de los actores, tiempo de los vínculos y sus exigencias, sus promesas, etc.) Estos tiempos de la interacción se desarrollan en situaciones totalmente inteligibles, en la suspensión o la desestimación de la singularidad y en normas que se expresan de diversas formas. “*La interacción es el vínculo aprehendido desde la primacía de las regulaciones, bajo el presupuesto de la fijación de los horizontes de la regulación, una legalidad sin origen y sin término*”¹⁹⁹.

La articulación serial y su despliegue en el tiempo de la interacción toman un sentido al orientarse según determinaciones sistemáticas, al responder a los patrones de significación estables y las tramas que regulan estas significaciones. “*en la interacción el sentido de dialogo entre acción y reacción se orienta enteramente según convenciones e identidades prescritas nítidamente normadas*”²⁰⁰. La interacción recurre siempre a los criterios de legitimidad, a las formas institucionalizadas de creencia, a los criterios públicos de validez. Lo que Raymundo Mier llama “*Criterios de pertenencia*” son indispensables para la duración de la interacción, estos son descartados, transformados o puestos en escena para estructurar la experiencia, la significación; estos criterios va delineando las distintas facetas de la afección y “*comprometen factores diferenciados aunque canónicos de categorías cognitivas*”²⁰¹. La duración de la interacción está influida también por el olvido de la irrupción de la experiencia, así como por la exclusión de lo que es constantemente cambiante,

¹⁹⁸ *Ibíd.*

¹⁹⁹ *Ibíd.*, p.140

²⁰⁰ *Ibíd.*, p.140

²⁰¹ *Ibíd.*,

eventual, esta exclusión de lo eventual se puede atenuar dentro de la interacción por medio de una nueva estructuración a través de la transformación de los criterios de pertinencia.

La interacción está constituida por un impulso constructivo que le es propio, y es este impulso constructivo el generador de todas las tensiones que se engendran dentro la misma. A través de una síntesis de acciones simultaneas que se da durante la interacción se delinea el perfil de las identidades, puesto que es dentro de este contexto donde se manifiesta un *“repertorio de señalamientos donde se aprehende el entorno y el dialogo con los otros”*²⁰².

Esta adquisición y delineamiento de la identidad involucra diversos procesos cognitivos, pero también en este marco de la interacción se dan ordenamientos y delineamientos de distintas partes de la afección, es en este ordenamiento de las facetas afectivas donde se ofrecen ya los nombres que controlan las diversas calidades del vínculo.

Lo jurídico- entendido como *“las esferas que conjugan legalidad, normatividad y regularidad”*²⁰³- que forma parte determinante de toda relación vincular, así como la singularidad de las experiencias de obligatoriedad, *“los procesos de aprehensión de la singularidad de la afección, la metamorfosis de las significaciones, la incesante exploración, ampliación y distorsión de las formas expresivas”*²⁰⁴, en pocas palabras la génesis de la obligatoriedad , no pueden ser dilucidados por completo haciendo solo referencia a la interacción, para ello necesitamos tocar el tema del vínculo como intercambio. No obstante es importante recordar que *“la interacción requiere y sustenta una ética de la acción constituida a partir de los criterios de pertinencia”*²⁰⁵

El vínculo como Intercambio: Justo cuando los procesos de interacción se llevan a cabo, se genera a su vez un proceso de intercambio, este juego de intercambio es un vínculo duradero que crea las diferencias, desigualdades; así como también identidades y formas asimétricas de reconocimiento. En la interacción es el eje de pertinencia el que determina la duración de

²⁰² *Ibíd.*, p.141

²⁰³ *Ibíd.*, p.142

²⁰⁴ *Ibíd.*, p.143

²⁰⁵ *Ibíd.*, p.144

ésta; en cambio en el proceso de intercambio el eje que lo estructura y que remarca a su vez la capacidad de diferentes orientaciones y conjunciones de las significaciones en juego durante el intercambio, es la relevancia. Esta hace patente el sentido del vínculo específico así como la validez que encuentra en las distintas condiciones locales. El hecho de recurrir a diferencias jurídicas y de identidad, entre los participantes, da lugar a *“una aprehensión sintética de una totalidad sistémica”*²⁰⁶ dentro del proceso de intercambio. El intercambio también se estructura *“a partir de las identidades engendradas y de la fuerza imperativa de la reciprocidad”*²⁰⁷ Es esta fuerza imperativa de reciprocidad un vínculo singular que genera la obligatoriedad moral, así como esferas valorativas, imperativos jurídicos y conjugaciones de afectos; sin embargo es generadora también de tensiones, de jerarquía en las afecciones así como de exclusiones nacidas en la propia creación del vínculo.

El intercambio es *“la condición que revela las fuerzas creadoras, imperativas, conjuntivas y diferenciadoras del vínculo”*²⁰⁸; marca también identidades (quién da y quién recibe, quién solicita y quién responde, etc.) y valores de lo que se está jugando, definiendo a su vez las expectativas, la significación de los intercambios y las jerarquías que se van diferenciando durante su conformación.

El vínculo como alianza o solidaridad: La solidaridad hace que el vínculo se viva como una potencia colectiva de acción. La solidaridad es *“un momento donde el vínculo exige un esfuerzo radical de creación sin otra finalidad que la posibilidad de experimentar el vínculo mismo como potencia de realización del deseo, en el acrecentamiento de la capacidad de acción colectiva”*²⁰⁹

La experiencia de solidaridad está determinada y dirigida sobre otra experiencia: *“la que surge en el sujeto de la invención dialógica de sus propios vínculos”*²¹⁰. Es un momento en el que se lleva a cabo un proceso de constante recreación del vínculo. Es en la solidaridad

²⁰⁶ *Ibíd.*

²⁰⁷ *Ibíd.*

²⁰⁸ *Ibíd.*, p.145

²⁰⁹ *Ibíd.*, p.147

²¹⁰ *Ibíd.*, p.148

donde se hace más patente el hecho de que el vínculo carezca de un objeto determinado, se trata de una forma de disponibilidad abierta, de una espera sin objeto, “*una pura apertura al advenimiento surgido del vínculo*”²¹¹

La experiencia de solidaridad tiene el carácter peculiar de ser singular, comunitaria e incalculable al mismo tiempo. Se encuentra bajo el control singular de la afección. Está sustentada en un proceso simbólico, auto reflexivo, comunicable y portador de autonomía. La comunicación que sustenta a la experiencia de solidaridad, así como la comprensión mutua que se da entre sus interlocutores, se desarrolla sobre una trama de certezas tácitas que se sustenta en la afección mutua.

La solidaridad genera la ilusión de un vínculo intemporal; es decir anula la finitud de éste. De esta forma genera una invención de una historia común. No obstante, a pesar de este sentimiento de certeza común, de la incondicionalidad que da dirección a las acciones recíprocas para que conserven el vínculo; la solidaridad compromete al mismo tiempo procesos dispares y antagónicos de conocimiento, instaura regímenes distintos, que sin embargo comparte, de diferenciación afectiva, “*tiempos y memorias autónomos, experiencias incomparables aunque fundidas en una situación de mutua concurrencia*”²¹²

Podríamos considerar a la solidaridad como la base del impulso creador del vínculo social, como un momento de reinención de la memoria. No desecha, ni prohíbe las eficacias y condiciones del intercambio y de interacción. Se enmarca, en distintos momentos sobre distintos modos de intercambio y de interacción “*Interacción e intercambio, pertinencia y relevancia como condiciones estructurantes del vínculo, adquieren en la solidaridad la forma simbólica de la memoria, se dan como un monumento tácito de viraje en las formas de vida, una súbita densidad del lenguaje*”²¹³

²¹¹ *Ibid.*, p.147

²¹² *Ibid.*, p. 150

²¹³ *Ibid.*, p.152

A su vez crea también una esfera de valor propia, un conjunto de imperativos, conceptos, significaciones y forma de enunciación propios. La experiencia de reciprocidad que le es inherente es a la vez sólo un conjunto de promesas y expectativas indeterminadas, incapaces de ser atestiguadas. *“La solidaridad es una calidad del vínculo en su plena aparición inaudita, es la experiencia al mismo tiempo de lo común y lo inconmensurable de la comunidad” (...)* es una consagración de la alianza más allá de toda adhesión mimética mecánica u orgánica (...) es el fundamento de una profunda y permanente refundación ética, una invención del compromiso y de la responsabilidad, pero es, al mismo tiempo una experiencia permanente de la indeterminación de los actos”²¹⁴

El vínculo en tanto soportado por estas calidades se inscribirá como proyecto de desmanicomialización, como lucha, será entonces la apuesta por posibilitar las prácticas espaciales. Isidoro Berenstein²¹⁵ nos advierte de la dificultad y de algunos procesos de conformación y modalidad de vínculo.

Como se viene perfilando, vínculo es un concepto íntimamente ligado a la experiencia, por lo cual resulta complicado su precisión o claridad, se atisba como opaco, sin embargo, hay aspectos en él importantes a reflexionar. Para Raymundo Mier²¹⁶, la experiencia se encuentra articulada a la expresión, siendo la primera un proceso de construcción de conocimiento que emerge en el vínculo con los otros, forma en que atribuimos sentido al mundo. Una fuerza expresiva que da significación. Por lo que la expresión será necesaria en tanto que amalgama estructuras de significación marcando la extinción del sujeto al ser con los otros, al hacerse el relato de un vínculo.

Generalmente se ha pensado a los vínculos como lo que nos relaciona o liga a algo o alguien pero cómo sucede esto y de qué manera. Isidoro Berenstein²¹⁷ plantea que el vínculo no puede pensarse sino como *“un sustantivo que contiene una acción”*²¹⁸, es decir, que éste

²¹⁴ *Ibíd.*, p.153

²¹⁵ Berenstein, Isidoro *“Del Ser al hacer, curso sobre vincularidad”*, Paidós Buenos Aires, 2007

²¹⁶ Mier, Raymundo *Seminario: “Chalas sobre estética con Raymundo Mier”* 2013, ENAH

²¹⁷ Berenstein, Isidoro *“Del Ser al hacer, curso sobre vincularidad”*, Paidós Buenos Aires, 2007

²¹⁸ *Ibíd.*, p. 144

existe y es en los momentos que se está realizando y que sucesivamente está ocurriendo, implicando un hacer que no es estático, una producción permanente en donde se juega momentos de estabilidad, movimiento y crisis. También plantea pensarlo como un lugar, lo cual implica la noción de poder estar dentro y fuera de él, sin embargo, como en la subjetividad, donde se empieza o termina no es posible precisar. *“El vínculo es ese lugar donde adentro y afuera, interno y externo, se superponen y se combinan, aunque mejor es decir que se tornan indefinidos: marcan una zona imprecisa...”*²¹⁹. Esto se nos presenta sobretodo en el sentido de que cualquier vínculo implica al menos dos partes o miembros, en donde no se trata de que cada uno están en su forma individual y permanecen de esa manera en el encuentro, sino más bien es desde el vínculo que se produce nuevos sujetos, ante la posibilidad que éste otorga y nos plantea la singularidad y sorpresa de cada uno de ellos. El vínculo se manifiesta como un borde entre lo interior y lo exterior. En dónde está una de las partes y finaliza para comenzar la otra, no se sabe, cuándo se está dentro o fuera de este lugar que es el vínculo y que a su vez se suscitan en lugares como una institución psiquiátrica o fuera de ella.

Aun así, con esta característica de quinesis en los vínculos, existen leyes y regulaciones para éstos, los cuales intentan dar la ilusión de relaciones inmóviles o de al menos, cierta continuidad estable en ellos. Es a través de los discursos que los vínculos tienen cierta persistencia, implantándose e instituyendo ideologías, de qué manera la lógica manicomial determina y marca pautas para ciertas relaciones entre sujetos y en qué momentos se logra salir de esta lógica para dar lugar a un vínculo en donde devengan nuevos sujetos y nuevas subjetividades.

Por otra parte, desvincularse para Berenstein tiene que ver con un *“vacío de relación”*, el cual tiene que ver con que haya significación dentro del vínculo; para que eso suceda se requiere de una operación con un término, usado por Freud, que es el de invertir, el cual plantea dar cierto valor, en el caso del psicoanálisis, es respecto a la energía libidinal y la posibilidad de trasladarla a determinado objeto. Es con cierta valentía y decisión por parte del sujeto a invertir y dar significancia a una relación que se da una vinculación en donde

²¹⁹ *Ibíd.*, p. 115

el sujeto podrá devenir otro al que era. Cuando esto no sucede es vacío de relación, estar con otro sin vincularse, la cual puede pensarse como una forma de abandono, nos hace evidente una diferencia entre estar con los otros y vincularse.

Vincularse conlleva un más allá de una mera interacción o convivencia, no es un mero contacto con los otros y pareciera ser no se produce a menos que haya esta significancia la cual transforma a los sujetos involucrados, permitiéndole a los otros una práctica espacial, de un acontecer.

Por tanto la desmanicomialización²²⁰ será *la lucha* que pretende fracturar el discurso manicomialista, romper con la categoría de enfermedad mental y por tanto de tratamiento, surge como la búsqueda de alternativas subversivas en tanto contra hegemónicas, pues busca no sólo la asistencia comunitaria y social, la creación de recursos en la sociedades para sostener los malestares psíquicos, sino que implica una marcada inconsistencia sobre la noción de salud mental.

Se teje algo muy fino en esta elucidación, permítanme tratar de ponerlo a prueba, como mencionaba, los vínculos nos permiten desprender y transformar, dar sentido a nuestras experiencias. Entre el magma que transita el circuito del vínculo, el poder ahí inscrito recorre los cuerpos en un vaivén que puede quedar estancado. En tanto *lucha* la desmanicomialización se considera un movimiento epistemológico sobre los vínculos con los sujetos locos. La lucha es algo sumamente importante pues coloca la historicidad del manicomio por delante.

Las prácticas que provienen de la desmanicomialización, han sido encauzar en la resocialización. ¿Qué se hace con los locos? Galende nos proponen hacer un trabajo de resocialización, como praxis desmanicomializante, misma que tiene como objetivo reestructurar los vínculos en un esfuerzo de sostener su malestar. Parece que es importante

²²⁰Encontré discursos moralizantes sobre la desmanicomialización como el de dignificar la atención. Yo sostengo que si es una ruptura con el modelo manicomial sus epistemologías tienen que ser construidas por otros ¿saberes?

tomar en cuenta la aportación sobre los vínculos pero como veremos, contiene un contenido normativo.

La dificultad y las implicaciones que propone esta idea de resocialización nos impone otros discursos, la idea de reinserción esta puesta en juego desde esta perspectiva, se busca la obtención de un funcionamiento y adaptabilidad del sujeto en su entorno, como veremos más adelante, el criterio estadístico-adaptativo convoca a esta multiplicidad de formas de actuar normal en lo social. ¿Será que no podemos convocar la desmanicomialización sin la base manicomial?

La desmanicomialización, entendida por Galende, tiene una tentación marcada, a saber, la terapéutica, habrá que ser claro y como bien nos lo propone, la transformación de los vínculos, requiere a las demás instituciones de la sociedad. Por lo que en la separación entre normalización y desmanicomialización, radicaría en la calidad de los vínculos, es decir, mientras que, la desmanicomialización nace de una propuesta de recomposición vincular, tendremos que en su dimensión más radical esta superpuesta la solidaridad como proceso de conformación del mismo. La normalización tendrá que ir dirigida a la cronicidad de los vínculos, la perpetua regulación sobre los vínculos se desborda sobre los cuerpos y absorbe el vínculo mismo.

Normalización: Tiene como cometido hacer notar la diferencia y tratar de hacerla parte del sistema, o en su caso enjuiciarla como fuera del sistema. No es vínculo, sino relación, en tanto vinculo regulatorio por el orden simbólico, es decir el vínculo esta moldeado y suspendido por una trama imaginaria de imperativos tácitos y prohibiciones intangibles. El proyecto de normalización estará pues en nuestras instituciones y será parte de una estrategia territorial y por tanto disciplinaria de los anhelos de un Estado-nación.

Desmanicomialización: Tendría que ver con una Ética de la Otredad²²¹, es decir, un dejar ser a la vida, hacer emerger la diferencia, aparece como el proceso de autonomía en la que el discurso del otro se elabora, *no se puede querer la autonomía sin quererla para todos.*²²²

Vínculo de solidaridad: A su vez la solidaridad crea una esfera de valor propia, un conjunto de imperativos, conceptos, significaciones y formas de enunciación propios. La experiencia de reciprocidad, que le es inherente, es a la vez sólo un conjunto de promesas y expectativas indeterminadas.

Les quería comentar que el vínculo y sus calidades será una propuesta de Raymundo Mier, en la que nos comenta que es inevitable para la conformación y disolución de los vínculos los procesos de *interacción, intercambio y solidaridad*, así los vínculos se dan con base en una *suspensión imaginaria*, una configuración previa del orden institucional en donde se acontecen y experimentan los vínculos. Las calidades y temporalidades de los vínculos, junto con sus incesantes transformaciones nos proponen un buen marco para comenzar a indagar en el campo de los vínculos.

Por lo que la desmanicomialización será *la lucha* por destacar lo solidario de los vínculos, como veremos la modernidad nos coloca ante una verdadera problemática para relacionarnos, la inmunización cada vez nos va dejando más solos. La apuesta por el vínculo solidario es lucha y cuando se refiere a un sujeto diagnosticado con enfermedad mental nos dirigimos a la desmanicomialización. Si la manicomialización y su lógica, nacen como proyecto de normalización, de encierro y silencio de las diferencias, la desmanicomialización tendrá que ser entendida como el proyecto de imbricar las diferencias, escucharlas y sostenerlas.

Tendremos que la lógica manicomial es una trama de SIS que sostiene y configura los vínculos con los sujetos locos, mismos que serán interpuestos por la institución para un devenir de aconteceres. La apuesta de la desmanicomialización en los profesionales de la salud mental los enfrenta en la tensión de la normalización y la desmanicomialización. ¿En

²²¹ Levinas, Emmanuel. *“El Tiempo y el Otro”*. Paidós, Barcelona. 1993. Págs. 129 - 130

²²² Castoriadis, Cornelius. *“La institución imaginaria de la sociedad”* Barcelona, Tusquets 2007

qué momentos los vínculos se tornan regulatorios y en qué momentos solidarios? ¿Qué tipo de intercambio e interacción hay en el vínculo con el enfermo mental?

Los acompañamientos terapéuticos como institución indeterminada, en tanto constituida por una polisemia de discursos originarios de la práctica psicoanalítica, hasta arrojarse por otro tipo de “psicologías” y hasta la psiquiatría, predicán el trabajo para generar el lazo social y la resocialización de dichos sujetos ¿Qué, cómo y por qué acompañar al loco?

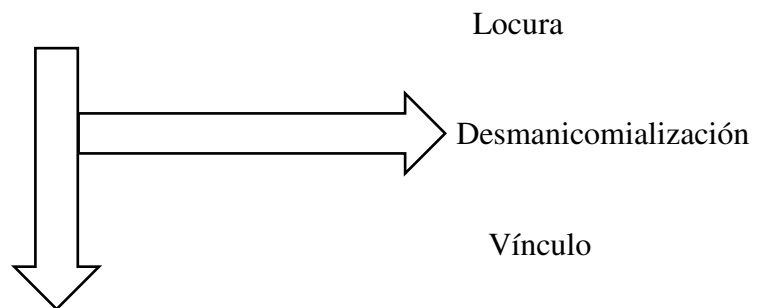
La propuesta del lazo social es muy distinta a la de Raymundo Mier con el vínculo. Proviene del campo psicoanalítico y es sobre todo Lacan quien formaliza el lazo social en cuatro discursos, es decir cuatro formas de hacer lazo social, lo cual nos ayudará a dar cuenta de las distintas formas en que los AT se posicionan en sus praxis y el lazo con el loco.

La primer forma tiene que ver con la dialéctica Amo-esclavo, en donde se extrae la verdad al sujeto, como los médicos con la mirada que discriminan lo saludable y lo mórbido, así como hemos tratado de mencionar hasta el cansancio, es el discurso instituido y no sólo eso sino el discurso de la institución social sobre la locura como enfermedad mental; continúa el discurso de la Universidad que es aquel del que nos queremos salvar, pues es mediante el saber sobre el loco que uno puede subsumirlo en formulas, manuales, prácticas que tienen como amparo ético el saber; después nos encontramos con el discurso histórico que se coloca ya en medio de nuestra herramienta en tanto se coloca el deseo, la dislocación de los ámbitos de la certeza y el saber en tanto devela la falla ineludible de todo saber o Amo, es decir, que no alcanza o es incompleto; por último está el discurso del analista que tiene por cometido ceder la falta, en nuestro caso lo podemos ejemplificar como la imposibilidad de cernir la locura, dando lugar a su exorbitante extrañeza sin pretender capturarla, un saber que está incompleto y una apuesta por sostener ésta en su imposibilidad de apalabrarla. ¿El AT procura estos giros o se mantiene en el discurso del Amo y de la universidad?

El AT constituido en cuerpo como una figura asignada por una categorización manicomial, en tanto practicante de campo de la salud mental, sus nosografías y su estatuto en la sociedad son contradicción en tanto dice estar preparado para contener, controlar, resocializar al loco (discurso del amo y universitario), ¿Está ahí para acompañar? ¿Qué es acompañar al sujeto

loco hacia la desmanicomialización? Sancho Panza, por todos conocidos, como una de las figuras que ha acompañado al delirante pero justo Quijote, es aquel que brinda la referencia para un vínculo jubiloso, ¿Pues sin Sancho, qué hubiera dicho el Quijote?

Sancho puede ser una referencia a un vínculo de solidaridad y podríamos ponerlo en el discurso histérico y del analista, en tanto que a pesar de sus esfuerzos por normalizar al Quijote, era su escudero, así desde cierta ética interviene al Quijote, lo interpela sin moralizarlo, ni “resocializarlo”, ni tiene un saber con el que hubiera podido contener al Quijote cuando se fue con todo contra los molinos.



Ensamblando las partes que hemos destacado para nuestro instrumento, es necesario tener en cuenta sus elementos de lectura. Primero tenemos a modo de plano cartesiano 4 cuadrantes el eje de las x será el de la escucha, en tanto que es mediante ella conforme colocaremos al loco, ya sea en la lógica manicomial o en la desmanicomialización. Es entonces este aparato el que nos permite dar cuenta si nuestra escucha va en el lado manicomial, el de escuchar a la esquizofrenia o la depresión o si va de lado de la desmanicomialización en donde podemos escuchar la locura de cada sujeto. En el eje de la y, lo que nos sostiene es la institución de la locura como borde de la institución primera y que tiene dos posibilidades de movimiento como veíamos.

Los cuadrantes están nombrados por su lógica, del lado izquierdo tenemos dos cuadrantes que se existen por el cruce de la lógica manicomial en la que es sostenida por una relación ubicada en el primer cuadrante y en el segundo, es decir el de arriba tenemos a la norma que es sostenida por la lógica manicomial. Del mismo modo la desmanicomialización que se sostiene en un vínculo, además de sostener ésta a la locura.

Capítulo 3: La Locura en la contemporaneidad

*“hay locuras que están por venir
hay locuras tan vivas tan sanas, tan puras
que una de ellas será mi morir”* Locuras, Silvio Rodríguez

Antes de concluir nuestra herramienta de análisis es importante contextualizar nuestro quehacer en esta investigación. Es verdad que podemos rastrear la locura hasta el degeneracionismo, la imbecilidad, la indigencia, etcétera, pero es imprescindible ubicarla dentro del marco de relaciones en nuestro México. Es entonces el dominio racional de la locura, la enfermedad mental, las propuestas de rehabilitación psicosocial las que actualmente funcionan como atención a la locura, ésta entonces se ha convertido en menester de las ciencias de la salud, de aquellos profesionales que se ven unguados por el paradigma organicista que coloca la salud como prioridad. ¿Qué es la salud mental? ¿Cuál es su principal arma de los profesionales ante esta?, si ya no es sólo el encierro.

Es de suma importancia para la construcción de nuestro Sextante tener en cuenta las diferentes figuras, formas y métodos de navegación, no es lo mismo tener como destino tierra, que aprender a navegar en un mar lleno de plataformas petroleras.

3.1 El Fármaco

En nuestra contemporaneidad el mercado farmacéutico es fundamental en tanto obedece las economías capitalistas hegemónicas, con sus grandes ganancias, orquestan un método sistemático para una *ilusión de no ser*. Pero las farmacéuticas no son omnipotentes, aunque no lo crean, es solo una hebra del tejido, por ejemplo, el Derecho, las leyes y sus organismos gubernamentales, configuran las dimensiones que abarcan las farmacéuticas. La patente, es configurada por la ley como durable hasta un periodo de 10 años, es por ello que actualmente podemos encontrar más del 60% de neurolépticos en las farmacias genéricas. Las implicaciones de esto tienen como consecuencia superficial el mayor consumo de fármaco psiquiátrico, ahora no sólo es exclusivo y costoso, sino que está al alcance de una mayor

población. ¿Hay locuras que no conocen los fármacos psiquiátricos? En nuestra modernidad el fármaco es el primer y muchas veces el único “tratamiento” para el malestar psíquico, de forma que tiene el dominio sobre la medicina, pues sin fármaco, la medicina no ofrece sus curas, ¿ni sus enfermedades? Emiliano Galende construye esta noción, a través de un intenso debate e investigación con las farmacéuticas, en tanto que productoras, ya no de patentes, sino de objetos de consumo. La medicalización y las drogas ilícitas son productoras de esta ilusión de no ser: “*ilusión de suspender la condición subjetiva que nos hace presente lo que somos y lo que vivimos.*”²²³ Es a partir de esta herramienta legítima de la medicina que se sostiene el paradigma organicista, se sostiene así la mirada del médico y traspasa el ámbito hospitalario por medio de las prescripciones. Pero el medicamento es paradójico, pues como nos dice Galende es un contenedor de la subjetividad del sujeto, lo suspende así en la ilusión y es una ilusión en tanto que ningún fármaco psiquiátrico cura, entonces ¿qué hace por el sujeto el medicamento? Y vamos un poco más allá, ¿Qué presume tratar el fármaco psiquiátrico? ¿Cuáles son los criterios para poder recetarlos? ¿Cuál es la enfermedad que pretende atacar y por qué es que se prescriben?

La complejidad que marca el término Salud Mental nos propone interrogantes bastante difíciles de precisar, ¿Qué es la “salud mental”? Esta es una primera vertiente que se sobreviene en la investigación. Dilucidemos pues de manera resumida algunas consideraciones que nos permitan adscribir sentido de la manera más consistente a esta primera encrucijada.

Comencemos por explicitar que efectivamente el término de salud mental resalta su raigambre del discurso médico. En el campo de la medicina “salud” se utiliza para referir un estado de ausencia de enfermedad en los órganos. ¿La mente es un órgano? en tal caso hablaríamos del cerebro. La mente, desde la propuesta psiquiátrica, es el fenómeno emergente del entendimiento, la creación, la memoria, la emoción, es asimilada al estado consiente y sobre todo el raciocinio de los individuos. ¿La mente enferma?

²²³ Galende, Emiliano “*Psicofármaco y salud mental*”, Buenos Aires: Lugar editorial, 2008, p.38

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ilusoriamente consolida una definición de salud tratando de integrar las distintas dimensiones del sujeto, así supone una definición bastante tautológica: “*Completo estado de bien estar físico-mental y social*”, como vemos es una definición polisémica y el problema inicial es que parte de un término médico traspelado al campo de la subjetividad, no sólo denota ausencia de enfermedad, sino la realización de una ilusión de completud, de una utópica plenitud del ser humano. Ante tal polisemia de discursos sobre la salud mental, el psicoanálisis niega la existencia de la misma y utiliza el término de conflicto psíquico, debido al inevitable malestar por la urgencia de un deseo insatisfecho, siempre insatisfecho. El sujeto psíquico es entonces un inevitablemente reprimido, donde la instancia del yo enfrenta los deseos del ello, lo que da cuenta de un conflicto psíquico permanente de la represión del deseo por parte de la cultura. El psiquismo humano lo considero producto y productor de tramas de significaciones como “*una subjetividad dilógica*” con su cultura. Este tipo de discursos son los que comenzaron a aparecer y a cuestionar la inconsistencia del término salud mental.

¿Cómo se decide quién es el “enfermo mental”? Existen criterios que marcan los discursos y prácticas sobre la salud y enfermedad mental, sobre lo patológico y lo anormal. Las diferentes disciplinas llegan a identificar por medio de estos criterios a los “locos” de cada sociedad.

En el criterio *Estadístico-Adaptativo*, a finales del siglo XIX y comienzos del XX surgieron múltiples estudios de antropología en los que se diferenciaba la cultura entre los pueblos, así cada marco social instituye los discursos y prácticas de las que los sujetos pertenecientes se *deben* adaptar. Con esta idea se diferenciaría que cada pueblo tiene su propia salud mental al estar considerada bajo los criterios culturales, presuntamente desaparece la supuesta superioridad cultural entre los “primitivos” y el hombre de occidente, ahora lo que importa es un sentido *estadístico* que excluye y supone minorías, lo sano tiene lugar en la normalidad y aunque la cultura sea “primitiva” u occidental, el “loco” es aquel que no participa activamente de lo propio de la cultura, sus discursos y prácticas hegemónicas. Así el segundo gran criterio es el *Normativo*, en donde se estipulan las prohibiciones y los comportamientos tanto adecuados como inadecuados. Tenemos que la norma convoca a la moral y estipula las

distintas prohibiciones y comportamientos inadecuados, es decir, los parámetros de la sociedad para ubicar los actos dentro de las categorías: bueno y malo. Lo normal se podría ver como lo mayoritario de una sociedad en alguna época determinada y es equiparable a “salud mental”, aunque muchas veces sea lo contrario. Es normal enfermar de gripa en invierno.

El último criterio propuesto es el *Evolutivo-genético*, el desarrollo humano es marcado por etapas, como el desarrollo libidinal, en donde propone estadios en los que el sujeto tiene que ir conquistando las zonas erógenas y si presenta un estancamiento o regresión tendríamos la patología. También caben en este criterio el desarrollo cognitivo y orgánico, en donde el niño va pasando sucesivamente cada etapa de acuerdo a las edades correspondientes.

Estos criterios sobre la salud mental son la base para la construcción de estrategias y tácticas para “aniquilar”, “curar”, “resguardar”, “proteger”, “tratar”, “atender” lo insano o patológico. Ahora bien, cuando Foucault nos cuenta la historia de la locura nos deslumbra con las justificaciones de los psiquiatras, psicólogos y hasta psicoanalistas para ejercer múltiples formas de control social y sistemas de dominación, a partir de estos criterios que han sido utilizados para diferenciar lo sano de lo patológico. Estamos en el campo de la biopolítica, en la intromisión del poder sobre los cuerpos, pero ahora podemos pensar que la inscripción de este poder sobre la vida se ha transformado.

3.2 Sociedades de Control y Espacios modernos

Siguiendo a Deleuze, tendríamos que las sociedades disciplinarias, aquellas de las instituciones totales, en las que el establecimiento era el mecanismo por el cual se podría someter y controlar los cuerpos, en este caso los cuerpos in-forma, decretados como “locos” se encuentran en desmantelamiento. La Castañeda tenía una gran participación para imponer el proyecto de sociedad en México ¿ya no necesitamos instituciones totales? No, lo que ya no se necesitan son establecimientos. Las instituciones siguen ahí, emergen en las relaciones entre sujetos por el uso de las SIS y sus representaciones. Lo que encontramos en la actualidad serían las tecnologías que hacen que la institución de la sociedad no tenga que

concentrarse en establecimientos, sino en el despliegue de su lógica por toda la sociedad mediante las relaciones entre los sujetos.

El miedo a la locura sigue estando presente en cada uno de nosotros, en el que como aparataje burocrático existe una maquinaria que recubre a la locura como enfermedad mental y en tanto tal, genera una significación, es decir, tiene sentido y un lugar, el del enfermo, al que hay que atender. Además existen los protocolos o las tecnologías para someter al dominio racional. Las tecnologías las encontramos en lo más burdo de nuestra cotidianidad, por ejemplo: comerciales sobre antidepresivos, las ambulancias, las pancartas en las que promueven el internamiento (zona de hospitales), etc. Pero para dar cuenta de sus formas más nucleares, más alienantes, tenemos los ejemplos del medicamento y el acompañamiento terapéutico que con esos nos basta por ahora.

El medicamento proviene de la inmanencia del hospital, se receta por el saber médico y es adquirido en otros establecimientos, el medicamento representa una respuesta de control en la que ya no se necesitan las amarras para someter al loco.

“La tecnología surge en la modernidad marcada por una ambivalencia fundamental: es a la vez instrumento y una esfera de objetos, saberes, disciplinas y formas que trasfiguran el sentido de la racionalidad en la modernidad”²²⁴

Es el mismo medicamento como tecnología de control el que genera ya una respuesta ante la crisis institucional, dispone entonces al sujeto a un estado de apaciguamiento, en donde la exaltación no surge pero además esta tecnología es interiorizada en el sujeto, es parte de la socialización que genera sentido sobre la locura y genera institución y sujeto. La respuesta de lo social ante la locura, la que impregna el imaginario social, sobre el dominio racional de la locura es: está enfermo, necesita medicamento.

²²⁴ Mier, Raymundo “Vértigos de la opacidad: tiempos y experiencia en el régimen tecnológico”, TRAMAS 25, 2006

Sujeto moderno que evita el riesgo, aquel hombre pragmático que primero menciona la teoría de las neuronas espejo antes de confesar su angustia ante el delirio. El sujeto moderno es naciente de la medicina, está auscultado por la mirada médica que crea síntomas ¿En qué categoría del DSM estas? La mirada produce un lenguaje y el lenguaje dirige la mirada. La mirada está puesta en el cuerpo del sujeto, ya sea en sus neuronas o procurando la salud; es esta mirada la que produce la definición de lo que somos, lo que nos hace ser, aquello que nos obliga a conducirnos, lo que nos disciplina. Se construyen armatostes de prácticas y discursos sobre la vida que define las prácticas sobre la salud. ¿Se nos incrusta el deseo moderno de cura rápida y *más* salud?

La dinámica de la biopolítica, como la politización de las vidas, nos coloca dentro de una noción plástica que recubre la esfera de la globalización, la inmunización surge del interior del capital como prevención y protección contra las enfermedades, contra las muertes. ¿Cómo nos prevenimos a la locura? Pues bien ya sea, poniendo los auriculares, negando el discurso, encerrando, silenciando o burlándonos. La inmunización a la locura recubre cada vez *más* nuestros cuerpos, forzando directamente a la segregación. La ciudad deja de ser comunidades para convertirse en conglomerados, una mutación demográfica drástica que se integra por poder y no por *prestigio*.²²⁵ La comunidad, como deuda en común que opera en la lógica de sus instituciones, se vuelve cada vez más una imposibilidad. Así con la inmunización, el capitalismo se erige como la propuesta por la excitabilidad de la deuda permanente sin comunidades, así el poder al contrario del prestigio, se expresa en diversificación de las formas institucionales locales instauradora de rutinas.

Regresaré al metro de la Ciudad de México, que en la introducción hice presente, en donde surgen relaciones comerciales, lugar no sólo de los vagoneros, sino como espacio público, en donde un sin fin de personas se escurren entre las carnes de los otros para pedir dinero. En otro de mis viajes por este peculiar medio de transporte, subió en el vagón en donde me encontraba, una persona que refirió ser esquizofrénico y necesitar dinero para su

²²⁵ Raymundo Mier a través de los textos de Marcel Mauss, nos refiere que el prestigio es "*garante del vínculo ético*", como fuerza sin poder en la que hace que la norma sea deseada. El prestigio no es un privilegio no engrandece, por el contrario es una responsabilidad de integración, es decir asume tareas en la sociedad.

medicamento, pidió unas monedas. Ninguno mostró respuesta, inmunizados ante el discurso del loco, gracias a sus aparatos electrónicos, siguió su camino atravesando sobre la gigantesca máquina que aglutina cuerpos. La esquizofrenia es utilizada para el intercambio de dinero por medicamentos. Si es verdad que le hacen falta sus medicamentos, cuándo alguno de nosotros apuesta por darle una moneda ¿apuesta por su silencio?

En la actualidad el derecho no sólo se encuentra implicado en relación a las farmacéuticas, sino que está vinculado directamente con los sujetos y la institución psiquiátrica. Los pacientes del hospital y de las casas de medio camino en tanto reconocidos por estos como enfermos mentales o carentes de facultades mentales, son concebidos de manera distinta ante la ley,²²⁶ los médicos, bajo su evaluación científica, dictaminan si el sujeto carece de facultades o no, este dictamen legítima al sistema jurídico para el interdicto²²⁷ de sus pacientes. Desde el aspecto jurídico, los derechos de los pacientes con esquizofrenia les generan una forma muy peculiar de participación ciudadana, pues la enfermedad mental, para el derecho, es homologada a la discapacidad. ¿Qué tipo de ciudadanía generan estos derechos de los enfermos mentales? ¿Tienen derecho a no tratar su enfermedad mental?

El medicamento es uno de los representantes de la globalización, si bien uno puede tener momentos de malestar subjetivo, la angustia como afecto principal del develamiento del vínculo del sujeto con su mundo y sus actores, forma parte hoy en día de una rutinización mercantil de la salud. Así para ser saludable ya no basta con tomar el medicamento que quite la enfermedad, actualmente tenemos que la prevención, por ejemplo los complementos alimenticios y multivitamínicos, se vuelve uno de los mecanismos de regulación sobre la salud en los cuerpos. Ahora bien metámonos a nuestro tema, gran parte de los sujetos llamados enfermos mentales atendidos por sus distintos profesionales adscritos, se encuentran bajo la administración del fármaco, resultando la primera estrategia a tomar por parte de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas.

²²⁶ En el momento en que son pacientes del Fray Bernardino, adquieren, bajo la tutela de un familiar, derechos que son constituidos sobre el tratamiento, "tratamiento digno". Estos se encuentran descritos de manera oficial por la Secretaría de Salud.

²²⁷ Es decir, el paciente pasa a tener un tutor, mismo que tendrá facultades legales sobre él y sus bienes.

Por otra parte, pareciera ser inevitable, al hablar hoy día de nosotros incluir el término de modernidad, un referente que habla sobre la manera de ser, vivir y existir de los sujetos, pues marca la naturaleza del tiempo en que vivimos y en el que ineludiblemente nos adscribimos y reproducimos. La modernidad vino a establecer un nuevo orden y racionalidad instrumental marcando pautas y reglas de vida que excluyen a quienes no quieren o no pueden realizarlas.

Uno de los puntos fundamentales que ésta nos lleva a reflexionar es sobre la velocidad del tiempo, cambio fundamental en la forma de vida que implica movilidad permanente, no hay un quedarse quieto pues entonces quedas fuera de la carrera que tiene como meta y bandera el orden, progreso y desarrollo, alcanzable solamente por una vía universal y global. La tecnología como ejemplo perfecto, la cual todo el tiempo esta “avanzando” y transformándose, por supuesto, por un modelo mejor al anterior; mientras más funciones y brillo tenga para deslumbrar a su consumidor. Es así que Bauman²²⁸ pone el concepto de “*modernidad líquida*” aludiendo a esta esencia que ha adquirido el tiempo y nuestra civilización, claro está que al tener esta particularidad de licuefacción, implica un constante cambio imposible de aprehender más que por sus superficies momentáneas que adopta, ¿cuándo empieza y termina la modernidad? y más aún ¿cuántas diferentes modernidades se han figurado? Parece difícil, al menos por el momento, dar respuestas a preguntas como ésta pero lo cierto es que al tener esta condición lo que sabemos es que mutará continuamente, dejándonos preguntas respecto a su existencia y con la condena de saberlo a posteriori, mirando hacia atrás mientras en el ahora continua gestionándose algo nuevo. Aun así vale la pena mencionar los efectos, que son lo que realmente podemos capturar, de los procesos económicos, sociales y culturales y en los sujetos llamados modernos, en relación en lo particular al tema de mi interés que incluye a la locura.

Ahora bien, la modernidad entra dentro de un plano global, pues implica un para todos, que toma forma en los discursos jurídicos, pero que tiene ciertos cortes locales importantes de mencionar, pues mi investigación fue centrada en la Ciudad de México en donde la modernidad y globalización vienen a tomar cierta forma particular. México, país nombrado tercer mundista, que junto a muchos otros países latinoamericanos da cuenta de la pobreza y

²²⁸ Bauman, Zygmunt, “*modernidad líquida*”, Fondo de Cultura económica, 2002

miseria que las inmigraciones hacia lo urbano en la modernidad han generado, en donde el desempleo y la poca remuneración económica es cosa de todos los días y por tanto la marginalidad de gran parte de la población. Una realidad en donde el sistema capitalista marca el valor de uso del trabajo, aunque en verdad es del tiempo de vida del trabajador, es decir de los sujetos. ¿Cómo dentro de todo esto está la locura?, sería tentador pensar como la pobreza tiene similitud con la locura, ¿se puede diferenciar a un indigente de un loco? Es decir, si el manicomio es la torre de los pobres como hemos visto, la locura y la indigencia se eclipsan en el lugar de exclusión. Cuando uno entra en una institución como el CAIS pareciera que es prácticamente lo mismo o cuando vas por la calle y ves a alguien sucio con una vestimenta deteriorada, hablando solo y por supuesto con hambre, mucha gente podría decir que es un loco o un simple mendigo. Hay algo de símil entre estos dos, pues entran dentro de la categoría de sujetos de deshecho para el capitalismo, sin uso para que entren y reditúen al mercado laboral y económico que todos tenemos por obligación. Sin embargo, no podemos dejarnos llevar por esta simple semejanza pues es pensar que la locura es de los pobres. La locura habita en todos los sectores sociales, aunque su visibilidad o más bien, invisibilidad es distinta, mientras los locos se mimetizan, en cierta manera, con la pobreza, otros tienden a esconder a sus locos en instituciones privadas. Habría que mencionar que la voracidad del capitalismo es sin límites y pocas veces permite que algo quede fuera del uso económico. Finalmente la locura puede tener dos dimensiones: como sujeto de deshecho o bien utilizarlo como objeto económico, sí, la locura puede ser también un negocio y de hecho lo es. Para las familias y sujetos que tienen los recursos económicos la locura no se ve como pobreza y ahí la cultura “Psi” viene a sacar provecho, en algunas de sus prácticas, poniéndoles una remuneración económica, como lo hacen algunas comunidades terapéuticas o algunos AT. Es así que la locura también entra dentro de un juego de valor pero que no se salva en ninguna de sus dimensiones de la lógica manicomial, borrando y silenciado a los sujetos, ya sea por el abandono y la indiferencia o por el engaño de un encierro distinto, en una jaula de oro, que realizan algunas instituciones del sector privado o algunos acompañamientos terapéuticos plantando un policía vigilante, a lado, para el loco.

Así la lógica manicomial, la que se disparó con la creación de la Castañeda en México, surge como una institución necesaria para el proyecto de normalización, emergente de la

secularización. Nos acompaña a través del Fray y nos saca al tránsito, a los estadios en casas de medio camino y algunos se montan a un vigilante que quiere acompañarlos. La sin-razón como perpetua tensión con la que se lucha, ¿Cómo entender, la sin-razón si en ese momento la someteríamos a la razón?

Ahora bien, vayamos a los AT. Pues éstos al colocarse en un símil con el fármaco ostentan así a categoría de tecnología, lo que se globaliza es la salud mental entonces, en tanto que esta figura manicomial tecnológica, que son los AT no se concentran en un solo campo, como el psiquiatra en el hospital, sino que sale a la ciudad, la construye y acompaña a la locura en ésta.

3.3 Encierro en la ciudad

La ciudad nos propone recovecos tan interesantes como el antes descrito ¿Cómo complejizar mi intento de cartografía? Si bien podemos regresar a Deleuze y Guattari con su concepto de territorialización²²⁹, mismo del que recupero la puntualización de la acción de un proceso dual, en tanto proceso social en que no se puede aislar al otro en su relación suplementaria; sugiero revisar las nociones de espacio y lugar en Michel De Certeau²³⁰, pues considero su noción de espacio es acertada. Veamos qué pasa.

El autor primeramente nos propone en su texto de *“Andar en la ciudad”* la manera en que podemos complejizar lo que hasta ahora parecía un cúmulo de ambigüedades. La ciudad es definida por la posibilidad de una *triple operación*²³¹:

- 1) La producción de un espacio propio: Organización y configuración de los elementos.

²²⁹ El territorio se puede desterritorializar, es decir para Deleuze y Guattari el proceso de agenciamiento lleva al movimiento de desterritorialización, en el sentido de que sus territorios ‘originales’ se rompen ininterrumpidamente *“plantean que en un primer movimiento, los agenciamientos se desterritorializan y, en un segundo, ellos se reterritorializan como nuevos agenciamientos maquínicos de los cuerpos y colectivos de enunciación”*. Herner, Ma. Teresa, *“Territorio, desterritorialización y reterritorialización: un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari”*, Instituto de Geografía-Facultad de Ciencias Humanas UNLPam. Artículo 4 en Huellas No. 13, 2009, p. 164

²³⁰ De Certeau, Michel, *“La invención de lo cotidiano I: artes de hacer”*, Universidad Iberoamericana, 1999

²³¹ De Certeau, Michel *“Andar en la ciudad”*, Bifurcaciones revista de estudios culturales urbanos, 2008

- 2) La sustitución de las resistencias inasequibles y pertinaces de las tradiciones, con un no tiempo, o sistema sincrónico: Estrategias científicas que generan univocidad sobre las fuerzas, es decir buscan todo el tiempo combatir las tácticas²³².
- 3) La creación de un sujeto universal y anónimo que es la ciudad misma: como es su modelo político como “*el Estado de Hobbes*” al que poco a poco se le atribuyen funciones.

Así bajo el resultado de esta operatoria podemos concebir y construir la noción de ciudad como espacio con un número finito de propiedades “*estables, aisladas y articuladas una sobre otra*”²³³. Por lo que el caminante de la ciudad encontrará posibilidades y prohibiciones.

La *ciudad planificada*, como arquitectura que establece itinerarios, rutinas, ritmos y rutas. Mientras que *la ciudad habitada* serán las posibilidades de quebrantar las rutas y tomar vías alternas. Se hace camino al andar y éste es propuesto como una práctica de enunciación, de invención y como campo de posibilidades, la ciudad en cada paso como apropiación topográfica urbanística, una *enunciación peatonal* que actualiza y la hace hablar.

Si entonces el recorrido construye una espacialidad de ordenamientos urbanos, tendremos que proponer nociones que nos permitan dislocar y profundizar en los resquicios de la ciudad que tiene lugar en esta investigación.

²³² Es importante hacer notar aquí algunas otras nociones de este autor, mismas que nos podrían asegurar una mayor complejización: Propone la noción de estrategia (lo descrito) y táctica (lo ocasional). Entiende por Estrategia (aquí podemos entender la ciudad planeada) a la manipulación de fuerzas propiciado por el posicionamiento de un “sujeto de poder o voluntad” en un lugar aislable, es la victoria del lugar sobre el tiempo, práctica panóptica y poder de conocimiento, es decir, darse un lugar propio administrando las relaciones de los inquilinos. Espacio de poder que fabrica lugares teóricos capaces de articular un conjunto de lugares físicos donde repartir las fuerzas, es decir se enfocan en las relaciones de lugares.

En cuanto a las tácticas (aquí podríamos colocar la ciudad habitada) podríamos decir que, es el arte del débil, astucia, una acción calculada para ausentarse del lugar propio. Aprovechamiento del azar ocasional que le permite desviar, timar, (como el chiste freudiano o el albur mexicano) al régimen del sistema, institución, etc. En el interior del lugar propio existen fallas coyunturales de las que se valen las operaciones para generar usos subversivos, efímeros, sin historia, movimientos e intervención para acaecer una situación favorable. Es rapidez de movimientos trasforma la organización del espacio, que se imbrica sobre la estrategia en sus bordes y sus silencios, con perspicacia.

Mientras que las estrategias (lugares) son capaces de producir, las tácticas (prácticas del espacio) solo utilizan, manipulan o desvían y se valen de la pertinencia en el tiempo para convertir sus intervenciones en favorables. En: De Certeau, Michel, “*La invención de lo cotidiano I: artes de hacer*”, Universidad Iberoamericana, 1999

²³³ De Certeau, Michel “*Andar en la ciudad*”, Bifurcaciones revista de estudios culturales urbanos, 2008, p. 4

Para De Certeau, los lugares están vinculados entre sí de manera estrecha, *el orden cualquiera que sea* de los elementos que se distribuyen en relaciones de coexistencia, excluyendo la posibilidad de que dos cosas se encuentren en el mismo sitio configuración instantánea de posiciones.

Aunque este autor no opone lugares y espacio esta última confiere una dimensión más abstracta que la de lugar, en tanto que hay espacio al considerar los vectores de dirección, las cantidades de velocidad y las variables del tiempo. Es “*un cruzamiento de movi­lidades*” como unidad polivalente de proximidades, es por ello que el autor menciona: “*el espacio es un lugar practicado*” trasformando la urbanidad en espacio de intervención de los caminantes, es la potencialidad del lugar que produce una acción, una práctica, una manera de hacer en y con el espacio²³⁴. “*Todo relato es un relato de viaje, una práctica del espacio*”²³⁵ Estas aventuras narradas producen *geografías de acción* organizando los andares.

Desde esta perspectiva transitamos y construimos la ciudad, aunque es un lugar, en tanto, que implica un interior y un exterior, viejas rutas que se caracterizan por una identidad, una historia y el asentamiento de las relaciones, pero también sugiere posibilidades de vínculo, de acontecer, de relatos y de experiencias. ¿En dónde queda el vínculo? ¿El espacio público? ¿La subjetividad? ¿La lógica manicomial? Es complicado rescatar la operatividad del espacio que hasta ahora he descrito, lo cierto es que se persigue un apuntalamiento hacia los vínculos, por lo que tendremos que pensar el espacio público a partir de este devenir.

El espacio público se construye en relación a lo privado. Como banda de moebius que moviliza y transforma, según sea público o privado. Lo privado tendrá que ver con lo íntimo que emerge de lo recóndito, en lo que sin frontera se disuelve la acción con el otro. En tanto

²³⁴ Estas “maneras de hacer” se inscriben en prácticas de apropiamiento del espacio dentro del campo enemigo, metaforizando el ordenamiento mediante la asertividad, siempre hacia adelante para ocupar las brechas entre la producción y el consumo, donde surge un campo operacional en el que emergen posibilidades, realizaciones, potencialidades o siguiendo al autor, fabricaciones. De Certeau, Michel, “*La invención de lo cotidiano I: artes de hacer*”, 1999 Universidad Iberoamericana

²³⁵ De Certeau, Michel “*Andar en la ciudad*”, Bifurcaciones revista de estudios culturales urbanos, 2008, p.

que espacio público, tendrá que ver con la apuesta por lo colectivo, por el agenciamiento, con las posibilidades de vínculo que construyen escenarios de cotidianidad.

¿Entre lo público y lo privado podríamos pensar en un espacio transicional? una indeterminación espacial en tanto intersección entre el afuera y el adentro y llena de posibilidades de hacer la locura pública o privada ¿No será este espacio transicional el propio vínculo? Si es una trayectoria lo público y lo privado, trayectoria de una banda, tendrá que ser pensada como el instante del paso en que los dos pies se separan del camino, flotamos en el aire por un instante en el que surgen las posibilidades del acontecimiento.

Mientras el loco mantenga su delirio en silencio no le será implantado el diagnóstico, pero en el momento en que el espacio posibilita una práctica delirante con el otro, la locura invade el espacio público. Si seguimos el recorrido tenemos que la locura al hacerse pública genera malestar; el cual se procura erradicar escondiéndolo en lo más recóndito de la ciudad. ¿Cuánto tiempo puede el sujeto guardar su locura?

*“Lo público y lo privado, dominios patente del juego cultural, de la norma y las estrategias de control social, hacen visible el escándalo de la autonomía de los sujetos: sometidos al rigor de la regulación colectiva, los sujetos sociales están sometidos al enrarecimiento de la comprensión de sí”.*²³⁶

El vínculo, en este sentido, sería una superposición como un espacio transicional, no es exterior ni interior, pero en él transitan intercambios, fuerzas, posibilidades, además es la invasión de elementos objetivos y subjetivos, movimientos y desplazamientos. El juego es presentado, por Winnicott, como espacio transicional en tanto que ontológicamente propuesto como acontecimiento-regulación, es decir, es un espacio donde se ejerce un control sobre la realidad legitimando las regulaciones, donde se percibe placer y al mismo tiempo se reconoce lo exterior, al otro, *“más allá de la madre”*.²³⁷

²³⁶ Mier, Raymundo *“Notas sobre la violencia: las figuras y el pensamiento de la discordia”*, Fractal, 2007

²³⁷ Winnicott, Donald *“Juego y realidad.”*, Barcelona: Gedisa, 1994, p. 32

Por tanto, si entendemos bien el espacio, podríamos reflexionarlo como geografía de fuerzas discordantes y es el sujeto en su hacer, en su práctica, en sus recorridos quien configura las posibilidades para emerger, a partir de referentes histórico-sociales, privados e íntimos. El intercambio de palabras, por ejemplo, puede hacer emerger un vínculo, en tanto, que reúne procesos sociales; el vínculo se suscita en el espacio público, en el espacio en común, pero penetra y es capaz de develar las cosas más íntimas de uno. No podemos salir del camino pero podemos hacer las paradas y los rodeos que queramos.

Entonces podemos urdir que el AT se encuentra construyendo la locura en cada paso que da junto a su loco, pero serán las configuraciones espaciales la que le propondrán una mirada hacia la locura, en un espacio público será la mirada de la demanda social, la que le marque la norma de la institución de la sociedad, teniendo al espacio privado como la posibilidad de construcción de un vínculo con la locura, haciéndolo público, es aquí en donde se encuentra su dilema. ¿Cómo hacer público el vínculo con la locura? desde la norma que manicomializa o desde el prestigio que promueve y conmueve a los otros por su vínculo con la diferencia. Es así como el AT entonces procura un espacio institucional en su relación con el loco, espacio sin establecimiento en el que tienen la opción de crear un vínculo o encerrar con el poder.

Capítulo 4: Metodología

Tomemos un respiro, haciendo un punto de capitón en el que miramos la estela que hemos recorrido, para poder fijar nuestro curso y nuestra posición. Hagamos el pasaje metodológico que hasta ahora se hizo para poder ubicar con el sextante los discursos de los AT. Rememoremos la introducción en donde se especificó las rutas y destinos obtenidos en la intervención, los lugares y las relaciones; recaudemos la presencia del hospital Fray Bernardino y los discursos de los AT que emergen como campo en esta investigación, las conversaciones, las entrevistas grupales e individuales fueron los indicios que se obtuvieron para responder la pregunta sobre la operación de la lógica.

4.1 Recorridos de la intervención

¿Cómo se captura la tensión lógica manicomial-desmanicomialización en el AT?

Les propongo reflexionar sobre el desasosiego con el carácter de tensión que hasta ahora hemos concedido a algunas nociones importantes dentro de la presente. Entre el sosiego y el desasosiego del investigador es necesario generar la tensión concomitante y que invada de recorridos la investigación en ciencias sociales, pues tanto una como la otra son efectos de los encuentros o desencuentros con los otros en la intervención. A mayor sosiego tendremos la aprehensión narcisista del control sobre la intervención y a mayor desasosiego el desbordamiento del campo en nuestro dispositivo. Si bien no se trata de moralizar la metodología, la propuesta es poner en tensión al mostrar las reflexiones de las acciones, los errores o las descolocaciones que emergieron. ¿Qué tanto había que dejar de ser uno y sumirnos en el desasosiego? O ¿qué tanto nos quedamos sosegados en nuestros resultados, en nuestras metodologías, en nuestras interpretaciones?

“Reflexionar, pensar sobre el mundo, ha sido también intrínsecamente pensar sobre sí mismo; actuar sobre el mundo ha sido desde el primer instante actuar simultáneamente sobre sí mismo y, como en un juego equívoco y tortuoso de analogías truncadas e imágenes

*viciadas, actuar sobre sí mismo y sobre las categorías y figuras de la propia identidad ha sido una manera reticente y a veces inconfesada de actuar sobre el mundo.”*²³⁸

¿Cuál sería entonces la apuesta para la investigación en psicología social, en la que la implicación es uno de sus arsenales teóricos-metodológicos más ostentoso? ¿Cómo hacerla operativa dentro del recorrido la investigación? Raymundo Mier²³⁹ nos propone reflexionar sobre el desasosiego en la figura del investigador como suspensión de la fuerza de pretensión de identidad, se renuncia a tener un lugar para el otro dentro del campo de intervención, dislocando hábitos y certezas, abriendo un vacío como lugar intersticial que sitúa al investigador en continuo corrimiento, en el desplazamiento de lugar. Hacer notar el corrimiento es seguir el método de Burroughs, en un ímpetu de capturar la experiencia, vivió y escribió sus delirios por adicción²⁴⁰, aquí sugiere las siguientes preguntas. ¿Cómo se capturó la tensión es esta investigación? Y ¿Cómo se plantea su trasmisión?

Para la captura de la lógica manicomial y su tensión con la desmanicomialización resulta necesario apuntalar las dificultades, puntuar sus implicaciones con las ciencias sociales y con sus metodologías sometidas a exigencias institucionales, además del reto de transmitirla que nos coloca en el debate de la intervención en el campo de la subjetividad y por tanto de un tejido histórico social que se revela en el discurso, como un proceso que se conjuga con la condición histórica singular. El estudio de la subjetividad no puede jugarse en reduccionismo, si estamos ubicados en la psicología social tendríamos que otorgarle el mayor estatuto a la tensión equivalente ente sujeto-sociedad en tanto que el sujeto no está aislado de los otros, apuntamos a “*un proceso que interviene en la constitución de los sujetos tanto en su dimensión grupal como institucional o comunitaria*”.²⁴¹ No puede ser identificado sin el lugar y las condiciones en donde se presenta, por ello es mejor hablar de subjetividades, dado

²³⁸ Mier, Raymundo “*Bitácora de seducciones: contribuciones para la construcción de los conceptos de sujeto y subjetividad en la UAM-Xochimilco*” Tras la huellas de la subjetividad, UAM-CSH, 2013, p. 13

²³⁹ Mier, Raymundo “*Seminario Interdisciplinario para pensar la intervención: Teorías, Métodos y Experiencias e el campo de lo social y las humanidades*”, 2ª sesión.

²⁴⁰ Burroughs, William “*El Almuerzo desnudo*” Anagrama 1959

²⁴¹ Fernández, Lidia “*La subjetividad: opaco objeto de conocimiento*” en Tras las huellas de la subjetividad, UAM Xochimilco 2003, p. 82

que se presentan en las acciones humanas generando efectos, precipitándose en materialidad por su potencia de representación.

*"La subjetividad no es algo preexistente, sino que se hace en el acto discursivo, en una narración de sí mismo, del otro y del mundo, de su pasado, presente y futuro en el aquí y ahora de la palabra; en las narrativas de los otros"*²⁴²

Podemos decir que la subjetividad deviene de un pliegue del exterior, el sujeto se conforma a partir del afuera, a partir de los códigos, normas, valores y discursos desplegados en el exterior, formando así un límite no muy sólido entre el afuera y el adentro, un límite no muy nítido pues en dónde empieza o dónde termina la exterioridad o la interioridad no es posible decirlo, es más habría que preguntarnos qué tanto es posible pensar una interioridad o una exterioridad desde este tipo de planteamiento, esto significa pensar al sujeto desde el vínculo con el otro.

El campo de las subjetividades nos coloca en los vínculos entre la particularidad de cada uno de los sujetos y lo social en tanto subjetividad dialógica, en donde el vínculo es una de las manifestaciones de la catexia de representaciones a las que se adscriben los sujetos para poder dar sentido a su estar, a su mundo, a sí mismo y al otro. *"La subjetividad nos remite al estudio de la constitución de los sujetos y a la producción de significaciones simbólicas e imaginarias"*²⁴³ Un efecto del diálogo en el vínculo del sujeto y lo social de carácter reflexivo es la apuesta de la investigación social en tanto *"somos parte del mundo que estudiamos"*²⁴⁴

Resulta imposible adscribir esta investigación a un campo que no sea el de la subjetividad, no podría siquiera ser reflexionada en sus implicaciones éticas, pues la lógica manicomial no puede ser medida y la desmanicomialización no puede ser objetivada precisamente por lo que tanto se ha dicho, que nace como fuerza de repulsión. El carácter concedido a estos

²⁴² Vargas, Lilia Esther *"¿La subjetividad del sujeto o el sujeto de la subjetividad?"* en *Tras las huellas de la subjetividad*, UAM Xochimilco 2003, p. 69

²⁴³ Fernández, Lidia y Ruiz, Ma. Eugenia *"Transiciones en la salud mental"* en *Anuarios de investigación 2002*, UAM Xochimilco 2003, p.288

²⁴⁴ Mier, Raymundo *"Los métodos cualitativos en la investigación social: hacia un saber sin garantías"* *El arte de investigar*, UAM Xochimilco 2010, p. 253

conceptos requiere ser tratados desde el diálogo, la tensión, en las relaciones de la sociedad y los sujetos. Por ello esta investigación se coloca desde la psicología social, ya que se inscribe en el supuesto de un proceso de subjetivación del manicomio como constitutivo de las subjetividades modernas.

Resulta, entonces, importante el armado de un dispositivo que posibilite las condiciones de potencialidad, de imaginación, de circulación de la palabra y que con cada silencio o intervalo tenga la potencia de crear nuevas condiciones que permitan a los actores hacer “uso” de su imaginación radical. Para poder dar cuenta de las distintas dimensiones del sujeto es importante reflexionar sobre los “atravesamiento disciplinarios” que propongan otra herramienta para la creación de nuevas formas de intervención. Para ello Ana María Fernández²⁴⁵ nos invita a pensar en una amalgama entre teoría y práctica, sin reduccionismos. La consigna de la autora sobre el tema es el necesario despliegue de lo político en las instituciones, que permitan inventar nuevos sentidos, nuevas formas de significación para las nuevas realidades, otras figuras y formas de ciudadanía. Producir potencialidades que serán capacidades de trascender y que generen nuevas formas relacionales con nuestros deseos, podríamos decir voluntad de radicalidad transformadora.

Se tomó la decisión de tratar de responder la pregunta de investigación y hacer hallazgos del planteamiento desde la metodología cualitativa constitutiva de las ciencias sociales, en la que se tiene presente que la única verdad a la que se puede tener acceso es a la del sujeto, objeto de nuestro interés; es decir que en las metodologías cualitativas se busca “una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas”²⁴⁶ y por consiguiente no se discrimina ninguna perspectiva, ya que son éstas las que nos aportan el material deseado en nuestro trabajo auxiliándose de diversas herramientas. Bogdan y Taylor nos presentan en estas metodologías una manera de encarar el mundo empírico, en tanto dinámica de reconstrucción continua la investigación cualitativa pretende una descripción densa desde una comprensión experiencial de diversas miradas, pero “Conforme la investigación cualitativa se ha vuelto cada vez más profesionalizada y cada vez más sujeta a la codificación y la reflexión

²⁴⁵ Fernández, Ana María “Los ascendidos a la imaginación” Campo Grupal, 2001

²⁴⁶ Taylor y Bogdan “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” Paidós 1998, p. 22

explicitas, también parece haberse vuelto más fragmentaria”²⁴⁷, habría que percatarnos del reclamo a las ciencias sociales en su significación contemporánea que polemiza con su quehacer y sobre todo con su validez ante las ciencias:

*“se exige a los saberes sobre lo social que sean capaces de exhibir y sustentar las garantías de su eficacia, de su validez y de la fuerza de sus generalizaciones.”*²⁴⁸

Mier nos propone que el método de nuestras disciplinas consiente los recursos explícitos que generen pensamiento e interpretación *“capaz de tensar el espacio de la acción social”*²⁴⁹ Es entonces un reclamo sobre la consistencia y la relevancia de las metodologías cualitativas, que se les demanda la garantía de validez de un saber, por lo que resulta en un absurdo la manifestación de una garantía, así cuando la investigación cualitativa se hace valer en su historicidad y su *apuntalamiento en el dominio de la experiencia... El conocimiento de lo social no requiere garantías de validez*²⁵⁰. Es precisamente cuando apuntamos a la validez estandarizada cuando más opaca se vuelve nuestra noción de subjetividad, es decir, que nuestro objeto está ubicado en un devenir histórico-social y de singularidades que lo constituyen. Si nos encontrásemos con la pretensión del sosiego y la validez entonces tendríamos la pretensión de control inherente al reclamo por comparación con las metodologías cuantitativas, apuntalando a una composición ontológica, cancelando las fuerzas de la historia y las singularidades.

*“Verdad y control quedan así permanentemente vinculados con la expectativa de eficacia en un régimen de control que asume así la pretensión de verdad; instrumentalidad y saber aparecen como condiciones de la comprensión de lo social en su expresión instituida”*²⁵¹

²⁴⁷ Coffet, Amanda y Atkinson Paul *“Encontrar el sentido a los datos cualitativos”*, Universidad de Antioquia, Medellín, 2003, p. 370

²⁴⁸ Mier, Raymundo *“Los métodos cualitativos en la investigación social: hacia un saber sin garantías”* El arte de investigar, UAM Xochimilco 2010, p. 263

²⁴⁹ Mier, Raymundo *“El método como discurso”* en Encrucijadas metodológicas en las ciencias sociales, 1998 p. 85

²⁵⁰ Mier, Raymundo *“Los métodos cualitativos en la investigación social: hacia un saber sin garantías”* El arte de investigar, UAM Xochimilco 2010, p. 268

²⁵¹ *Ibíd.*, p. 269

El desmarque y la suspensión en lo intersticial de la caída identitaria requiere de una comprensión social y de una reflexión ética pues de lo que se trata aquí es de capturar mediante un proceso experiencial la lógica manicomial-desmanicomialización, labrando una caja de resonancias para poder dar cabida a la polifonía, por tanto el *arte de investigar* requiere ser hecho a la medida del planteamiento, de la problemática y de los sujetos-objetos de nuestra investigación.

Es efectivamente una aporía en tanto el objeto de investigación es un sujeto y que *inscribe en un régimen de sentido, conforma su experiencia en virtud de la intervención de sus propias condiciones de conciencia –e incluso inconscientes*²⁵². La relación del conocimiento es entonces con un sujeto y es ahí a donde se dirige el conocimiento de lo social, a la composición vincular que se desprende de esa forma inconmensurable de la otredad y que nos asalta con múltiples líneas históricas, asunción de la ausencia como calidad del vínculo en el que se conjuran y potencializan las memorias de lo social que se reactualiza a través de los vínculos y por ello *la ciencias sociales no tendrían que restringirse a estudiar sincrónicamente los vínculos en presencia, sino a partir de la comprensión de una historicidad.*²⁵³

La psicología social se nos propone, entonces, como mosaico de teorías y corrientes, “*un corpus teórico para la elucidación de los fenómenos que hacen a la subjetividad colectiva*”²⁵⁴ por medio de la encrucijada de múltiples referencias disciplinarias, que se soportan a partir del estatuto epistemológico de la intervención, como instrumento despolitizador y desinstitucionalizador, develando la trama de sentido que nos constituye. ¿Qué devela? La historia, como aquello en y por lo cual emerge sentido y mediante la apropiación de este sentido el acontecimiento se vuelve experiencia. Tenemos tres dimensiones en esta psicología social de intervención en la subjetividad: lo histórico, lo social y lo político.

²⁵² Mier, Raymundo “*Los métodos cualitativos en la investigación social: hacia un saber sin garantías*” El arte de investigar, UAM Xochimilco 2010, p. 268

²⁵³ *Ibíd.*, p. 263

²⁵⁴ Roberto Manero Brito y Rafael Reygadas Robles Gil, publicado en “*Perspectiva Docentes*”, n. 18, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México, enero-abril de 1996, pp. 30-42.

Raymundo Mier nos dice que para una mejor comprensión de lo político y lo social es indispensable tener en cuenta los procesos de creación, conformación y disolución de los vínculos sociales. Las formas de lo político y lo social no pueden estar fundadas en una noción del sujeto (como se cree comúnmente) “*sino en la experiencia de la calidad intrínseca del vínculo y sus incesantes metamorfosis*”²⁵⁵ Al vínculo lo podríamos definir como una dinámica intersubjetiva. No existe vínculo sin el otro, y en esta relación con los otros se dan las tramas vinculares, existentes a lo largo de nuestra existencia, las que determinarán nuestro posicionamiento en el mundo.

Es en este sentido en donde nos inscribimos para el *lance*, es decir, en la comprensión de la composición de los vínculos, de sus calidades con la locura como decantación que configura la reactualización de las memorias en el AT y por tanto las contiene como la fuerza operativa de la lógica manicomial y de la que buscamos su punto de insuficiencia. Si nuestro objetivo es hallar algunas tensiones de la lógica con la desmanicomialización tendremos que ajustar las disposiciones con un carácter de creación constante de espacios *éticos* y *estéticos* que no condesciendan al reclamo científico.

La intervención tuvo este carácter intempestivo, irruptor, no nombró sino la aparición de acontecimientos, aventura en la que se apostó para construir significaciones con los otros, haciendo posible el conocimiento de lo social en cada reinención; vínculo desde donde se soporta los instrumentos de investigación; manteniendo la disponibilidad de creación de éste y de la generosidad. El vínculo con el otro es del orden del acontecer, como lo incalculable de una relación, quebrantando, emergiendo y desapareciendo; revelando y sincrónicamente cancelando, al dar lugar a lo radical del otro las reglas se cancelan, involucrando al otro en una modalidad fundamental de un *don escandaloso* regido por la generosidad, deseo infinito que no está sometido a la expectativa de satisfacción. El campo de la generosidad surge como incondicional para el diálogo en la intervención, donde la confrontación creará conceptos, es decir, un vínculo que nace de la potencia de las generosidades de los sujetos

²⁵⁵ Mier, Raymundo “*Calidades y tiempos del vínculo*”, tramas 21 subjetividad y procesos sociales, UAM, 2004.

comprometidos en él, que crea horizontes y condiciones de interrelacionalidad “*no solamente recíproca, sino del mundo, es allí donde se crean alternativas*”²⁵⁶. Por lo que sin generosidad y sin creación conceptual no podrían emerger horizontes políticos, en tanto que la pasión generosa como de extraña excentricidad exige excluir del vínculo la posibilidad de gravedad narcisista “*y esto es -quizá también- otra de las facetas de lo imposible*”²⁵⁷. La generosidad aparece como la condición de la intimidad, no se trata de obligaciones, *no hay nada que me obligue con el otro y, sin embargo, el otro me concierne*.²⁵⁸

Habría que decir que el acto de intervención es violento y exige un amparo ético del que se justifique la perturbación al otro. La demanda conforma un momento de afirmación de la autonomía y la voluntad de saber, en la medida en que admite al otro en el comienzo de una ficción, armadura de la que se desprende la improvisación. Es la expresión de un momento dinámico, suspensión de la potencia colectiva, como la existencia previa del vínculo, sin lugar ni tiempo, *Voluntad de verdad y poder en contraste con un deseo de autonomía*²⁵⁹, como el establecimiento de un vínculo capaz de acrecentar la potencia de acción, que se confiere a la creación de categorías sobre la propia identidad (del vínculo). Por lo que la creación de un dispositivo es la construcción de una experiencia de solidaridad, en la que la reinención de la cotidianidad se abstenga de marcar, de identificar. La demanda hará emerger en el investigador, por medio de los encargos, respuestas éticas que implica un proyecto político.

Ahora bien, el diseño del dispositivo de intervención utilizado en el trabajo de investigación ha sido el producto del desarrollo de una estrategia para alcanzar los objetivos planteados; una estrategia que permitiera entrar en contacto con el campo. No hay que olvidar la singularidad del campo y que de acuerdo a éste el dispositivo sufrió cambios a lo largo del proceso de intervención, echar luz fue su función para “*hacer ver*” la tensión, como un aparataje cernido en un campo que nos permite orbitar de lo familiar a lo extraño de la lógica

²⁵⁶ Mier, Raymundo “*Seminario Interdisciplinario para pensar la intervención: Teorías, Métodos y Experiencias en el campo de lo social y las humanidades*”, 2ª sesión.

²⁵⁷ *Ibíd.*

²⁵⁸ *Ibíd.*

²⁵⁹ Mier, Raymundo “*El acto antropológico: La intervención como extrañeza*”, 2002, *Tramas* 18. la (o) es mía.

manicomial. Dicho aparataje nos permitió captar la polifonía circundante y es preciso cuestionar su orientación para la transmisión, pues ésta se gesta en éste diseño, en sus herramientas y sus reflexiones. El dispositivo fue y está constituido, ya que opera en la comunicación, por herramientas metodológicas de orden cualitativo que permitieron recorrer senderos de sentido, la observación participante, la conversación y la entrevista abierta fueron las herramientas utilizadas para captar los discursos y al mismo tiempo proponen condiciones para la constitución de los “datos”.

*“Las relaciones que se establecen entre las variables son teóricas; de ellas se deducen consecuencias empíricas, que derivan de una construcción axiomática. La experiencia no es un simple reflejo de los datos, ni el producto aislado de la sensibilidad del investigador”*²⁶⁰

La observación, que siguiendo la lectura de Raymundo Mier, siempre es participante, nos acompaña desde el primer acercamiento a nuestro campo, las visitas al hospital psiquiátrico y de su descripción espacial destacamos la configuración vincular, en tanto que la observación como metodología es actividad en la que se involucra el observador en un juego de presencias y los efectos de éstas, en la atención constante demandada por las acción de los sujetos, en un más allá de la descripción y de la anécdota, es decir en una versión de la realidad, en tanto que *el carácter relativamente arbitrario de cualquier descripción no implica la inexistencia o el carácter amorfo de lo real descripto*²⁶¹.

Si bien la observación siempre es participante, podríamos pensarla como una metodología que ha quedado abierta, a la sorpresa y la irrupción del campo hasta el final de esta investigación. Anssi Peräkylä²⁶² nos propone dos tipos de materiales empíricos, los materiales de ocurrencia natural en donde podemos encontrar aquella continua observación, los encuentros en el metro, en los AT que realizo como práctica clínica y sus vicisitudes, en la sorpresa de la irrupción dentro de mis recorridos en la ciudad de aquella lógica manicomial,

²⁶⁰ Mier, Raymundo *“Los métodos cualitativos en la investigación social: hacia un saber sin garantías”* El arte de investigar, UAM Xochimilco 2010 pp. 280

²⁶¹ Lahire, Bernard *“Describir la realidad social”* en El espíritu sociológico, Manantial, 2006 pp. 44

²⁶² Peräkylä, A. *“Análisis de la conversación”*, Wiley Blackwell *Encyclopedia of Sociology, 2nd Edition*. Ritzer, 2015

son para esta autora una base del material; por otro lado el segundo tipo de material que nos propone son las entrevistas en tanto producciones discursivas.

Las entrevistas²⁶³ fueron herramientas utilizadas dentro del dispositivo, que siguiendo nuestro planteamiento sobre las metodologías, me abstengo de concederles mayor estatuto que a la observación, o los materiales de ocurrencia natural. Margarita Baz²⁶⁴ nos puntualiza sobre la función específica de las técnicas, la cual consiste en la producción de material empírico que potencialice el dialogo con los supuestos teóricos y objetivos, efectuando esta operación dialógica y de tensión se obtendrán nuevas preguntas y reflexiones. ¿Qué tipo de material nos procuraron las herramientas utilizadas?

Siguiendo a dicha autora la técnica de entrevista es un *acontecimiento de lenguaje en un contexto de dialogo, que va a derivar en el establecimiento de los textos o materiales para la investigación*²⁶⁵, consiste en posibilitar un espacio donde el sujeto entrevistado pueda hablar de su experiencia, en ésta investigación el propósito era procurar un discursos asociativo en el que el entrevistado tiene la función de “*hacer pensar*” sobre la figura del AT, la operación de la lógica manicomial y su experiencia en el vínculo con la locura. Las entrevistas se signaron por una guía de 3 preguntas eje para la investigación: ¿Qué es locura? ¿Qué es el AT? ¿Cómo puede encerrar el AT al sujeto integrante? Se entrevistó a 6 acompañantes terapéuticos, se conversó con 2 psiquiatras y entrevistó a 1 coordinador de acompañamientos, además de las conversaciones que sostuve con profesionales de este campo.

Los datos en tanto materiales serán entonces precipitación de las discursividades emergidas, por y en las herramientas cualitativas. El hecho es que podríamos seguir entrevistando hasta enloquecer, intentando dar cuenta de la operatividad de la lógica, pero como bien hemos mencionado aquí lo que orienta es la desmanicomialización y por ello es necesario recurrir a otros recursos. Y nos propone que el análisis de los discursos o mejor dicho de los textos

²⁶³ Anexos entrevista pp.

²⁶⁴ Baz, Margarita “*La entrevista de investigación en el campo de la subjetividad*” Caleidoscopio de subjetividades. Cuadernos del TIPI 8, UAM Xochimilco 1999

²⁶⁵ *Ibíd.*, p.80

(trcripciones) tiene el propósito de abordar los discursos desde su singularidad y desde su contexto en la problemática, para que desde ahí, la lectura de los textos en su conjunto emerjan las categorías como ejes de análisis del materia que contengan los supuestos, en una articulación entre materiales y categorías.

Sobre la producción de discursos en las entrevistas para Paul Ricoeur²⁶⁶ es un texto en tanto fijado por la escritura (trcripciones) por lo que nos permite conservar el habla como intercambios representacionales del que no debemos descifrar los discursos del autor sino del texto mismo. *El objetivo final de la hermenéutica, como el de las ciencias humanas, no es la comprensión del texto sino la “comprensión de sí” delante del texto*²⁶⁷, el mundo se coloca pues entre el sujeto y el texto. Entonces trabajamos con textos que serán propuestos en los Anexos, pero no sólo inmiscuiremos los discursos fijados de las entrevistas con los AT que nos revelan un posicionamiento particular ante la locura sino que, para poder hacer una trasmisión más adecuada, utilizaremos una herramienta creada a la medida de la investigación (el sextante que se presentara en el próximo capítulo) más como recursos de re-elevación de la tensión buscada, además del material de los encuentros, las descripciones del Fray Bernardino y los encuentros de ocurrencia mencionados a lo largo de esta investigación en notas al pie. Entonces bien tenemos que el trabajo del dispositivo nos dio como resultado de una operación de captura de los discursos pero aún nos quedan bastantes preguntas, ¿El material es pertinente para responder la pregunta de investigación planteada? ¿Cómo organizamos los datos? Y ¿Bajo qué coordenadas interpretativas se gestaran las conjeturas? ¿Cómo comunicar los hallazgos?

Si bien pareciera que esta investigación se orienta hacia la lógica manicomial, su apuesta es sobre la desmanicomialización como una calidad del vínculo con la locura. Se coloca, ahora para disponer una mirada al AT como lugar de posibilidad continua de una intervención desmanicomializante, las entrevistas serán un modo de pensar, su lugar y su forma de relacionarse con la locura como su práctica cotidiana. Me lance al discurso de los

²⁶⁶ Ricoeur, Paul *“Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II”*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006

²⁶⁷ *Ibíd.*, p. 20

acompañamientos y primeramente entrevisté a dos coordinadores de diferentes lugares de acompañamientos, me interesaba el punto de vista del armado del dispositivo. Además, hice el intento de un grupo de discusión de acompañantes, digo intento puesto que sólo asistieron dos de siete. Bastante interesante porque eran dos AT, las cuales se encuentran haciendo acompañamientos dentro de una escuela, ello me convocó a preguntarles sobre la diferencia entre acompañar en el afuera y en el adentro. Perfilado a realizar sólo entrevistas, de pronto surgió algo, una llamada de Alberto Herrera (psicólogo del Fray y coordinador de acompañamientos terapéuticos) diciéndome: “*Vente al Fray van a venir los acompañantes y aprovechas*”. Había quedado en entrevistarle esa misma tarde. En la explanada a las afueras del Fray, me planté y comencé entrevistando a un acompañante, después llegó otro y más tarde una acompañante más. Tres acompañantes de Modelos Clínicos participaron en una entrevista grupal que duró aproximadamente 1hr. Todas las entrevistas fueron grabadas.

Por otro lado el hecho de no entrevistar a “locos” responde al criterio de: **todos estamos locos**. “*La locura sigue siendo un gran enigma. Por ello, queremos hoy nombrarla como algo que nos compromete y sobre lo que debemos reflexionar conjuntamente*”²⁶⁸. Durante el recorrido de la investigación ha quedado claro el intento de domeñar, humanizar, desencantar (desmantelamiento poiético) la locura. “*Hablar de la locura sólo sería posible en la locura, asumiendo la ininteligibilidad de lo que ahí se diga, de cualquier otro modo se traiciona necesariamente la experiencia que se quiere describir*”²⁶⁹ Si en esta investigación se propusiera entrevistar al loco, se caería en el prejuicio de la misma lógica, es posible entrevistar a la locura cuando sin las herramientas teórico-metodológico para re-elevarla de cualquier sujeto, por lo que tendremos que ver su insuficiencia y destacar la desmanicomialización. Para ello se utilizaran los discursos de los AT sobre su figura, su función, su concepción de la locura y experiencia en el vínculo con los estigmatizados locos; pero sobre todo lo que desata en los AT el vínculo con la locura.

²⁶⁸ Fernández, Lidia y Ruiz, Ma. Eugenia “*¿Sociedad de locos o locura social?*” *Tramas* 11, 1997. p10

²⁶⁹ Yébenes, Zenia “*Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*” Gedisa 2001

Entonces la apuesta teórica nos guía con sus herramientas conceptuales, la intervención nos guía a través del vínculo con el campo y el dispositivo plasma y captura los discursos para su análisis.

4.2 Del material a las narrativas

Desde al planteamiento de Atkinson²⁷⁰ tendremos un primer referente de los que es analizar, en tanto proceso cíclico y una actividad reflexiva, en donde existe una fragmentación de los datos siempre en relación a una totalidad, el dato en tanto inductivo no permanece independiente del conjunto de materiales, del que el investigador debe mantener el carácter flexible y reflexivo. La codificación de los datos representará el vínculo entre el texto y las categorías de investigación, por lo que comenzar la organización del material-texto nos supone ya un comienzo de interpretación; además por el estatuto concedido de los materiales, que *depende en gran medida de lo que el investigador se proponga hacer con ellos*²⁷¹, las voces de los AT no deben ser subsumidas, sino imbricadas dentro del sentido de las reflexiones.

A la sazón tendremos que proponer un esquema desde las ciencias sociales y particularmente de la psicología social en el que ubiquen dentro del material las categorías que conformarán los apuntes sobre las subjetividades analizadas. Ian Parker²⁷² nos propone la perturbación de la psicología social como disciplina, en su deconstrucción teórica de ésta, nos encontramos con un apunte importante en el que aquí es de suma importancia, en tanto persigue “*la reconstrucción de la diferencia normal-patológico*” desconstruyendo el aparato que envuelve a la locura.

David Pavón-Cuellar nos comenta sobre la desconstrucción de Parker: “*Por un lado, la desconstrucción motiva el método propuesto, “cuyo mejor punto de partida” es el “afán de*

²⁷⁰ Coffet, Amanda y Atkinson Paul “*Encontrar el sentido a los datos cualitativos*”, Universidad de Antioquia, Medellín, 2003

²⁷¹Ibíd., p.129

²⁷² Pavón-Cuellar, David “*La psicología crítica de Ian Parker: análisis de discurso, marxismo trotskista y psicoanálisis lacaniano*” Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, *Teoría y crítica de la psicología* 2011

desconstruir poder e ideología". Por otro lado, la desconstrucción queda integrada en el análisis crítico, el cual recomienda, por ejemplo, "desconstruir" los "objetos del discurso", considerándolos como eso y como nada más que eso, como "objetos de discurso", en lugar de "tratarlos como si estuviesen realmente ahí (como si tuvieran un estatus ontológico)"²⁷³

Si bien Pavón-Cuellar nos advierte que no sólo se trata de desconstruir, sino de cambiar, de transformar y de donar, es decir, reconstruir hacia lo que Parker llama una *nueva psicología social*, en la que propone el Análisis Crítico del Discurso que consiste en las interacciones verbales, las formas del habla y además los textos que los define como "*tejidos delimitados de significado reproducidos en cualquier forma*"²⁷⁴, en los que aparecen discursos que objetivan y se objetivan, que cogen sujetos, los cuales aparecen como *hablados y hablantes*, todos ellos ubicados en un contexto y se despliega entonces un *sistema coherente de significados* mostrando una versión del *mundo inobjetivable*, es decir, en tanto marca el imposible de volver absoluto el discurso.

El Análisis del discurso es el acercamiento al lenguaje y sus usos, el cual nos proporciona la *viabilidad de captar ciertas dimensiones de la realidad social*²⁷⁵, surge como campo interdisciplinario de búsqueda sobre el lenguaje, en el que el discurso como secuencia de sentido no proporciona por sí sola la trama de la realidad, pero sí nos da *claves para la reconstrucción de ésta*. Es desde la orientación por una investigación política-social que se pretende analizar mediante los discursos que dicen *algo sobre algo, afirma y representa, y es este carácter transcendente lo que debe ser captado por la interpretación*.²⁷⁶

El análisis del discurso, desde esta dimensión, opera en un más allá de la descripción, nos encontramos en una dimensión de "*expresión metafórica*". *La metáfora es una estructura de sentido que da cuenta de los aspectos latentes de los procesos simbólicos*²⁷⁷. El cual nos apunta, no sólo a lo que se dijo, sino a lo no dicho, a la parte inconsciente del sujeto, aunque

²⁷³ *Ibíd.*, p. 58.

²⁷⁴ *Ibíd.*, p. 59

²⁷⁵ Gutiérrez, Silvia "*El análisis del discurso político: Reflexiones teórico-metodológicas*" p110.

²⁷⁶ *Ibíd.*, p.111

²⁷⁷ Baz, Margarita "*Enigmas de la subjetividad y análisis del discurso*" Versión 4, Abril, 1994 p. 133

desde la psicología social se suma una dimensión más, la institucional que se resalta de la trama subjetiva de los sujetos *de esta manera adquiere en nuestra mirada el valor de una subjetividad colectiva*²⁷⁸, por la entrada de los mecanismos de poder que se juegan en los procesos *psicosociales*. Las metáforas son un *mecanismo lingüístico empleado por los actores sociales*²⁷⁹.

Sobre la utilización de las metáforas Geertz²⁸⁰, propone que el material vuelto texto es considerado como consecuencia de la posición interpretativa, es decir, se lleva a la semiótica el discurso conectado así una acción a un sentido y del que no podemos separar de su contexto socio-histórico, como recursos retóricos del sujeto para tramitar una juntura de significados. La interpretación resulta de un trabajo de significación que encuentra su marco en la intervención como una apuesta de sentido, revelando y denunciando lo velado de la lógica manicomial. Se desplegará el análisis condensando los discursos de los AT para ponerlos a debatir con los recursos de trasmisión propuestos.

El material de análisis que tenemos son textos que habría que organizar para el análisis a modo de categorías, en las que se busca mantener la postura crítica de desconstrucción, si bien la pregunta es sobre la lógica, la intención es el punto de ruptura y tensión con la desmanicomialización. Por lo que se proponen como categorías de análisis las siguientes:

Lógica manicomial – desmanicomialización: Dos conceptos dentro de una gran categoría que marca el planteamiento. Dentro de ésta tenemos a **la lógica manicomial** como proceso de sentido sobre la locura y que va acompañada de **la desmanicomialización** como potencia de la locura ante el sometimiento, dentro de los discursos del AT lo leeremos en sus menciones sobre las fallas institucionales.

Locura-Patologización: Se puede pensar como una subcategoría en donde localizamos la operación de la lógica, nos enfocamos a los discursos que nombren **la patologización** (¿Qué

²⁷⁸ *Ibíd.*

²⁷⁹ Lahire, Bernard *“Describir la realidad social”* en *El espíritu sociológico*, Manantial, 2006 pp. 56

²⁸⁰ Geertz, Clifford, *“La Interpretación de las culturas”*, Barcelona, Gedisa.1987

locuras se acompaña?). Encontrando así la significación y la potencia de la lógica manicomial. Dado que de la locura no podemos decir nada, tendremos que notar la potencia con la que se inscribe la patologización de esta.

Relación-Vínculo: Destacamos la disparidad de estos dos términos nombrando la relación en términos de poder, y al vínculo en el estatuto de sujeto a sujeto. Dentro del AT nos encontramos con el **lazo social**, importante concepto que nos remontará al marco teórico, en donde despliega su tensión con el vínculo. Por un lado tendremos un juego de poder (relación) y por el otro una apuesta por llevar del discurso del amo, al discurso del analista en donde encontraremos mayor proximidad con la noción de vínculo.

Si bien tenemos estas categorías de orden conceptual, propongo su búsqueda por medio de otras categorías que surgieron en las entrevistas con los AT.

La demanda: de la que nos sugieren en sus discursos dos tipos. **La demanda social** (de la familia, de la institución) que decanta en encargos a los profesionales de la salud, exigiendo a éstos un protocolo de acción; y **La demanda del sujeto (o de la locura)** integrante del AT.

La función del AT: de la que no sólo sugiere una fundamentación teórica como discurso institucional que apara la práctica, sino también su esfuerzo violento por desmarcarse de categorías como: guardaespaldas, niñera, maestra, etc. Nos sugiere pues una pregunta sobre **el lugar del AT y entre los otros**, que utilizaremos como categoría para el análisis.

Capítulo 5: El sextante de la locura.

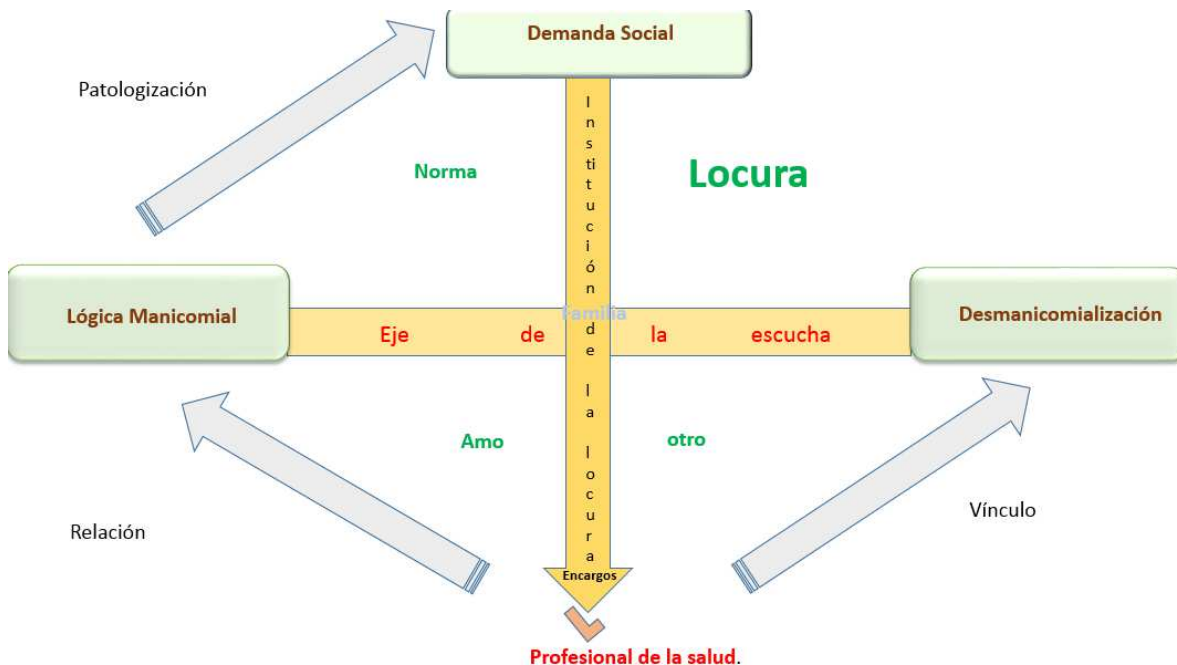
Hemos llegado a un punto sin retorno, las propuestas se vierten sobre el texto junto con el sextante, es hora de confesar que la forma de escritura sucumbió a la locura, los intentos por disgregar, suspender y afectar el sentido de muchas líneas antes escritas se debe a la tentativa de acercarnos al tema de la locura, y aún con el más de un centenar de páginas escritas aquí apenas se fija algo, la tensión manicomialización-desmanicomialización. Ahora que lo pienso, tal vez una página en blanco sea lo más acertado para demostrar la locura, aunque es bien sabido que nos inscribimos dentro de una empresa marítima y podría hundirnos por lo que tomamos nuestras precauciones.

El sextante está hecho y propongo mirar a través de éste para poder abordar el tema de la locura en esta investigación. Recordemos que nuestra pregunta es sobre la operación de la lógica manicomial en tensión con la desmanicomialización, que desde ahora poder decir que la operación es un vaivén, del que al AT encuentra impulso. A continuación les propongo el acabado de nuestra herramienta, 3 formas principales desde donde leeremos nuestros datos, los discursos de los AT, que a continuación se presentan en cursivas.

Tenemos entonces dos campos principales el de la razón y el de la locura en la que los divide la institución de la sociedad, separando y tajando así lo que se encuentra normado y lo que no. Por un lado la lógica manicomial y por otra la desmanicomialización dos horizontes que se sostienen cuando entramos en una forma de estar con el otro. Dependiendo de si sostenemos la locura del otro o la dominamos serán las vías de escucha de su discurso. Aquí lo que nos interesa es el juego de fuerzas que nos impone el oleaje de la locura, mismo que nos han enseñado como peligroso, que empuja a la costa o que te traga, es el que hay hemos dejado venir, amainando la potencia de la lógica que nos prescribe protocolos de acción ante la tormenta y la fuerza de Poseidón.

Desglosemos entonces, las tres premisas básicas de nuestro aparato, en el que encontramos las siguientes posiciones. Navegamos la locura desde la siguientes figuras: 1. La dislocación 2. La lógica manicomial y 3. La desmanicomialización.

Fig.1 La dislocación



Como podemos ver, la figura 1 nos propone una dinámica de posibilidades y es que habremos que percatarnos que existen aún muchas formas y figuras que se eclipsan en lo manicomial y no dan oportunidad a la desmanicomialización. Tenemos por un lado la locura y por el otro la norma (el océano y la tierra) que se interrelacionan por medio de la institución de la locura misma que disloca, borde mismo que hace de costa entre éstas. El hecho es que el profesional de la salud es en quien recaen las demandas sociales de control y custodia, la familia busca la cura y trasforma las demandas en encargos precisos, dicho encargos exige del profesional de la salud una multiplicidad de protocolos que se sostienen en la institución de la locura. Con dos posibilidades que se constituyen como péndulo y no una balanza, es decir, el empuje es un vaivén en el que el profesional coloca su escucha al loco.

Ahora bien como hemos mencionado desde el principio de la investigación son las familias las que recurren a los profesionales, haciendo juntura entre la demanda social y la

institución de la locura, misma que provee las representaciones sobre lo patológico y la atención necesaria al “enfermo mental”. Entonces bien, son las familias quienes llevan a sus locos al manicomio, al psiquiátrico, a las casas de medio camino y son ellas mismas las que piden el AT, por lo que es necesario otorgarles el papel central en tanto firman los consentimientos y dan la aprobación de los tratamientos de sus locos. La mayoría de la atención a la salud mental en México y en los centros de salubridad, es bajo el consentimiento de un familiar. El problema de la familia del sujeto prejuiciado como enfermo mental, se hace evidente al cancelar el estatuto de sus acciones legales en los juicios de interdicto por ejemplo, en los que tanto un familiar como un profesional de la salud son los responsables legales del “enfermo”. El Estado entonces configura así el papel de las familias en tanto encargadas de sus locos. ¿Y los que no tienen familia? Ha estos últimos les depara el vagabundeo, el sufrimiento psíquico constante, los centros de adaptación, los albergues, etc. Así es como podemos ir denostando la privatización de la salud mental, pues ya no sólo importa si tienes familia o no, como hemos visto los servicios de salud se alienan al capitalismo en un dejar morir o hacer vivir, eclipsando la pobreza y la locura en una línea débil, inestable, difícil de identificar qué pertenece a qué.

Las familias actúan como engrane de nuestro sextante en tanto que son estas la mayoría de las veces en quien se sostienen los dispositivos clínicos y quienes tienen un deber ante la demanda social, que es cuidar de su loco porque el loco no puede cuidarse. Es la sentencia de los juicios de interdicto. El problema que reside aquí para el profesional de la salud mental es que la familia es quien aún se encarga de describir el comportamiento del loco, a quien se le instruye cómo debe escuchar al loco. Por ejemplo, dejar o acallar el delirio.

El eje de la escucha ha estado entre las líneas de este texto, la pregunta ¿Cómo y desde que lugar escuchamos La locura? Nos permite entonces poner la reflexión sobre ésta, en tanto que depende si viramos a estribor o a babor como constituiremos a las personas que pretendemos investigar o en el caso de los profesionales de la salud atender. Por un lado como enfermo mental y por el otro como sujeto. Como hemos mencionado la locura puede sostenerse en el vínculo en tanto que se sostiene la locura de uno mismo y del otro. Y el

cuadrante de la patologización se sostiene en las relaciones de poder, en el discurso del Amo que crea una verdad sobre el loco.

El sextante entonces tiene la posibilidad de saber nuestro lugar dependiendo del movimiento de los astros en este caso, la locura. Nos permite así elucidar nuestra posición y la del loco en un esquema que nos permita tomar los discursos de los AT y mostrarnos las distintas posiciones que presenta nuestra herramienta.

Les propongo comenzar por elucidar las categorías planteadas desde los discursos de los AT, para más adelante ir sobre el vaivén de nuestro aparato que nos dará sentido a nuestro estar con la locura. Primeramente comencemos con la necesaria inscripción de los AT en una institución. Como nos relatan, la incursión del AT es desde sus instituciones: *cada vez que empiezo un acompañamiento nuevo, como que empiezo a conocer el lugar, el medio, entonces todas esas cosas*. Es así como comienza el extranjero (el AT) a entrometerse en un lugar desconocido, lugar de normas que marcan y limitan a sus acciones: *uno como acompañante en una institución...debe seguir las reglas de la institución, uno no puede llegar como acompañante a poner otras reglas*.

El AT entonces consiente las normas impuestas por el sistema comunitario en donde se inscribe, las de la familia, las del sistema escolar y en algunos casos las religiosas: *fue difícil para mí porque era en una institución religiosa, de así, de legionarios de cristo, entonces también, era yo adaptarme al lugar nuevo, a no saber cómo funciona ni nada y además estar ahí para apoyar a alguien más*. Son todas estas instituciones que le exigen al AT adaptarse y acatar la norma en un primer momento, pues es necesario que se suscriba a éstas al reconocer la demanda de atención a su loco.

Parece entonces que estos profesionales se tornan demandados por la institución, no pueden entonces sostener protocolos desde otro lugar que no sea desde la demanda de la sociedad, que si bien la generalizamos habría que decir que *de entrada son muchas demandas*. Nos explican que: *acompañar en una escuela, siento que, o sea, son las demandas de la escuela,*

la demanda de los papas, está la demanda del niño, la demanda del terapeuta y todos en algún punto tiene cosas distintas.

¿Qué se le exige al acompañante? Como vemos la institución parece hacer patente la demanda de custodia, de normalización a la rutina institucional y son los mismos AT quienes confiesan mayor responsabilidad sobre el loco, que podemos traducir como mayor ferocidad de la demanda social, en la ciudad: *la misma gente y la misma sociedad pone reglas*. Al sentir *las miradas de que, de alguna manera, algo sucede y de que, a lo mejor te voltean a ver y en esas miradas esta, pues, el que uno tenga que hacer ciertas cosas*. Es la mirada la que exige el protocolo, la mirada de extrañeza que impone la norma: *a mí me paso con un chico que quería agarrar todo lo que estaba en una librería ¿no? O sea, tomar todos los libros y pues la gente volteo a ver ¿no?, los de la librería te ven, como, de alguna manera, como de “dile que no”*.

Pero nos comentan que habría que *:dejar de también hacerle caso a las demandas que tienes de entrada, como por decir, bueno sí me están pidiendo esto, pero yo lo que veo es otra cosa*. Es entonces que, ya adaptado al medio, el AT comienza a negociar con la institución sobre el proceder de los protocolos, es esta una negociación importante ya que sin ella se caería en el encierro del loco a través de la demanda de la institución, la negociación marca así el desmontaje manicomial que tiene como que hacer el AT: *también es nuestro trabajo, como, poder explicar de qué se trata a la institución, para que, entonces, no se vuelva, como que, ellos sabrían cómo tenemos que hacer nuestro trabajo*.

El problema que se vislumbra aquí es sobre la relación entre AT y la institución, es decir no puede ser delineada su función por la institución pero tiene que *inscribirse en la institución*, he aquí el movimiento; este personaje no está instituido por lo que como figura extranjera crea un magma instituyente que la institución querrá domeñar para poder reconocerlo dentro de su función. De permanente tensión es la relación entre AT y la institución de la locura, pues va más allá de los establecimientos y como nos lo mencionan, la ciudad y su andar construyen espacios en donde se configura una mirada social, aquella mirada extraída de la

medicina que taja y discrimina la salud de la enfermedad, lo normal de lo patológico. La mirada social exige a su feligrés someter al pagano a la creencia de dios.

Es entonces el AT que negocia esta mirada para hacer espacio a las extravagancias de la locura, y no sólo eso, se vuelve necesaria la negociación entre estos ya que sin ella el AT no tendría lugar para ser nombrado por la institución: *es como poder trabajar con la institución, de lo que tú le puedas explicar de, para qué vas, cuál es tú función. Y que tanto también, uno no puede satisfacer todas las demandas, pero intentar trabajar con ellas. Irlas como encausando hacia una dirección.* Para el AT es imprescindible su inscripción en la institución, pero entonces es él quien apuesta o no por la desmanicomialización a través de la negociación de la demanda. Por un lado puede aceptar las demandas institucionales sin querer negociarlas, sucumbiendo a la lógica manicomial. Segundo, negociar entonces supondría al AT en función de abogado.

El abogado del loco pues, desde el discurso clínico y no jurídico, tiene por cometido salvaguardar de la locura al loco y a la comunidad, cual matador: *tienes que adaptarte y más o menos torear esas demandas de la institución o de la familia o de lo que sea.* Ya que si no se ve sometido a la función de verdugo: *los acompañamientos terapéuticos en instituciones, no son acompañamientos terapéuticos tal cuales, son vigilancias.* Bien, habría que pensar que hay establecimientos, lugares dentro de nuestra ciudad en donde la función del AT es convocada y demandada por la mirada social, su lugar dentro de las representaciones sociales varía según la configuración espacial: *En acompañamientos como en hospital, es más institucional, es más rígido, es más a niñera... ser la niñera.* De sumo interés es la referencia de éste discurso sobre el “*más institucional*”, pues parece ser una referencia a la intensidad de las normas en los establecimientos, teniendo así un espacio con mayor exigencia manicomial que otros.

La institución de la locura es desde donde sostiene el AT su práctica ubicada así en el lugar de la institución, de lado de los cuerdos por así decir, aunque tiene la posibilidad de quitarse del lugar del juez que dicta sentencia y del lugar del policía que ejecuta la sentencia, tiene así otra alternativa, la función de abogacía que defiende al demandado de la imputación,

ésta es la que nos interesa, en tanto que ésta permite el movimiento hacia la locura. Parece entonces que el movimiento de antipsiquiatría tenía razón, en tanto que la reducción de los poderes en las relaciones jerárquicas en los hospitales totalizaba al sujeto, esta reducción del poder de la relación profesionalde la salud-paciente nos permiten llevar la nave a la desmanicomialización. Pero no seamos ingenuos, como repetidamente se ha dicho es una tensión y para llegar a ella habría que percatarnos de que las demandas hacen contrapeso y puede encerrar la locura.

Continuemos con tratar de elucidar el lugar del AT, que nace primeramente como abogado, *de alguna manera, los otros demandan ciertas formas de comportamiento para todos, entonces el acompañante como que media ahí.* Aunque, no pude permanecer enteramente en su función de abogacía pues algunas de las demandas de los comportamientos serán sentenciadas e impuestas al loco como nos lo explican: *el lugar, entonces, va cambiando, incluso en el mismo día en el que estás trabajando, o sea de repente es una cosa, hasta puede ser, el lugar de ser la maestra, a veces también el amigo ¿no?, a veces también el enemigo; y también va cambiando conforme va avanzando el acompañamiento, o sea, no es el mismo lugar en el que terminas un acompañamiento.*

Abogado, custodio, niñera, vigilante, torero, etcétera, dentro de las múltiples facetas que puede mostrar la función del AT se ha destacado su indeterminación para ser nombrado en su lugar, pero hay un punto de referencia en que concuerdan y es el mismo que los constituye: *uno tiene que estar centrado que, a quien acompaña es al chico, en una escuela es al chico, entonces yo me centraría ahí, en eso, en esa demanda que se construye en la relación con el chico, que hay que lidiar y de alguna manera encausar las demandas de todos.* Es entonces el loco quien hace al acompañante y es a éste a quien debe la lealtad: *el acompañante tiene que tener la actitud del caballero Sancho Panza, o sea tiene que ser alguien que lo acompaña.* Cual fiel escudero defiende al loco de los ataques de la mirada social: *ves cómo la institución está pasándose sobre el sujeto, es ese momento en el acompañamiento tendría que hacer una función de decir que no.*

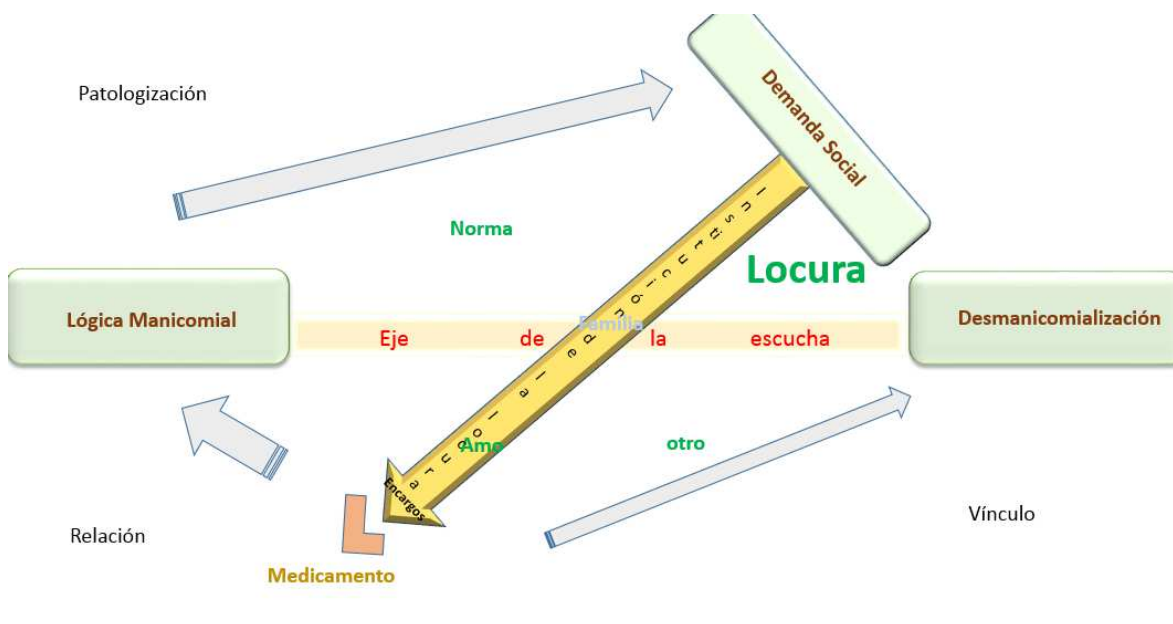
Dos posiciones entonces encontramos del acompañante, delineadas por Sancho Panza, la primer posición tendría que ver con aquel caballero que trata de llevar por el camino de las

normas sociales al Quijote, con sus refranes y sus moralejas. La segunda posición tendría que ver con aquel Sancho que acompaña al Quijote en sus peripecias, formando parte de su mundo y sometido en una relación de vasallaje con éste. Tenemos entonces a un personaje que se sostiene desde el discurso institucional, desde las representaciones sociales permitidas y normativas, aunque es fiel a su Quijote, escudero en vasallaje de éste, lo acompaña en sus locuras, las testimonia desde su lugar, un sujeto que custodia y acompañamiento, es decir un escudero.

La apuesta es *la socialización en el acompañamiento terapéutico, crear un lazo social*, por lo que es necesario entonces que haga de puente entre el loco y la comunidad, es decir se encuentra en el intersticio, en tanto que tiene la posibilidad de abogar por el loco o sentenciarlo cual juez: *el lugar del acompañante como un lugar en medio, o sea como un lugar de puente*. Por un lado tiene que dotar de seguridad a la comunidad y por otro tiene que hacer un lugar en ésta al loco, entrenando a éste para los intercambios sociales. Pero también es lugar de contención, pues no olvidemos que escudero es y que enfrentar a los gigantes debe: *el lugar en donde nadie puede estar, o casi nadie lo soporta... un lugar muy jodido*.

Podemos urdir poco a poco como el AT se desmarca tanto de la institución, que al enfrentar al loco se encuentra desprovisto del arsenal de tecnologías protocolarias para controlar la locura debido a las negociaciones de las demandas sociales: *es un lugar medio complicado el del acompañante, porque juegas como en cancha de visitante ¿no?, juegas como visitante*. En su extranjería tiene que accionar algunos protocolos instituidos sobre el trato con la locura, aunque es esta misma condición de extranjero la que le permite colocarse como peligroso o inofensivo ante el loco y ante la institución.

Fig.2 Lógica Manicomial



Podemos pensar esta figura 2 como la de mayor manifestación en la modernidad, es necesario hacer notar que el cuadrante de la patologización toma mayor espacio, reduciendo a la locura, distanciando el vínculo con ésta y estrechado la relación que se apega a la lógica manicomial.

Propongo el medicamento entonces como ejemplo extremo de la lógica manicomial, ya que en esto no se encuentra ninguna escucha, ahora bien, si el medicamento es usado para propiciar la escucha tendremos nuestro vaivén, pero ello apelaría a un doble movimiento, por lo que la medicalización es manicomial aún si se utiliza para poder escuchar al loco, pues la escucha se colocaría en un segundo tiempo lógico en el que no es el fármaco sino un profesional de la salud, quien escucha la demanda del loco. Efectivamente éste es el vaivén y comienza a tomar impulso desde la lógica manicomial. Es necesario conjurar la figura del psiquiatra pues es éste quien receta los fármacos, como hemos visto la psiquiatría coloca la salud mental como su objetivo y tienen como primer protocolo contener la exaltación de las pasiones del loco. Así mismo los AT por consecuencia toman de entrada la figura manicomial para poder tramitar sus protocolos siendo hasta un segundo movimiento la desmanicomialización. Vemos de qué se trata este primer momento.

El AT entonces puede llegar a la misma posición que el fármaco en la figura 2, es decir manicomializar al loco por medio de el estrechamiento de la relación de poder y de la ampliación del campo de patologización, su protocolo entonces de inicio como hemos visto es inscribirse en la institución, en la familia y en el loco mismo. Desde este lugar manicomial hace uso para: *a lo mejor sí normalizar ¿no?, de cómo son las relaciones con los otros, cómo a veces hay que hablarle a las otras personas, como para que te hagan más caso que hablándole que de la forma en que lo estaba haciendo, o sea, sí, siempre están los otros, esos también, creo que estas personas también su dificultad es como un poco en relación con los otros.*

Entonces es cuando el AT toma función de entrenador y custodio, pues coloca al loco como inepto ante las relaciones sociales y del mismo modo coloca a la comunidad en el no saber convivir con el loco: *lo más importante creo que es salvaguardar al mismo tiempo a los otros y al acompañado.* Parece entonces que el lugar intersticial del AT genera en él la premisa que se lee desde el lugar de Sancho Panza, escudero en vasallaje tanto de la comunidad como del loco: *Por ser un peligro para él y para los otros.*

Es entonces referí que decreta desde las reglas quien comete la infracción en el juego de las relaciones, impone así las consecuencias de no adoptar las reglas del juego y no sólo eso, es la figura que media entre los dos equipos (el de los cuerdos y el del loco). Pero el árbitro es local y aunque busque el buen juego, los afecto se entraman en sus decisiones: *por ejemplo ahorita estoy trabajando con un chico que es como muy manipulador entonces es de “no quiero que vengas ya” tiene que ver con que quiere hacer a fuerza lo que quiere, o sea otra cosa, que es como una especie de chantaje, entonces por eso es distinto que él me diga “me cae mal, ya no quiero que vengas” a que otra persona me lo dijera.* El AT es un árbitro imparcial al comprometerse desde antes del partido con un equipo, el de los cuerdos. Será su decisión entonces de marcar o no a favor o en contra.

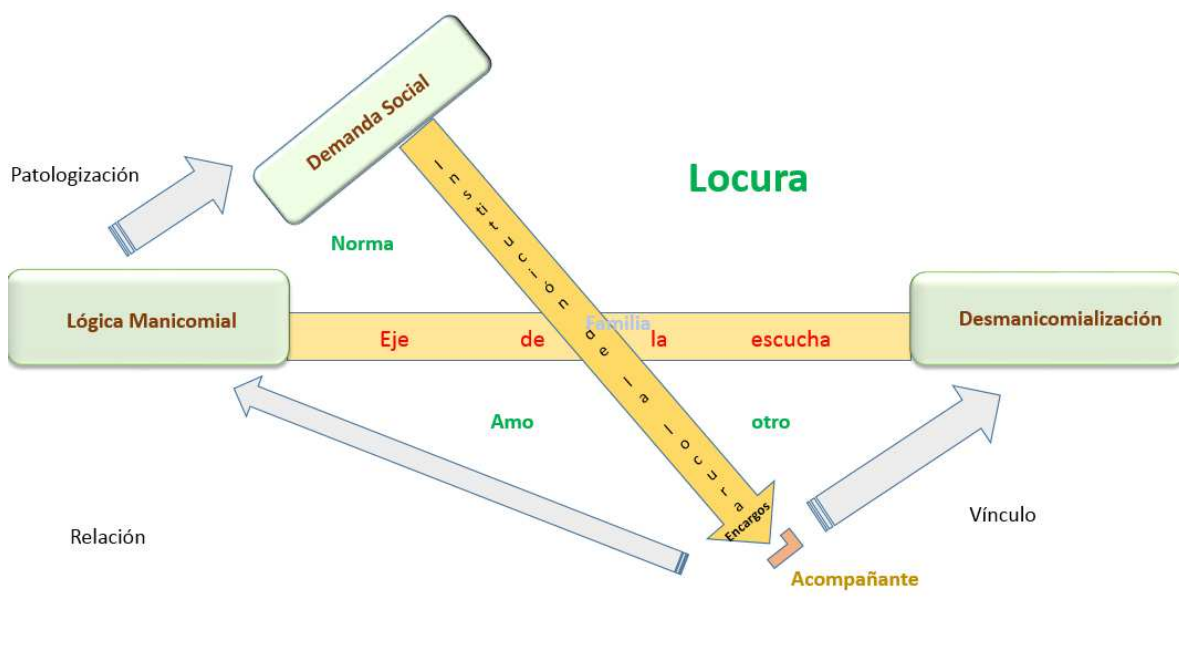
La credibilidad de la palabra del loco nos sitúa en la escucha, no es lo mismo para este arbitro que le exija marcar la falta el equipo de los cuerdos que el de los locos, pues supone que el equipo local tiene sabidas las reglas y las formas, mientras que el otro, busca el subterfugio.

Abandonado por ser visitante el loco se enfrenta a un estadio repleto de miradas que exigen de éste un partido entretenido y sin faltas, por su condición de enfermo mental, se cree que es un pésimo jugador y que debido a ello comenzará la agresión hacia los cuerdos: *no lo asimilan como una enfermedad, lo asimilan más como... un delito.*

Regresamos a la hibridación del hospital general, entre cárcel y manicomio; lo que confiesan los AT es la idea de su condición de parcialidad ante el loco y la comunidad, pero lo cierto es que son ellos quienes contienen las normas y proporcionan las reglas. Con su mirada de comparecencia enmarcan la lógica manicomial y la legitiman al considerar al loco un enfermo, pregonan entonces que la comunidad no se ha dado cuenta de ello y aunque pareciera procurar mayor sensibilidad, nosotros lo leemos del lado de lo manicomial: *no es que los enfermos estén excluidos por su enfermedad de la sociedad sino que la misma sociedad los excluye al no estar dentro de la norma.* Es así como el abogado ampara al loco ante la sociedad con la excusa de enfermedad mental, siendo sus irreverencias y sus disparates consecuencia de ésta. No hay que tenerle miedo al loco sino compasión. Pero es verdad, que el AT también puede generar otra mirada, es la de igualdad, debido a las reformas psiquiátricas, a las legislaciones, las prácticas se ven optimizadas por manuales de ética, que no nos permiten cohabitar la diferencia, negando entonces que el loco es diferente, lo encierra en la lógica manicomial de la modernidad de igualdad y que no permite dignificar la diferencia, como nos mencionan éstos AT, se normaliza las relaciones, que es entonces inscribirlo en la institución de la sociedad.

Es así como el AT persuade al loco a habitar con los otros, *que los otros también existen*, busca entonces inscribirlo, pero ojo, desde esta posición no será desde su diferencia sino del discurso de la norma que cierra y encierra en SIS instituidas. Es por ello que podemos mirar al AT como manicomial, en tanto que inscribe al loco por aceptar la demanda de tratamiento y atención, de custodia y vigilancia de la sociedad. Pero es entonces en éste estatuto policial que el AT puede escamotear: *Se llama acompañamiento, entre paréntesis, miento terapéutico, o sea el miento ¿no? ¿Qué onda? Y también como la duda ¿somos una extensión de los modelos institucionales de la salud mental? ¿A quién le miente el AT?*

Fig.3 Desmanicomialización



Ahora bien, por ultimo tenemos la figura 3 que nos propone la posibilidad de la desmanicomialización dando mayor espacio a la locura al estrechar el vínculo, distanciando las relaciones de poder sobre el loco y reduciendo la patologización. Es entonces cuando la demanda social se ve reculada por el AT que se muestra abierto a su encuentro con la locura.

Como se ha mencionado el AT comienza su incursión con el loco desde su inscripción institucional, desde los protocolos manicomiales que encierran la locura, la fijan dentro de la norma al patologizarla, pero es entonces cuando decide hacer una función de abogacía. Primero se coloca como escudero de la comunidad, para después colocarse como escudero del loco. ¿Qué lo hace subvertir su vasallaje?

El vínculo entonces como hemos recorrido, en sus calidades y tiempos toma forma en el AT a partir de la experiencia, como maquinaria de vinculación, su misión que es su desfallecimiento: *es poder construir un vínculo y que los dos puedan construirse a partir de ese*. Y es éste quien le permite reconocer al enfermo mental como sujeto, atestiguando de éste su subjetividad: *o sea en el momento que nos encontramos me miró, así, a los ojos, que era algo que no hacía, según esto, o sea de que me habían dicho que no, y que si me costaba trabajo después poder, pero así, nuestras miradas se cruzaron en ese momento y fue como sentir como un saludo, o sea como si me hubiera recibido de alguna forma*. Es así como puede transformar la mirada social en una mirada nueva hacia el loco, reconociéndolo, mirándolo al rostro en su incommensurabilidad. Parece entonces que da cuenta que es *un vínculo que tiene como objetivo primordial, este, que hayan, que devengan cosas distintas ¿no? Y en esa construcción mutua, pues, puedan estar con los otros*.

Así, desde la mirada que reconoce al loco se inclina el AT ante este, sin salirse en su función de escudero ahora opta por defender al loco: *cuando tú estás en el acompañamiento no estás pensando en si el otro está loco, autista, neurótico, estás en el vínculo, no parte de “voy hacer vínculo con un chico autista de cierta forma”, o sea uno se relaciona con un sujeto y punto, o sea creo que también le da la posibilidad al acompañamiento de cosas*.

El vínculo que se estrecha: *conforme van avanzando las interacciones, ya se va estrechando el vínculo, se va volviendo un vínculo real y cuando es un vínculo real, es cuando es realmente un acompañamiento, es cuando deja de ser: “él me está vigilando a él está conmigo”*. Nos encontramos en el cambio del vasallaje y tenemos nuestro vaivén. Primero el AT se inscribe en una relación de poder al sostener y participar de los discursos de la norma, pero será su función de ser escudero que sólo obedece a quien necesite de sus servicios. Al ver que la institución ataca cubre al loco es superpuesto a este y viceversa.

La desmanicomialización entonces se acerca como calidad de éste vínculo, se trata entonces de sostener la locura propia y la del otro, sin encerrar en discursos de normalidad los cuerpos, es del orden del acontecer, de un juego de miradas que compromete a dos sujetos. Por tanto tenemos que se da un lugar a la locura: *un espacio digno ¿no?, un espacio de respeto donde*

se dé lugar a sus particularidades, no, en un intento de normativizarlo y entonces de que ya esté dentro de la institución, sino que la institución le abra un espacio para él como sujeto singular, creo que en ese momento se tendría que acabar el acompañamiento.

No se trata ya de generar espacios de encierro, espacios manicomiales, en donde se echa al loco sino de una postura política y ética, en una disponibilidad y generosidad que procura la dignificación de ambos; efectivamente de ambos, ya que el AT se dignifica ante la sociedad en su quehacer y al mismo tiempo dignifica al loco al hacerle un espacio que deja de lado su profesión, pues en tanto AT su trabajo es clínico pero el acontecer del vínculo lo coloca como actor social y la profesionalización se viene abajo al: *querer estar ahí con esa persona, el querer hacer vínculo, y conocerlo, y acércate, y apoyarlo y no sé, que haya un querer estar ahí.* Ya no es un deber, ni un trabajo sobre el que se remunera, sino que al colocarse en la desmanicomialización ya no tiene razón de ser un profesional de la salud mental.

De acuerdo a nuestro sextante tenemos un vaivén continuo, que va de la lógica manicomial a la desmanicomialización, podemos entonces encontrarnos con esta posibilidad en los AT y no en el medicamento, pues desde el paradigma organicista no podría surgir la desmanicomialización al continuar la idea de enfermedad mental: *la medicina sigue teniendo el poder insoslayable y creo que el acompañamiento lo cuestiona.* Es este cuestionamiento sobre la norma que hace tensión y posibilita navegar hacia el horizonte, permite así negociar las demandas y recular los encargos.

Como hemos mencionado la tensión en manicomialización y desmanicomialización es la que permite el vaivén de la institución de la locura, cual péndulo necesita del agarre de la demanda social y un contrapeso que serán los profesionales de la salud, que con sus protocolos apuntalan a un permanente y repetitivo circuito del que se busca la domesticación de la locura y al mismo tiempo se reconoce en su salvajismo hacia el orden simbólico. No se puede entonces vincularse con la locura si no es en su diferencia, en su radicalidad que nos enfrenta y devela lo absurdo de la normas, de la configuración social y de la meta-norma. Mientras que en nuestra contemporaneidad surgen nuevos dispositivos como son los AT, que no son sino tecnología de control, que con su intensidad de domesticación de la razón y el

domino de la locura, dejan al descubierto su ineficacia. El devenir propuso a los AT, tecnologías que contienen la locura y por ello pueden reconocer al otro; su objetivo es el vínculo y por tanto es en éste en el que encontramos la ineficacia, donde sucumben los refranes y moralejas, es ahí entonces una apuesta de desmanicomialización que desconoce la norma.

Dentro de nuestro recorrido las calidades del vínculo han sido destacadas, podemos pensar que para procurar la posición de nuestra figura 3 se subvierten las calidades de abandono y seducción por acompañamiento y desmanicomialización. Para llegar a ello el AT disloca la institución manicomial al cuestionarla y aprovechando el no saber sobre su función de ésta, para darle una prerrogativa de las demandas al loco. El AT le miente a la institución y al loco al mismo tiempo, en tanto que se encuentra en vasallaje permanente de uno y de otro, pues su característica de tecnología lo objetiva en una misión, cual dispositivo electrónico, sólo sirve para algo específico, pero es también su otra caracteriza, la más humana, la de mentir que le permite sólo hacer semblante de tecnología para ocultar su alma, misma que sale en el encuentro con los otros, potencia que no puede ser subsumida.

Capítulo 6: Reflexiones Finales

El recorrido de esta investigación ha sido largo, bastan algunas líneas más para poder terminar con esto. Más de un centenar de hojas hasta ahora atestiguan la lógica manicomial que subyace en esta investigación. Confieso que ha sido manicomial escribir esto, pero ha sido desmanicomializador pues la apuesta es tomar impulso hacia allá. La construcción del sextante como herramienta no es sino la manifestación de una lógica de tratar de escribir la locura, aunque no se podría considerar paralelo a un DSM por ejemplo, ya que la apuesta es encontrar la fisura, el intersticio, como el lugar de los AT, que nos procure la posibilidad de comenzar a investigar la locura y dotarla del estatuto necesario para el trabajo con la subjetividad.

Es por ello que la intención de esta investigación tiene como cometido proponer a la psicología social de la UAM Xochimilco una mirada sobre la locura que rescate entonces el quehacer del psicólogo social, del investigador en ciencias sociales y distanciarnos de esa hibridación con la psicología clínica, no así del psicoanálisis, que nos permite colocar y darle el estatuto de in-forma a la locura. Mediante la tensión lógica manicomial-desmanicomialización argüimos un proyecto político en nuestra disciplina, en tanto que apunta a develar los procesos sociales simbólicos-imaginarios y ¿por qué no? reales (la locura misma) en tanto que nuestro cometido no es delimitar la locura sino, como mencionamos al inicio, aprehender a navegar a mar abierto.

El AT y los profesionales de la salud, así como los investigadores en el tema de la locura tenemos que estar advertidos de la lógica manicomial, de la primera posición en la que colocamos a los sujetos atendidos o investigados, ya que sólo a través del análisis de la demanda desde la lógica manicomial nos dará las coordenadas del encierro en que sometemos a algunos sujetos, siendo así, podemos entonces desmarcarnos y apostar por lo indeterminado del imaginario radical de la desmanicomialización.

La problemática de los AT nos revela entonces, que el vínculo social encontró su expresión capitalista en nuestra actualidad, el vínculo se privatiza al volverse objeto de consumo, en

tanto que sin dinero el AT no se vincula. Además se coloca dentro del sector privado de la salud mental en México y los esfuerzos por sostenerse en el ámbito público aún no son vislumbrados. Estamos ante un panorama de degradación del vínculo en general y del AT en particular en tanto se conserve en el ámbito privado, la generosidad será subvertida por el dinero. Si el AT se instalara en el ámbito público en el que toda la sociedad pagaría por los locos encontraríamos otras formas de vinculación, ante esto tendremos que reflexionar sobre la lógica del pago en psicoanálisis, en el que el dinero es sólo una forma de representación y nunca la única de éste. Claro que es importante que el loco se desprenda de algo valioso para poder dar cabida al vínculo, que se desprenda y que renuncie a la satisfacción narcisista para poder adscribir a un vínculo. El problema que se plantea es que mientras no tenga AT el loco que presenta pocos recursos para hacer lazo, la sociedad no proveerá de dichos recursos aunque sea por momentos, pareciera entonces que sin AT la sociedad no encuentra tampoco las formas de restitución del lazo con el loco. Y tal vez, si el AT se coloca en el ámbito público habría una contribución por parte de la sociedad para esa restitución.

Mientras solo algunos se hagan responsables de la locura y de los sujetos a los que se les impuso, mientras los locos sean los diagnosticados y acompañados, no puede haber un horizonte de desmanicomialización. Devolver la locura a la sociedad es asumir no sólo nuestra propia locura sino la de los otros, es devolver la responsabilidad de la locura a todos. Y no confundamos con los procesos de deshospitalización en los que devolvían la locura a las familias y eran ellas las encargadas de cuidar a sus locos, siempre sujetos a un tratamiento a medida de sus posibilidades económicas, tampoco es sacar a los locos a que deambulen por las calles, es verdaderamente, sacar la locura a la sociedad y hacer que ésta la sostenga. La locura se convertiría en un “hacer (y) de todos”. No se trata de un hacer solamente pues ya se vio expresada en los grandes manicomios, que para saber hacer con la locura nos han sobrado ideas, siempre para callarla, ocultarla y hasta domesticarla lo más posible. Se trata de colocarla en todos para poder, tal vez, vincularnos con ella desde otro lugar.

Como hemos visto el manicomio ha tenido reconfiguraciones espaciales en las que hemos destacado el encierro, el AT si bien no trabaja dentro de muros es importante mencionar que la institución perdura en un magma de representaciones a las que se adscribe el acompañante.

Los profesionales de la salud toman de éstas las pautas y protocolos a seguir, el diagnóstico es un ejemplo claro del trazo de la locura en parámetros estandarizados que provocan la muerte de un quehacer, mismo que el AT paradójicamente reivindica. Así es, mientras el AT da forma y nombre a las representaciones de la locura irá conociendo al loco en su cotidianidad, atestiguará su subjetividad por medio de la compañía y la escucha para denotar en aquel sujeto las problemáticas que presenta el caso. Al ser un extranjero el AT cuestiona las dinámicas familiares e institucionales que se le imponen al loco, las demandas sociales que manicomializan y no permiten escuchar la locura.

Vincularnos con la diferencia es la apuesta a reflexionar ¿Cómo nos vinculamos con ella? Es la pregunta a responder. Hemos derrochado algunas páginas para mostrar las peripecias que ha sufrido el manicomio en una apuesta por hacer algo con ella, pero hasta ahora lo que se ha logrado es encerrarla en los dispositivos clínicos, en donde la psiquiatría tradicional sigue siendo base de los tratamientos, como nos damos cuenta en la figura 2, en la que el medicamento surge como tecnología que apacigua al sujeto aunque no le provee una escucha, es la búsqueda de la normalización y la estandarización de los comportamientos sociales que hacer que las diferencias sean excluidas y no sólo eso, se crean dispositivos en donde la diferencia se busca normalizar. La premisa de la lógica manicomial es normar, adaptar y adecuar los comportamientos sociales a las configuraciones institucionales.

Esta investigación deja por reflexión la posibilidad de desmanicomialización que produce el AT haciendo juntura con la lógica manicomial en un vaivén de momentos. El permanente cuestionamiento a la lógica manicomial responde a la necesidad de situar las diferentes formas de manifestación que tiene, como hemos visto, son variadas formas que adquiere cada relación y que domina la locura. Y está entonces la desmanicomialización en la que el estatuto de sujeto a sujeto permanece en el vínculo.

Se acaban las líneas, por último me gustaría comentar que el proceso de construcción de esta investigación contuvo un sinfín de peripecias, pero deja puntualmente algunas reflexiones de suma importancia. Primeramente hablamos sobre las transformaciones de la institución de la

locura en la que ésta toma representaciones sociales para poder concederle lugar. Aquel lugar entonces, es el de la exclusión que se ata a las formas de control de la misma sociedad.

La locura no siempre estuvo enferma, fue el médico quien la cooptó por medio de su mirada patologizante siempre en referencia a la normalidad, la salud, lo bueno y la convirtió en un padecimiento al que hay que curar. La cura entonces a la locura es la normalidad, pero bien podríamos nosotros preguntarnos ¿Quién es normal? Y entonces podremos responder que la normalidad es propuesta por el imaginario social, y éste es creación histórica de la sociedad. Es por ello que la locura sólo podemos representarla a partir del contexto en el que nos inscribimos.

El AT por un lado protege al loco y a los otros de la enfermedad, y por otro surge como figura mediadora entre el loco y la comunidad, pero será importante que asuma su propia locura para sostener la locura del otro, es decir para que haya solidaridad el AT tendrá que saberse como loco y es ahí, en ese momento de dislocación del lugar que entonces tendremos un verdadero estatuto de desmanicomialización en la calidad del vínculo. Mientras el AT no considere que su propia locura esta puesta en el vínculo no podrá desmarcarse del lugar de manicomialización. Es así como un Acompañamiento Terapéutico es un recorrido del vínculo con la locura, tanto la del AT como la del sujeto al que acompaña.

El sextante es propuesto entonces como instrumento para la psicología social para la investigación de la locura, la importancia de este instrumento es para destacar las implicaciones que tiene las disciplinas clínicas y de las dificultades que presentan para la comprensión de la nuestra. La aportación que pretendió el presente texto es ésta, la consolidación de un método de estudio de la locura desde, por y hacia la psicología social.

Dicho instrumento nos permite dar las siguientes reflexiones:

A continuación presento algunas reflexiones sobre el tema de manera puntual:

- La locura sólo puede ser representada por el contexto histórico social.
- La locura en la modernidad es propuesta como enfermedad mental.
- La “cura” de la locura es la normalidad.
- La lógica manicomial es entonces una emanación de la fuerza de la institución de la sociedad por instaurar la norma.
- La violencia y la agresividad del loco es lo que perturba a la sociedad.
- El AT es una decantación de los dispositivos manicomiales.
- El AT es la expresión de la privatización de vínculo.
- El AT tiene la posibilidad de desmanicomializar sus prácticas a partir de la solidaridad con el loco. Sólo a partir de su vasallaje con el loco.
- El AT está en posición de vasallaje con la institución de la sociedad y con el loco.
- Es la doble posición del AT la que nos permite dar cuenta de la manicomialización y de la desmanicomialización.

Después de algún tiempo...

Después de meses de dejar de escribir, es posible obtener algunas otras reflexiones sobre el tema de esta investigación. Es preponderante hacer hincapié en las dificultades de sostener la locura, pese a todo lo antes dicho sobre la importancia de la desmanicomialización, hoy de manera humilde les puedo decir que hay momentos en los que hasta ahora es imposible colocarnos en aquel lado del sextante. ¿Qué hacemos cuando alguien se quiere suicidar? ¿Qué hacemos cuando algún sujeto en su frustración se quiere aventar de un balcón? ¿Qué hacemos si en un momento de frustración alguien golpea y agrede? Me queda claro que las palabras en muchos de los casos no alcanzan a detener la agresividad, contra otros o contra uno mismo, es necesario, entonces, hacer uso de las técnicas de manicomialización. Para los acompañantes terapéuticos en tanto seres humanos es imposible contener con palabras los actos de violencia de sus locos y es que la disponibilidad tiene un límite. El mío para pensar esta investigación hoy acaba aquí, mañana ya veremos.

“Hoy hacemos de la locura un elogio, locura que nos golpea y que no se rinde ante las palabras, mañana tal vez la abraza para contenerla o para sujetarla. Puede que calle la locura, que no siempre sea solidario, que no siempre tenga la disponibilidad, la generosidad de hacer

vínculo, pero si hay algo que marca ésta investigación es una lucha, la lucha por reivindicar la locura de todos, por buscar los instrumentos para sostener la locura en una travesía del vínculo, sin miedo a morir ahogados, los invito a sumergirnos en el océano de la locura, a navegar a mar abierto y hacer *Recorridos marítimos del vínculo con la locura.*”

Bibliografía

- Alarcón, Renato “*Identidad de la psiquiatría latinoamericana, voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*” Siglo XXI, 1990
- Amar Díaz, Mauricio “*Cogito y locura. En torno al debate Foucault-Derrida*”, Universidad de Chile, Fragmentos de Filosofía, nº 10, 2012
- Araujo Paullada, Gabriel “*La cárcel como pedagogía totalizante*”, TRAMAS 5 Instituciones totales, Junio 1993
- Ballester García, Vicent “*Las raíces de la violencia en la obra de Castoriadis*” 2013, Universidad de Valencia.
- Basaglia, Langer, Caruzo, Szasz, “*Razón locura y sociedad*” Siglo XXI. 1978
- Bauman, Zygmunt, “*modernidad líquida*”, Fondo de Cultura económica, 2002
- Baz, Margarita “*Enigmas de la subjetividad y análisis del discurso*” Versión 4, Abril/1994 p.86
- Berenstein, Isidoro “*Del Ser al hacer, curso sobre vincularidad*” 2007, Paidós Buenos Aires.
- Bustos, G. y Frank, Ma. L.” *Acompañamiento Terapéutico, Innovaciones en la clínica*”. Editorial Dunken, Buenos Aires, 2011.
- Carvajal, Alberto “*Mujeres sin historia: Del hospital de La Canoa al manicomio de La Castañeda*” Secuencia (2001), 51, septiembre-diciembre, 30-55
- Castoriadis, Cornelius “*La institución imaginaria de la sociedad*” Tusquets 1975
- Chayan, Karina “*La abstinencia en el acompañamiento terapéutico*” Congreso de acompañamiento, Buenos Aires, 2003
- Chévez, Alejandro “*Sobre la cuestión del rol en el Acompañamiento Terapéutico*” Parte de este artículo forma parte del libro “*Acompañamiento Terapéutico en España*”, Editorial Grupo 5, Madrid, 2012
- De Certeau, Michel “*Andar en la ciudad*”, Bifurcaciones revista de estudios culturales urbanos, 2008
- De Certeau, Michel, “*La invención de lo cotidiano I: artes de hacer*”, Universidad Iberoamericana, 1999
- Del Barrio, Victoria “*Raíces y evolución del DSM*” Revista de Historia de la Psicología Universidad de Valencia 2009, vol. 30
- Del Río, Fernando “*Origen de la Comunidad Terapéutica*” Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol.30 no.2 abr/jun, 2010,
- Derrida, Jaques “*La escritura y la diferencia*” , Editorial Anthropos, Barcelona, 1989 1989
- Derrida, Jaques. “*Cogito e historia de la locura*” Traducción de Patricio Peñalver en DERRIDA, J., *La escritura y la diferencia*, Anthropos, Barcelona, 1989
- Desviat, Manuel “*Cohabitar la diferencia*” Editorial Grupo 5, Madrid, Mayo 2016
- Donzelot, Jacques, “*Espacio cerrado, trabajo y moralización, génesis y transformaciones paralelas de la prisión y el manicomio*”, en *Espacios de poder*, Ed. De la Piqueta, Madrid 1981.
- Döring, Ma. Teresa “*Contra el manicomio*” UAM Xochimilco, 1985.
- Draggotto, Pablo “*Hospitalidad y Extranjería: una ética del acompañamiento terapéutico*” artículo fue presentado en el VI Congreso Internacional de Acompañamiento Terapéutico, Buenos Aires, 2011, <http://www.cordobapsi.com/hospitalidad-y-extranjeria-una-etica-del-acompanamiento-terapeutico/>
- Eidelsztein, Alfredo, “*Modelos, esquemas y grafos en la Enseñanza de Lacan*” Buenos Aires, Manantial, 1992
- Fernández, Lidia “*La subjetividad: opaco objeto de conocimiento*” en *Tras las huellas de la subjetividad*, UAM Xochimilco 2003
- Ferrari, Adriana “*Acompañamiento terapéutico con un niño autista*”, 2015. <http://cartelpsicoanalitic.blogspot.mx/2015/03/el-acompanamiento-terapeutico-un-nino.html>
- Foucault, Michael “*El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*”, Perujo. Editorial Siglo XXI. 3ª ed. México, 1989
- Foucault, Michael “*Historia de la locura en la época clásica I*”, México, FCE, 1967
- Foucault, Michel “*Microfísica del poder*” UNAM, México, 1988

- Freud, S “*Introducción del narcisismo*”, en «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico», Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916), Buenos Aires, Amorrortu, 1998
- Freud, S “*Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*”, en «*Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*» (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913), Buenos Aires, Amorrortu, 1998
- Freud, S. “*los dos principios de acaecer psíquico*” en «*Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*» (caso Schreber), Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras (1911-1913), Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- Galende Emiliano “*De un Horizonte Incierto-Psicoanálisis y Salud Mental en la Sociedad Actual*”, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1997
- Galende, Emiliano “*Psicoanálisis y Salud Mental-Para una crítica de la razón psiquiátrica*” Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990
- Galende, Emiliano “*Psicofármaco y salud mental*”, Buenos Aires: Lugar editorial, 2008
- Galende, Emiliano, “*Desmanicomialización institucional y subjetiva*”, Conferencia dictada el 26 de agosto de 2008 en APdeBA Ciclo de conferencias sobre desmanicomialización.
- Galende, Emiliano. “*Del invento a la herramienta*”. Capítulo 4, Editorial Polemos, Buenos Aires, 1996
- García Canal, Ma. Inés, “*La relación médico-paciente en el Manicomio de La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución*”, BUAP, 2008
- García Canal, María Inés “*Séptima sesión: la mirada burocrática*”, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002
- García Canal, María Inés, “*Octava sesión: De la nave de los locos al Gran encierro*”, en Foucault y el poder, UAM-X, CSH, Depto. de Política y Cultura; 2002
- Garrabé, Jean “*Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo*” Fondo de cultura económica, 1997.
- Goffman, Ervin, “*Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*”, Editorial Amorrortu, Rústica, Sociología Buenos Aires, 1972.
- González Liliana, Cruz Benjamín, Macías Marco Antonio “*Impulsa UAQ propuesta para prevenir y atender trastornos mentales*” Tribunal de Querétaro, Revista versión web, Septiembre, 2012
- Guinberg, Enrique “*Una evaluación actual a la antipsiquiatría*” Revista de Subjetividad y Cultura, 2000.
- Herner, Ma. Teresa, “*Territorio, desterritorialización y reterritorialización: un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari*”, Instituto de Geografía-Facultad de Ciencias Humanas UNLPam. Artículo 4 en Huellas No. 13, 2009.
- Lacan, J “*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*” Escritos 2, Siglo XX
- Lacan, J “*El Seminario 3 La Psicosis*” Paidós, 2009
- Ledesma, L. C. “*Senderos clínicos del Acompañamiento Terapéutico*”. (Tesis doctoral) Universidad Complutense, Madrid., 2003
- Levinas, Emmanuel, “*El Tiempo y el Otro*”, Paidós, Barcelona. 1993
- Lleras Giraldo, Germán “*El lugar de la locura en Castoriadis*” Conceptos Revista de filosofía, Universidad de Cartagena, 2013
- Macías Terríquez, Marco Antonio, “*El acompañante terapéutico con orientación psicoanalítica, elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación*”, Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol.16, No.4, Diciembre 2013.
- Makowski, Sara “*Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México*”, Colombia, CS, No. 11, enero-junio 2013
- Mier, Raymundo Seminario: “*Chalas sobre estética con Raymundo Mier*” 2013, ENAH
- Mier, Raymundo “*Bitácora de seducciones: contribuciones para la construcción de los conceptos de sujeto y subjetividad en la UAM-Xochimilco*” Tras la huellas de la subjetividad, UAM-CSH, 2013
- Mier, Raymundo “*Calidades y tiempos del vínculo*”, tramas 21 subjetividad y procesos sociales, UAM, 2004
- Mier, Raymundo “*El acto antropológico: La intervención como extrañeza*”, TRAMAS 18 2002.

- Mier, Raymundo “*Notas sobre la violencia: las figuras y el pensamiento de la discordia*”, Fractal, 2007
- Mier, Raymundo “*Seminario Interdisciplinario para pensar la intervención: Teorías, Métodos y Experiencias e el campo de lo social y las humanidades*”, 2ª sesión.
- Mier, Raymundo “*Vértigos de la opacidad: tiempos y experiencia en el régimen tecnológico*”, TRAMAS 25, 2006
- Miller, J-Alain “*Cuando el Otro es malo*”, Paidós, Buenos Aires, 2011.
- Muñoz, Pablo, “*El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan*”, Anu. investig. v.15 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene. /dic. 2008
- Nájera, Lorena “*La formación del acompañante terapéutico: Una posición epistemológica y ética.*” Foro Psicoanalítico Mexicano 2016. <http://foropsicoanaliticomexicano.blogspot.mx/>
- Palacios, Juan “*Comunidad Terapéutica una definición operativa*” Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Marzo 2013.
- Peppe, Dell’Acqua, “*Desde el manicomio*”, Ideass Italia, <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Postel J., Quérel C. “*Historia de la psiquiatría*” Fondo de Cultura Económica México 1993
- Pulice, Gabriel “*Del «Mito de Origen», a la situación actual del Acompañamiento Terapéutico en Latinoamérica*”, Buenos Aires, Letra Viva, 2011
- Rabinovich, Diana “*El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica*” manantial, 2011.
- Rabinovich, Diana “*Locura y psicosis en la enseñanza de Lacan*”. En la angustia y el deseo del Otro, Buenos Aires, Manantial, 2000
- Ríos Molina, Andrés “*El Manicomio General La Castañeda en México*” Nuevo Mundo Mundos Nuevos, 2009. URL: <http://nuevomundo.revues.org/50242>
- Ríos Molina, Andrés “*Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del manicomio La Castañeda, 1910*”, Antípoda. Rev. Antropol. Arqueol. n.6 Bogotá ene/jun. 2008. http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19004072008000100005&lng=es&nrm=isso&tlng=es
- Ríos Molina, Andrés, “*La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría 1920-194*”. Instituto de Investigaciones Históricas Universidad Nacional Autónoma de México, 2006
- Rivera Garza, Cristina “*La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general, México 1910-1930*” Tusquets 2010
- Rossi, Gustavo “*El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de la atención a la salud mental*” Universidad de Buenos Aires, Área de psicoanálisis, 2007
- Rossi, Gustavo “*Función del Acompañante Terapéutico*” (web de Gustavo Rossi) <http://www.actoterapeutico.com.ar/areaclinica.php> El subrayado es mío.
- Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, “*La experiencia de la psiquiatría y el campo de la salud mental*” Anuario de investigación 2000
- Ruiz Velasco, Ma. Eugenia, “*Las transiciones de la psiquiatría a la luz de las propuestas internacionales y las legislaciones*” en *El sujeto en el campo de la salud mental*, 2009 coordinadora: Alma Paz Zarza.
- Sanen, Alberto “*La clínica: desaparición de un quehacer*”, 2013, epsys <http://www.eepsys.com/es/la-clinica-desaparicion-de-quehacer/>. sin número de página
- Sanpayo, Azucena del Rosario, “*La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*” FaHCE 2005
- Soler, Colette. “*El cuerpo en la enseñanza de Lacan*” Versión digital: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/colettesolerelcuerpoenlaensenanzadejacques-lacan.pdf>
- Stolkiner, A y otros, “*Políticas en salud mental*”, Lugar Editorial, Buenos Aires 1994
- Stravrakakis, Yannis, “*La izquierda lacaniana. Psicoanálisis, teoría, política*” Fondo de Cultura Económica, 2010
- Tosta Berlinck, Manoel “*La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas*”, Salud Mental vol.32 no.4 México jul. /ago. 2009
- Valek, Gloria, “*Los laberintos de la locura: Anatomía de un manicomio oficial*” Edit. Posada, 1986

- Vargas, Lilia Esther “*¿La subjetividad del sujeto o el sujeto de la subjetividad?*” en *Tras las huellas de la subjetividad*, UAM Xochimilco 2003
- Vicente Zito Lema, Susana Siculer, Angel Barraco y Alberto Sava, “*Interdisciplina y desmanicomialización*”, Esta Mesa Redonda, organizada por el CEPS, inauguró el XXX Simposio Anual de APdeBA realizado en el año 2008. Lilia Bordone, Directora del Simposio
- Vilar, Eugenia “*Las paradojas de la globalización en México*” en *Anuario de investigación 2000*, UAM Xochimilco.
- Vitela, Natalia “*Amortiguan esquizofrenia*” Nota periodística de *La Jornada*, 13 de Junio 2010
- Winnicott, Donald “*Juego y realidad.*”, Barcelona: Gedisa, 1994
- Yébenes, Zenia “*Los espíritus y sus mundos, Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*” Gedisa 2001

Anexos

Anexo: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez²⁸¹

El Hospital fue inaugurado en mayo de 1967. De esa fecha hasta 1991 se constituye como un subrogado de La Castañeda, pese a que en el año de 1990 en México entró *la Norma-025*²⁸². Fue hasta 1991 cuando echan a andar un programa piloto de psiquiatría comunitaria (Hospital de día). Para 1993 se consolidó como servicio “comunitario” en donde se inaugura el Hospital parcial, Rehabilitación y Psiquiatría comunitaria.

En el Hospital existen cuatro servicios importantes que marcan las formas de atención, en los que piden como requisito ir acompañado por un familiar, además de pagar las cuotas. El servicio comienza con la *Consulta Externa*, en donde se valora a los sujetos con conflictos psíquicos graves -¿mediante qué criterios?- con la finalidad de recibir un diagnóstico y seguir con la atención psiquiátrica. Consultas subsecuentes, terapias individuales, terapias de grupo (neuróticos, psicóticos, borderline, etc.)

La Hospitalización: Servicio destinado a pacientes psiquiátricos agudos que requieren hospitalización continua, se le aplica tratamiento farmacológico y se le incluye en grupos de psicoterapia, actividades recreativas y ocupacionales. Además se invita a los familiares a participar en pláticas de orientación. En contraste está el *Hospital Parcial:* Este servicio es de atención ambulatoria con estancia diaria parcial, en donde los pacientes reciben los servicios de atención médica, farmacológica, psicoterapéutica y rehabilitación. Cuenta con las modalidades de Hospital de Día y de Fin de Semana.

Urgencias: Atención a pacientes adultos que cursan con trastornos mentales y del comportamiento agudo. Por último el Hospital ofrece una *Clínica de Intervención Familiar*

²⁸¹Misión: “Brindar atención interna de alta calidad y humana a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia”

Visión: “Ser el mejor hospital psiquiátrico y salud mental en México, líder en Latinoamérica en los modelos de atención reinserción psicosocial en la enseñanza e investigación”.

²⁸² La Norma 025, implementa la deshospitalización es decir el desmantelamiento físico de la institución. Fue la entrada del Estado Neoliberal, en donde se reduce el gasto para estas instituciones, la política reformista conlleva la reducción de camas y de periodos de internamiento y rehabilitación psicosocial.

(CLIFAM): Dirigido a los familiares de los pacientes es donde ofrecen, talleres, pláticas, terapias grupales, individuales, de pareja y familiares. Hemos de tener en cuenta que las familias también están insertas en la Institución y tendremos que forjar desde ahora más espacio a éstas pues han sido recurrentes sus apariciones, me propongo revisar bibliografía pertinente para dar cuenta de esta posible línea de análisis.

La información arriba expuesta es la que predica la institución oficialmente. En mi investigación encontré un artículo de La Jornada, el título: *“Estudios comprueban la eficacia del electroshock en algunos pacientes”*²⁸³. Muestra pues el uso de los electroshock en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino retomando discursos del director del hospital y el médico J. Ibarreche practicante de esta “técnica” en la Unidad Médico Quirúrgica del Fray Bernardino.

*“Respecto de la terapia electroconvulsiva, el médico (J. Ibarreche) detalló que en su utilización se sigue un protocolo, el cual se inicia con la valoración de médicos de diversas especialidades, ente otros, internista, odontólogo y cardiólogo. Con los dictámenes de cada experto se determina si existe o no alguna contraindicación para el tratamiento”*²⁸⁴.

Yendo al Fray

Comenzamos nuestro trayecto en un recoveco al sur de la Ciudad de México, la entrada aparece como un pasaje entre el costado de la arquitectura monumental de un hospital recién remodelado y una construcción que pareciera de maleza y no de concreto, el mercado de flores rebosa de blanco con los lirios y crisantemos. Se abre la brecha y en un isósceles tiene lugar, como una isla separada por el asfalto, una explanada. Situados ahí la periferia nos minimiza con la pomposidad de las edificaciones, el mercado se abre a la derecha y deja ver de frente el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. A la izquierda, termina el moderno Hospital “Manuel Gea González” y comienza el lúgubre Instituto Nacional de Cancerología, en donde por lo regular, la muchedumbre de rostros acongojados a las afueras, es más basta que en los otros hospitales. Si esquivamos la muchedumbres y avanzamos sobre la misma acera el panorama se tiñe de claroscuro, el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan

²⁸³ Cruz Martínez, Ángeles, *“Estudios comprueban la eficacia del electroshock en algunos pacientes”, Artículo del Periódico “La Jornada”, octubre 2009. Pp.42*

²⁸⁴ *Ibíd.*

N. Navarro” se manifiesta con escasa multitud y paredes despintadas, con un enrejado que deja traslucir la indeterminación del espacio, por un lado la estructura de un hospital de un piso en contraste absoluto con los columpios y las resbaladillas, hasta aquí nos detenemos pues el claroscuro me resalta la miopía.

Regresando a la explanada damos cuenta de la multitud de gente que espera con pláticas mudas con su celular, además de algunos comerciantes que venden papas fritas y tacos de canasta; la fuente inservible en medio de la explanada es utilizada por algunos chicos con sus patinetas, a veces pasando gran parte del día en el islote. Los de semblante más serio utilizan la perspectiva de la explanada para colocarse en un lugar estratégico “pegar un ojo”²⁸⁵ a alguno de los portones. De voces de adultos enmudecidas, si acaso susurrantes y de risas jubilosas de los chicos, por la sorpresa y el descubrimiento de que su imaginación ayuda al aburrimiento, la explanada flota entre el asfalto para situar historias de desasosiego. Al permanecer un par de horas ahí, damos cuenta de que la tarde es perturbada por la desquicia, el llanto, el enojo, y es que al acercarse a las personas por fuego para un cigarro, apenas si te miran, cabizbajos aún sostienen un pequeño intercambio.

Si cruzamos la explanada, de frente nos encontramos con las puertas del Fray²⁸⁶, como dos pequeños arcos se abren dos puertas, una de entrada y otra de salida, el pilar que sostiene la trabe está acondicionado como caseta, en donde se resguardan mal encarados entre 3 y 4 guardias. Después de dar una identificación y registrarte, los nueve pisos del edificio principal son avasalladores, el blanco en su majestuosidad, los tintes de azul que se confunden con el cielo y el rojo que resalta las ventanas enrejadas.

Entrando al patio principal adoquinado, donde se erige un asta sin bandera, a la derecha y a la izquierda el estacionamiento es reducido, para dejar lugar a un espacio lo suficientemente transitable. El caminar se incrementa en los horarios de entrada²⁸⁷, el detenimiento de

²⁸⁵ Esta referencia la tomo de mi observación al estar sentado se acercó a la banca de junto una señora que le dijo a su hija: “aquí para pega un ojo a cuando salga tu tía”, mirando al Instituto Nacional de Cancerología.

²⁸⁶ “El Fray” es el nombre utilizado por los pertenecientes (personal o paciente) y visitantes de esta institución. Toma referencia como abreviación de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

²⁸⁷ 8am (Horario de entrada de lunes a domingo a actividades de Hospital Parcial) y 4pm (sólo entre semana para hospital parcial)

algunos por “un último cigarro antes de empezar”²⁸⁸ y la prisa de otros “deja checo y nos vemos”²⁸⁹, toma ritmos disparatados para después de un par de minutos enmudecer.

De frente, tenemos el edificio principal, a la derecha un auditorio de forma oval y a la izquierda una estructura rectangular de dos pisos, igualmente coloreado y detallado que el principal, lleva un letrero (“Planta Baja Consulta Externa” y “flecha hacia arriba” Hospital Parcial”). Al entrar tenemos una puerta de frente y a la derecha inmediatamente unas escaleras, que dejan espacio a un resquicio donde hay un cajero automático, los dos pisos tienen la misma estructura, un corredor largo con bancas de plástico - aquellas que siempre recuerdo de los hospitales- dos televisiones; del lado izquierdo, ocho cubículos de concreto que funcionan como consultorios u oficinas, conectados con otro corredor por una puerta trasera en cada consultorio, este corredor es proporcionalmente angosto a los cubículos y es usado exclusivamente por el personal del hospital.

Regresando al corredor principal de la estructura del edificio de hospital parcial y consulta externa, tenemos del lado derecho el área de baños divididos en hombres y mujeres. Además de tres cámaras de Gesell, donde tiene lugar las terapias de grupo y talleres.

En el piso de arriba, es decir, hospital parcial se conecta por medio de un corredor transversal con un elevador que va directo al área de enfermería y observación del edificio central del hospital. En este corredor se abren dos espacios, por un lado una terraza y el área de comedor; por otro, 2 salones ocupados para las actividades (psicodrama, teatro, etc.)

Ahora bien, hablemos de los usuarios y los profesionales de este edificio del Fray. Primeramente me gustaría transmitir la diferencia drástica que podremos tener al visitarlo entre semana y en fin de semana.

Entre semana:

En consulta externa (Planta baja): La multitud de gente es abundante, las bancas del corredor son apreciadas por las posaderas de todos que con sutileza vigilan, a cada llamado del psiquiatra o psicólogo, se lanzan en busca de la banca desocupada. Algunos resignados esperan mientras se dejan anestesiar por la tv. Aunque la multitud es basta (entre 30 personas

²⁸⁸ Al entrar al Fray me topé con un chico pidiendo encendedor, le preste el mío.

²⁸⁹ Una enfermera diciéndole a otra mientras corría en el adoquinado hacia el reloj de checado en el edificio principal.

continuamente) las consultas parecen ser de 30min. El ritmo no deja permanecer por mucho tiempo, pues hay alrededor de 6 profesionales atendiendo, entre psiquiatras y psicólogos.

En Hospital Parcial (Planta alta): La dinámica aquí es distinta, el corredor suele estar vacío pues tanto familiares como los pacientes se encuentran en actividades grupales, son 3 actividades por día, estando alrededor de 4 horas al día, 2 días a la semana. Las actividades para los pacientes van desde deportes, dibujo, música, teatro, terapia de grupo, psicoeducación, hasta la consulta psiquiátrica, además del suministro de medicamentos.²⁹⁰ Las actividades para los familiares son: grupo de reflexión, cine debate, taller de resolución de problemas y también psicoeducación. El servicio está calculado para que los usuarios se mantengan en actividades durante su estancia ahí, al terminar sus actividades el corredor es el rencuentro con sus familiares para salir de ahí. (No tengo el número exacto, ni el aproximado de las personas que trabajan en este servicio²⁹¹)

Fin de semana:

Consulta externa: No hay consulta externa en fin de semana, permanece cerrada la planta baja.

Hospital Parcial (Planta alta): A propósito de esto, me parece relevante hacerles saber los profesionales encargados del servicio son: El jefe de servicio y su secretaria, cuatro médicos psiquiatras y 3 psicólogos, dos asistentes sociales y una enfermera, éstos reciben entre 6 pasantes de psicología cada 6 meses.

Los pacientes que se atienden actualmente²⁹² son alrededor de 60, mismos que tienen por obligación llevar a un familiar para recibir el servicio. 120 usuarios sábado y 120 domingo. Es un servicio que se brinda para los pacientes que salen de internamiento, por lo que su diagnóstico es de esquizofrenia²⁹³ y tiene como cometido ofrecer una rehabilitación psicosocial.

²⁹⁰ Habrá que hacer notar que en el programa de hospital parcial que contempla entre semana y fin de semana, a los pacientes se les suministra los medicamentos recetados por el servicio durante un año, tiempo que dura el servicio.

²⁹¹ Al tratar de acercarme a al personal del servicio de Hospital Parcial de Entre Semana fui esquivado por algunos de ellos, pidiéndome retirarme y asegurando no tener tiempo, que fuera otro día, o que tenía que pasar primero al departamento de servicio, etc.

²⁹² “Antes por el 2004 eran 120 pacientes y atendíamos a límites” Alberto Herrera Melo Ex jefe del servicio de hospital parcial de fin de semana.

²⁹³ Como ya había mencionado en trabajos anteriores, el sistema de salud de la ciudad tiene al Fray como hospital de atención a las enfermedades mentales en estado agudo, siendo los sujetos diagnosticados con esquizofrenia los destinados a tratar en este.

La dinámica de fin de semana pareciera ser la misma, con las dinámicas tanto para familiares como para pacientes, el tiempo hace su aparición y al ser 10 horas las que se permanece en la institución las actividades son más parsimoniosas dando espacio a descansos. Los encuentros entre familiares son más usuales en el corredor, en el patio o hasta en la explanada al salir por alguna golosina al “Seven-eleven” y es que aunque los pacientes tienen prohibido salir del hospital hasta el horario de cierre del servicio (5pm), parece usual salir y regresar a tiempo para la siguiente actividad.

Efectivamente entre horarios, el ajuste es necesario. El intersticio temporal les permite ir a la tienda, fumar un cigarrillo, platicar algún chiste, reencontrarse con su familiar antes de continuar.

Es notorio hacer mención que en fin de semana, el área deportiva está abierta a este servicio por lo que a las 8am (hora de entrada) los familiares y los pacientes forman 2 grupos definidos para cada cual entrar a sus actividades, mismas en las que tienen que pasar lista²⁹⁴. Para los pacientes la actividad que principia es el deporte. En la parte posterior del edificio central, atravesándolo por un corredor, llegamos un área “verde” en la que se encuentra una cancha pequeña de fútbol, dos canchas de basquetbol y una de voleibol. El deporte se limita a una clase de educación física de primero de primaria, donde al terminar la calistenia escoges si juegas fútbol, voleibol, basquetbol o permanecer en el área, ya que ésta es cerrada y custodiada por un guardia. Regularmente los que se encargan de estas actividades deportivas son los pasantes de servicio social.

Después de una hora, se desplazan de la parte posterior del edificio central hasta el comedor de pacientes en el hospital parcial, un recorrido que atraviesa el hospital y que sirve para muchos para tomarse un descanso. Se continúa con el desayuno, en donde los enfermeros son encargados de apoyar en servir la comida, los pasantes también hacen su labor. Los pacientes toman su vajilla de plástico café y forman fila para pasar a que les sirvan. Los huevos con jamón, los frijoles y el atole son de los desayunos más apreciados. Terminando el desayuno, los comensales dejan su vajilla en el lugar especificado por la enfermera.

Siguen las actividades y los pacientes son tajados en 3 grupos, uno de ellos para los que empiezan en el servicio: Se comienza con las terapias de grupo, cada uno entra con dos

²⁹⁴ Al cumplir 3 faltas, o no cumple el porcentaje de asistencia a las actividades del día (80%) se dan de baja del servicio.

terapeutas²⁹⁵ a cada una de las cámaras de Gesell. Así continúan, por las demás actividades, mientras un grupo está en música, otro está en teatro y otro en psicodrama. El término y el comienzo de cada actividad²⁹⁶ abre una brecha temporal en la que usualmente se aprovecha para fumar, comer alguna golosina o buscar a su familiar, ésta última es infructuosa muchas veces pues los familiares permanecen en trayectos entre actividades del edificio principal al edificio de hospital parcial y es que el grupo de familiares permanece sin tajos.

La hora de la comida, después de dos horas más de actividades y después de las terapias, es merecedora de mayor ansia, el arroz, la carne con jitomate y el agua de jamaica sacian por momento, para después continuar hasta completar el programa de actividades. Al terminar las actividades el corredor de hospital parcial se llena y se distingue una fila de pacientes que va desde la puerta de enfermería hasta atravesar las puertas de los otros 6 cubículos. Cada paciente pasa y firma una lista puesta por la enfermera, ésta les entrega el medicamento recetado por su médico del servicio. Al recoger el medicamento comienzan las despedidas y las promesas, los buenos deseos y las risas. Salen y hasta el próximo fin de semana.

Diario de un Loco Campo

De los recorridos hasta ahora propuestos, la dimensión de la investigación comienza en expansión y tal vez la física cuántica nos ayude a especificar cuál es el punto de mayor densidad, aquel en el que el tiempo y el espacio cambian. El diario nos permite esto, mostrar de manera puntal las acciones que de alguna manera llevan el campo de investigación a otro terreno. Si bien el hospital psiquiátrico no se posicionará como nuestro terreno, sí surge como campo de esta investigación, es necesario brindar el espacio pertinente para reflexionar sobre el establecimiento de la institución de la locura, para poder urdir de manera adecuada las vicisitudes que pueden surgir de la lógica.

Entonces nos encontramos en el establecimiento y mi pregunta apuntala a los vínculos, a lo más imaginario de la institución y por tanto a lo oculto dentro del aparataje burocrático y el dominio racional de la locura, como ley misma de la sociedad. –Ahora pienso que tal vez

²⁹⁵ Los profesionales que realizan las sesiones terapéuticas de grupo son un psiquiatra y un psicólogo, siendo el psicólogo el co-terapeuta del psiquiatra.

²⁹⁶ Otras actividades son, dibujo, psicoeducación, y talleres de inserción laboral.

preguntar sobre la lógica manicomial, hubiese sido menos violento, mi locura y mi violencia me llevaron a querer cuestionar el saber médico sobre la in-forma y su ineficacia. Sin saberlo podemos dar cuenta a continuación de cómo se defiende la institución de la locura contra el nombramiento de su potencia imaginaria.-

Comenzaría por relatar las peripecias de los encuentros suscitados en el campo, como saben, El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez²⁹⁷.

Mi entrada al Fray, fue facilitada por el Psicólogo Alberto Herrera, ex jefe del servicio²⁹⁸ del fin de semana, actualmente se encuentra dentro del área de geriatría, en el 4° piso. Para llegar a su pequeña aula, tenía que esperar a que saliera por mí a la puerta que da a la estancia, de donde salen los elevadores a cada piso.

En la primera visita (Jun 2015) conversamos de mi trabajo de investigación del que destacó el trabajo del vínculo y el fútbol, me sugirió hablar con el Dr. Mejía quien era el jefe interino del servicio. Hacía alusión a que el Dr. Mejía era “*el brazo derecho de Castañeda*” (El director del Hospital). Cuando recuerdo al Dr. Mejía se viene a mí un hombre de cara tosca, de higiene impecable y ceño fruncido, de semblante militar, siempre de paso recto y firme.

En otra ocasión (Jul 2015), me dispuse a encontrarme con el Dr. Mejía. En las afueras del edificio del hospital parcial se encuentra con otro médico. Me saluda cortésmente y me presenta como ex pasante de servicio, aunque no recuerda mi nombre. Le comento rápidamente mi propuesta sobre el fútbol y las conversaciones, a lo que responde: “*ok, déjame ver, vente la próxima semana*”. Pasada la semana, me comenta “*Es que ahorita están reforzando los protocolos de seguridad*” me despide con una disculpa.

Pasado ya varios días (Ago. 2015), regreso al Fray para encontrarme con el psicólogo Alberto, me comentó que actualmente el servicio de hospital parcial se encuentra reorganizándose por la entrada del Dr. Mesa. “*ya se fue Mejía*”. Alberto me comenta que debido a esta reestructuración “*están aceptando voluntarios*”.

Lo que me aconsejaba Alberto era hablar con el doctor Mesa de manera que no fuese necesario la realización de los trámites burocráticos. “*si no tienes pensado grabar, ni usar*

²⁹⁷ De aquí en adelante se nombrara Fray el hospital, dado que es el nombre coloquialmente utilizado para referirse a este establecimiento.

²⁹⁸ A su salida dejaron a un médico interino, hasta hace 3 meses.

expedientes, seguro te dice que sí”. “Es que tú investigación es convivir en el servicio ¿no?”, me recomendó “Habla antes con los doctores del servicio”

Para la realización del dispositivo tenía que hablar con el Dr. Francisco Mesa y que me aceptara como voluntario dentro del servicio, después de algunos días, tendría lugar lo siguiente:

Tendría que comenzar con mi estómago revuelto mientras me encamino al Fray, he decidido pasar de los psicólogos conocidos a hablar con los doctores y más específicamente el jefe del servicio de hospital parcial.

En esta ocasión tomo un microbús rumbo a zona de hospitales, subo al pesero y ubico un asiento en el que me poso, mientras el micro avanzaba escucho tras de mí, la voz de una mujer mayor *“A ver qué te dice el doctor de no tomarte tus pastillas, te va encerrar otra vez eh”*

Al bajar del transporte, me doy cuenta que era a su hijo de unos 30 años y con mirada perdida, sólo respondía continuamente *“ajá”* a los comentarios de aquella señora, atravesamos la explanada en este día vacía; es costumbre de los fines de semana que se encuentre así. Se registran primero ellos y después yo. Los pierdo de vista cuando entran al edificio principal, cuando doy a la izquierda y subo al servicio de hospital parcial en donde encuentro al Doc. Hernández, el cual es encargado de las actividades con los familiares, atendiendo a un hombre del personal de intendencia. Más tarde sale y me saluda, recuerda mi rostro del tiempo en el que hice el servicio social, pero no recuerda mi nombre. No se lo digo.

Le comento mi interés por realizar la investigación²⁹⁹ y me pide esperar al jefe del servicio que se encuentra en una junta. Me siento en las nuevas bancas recién puestas e igual de incómodas que las viejas. En el corredor principal nos encontramos 4 señoras de edad avanzada y 3 jóvenes, además de mí. Dos de ellos, una chica y un chico, quienes se encontraban completamente acostados en la hilera de sillas, parecían dormir plácidamente, mientras que el otro muchacho paseaba por todo el corredor una y otra vez, sin pronunciar palabra, al igual que el doctor Hernández que deambulaba por el servicio. De pronto el silencio y la calma se irrumpieron cuando una señora salió de una sala e intentaba levantar a la chica adormilada en la banca *“ándale ya levante Tania”*, el doctor inmediatamente paró

²⁹⁹ Los comentarios que el Doctor hizo sobre mi tema son especificados con la transcripción de una conversación que sostuve con él sobre mi tema.

oreja y se acercó a la escena, con voz dura “*déjela, uste a lo suyo*”. Sorprendida la señora se justifica con el doctor diciéndole que su hija está dormida y que no ha entrado a sus actividades. De nuevo el doctor “*uste a lo suyo ¿Qué no tiene actividad?*”

“*¿Entonces la dejo aquí?*” Pregunta la madre. El doctor de nuevo suelta su frase y no le queda más a la señora que regresar a su actividad.

Parecía que no pasaba el tiempo en el corredor, pues en unos momentos de nuevo se volvió a repetir con precisión y exactitud la pasada escena. Irrumpe la señora el sueño de Tania, tratando de levantarla sin lograrlo, pues de nuevo es reprendida por el doctor “*Uste a lo suyo*”. Después de mandar a la señora a su actividad me pide acompañarlo al 7-eleven por un refresco.

De camino en la tienda, para mi sorpresa comienza a preguntarme sobre el proyecto, tomamos asiento en una banca de la explanada y allí comienzo la grabación, no de una entrevista formalmente pero si de un encuentro y de algunos comentarios que el doctor hace hacia la investigación:

Dr.: ¿De qué quieres hacer la investigación?

+ Del vínculo y la psicosis.

Dr.: Pero si el psicótico no se vincula...

+ Pero no todo el tiempo o ¿sí? Usted trabaja con los familiares justamente...

Dr.: Haber...el vínculo del esquizofrénico es caótico

+ ¿Cómo caótico?

Dr.: La relación es muy cerrada, lo que trabajo es que el vínculo yo no lo defino, ellos tienen su rol y lo deben de aceptar y asumir. Pero a mí no me toca decirles que lugar deben de ocupar, ellos deciden, no lo pongo yo, yo pongo en su lugar a esta señora (refiriéndose a la de las dos escenas en el corredor) porque está aquí, entonces les recuerdo que aquí no está en su casa,

+ ¿O sea también es como marcar de cada quien a sus actividades, será algo como institucional o sea del hospital?

Dr.: Sí. Mira, hay veces que hasta les prohibimos la entrada o la visita pues. Y les decimos “No venga a fastidiarlo”, porque vienen y los fastidian, estoy viendo que el vínculo no es funcional, es dañino.

+ ¿Desde su experiencia como hacen vínculo los pacientes con esquizofrenia?

Dr.: Ellos hacen, ellos hacen, ellos son confusos, vínculos muy confusos, pero si uno es concreto con ellos, ellos son concretos, son claros, son claros, muy concretos y es la población más noble con la que se puede trabajar si somos claros, porque si somos confusos, ellos ya tienen su propia confusión y su vida la tienen que hacerla como todo ser humano, con sus recursos y sus límites.

Entonces yo ya me olvido de mis fantasías de cómo quiero que sea el otro, porque ya también controlé mis propias fantasías de cómo quiero que sea el otro. Y no soy monedita de oro para caerle bien a todos, yo porqué le tengo que decir a alguien como tiene que ser, no me corresponde a mí.

+ ¿En el caso de la mamá de esta chica por ejemplo....

Dr. Ella tiene una estructura y la otra otra. Yo no admito arenas de lucha les digo a las familias, si de eso se tratara cobraría entradas para que sea algo beneficioso.

+ Por ejemplo, me acuerdo de su taller de resolución de problemas...

Dr. Porque funciona eso, por su enfoque conductista, entonces hay que ser directivos y concretos, no divaguemos. Yo sé porque están aquí, el lugar que tienen ahora, si lo ocupan o no ese es su problema, por eso les digo que no trabajen el problema de los demás, sino el suyo.

Ahora con psicótico agresivo, suicida, psicópata pues hay tratarlo con fármacos, para que se pueda trabajar, esto se tiene que trabajar, es lo anterior, con el fármaco decimos, ¿qué cosa podemos trabajar? Y de ahí a hacerles las cosas concretas.

+ ¿Hay otra cosa aparte del medicamento para cuando llegan así?

Dr. Si ponen en riesgo la vida de otros o la propia ¿qué vas hacer? El paciente no sabe qué pasa, la familia tampoco y nosotros usamos un contenedor medicamentoso. Si uno se va a la historia negra de la psiquiatría, pues se usó: cadenas, insulina, ayuno, sillas, atrapado sin salida, etc. Es lo que se usa para controlar en la historia de la humanidad. ¿Tú como controlas a tu padre, a tu madre? Pues es lo que se ha hecho, control político, control sistémico, me refiero al sistema en donde vives.

+ Es que supe de un caso por ejemplo en el que encerraron a una chica y le daban baños de limón, desde nuestra visión occidental parecía tener esquizofrenia...

Dr. Hasta los brujos de Catemaco hacen sus cosas pero usan fármaco y hasta los religiosos hacen su exorcismo pero primero tienen que descartar el problema psiquiátrico, ellos tienen que hacerlo...

+ Pero ¿Cómo descartan el problema psiquiátrico?

Dr. Primero descartan el problema psiquiátrico, pues primero hay que hacer las pruebas, la iglesia prepara exorcistas.

+ ¿Pero cómo se descarta?

Dr. Tan fácil como que tengas signos y síntomas, que son las evidencias de que algo no funciona como que ¿cómo las descartan? Los síntomas son los datos que te da el paciente de lo que piensan y sienten y los signos son lo que los demás ven de lo que dicen y piensan, así de fácil. Ellos no son tontos, si saben que no les funciona una cosa, hacen otra.

De regreso al Hospital Parcial

Dr. El vínculo sólo es con la familia y los amigos, aquí no encontraras vínculos, es que sólo existen los vínculos sanguíneos y los demás, pues los amigos o la pareja, pero ya. O sea para mí cuando me piden una propuesta de psiquiatría comunitaria, siempre trabajo la familia, porque no hay nada más. Si uno trabaja la familia el paciente se conserva sin menos episodios.

Más tarde, regresamos al servicio en donde me presenta con el jefe del servicio de fin de semana y entre semana: el doctor Francisco Mesa, quien me parece bastante amable. Llego con mi consigna, misma que he venido diciendo: *“Soy estudiante de la maestría de psicología social de la UAM y estoy haciendo una investigación sobre los vínculos y la psicosis”*.

A primera impresión se muestra interesado por el tema, haciéndome algunas preguntas sobre la noción de vínculo y psicología social. Respondo que para mí lo interesante de su trabajo es que la rehabilitación lo haga con grupos y con la familia. Aunque esto parece no convencerlo. *“El dispositivo de grupo es por la demanda que hay”* me dice en tono seco, es decir ¿el grupo es porque así se atiende a más?

Le comento la propuesta de estar como voluntario pero me comenta: *“si eres voluntario no podríamos dejarte nombrar la institución, ni el servicio en tu investigación, se te pide que firmes un compromiso en donde se especifica que no puede ser utilizada la información a menos que la institución lo acepte”*. ¿No puedo nombrar mi experiencia? *“Como investigador, es diferente”* dice, la figura de investigador sólo me permite la estadía en tanto este haciendo las entrevistas, *“vienes haces tus entrevistas y te vas, para que no afectes el curso del servicio y la institución sella la investigación...”* (Me habla de cartas y formatos). Ante esta respuesta institucional, en tanto que se responde con la norma a mi investigación, siento que me hace decidir entre voluntario e investigador, me parece que trataba de ser muy enfático en mi cometido, como si me dijese: si tu cometido es investigar no vengas de voluntario. Escogí investigador, ¿Por qué?, no habría sido la primera vez que tramase la clandestinidad, pero al emparejarla con la locura surgen muchas dudas.

Le propongo que mi investigación tiene como cometido la conversación con los pacientes y personal en el contexto del servicio, por lo que mi intervención o mejor dicho mi dispositivo era acompañar a los grupos en el servicio. Entrar con ellos a sus talleres a excepción de espacios terapéuticos. La reacción ante esta propuesta es de nuevo: *“Es que en las investigaciones sólo se les permite estar aquí y en este caso yo te diría qué pacientes puedes entrevistar o no”*

En este momento me molesto bastante, ¿es que no me entiende? Y de nuevo trato de explicar mis preguntas, después del vendaval, doy cuenta que si me entendió, pero me estaba diciendo las reglas.

Me propone enviarle una carta en la que le solicite la admisión de mi investigación y los requisitos necesarios. *“mándamela para que yo te conteste de que eres bienvenido y en dirección te den mayor entrada”*. Ese mismo día envíe la carta, la cual nunca tuve respuesta. Me comenta que si mi interés es hacer investigación, sea más claro y mande el protocolo a la dirección del hospital. Me manda por mail, en ese momento, de un ejemplo de los protocolos recientemente aprobados³⁰⁰ y me comenta los pasos a seguir.

- 1) Ir al departamento de investigación a que me sellen una carta en la que especifique los requisitos necesarios (expedientes, grabaciones, entrevistas con personal, etc.)
- 2) Dejar una copia de esta carta y mi protocolo en la dirección de Hospital.
- 3) Esperar a que el comité de Ética del Hospital me comunique su resultado.

Me despido de él y me pide retirarme *“Es que van a salir de actividades”*. Le agradezco y respondo como si no lo hubiese ni pensado, reviso que me haya llegado el mail y no perder la información y salgo del Fray.

A la semana siguiente llevo a cabo este proceso. Me presento más aliñado que de costumbre con una USB llena de documentos por mi obsesiva prevención, además limpio mi investigación de aquellas frases peyorativas contra la psiquiatría.

Es un jueves en el que el sol está oculto, la explanada se encuentra repleta tanto de vendedores como de algunos haciendo el almuerzo en las bancas. En el Fray es día en el que se recogen medicamentos, en la entrada nos dividen en dos filas, los que vienen a farmacia y *“los otros”* dice un guardia.

Me situó tras un señor muy bien vestido, que al acercarse al guardia comenta ser un representante farmacéutico y viene a la dirección general, el guardia comenta *“ya no hay gafetes de visitante”*... otro guardia se acerca y le comenta que *“sólo que se registren”*. Lo

³⁰⁰ El protocolo de titula *“Descripción de respuestas sobre el juicio moral en pacientes con esquizofrenia paranoide ante un estímulo inespecífico”* por: Elena Castillo del Claustro de Sor Juana y el asesor de la misma es el Doc. Francisco Mesa, una de las primeras frases dice así: *“es insuficiente reducir las explicaciones a la subjetividad y, por lo tanto la investigaciones deben dirigirse hacia lo social y lo objetivo”* y la esquizofrenia es reconocida desde la noción de la OMS y ella argumenta *“es producida por un factor único: ambiental o genético sino por distintos factores, que se han integrado en el modelo diátesis-stress. En la diátesis se explica la vulnerabilidad biológica para adquirir la esquizofrenia y en el estrés, los componentes ambientales que la desencadenan”*

hacen pasar tras su registro y mientras avanzo para hacer mi registro, la voz de Uriel suena a mi lado.³⁰¹

En tanto los guardias revisan mi mochila y me piden dejar mi paraguas (“*lo recoge aquí con nosotros cuando salga*”) Uriel y yo habíamos comenzado a platicar.

Él se encontraba ahí pues iba por su “*ayuda de medicamento*”. Me comenta que sigue asistiendo a la UAM pues se encuentra en un seminario de decolonialismo, bastante interesante, le comento que hay algunos amigos dentro del seminario.

A paso lento, pues su pierna derecha sólo se mueve tras apoyar su bastón, tenemos unos minutos de conversación en lo que me cuenta: “*Llevo ya viniendo varios años por mí ayuda*”, me comenta que asiste a un taller de dibujo, además del seminario mencionado.

Lo acompaño hasta la puerta de Consulta Externa, donde entran “*sólo pacientes con su carnet por favor*” (Enfermera).

Camino ya a mi ritmo al edificio principal:

Al ver la cantidad de gente esperando el elevador, decido subir por las escaleras al 8° piso. Mientras subo tomo pausas para fisgonear en algunos pisos. La mayoría se encuentran familiares afuera esperando su visita y un guardia custodia la puerta de entrada, abre tanto al personal como a los familiares, sólo ellos, los guardias, abren y cierran las puertas.

Al llegar al penúltimo piso, observo que los espacios no se encuentran bloqueados con guardia como en los anteriores (educación continua y biblioteca) me adentro del lado de educación continua pues la biblioteca estaba cerrada.

Me encuentro con la dirección de investigación y comienzo, fatigado: “*Buen día, mi nombre es... soy estudiante de la maestría....*”

Me comentan que ellos (dos médicos) son miembro del comité que evaluaría el protocolo, pero que para ello necesitaban la carta de presentación con el sello de las oficinas de dirección

³⁰¹ Hace unos meses sostuve una plática con Uriel fue compañero de un seminario de psicoanálisis en la UAM-X, un hombre de gran tamaño y ojos medio cerrados, de humor cortés y de dicción cavilosa; que con algunas participación dentro de las clases nos comentó sobre su diagnóstico de esquizofrenia, me hacía caer en cuenta de la imposibilidad de emprender el conocimiento sobre lo que él llamó “*esquizofrenia*” “*Una cosa es aprehenderla y otra tenerla*”. Uriel me advierte de forma tácita: ¿qué es lo que podemos aprehender de la esquizofrenia? Después de la frase que me dejó atónito, aquel hombre de tics en los ojos, me contó que es paciente de consulta externa del Fray.

y una copia del protocolo. Se me pidió que en la carta se especificaran los requerimientos “*Así es más rápido*” (No entendí, ¿leerían mi protocolo o sólo la carta?)

Le comenté como tenía estructurada mi carta y que la tenía en USB. Me dijo que estaba bien que dejara dos copias de la carta y una de mi protocolo en la dirección. Me despedí y decidí ahora bajar en elevador.

Salí del hospital para sacar las impresiones en un café internet sobre calz. De Tlalpan, mientras caminaba hacia allá irrumpieron algunos pensamientos sobre cómo había hecho mi presentación, por qué no pregunté sus nombres, tendría que haber mencionado algo más, qué habré olvidado mencionar.

De regreso en la entrada del Fray me detienen los guardias a quienes les enseño mi folder con copias y les comento haber salido por ello (Señalo mi paraguas cómo muestra de una entrada previa) “*Aun así tiene que registrarse*” “*¿Por qué no tiene su gafete?*” Le explico que fue él quien me dejó pasar sin gafete. Gruñón me da un gafete de visitante.

De nuevo entré en el edificio principal pero esta vez me dirigí a la dirección del hospital que se encuentra a la derecha en la planta baja. Para acceder a la dirección es primero necesario encarar al guardia que custodia la entrada. Parece que ella nada le importa mi choro, con un “*ajá*” basta para que yo corte mi speech. Sin más da la vuelta y llama uno de los secretarios, quién de forma amable escucha mi propuesta y después de unos segundos dubitativo me pide seguirle dentro de la dirección. La guardia al escuchar esto, me pide que registre mi entrada.

-Otro registro. En el hospital una de las diferencias notorias es que en el edificio de Hospital Parcial no hay registro, mientras que el edificio principal en cada piso hay una guardia (todas son mujeres) quienes custodian la norma: para entrar tienes que registrarte—

En la dirección se encuentran entre 10 y 15 personas, la mayoría parada y en parejas o grupos. Si uno mira de frente se topa con la oficina del director del hospital. Yo me encuentro con la secretaria del director, quien amablemente me pide esperar en la sala. Pasó si acaso un minuto y me dijo: “*¿Qué se le ofrece?*” de nuevo comienzo con mi presentación.

Le hago hincapié en dos puntos importantes. Primero que había hablado con el doctor Francisco Mesa, jefe del servicio y segundo mi visita a investigación minutos antes. Por lo que llevaba todos los requisitos que se me solicitaba.

Hermética y casi sin voltear, comienza el trabajo burocrático. Pide a su compañero en el escritorio contiguo “*pásame un formato para los de investigación*”. No me muestra la hoja,

y me comienza a pedir mis documentos, mientras los apunta en un post-it que termina pegado en el formato mencionado.

Echa un vistazo sólo a la carta de presentación y me pregunta “¿Entonces no requerirás expedientes? ¿No vas a grabar entonces?” “Ok, le voy a poner que ya has hablado con el doctor Mesa”

Me explica que primero será la dirección “El doctor (refiriéndose al director) tiene que leer esto (refiriéndose a los documentos)” Después de tener el sello de la dirección es mandado al 8° piso a investigación y son ellos quienes definen darle o no hospitalidad a las investigaciones. Salgo del hospital, no sin antes recoger mi paraguas, mismo que utilizo pues la lluvia comienza a caer.

Pasaron 10 días y recibí el siguiente mail:

Estimado Lic. Diego Alberto Bernal Saldaña:

Estamos enterados de su interés por realizar un proyecto de investigación intitulado "Recorridos del Vínculo con la Locura", inscrito en la Maestría de Psicología Social de Grupos e Instituciones de la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.

Se ha revisado su proyecto, el cual es sumamente interesante y novedoso, pero consideramos que no es la institución para llevarse a cabo, un lugar donde la estancia de los pacientes es corta, no es el ideal para llevar a cabo su proyecto.

Por lo anterior no ha sido aceptado para llevarse a cabo.

Agradecemos su interés para que realizarlo en esta unidad hospitalaria, pero como le mencioné no es el lugar ideal.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez
Subdirectora de Enseñanza, Investigación y
Capacitación.
Hosp. Psiq. Fray B.Álvarez

Al siguiente día mandé un mail, pidiendo algunos comentarios sobre el proyecto, no queriendo cambiar su decisión. No recibí respuesta.

Si bien este pequeño diario, no alcanza a mostrar todo el encuentro, si es necesario retomar las reflexiones sobre la burocratización como el aparataje de inmunización contra las investigaciones sobre el vínculo, entre otras. Aunque después de nuestro recorrido pareciera algo lógico, pues primeramente tendremos que la institución de la locura es precipitada en el

Fray, pero teniendo en cuenta las 3 SIS mencionadas anteriormente, locura, dominio racional (modernidad) y organización social (burocracia) generan una potencia contra lo que implica el vínculo en esta institución, un imaginario radical que cuestiona la institución.

Me parece que la figura de voluntario es una expresión de la alienación, es decir, un intento por dar lugar al extranjero interesado en el hospital y al decidir quedarme en la figura de investigador quería hacer notoria la potencia imaginaria. Cuan violento fui entonces al entrar a una institución y pedir hacer una investigación que exponga lo oculto.

Sobre el discurso de Fray habría que mencionar un par de cosas más. Cuando me hacen hincapié en el mail, que el hospital no es el lugar de esta investigación y cuando me dice el Dr. Hernández que no hay vínculo en la psicosis, me encontré perplejo y molesto -¿no es lugar del vínculo? Y piden un familiar, trabajan en grupo, etc.-

Pero mi molestia no me ayuda a intervenir, es un límite de hecho, pues creo que en cierto sentido el Fray tenía razón, mi campo si bien se constituye por la lógica manicomial, el vínculo es la tensión necesaria que se urde en ésta como proyecto de desmanicomialización.

Anexo: Entrevistas

Entrevista 1 22/11/2015

Dentro de un departamento de la ciudad, se intentó la participación de siete AT, conforme paso el tiempo sólo llegaron dos en compañía de un psicólogo, la entrevista tuvo una duración de 1hr aproximadamente.

Acompañantes:

Alejandra

Ileana

Psicólogo:

Miguel.

+Me gustaría que no se lo tomaran a modo de entrevistas, sino como una charla, de lo que he dado cuenta a lo largo de las entrevistas con los acompañantes, es que es como muy complicado dejar de lado la parte teórica, dejar de lado muchas puntualizaciones que nos permiten, sí, los pivotes para poder decir algo sobre la experiencia pero me gustaría centrarme en su experiencia, con sus palabras, de esto de ser acompañante, de las sensaciones, en este desasosiego por así decirlo.

La investigación es sobre el vínculo y la locura como ya saben, bueno, les he comentado algo. Les voy a decir solamente que creo que la institución manicomial puede ser llevada al afuera, al mismo acompañante, puede manicomializar, encerrar por así decirlo, pero al mismo tiempo creo que hay un momento en el que acontece un vínculo.

Me gustaría saber primero, ¿cómo iniciaron en los acompañamientos?

I: Bueno surgió, no lo había buscado, ni siquiera sabía qué era, pero me propusieron trabajar de esto, y entonces, pues, acepte y fue como entrarle también sin saber de qué se trataba; fue mi primer trabajo saliendo de la carrera y, te digo, me explicaron más o menos de qué se trataba, yo ya estaba en análisis y dije, va. Entonces como que a partir de ahí empecé a investigar a hablar el caso en análisis y cosas así, pero cuando empecé con ella, no sabía qué hace rato que existía el acompañamiento terapéutico.

+ ¿Quién fue quien te lo propuso?

I: Una excompañera de la carrera, que ella hacía eso, ella trabajaba de eso, incluso fue ella quien me explicó más o menos de qué se trata, por que le había surgido a ella empezar a trabajar con la chica ésta con la que yo trabajé. Pero ella acababa de ser mamá y no podía, entonces me dijo que si quería trabajar de esto y le dije que sí y acepte acompañar a una niña.

+Empezaste entonces acompañando a una niña de ¿cuantos años?...

I: No sé, creo que acababa de cumplir 7 o 8 años, no acababa de cumplir 8, tenía ya 8 años, si 8 años y fue en la escuela el acompañamiento.

A: Bueno, pues yo, después de hacer mi servicio social en el Fray, el que era jefe del servicio, un psicólogo, se dedicaba a hacer esto de los acompañamientos terapéuticos y me lo ofreció; pero estos acompañamientos eran primero en un hospital, en el Hospital Español y era con personas que tenían trastornos alimenticios, con chicas que tenían trastornos alimenticios, entonces mis primeros acompañamientos fueron en el hospital con estas chicas y eran muy esporádicos, duraban muy poco tiempo, o sea eran de 2 meses, así, mientras duraba la crisis o cuando estaba en peligro su vida y luego el punto era que se trataba de estar ahí, a ver qué comieran, que no vomitaran, que se comportaran, y este..

Y después entre hacer acompañamientos en escuelas y también hago acompañamientos en casa con chicos que están diagnosticados con Asperger, otro Trastorno Generalizado del Desarrollo, que es como el Autista.

+Hay algo como de no saber en esto en lo que se metían, ¿cómo les fue en su primer día de acompañamiento? Por ejemplo. ..

I: Pues muchas cosas, de entrada el primer encuentro conmigo, o sea, antes de conocerla me habían dicho más o menos cómo era, o sea, que a lo mejor ni siquiera me va a voltear a ver, porque puede pasar mucho tiempo si hacer un contacto ¿no?, conmigo. Y fue completamente distinto ¿no? O, sea en el momento que nos encontramos me miró, así, a los ojos, que era algo que no hacía, según esto, o sea de que me habían dicho que no, y que si me costaba trabajo después poder, pero así, nuestras miradas se cruzaron en ese momento y fue como sentir como un saludo, o sea como si me hubiera recibido de alguna forma. Porque también a ella ya le habían explicado que iba a ir yo, que iba a estar con ella y así. Entonces no fue algo sorprendente para ella; y también fue difícil para mí porque era en una institución religiosa, de así, de legionarios de cristo, entonces también, era yo adaptarme al lugar nuevo, a no saber cómo funciona ni nada y además estar ahí para apoyar a alguien más ¿no?

Y esas cosas han sido, cada vez que empiezo un acompañamiento nuevo, como que empiezo a conocer el lugar, el medio, entonces todas esas cosas. Y entonces, fue un poco difícil, pero también bonito, o sea me gustó.

+ ¿Cómo es acompañar en una escuela? Digo, esto que dices de adaptarte al lugar, me parece muy interesante, cómo se relacionan, por así decir, con la institución, es factor...

I: Si, si, o sea, de entrada son muchas demandas ¿no? , como tener que, dejar de también hacerle caso a las demandas que tienes de entrada, como por decir, bueno sí me están pidiendo

esto, pero yo lo que veo es otra cosa, no sé, como decir, bueno también aceptar sugerencias o pueden ver algo que yo no veo, cosas así, entonces sí, de entrada, creo que si fue lo más complicado, para mí, así de tantas demandas por estar en una institución educativa o en una institución simplemente.

A: Bueno, acompañar en una escuela, siento que, o sea, son las demandas de la escuela, la demanda de los papas, está la demanda del niño, la demanda del terapeuta y todos en algún punto tiene cosas distintas, porque aparte, creo que es difícil incluso para nosotros mismo entender qué es el acompañamiento y para los demás, es todavía más ajeno. Entonces, creo que también es nuestro trabajo, como, poder explicar de qué se trata a la institución, para que, entonces, no se vuelva, como que, ellos sabrían cómo tenemos que hacer nuestro trabajo, como si ellos supieran; más bien en relación de cómo son sus demandas, este, que nosotros tengamos que comportarnos de cierta manera.

Pero eso es complejo, porque en un inicio, como uno entra sin saber cómo es este dispositivo, porque a mí también me pasó eso, a uno le toma tiempo como para poder organizar eso, entonces en medida que vas organizando, una parte, es como poder trabajar con la institución, de lo que tú le puedas explicar de, para qué vas, cuál es tú función. Y que tanto también, uno no puede satisfacer todas las demandas, pero intentar trabajar con ellas. Irlas como encausando hacia una dirección, pues.

+Este tema de las demandas me parece muy puntual, ¿qué lugar es éste?, de tantas demandas y esto del trabajo con ellas hacia...

I: Si, yo creo que no hay un solo lugar, como que estas en diferentes lugares, como posiciones ¿no?, el lugar, entonces, va cambiando, incluso en el mismo día en el que estás trabajando, o sea de repente es una cosa, hasta puede ser, el lugar de ser la maestra, a veces también el amigo ¿no?, a veces también el enemigo; y también va cambiando conforme va avanzando el acompañamiento, o sea, no es el mismo lugar en el que terminas un acompañamiento, por ejemplo.

A: Yo creo que uno tiene que estar centrado que, a quien acompaña es al chico, en una escuela es al chico, entonces yo me centraría ahí, en eso, en esa demanda que se construye en la relación con el chico, que hay que lidiar y de alguna manera encausar las demandas de todos, sí, no podemos como ignorarlas y pensar que lo único que se va a jugar ahí es el vínculo con el chico, porque al final está en una institución ¿no?, no puede, como, dejar de lado eso ¿no?. Y creo que al final, uno como acompañante en una institución está...debe seguir las reglas de la institución, uno no puede llegar como acompañante a poner otras reglas ¿no?, o sea, uno se inserta en la institución para seguir, de alguna manera, esas reglas y habrá algunas con las que habrá que trabajar, porque finalmente no se trata de que todos los sujetos se comporten y hagan de las reglas, este, todo lo que la institución dice, pero sí, de alguna manera para inscribirse en la institución, pues habrá que, no sé, habrá ciertas reglas a seguir ¿no?, aunque habrá otras que en alguno momento uno puede decir no, eso no. Y creo que, es en eso, en particular que ves

cómo la institución está pasándose sobre el sujeto, es eso momento en el acompañamiento tendría que hacer una función de decir que no.

+ Me parece, muy interesante, esta adaptación a la institución y la educativa de la norma a los chicos. ¿Qué diferencia hay con acompañar afuera?

I: La palabra que se me vino es responsabilidad, o sea, cuando acompañas fuera de una institución, bueno a mí me ha pasado, es más responsable, porque de cierta forma las decisiones están más, este, en ti. Por ejemplo, yo acompañaba a adultos también en la calle, entonces de pronto tú tienes que tomar la decisión de por dónde te vas o qué van a tomar ¿no?, cuando yo acompañaba a una mujer con la que tomaba el café, a platicar, cosas así ¿no?, entonces en una institución también, no sólo a veces es como que tomas tus propias decisiones, como decías, de que también están estas otras figuras de, o sea, los maestros o los directores, las psicólogas, cosas así. Que de alguna forma también te puedes apoyar en unos, bueno a mí me ha pasado que tengo que tomar la decisión y no sé, lo platico con la psicóloga del lugar, la maestra, cosas así de: “¿Cómo le hacemos? , así”; entonces, de alguna forma, tienes como un respaldo, no sé cómo decirlo. Y en la calle no, o sea, es como tu responsabilidad, de alguna forma...

A: Sí, que aunque estemos en la calle creo que también, pues la misma gente y la misma sociedad pone reglas ¿no? Como, de que hay ciertas cosas de que no tendrían que suceder, que, entonces, yo creo que uno se siente a lo mejor, como, más libre ¿No?, como cuando estas dentro de la institución.

I: Sí, pero precisamente esa libertad es como más responsabilidad, o sea como, aquí hay más responsabilidad.

A: Sí, y al final la gente, si estas en la calle o en la casa del chico también habrá otras personas que estén ahí y que marcan cierto, con sus miradas, con sus formas como de acercarse, también te marcan como, pues, cierta forma de ¿no? O sea, al final cuando uno va acompañando, creo que, a veces aunque sea en la calle como que es muy notorio. A mí, me ha pasado un poco de que me voltean a ver ¿no?, porque notan algo no sé. Bueno, a mí me ha pasado que, yo siento las miradas de que, de alguna manera, algo sucede y de que, a lo mejor te voltean a ver y en esas miradas esta, pues, el que uno tenga que hacer ciertas cosas ¿no? Por ejemplo, que si al que estamos acompañando de repente, empieza a, a mí me paso con un chico que quería agarrar todo lo que estaba en una librería ¿no? O sea, tomar todos los libros y pues la gente voltean a ver ¿no?, los de la librería te ven, como, de alguna manera, como de “dile que no” ¿no?

I: Pero eso me hace pensar como en, un poco también, en inscribir en esta persona de que están los otro ¿no? O sea, por ejemplo, yo lo pensaba también en la chica esta, en que ordenaba al mesero, así pues, con malas palabras, cosas así, entonces como encuadrar, no sé, como, a lo mejor sí normalizar ¿no?, de cómo son las relaciones con los otros, cómo a veces hay que hablarle a las otras personas, como para que te hagan más caso que hablándole que de la forma en que lo estaba haciendo, o sea, sí, siempre están los otros, esos también, creo que estas personas también su dificultad es como un poco en relación con los otros ¿no?. Precisamente

como la socialización en el acompañamiento terapéutico, crear un lazo social, a partir de eso, de una forma más, no sé, cómo decirlo, no sé...

+Parece que no hay tanta diferencia entre hacer un acompañamiento afuera o adentro de una institución, aparece esta miradas de normalizar. Qué momento ¿no? En la librería, con el mesero... ¿Cuál es el lugar el acompañante ahí?

A: Yo lo pienso, en el lugar del acompañante como un lugar en medio, o sea como un lugar de puente, porque por supuesto uno esta como atento a que la persona que vas acompañando, pues, este bien ¿no?, este, y de que al mismo tiempo está esta parte como de los otros, en que, de alguna manera, demandan ciertas formas de comportamiento para todos, entonces el acompañante como que media ahí, yo siento que es un, es una cuestión de que está como en un ir y venir ¿no? Y que por supuesto uno va acompañando y el, este, al que acompaña no quiere ver a los otros, pues claro uno interviene, de alguna manera, ahí uno también dice no ¿no? Pero también, por supuesto que, si es algo que está haciendo, por ejemplo que se pone a gritar y los demás, pues también, se tendrían que tolerar ciertas cosas ¿no?, entonces, pues, son como esas sesiones que si implican una parte de responsabilidad y que, de alguna manera, uno tiene que, lo más importante creo que es salvaguardar al mismo tiempo a los otros y al acompañado ¿no? Por ser un peligro para él, para los otros, este, no sé, yo creo que ese sería el punto primordial como de esa responsabilidad, si hay cosas que para nada implican un peligro, pues será libre de hacerlo ¿no?

+Eso me sugiere pensar en dos responsabilidades sobre el acompañante, o sea una con el sujeto acompañado y otra como con esa demanda social ¿no?

I: Si, yo creo que este término, que uso ella, de puente se me hace muy preciso, como de es ese el lugar en algunos momentos ¿no? O sea, a lo mejor, sobre todo cuando estas con otras personas, por ejemplo en un salón de clases o en la calle con mucha gente, algo así ¿no? Pero yo lo pienso como lo principal, como favorecer el bienestar de la persona ¿no?, como, bueno no sé si da bienestar, sino, como que el trabajo favorezca, que la persona que estamos acompañando adquiera herramienta, por decirlo de alguna manera, como para moverse en el escenario ¿no?

+ En esto de las herramientas... me preguntaba ¿Cuál sería el objetivo del acompañamiento?

A: Pues, en algún punto, o sea, también depende de a quién, en dónde, eso es como primordial para saber, como, la dirección del acompañamiento, pero creo que en algún punto, por supuesto que en ese puente también está la relación que uno construye con la persona ¿no?, entonces, es poder construir un vínculo y que los dos puedan construirse a partir de ese , o sea el acompañante se construye a partir del vínculo con su acompañado y el acompañando se construye con su vínculo con el acompañante, porque finalmente nos construimos con los otros ¿no? y en esa construcción, pues, justamente lo que se intenta es que devenga algo distinto

¿no? Es un vínculo que tiene como objetivo primordial, este, que hayan, que devengan cosas distintas ¿no? Y en esa construcción mutua, pues, puedan estar con los otros.

I: Yo lo pienso, por ejemplo en el primer acompañamiento que hice y de alguna forma sería un poco eso, es que en algún momento esa persona que acompañas no necesita el acompañamiento, o sea, como que pueda, aprehenda, o que tenga las herramientas como para hacer las cosas, o sea, como para él mismo contenerse o para saber cómo moverse en ese medio y que en algún momento pueda hacerlo solo y él sentirse bien ¿no? Como sin necesitar que haya alguien que esté ahí o como sabiendo que se puede equivocar pero no pasa nada ¿no?, cosas así, como haciendo a la persona un poco más independiente.

+ ¿Cómo son los finales del acompañamiento? Es decir ¿cómo se termina?

I: Pues, en este caso, bueno hablo mucho de este caso porque es en el que más he trabajado y los otros también han terminado como por diferentes situaciones, de dinero y así, pero en este yo decidí terminarlo porque precisamente veía que esta chica ya podía hacer muchísimas cosas sola, que se movía perfectamente en el medio, que además interactuaba mucho más, o sea como, y a pesar de eso necesitaba mi presencia como para hacer las cosas, pero ya era una cosa más de apego, entonces yo decidí terminar el acompañamiento por eso, porque yo veía que podía, que estaba mucho mejor, o sea con muchísimos avances, pero ella necesitaba como verme ahí, entonces, empecé ahí como el final del acompañamiento ¿no?, de hecho tome la decisión en enero, para terminarlo en junio, a final de ciclo escolar, como de empezar el desapego, como dejarla un poquito más sola, como irle explicando todo eso, que no era que estuviera como despidiendo de ella, sino que solamente ya no iba a estar con ella en la escuela, pero que podíamos tener un, este, seguimos viendo de vez en cuando, que no la estaba abandonado ¿sabes?, como para que no tuviera esta sensación de abandono, sino que ella ya puede hacer muchas cosas, que estaba grande, así, como todo eso, pero sí fue precisamente por todo eso, porque me di cuenta que muchos de los objetivos que habíamos planteado en el acompañamiento se habían logrado y que ya nada más era como una cuestión de apego. Y también como transferencia como de las dos partes ¿no?, también así de mi parte ya era como mucho más cariño, como mucho más así, otras cosas ¿no?, pero que no eran los objetivos del acompañamiento.

A: Si, yo creo, yo veo algo parecido, yo no he tenido un buen fin de acompañamiento, este, en realidad los únicos acompañamientos que hasta ahorita he terminado, pues fueron los acompañamientos que fueron muy cortos ¿no? Y en realidad, ahí qué tanto se pudo hacer realmente una labor de acompañamiento, creo que no mucho, pero si efectivamente creo que el acompañamiento tendría que terminar cuando el sujeto va logrando hacerse un lugar en ese espacio social y esa institución le ha dado un lugar a ese sujeto, porque muchas veces es como esta imposibilidad, por ejemplo de la escuela como de no poder lidiar con el chico y entonces buscan el acompañante ¿no? Porque justamente hay como un choque en donde, ni el chico se haya en la escuela ni la escuela haya cómo este chico puede estar dentro, entonces creo que el

fin tendría que venir cuando eso ya sea anulado, cuando el sujeto tiene un espacio ahí dentro, tanto porque él se lo hizo, tanto porque la institución se lo dio ¿no? Y un espacio digno ¿no?, un espacio de respeto donde se dé lugar a sus particularidades, no, en un intento de normativizarlo y entonces de que ya esté dentro de la institución, sino que la institución le abra un espacio para él como sujeto singular, creo que en ese momento se tendría que acabar el acompañamiento.

+ ¿Cómo se trabaja con esta proximidad? Esto que mencionaban del apego y el fin del acompañamiento.

I: Pues desde el análisis, creo que desde el propio análisis es desde, yo tuve que hablarlo mucho en análisis como para tomar la decisión así de separarlo, lo profesional porque aunque parezca como; luego me acuerdo de unos amigos que me decían: *Tu nada más vas a jugar con tú amiguita, y cosas así*, pero es un trabajo, vas estrictamente a un lugar que vas a trabajar, como de terapeuta, como de acompañante o lo que sea, entonces, yo creo que solamente desde el análisis y ya también de las supervisiones, que se puede llegar hacer esta distinción entre la transferencia, que obviamente también ayuda como hacer un trabajo, pero también hay la transferencia que te impide hacer un trabajo. Además la transferencia en este tipo de personas a las que acompañamos que realmente si es como el término que se usa, como masiva, es una transferencia así que te demanda muchísimo ¿no? Entonces también te puedes perder como en eso ¿no?

A: Creo que es importante, justo el análisis y las supervisiones, lo que en algún momento te podría dar un lugar o una ubicación de dónde estás tú, o sea yo no estoy, como tener claro estas cosas, de que, en una escuela él ya tiene maestra, no necesita una maestra; él no necesita una niñera a lado, o sea ¿qué es lo que necesita?, en ese punto el acompañamiento tendrá que, como que hay que tener muy determinado cuál es ese lugar y para qué está uno ahí, y aunque por supuesto que se juegan afectos, porque uno puede estar ahí cotidianamente y te llega ¿no?, o sea, por ejemplo uno también es humano y siente ¿no?, aunque estés ahí trabajando, pero en algún punto siempre tienes que regresar al para qué estás ahí, yo creo que sí, tú vas a tener una serie de afectos, vas por una serie de cosas que pasan ahí, pero uno tiene que estar regresando al ¿por qué estoy ahí? ¿Cuál es mi lugar?, este, ¿Cuál es el sentido de mi presencia? ¿No? Porque si no lo perdería y me convertiría en otra cosa, menos en un acompañante, sería un vínculo de otro orden

+ Esto del análisis y la supervisión me parece importante, o sea es como otro que les da referencia en su vínculo, ¿Es necesario este otro? Se me viene a la mente la palabra simbiosis, es decir sin esta referencia...

A: Que la hay, o sea, hay simbiosis, o sea el vínculo se da ¿no?, y uno lo vive y está ahí dentro mientras, yo creo que mientras estas en el acompañamiento el vínculo sucede ¿no?, uno lo reflexiona después y estás planteando que es lo se va hacer después, pero mientras estás ahí es el vínculo, está sucediendo y uno no puede estarlo ni pensando, y también, con él a posteriori, uno puede poner ciertos límites, el acompañamiento tiene límites, a eso me refiero con que sabes cuál es tu lugar ¿no?, no como maestra, no le voy a estar poniendo un trabajo escolar de cierto tipo, diferente, no voy a estarle diciendo, este, las reglas las pone, las encarna la maestra, entonces el acompañamiento tiene límites de su función y ahí es su lugar.

+ ¿Cuáles sería los límites del acompañamiento? No me quedo muy claro...

A: Bueno uno serían los límites de que se acabó el acompañamiento y otro el límite de plantearte cuál es tu rol.

I: Si yo lo pensaba en esto del lugar, cuando te asumes en otra cosa, como la maestra, como la que sabe que se debe hacer y que no y eso creo que es un límite muy claro. Que no creo que haya una forma de saber hacer vínculo, incluso porque estás trabajando con personas diferentes, entonces, el vínculo como lo haces es muy diferente, uno con un adulto, otro con un niño, otro con un autista, otro con hiperactivo, con una persona en sí, para no poner etiqueta.

A: Pero creo que hay que querer hacer el vínculo ¿no? Si uno no quiere, pues entonces está ahí como para...

I: Si, de chequeo a fin de mes, eso no es hacer vinculo.

A: Tiene que haber el querer estar ahí con esa persona, el querer hacer vinculo, y conocerlo, y acércate, y apoyarlo y no sé, que haya un querer estar ahí.

+ Esto me habla como de disponibilidad de vinculo, pero no sólo se necesita de la suya sino la del acompañado ¿no? Si ustedes ponen este querer estar ahí ¿Qué pone el acompañado?

I: Yo creo que también, el ser acompañado, porque puede haber alguien que se resista a eso y entonces tampoco se puede trabajar, no es que tú quieres y le echas ganas, que le echas las porras, si la persona no quiere es como muy difícil. A lo mejor, por ahí en alguna rupturita entras ¿no? Pero creo que sí, también, es una cosa de querer del otro.

A: Sí, no puedes obligar a nadie a ser acompañado, ni a hacer el vínculo, en algún punto, y aunque está toda esta cuestión de no "*quiero que estés aquí, no quiero ser acompañado*" habrá un momento que a lo mejor sí ¿no? A lo mejor tú notas que sí ¿no? Yo conozco personas que no querían ser acompañadas y cuando se fue el acompañante a la persona le dolió, o sea había, puede ser que no lo expresen o lo digan tal cual como "*sí, no quiero al acompañamiento*", pero por debajo uno podría leer que a lo mejor sí.

I: Tal vez tendría que ver también con la transferencia ¿no? De la persona, o sea porque puede haber alguien que quiera ser acompañado pero si no hay esa transferencia con el acompañante, como en el análisis, no puede haber.

+ ¿Qué pasa en estos momentos en donde les dicen que no quieren acompañamiento, que se vayan?

A: A mí me han dado ganas de irme, pero en algún punto...

I: Es que uno piensa así de cómo lo interpreto, pero es diferente enfrentarlo, porque puede que sí sientas feo, así de *chale que le digo, no sé*; pero también depende, por ejemplo ahorita estoy trabajando con un chico que es como muy manipulador entonces es de “*no quiero que vengas ya*” tiene que ver con que quiere hacer a fuerza lo que quiere, o sea otra cosa, que es como una especie de chantaje, entonces por eso es distinto que él me diga “*me cae mal, ya no quiero que vengas*” a que otra persona me lo dijera, pero depende también de cómo se esté trabajando, o así, qué hizo surgir esa respuesta de la persona. Yo en este chico lo interpreto como chantaje, en otros casos no sé.

A: Y que siempre hay cierta resistencia ¿no? No creo que haya nunca en un acompañamiento que el sujeto no ponga resistencia ¿no? Si en los vínculos cotidianos ponemos resistencias el acompañamiento también va haber ciertas resistencias y hay que trabajarlas ¿no?, y si, o sea, uno puede, ante las resistencias puede sentir muchas cosas ¿no?...

I: Frustración quizás a veces también se podría sentir. Yo recuerdo en otras ocasiones, que no es directamente el “*no quiero*” pero es el ignorarme o cosas así, entonces son cosas así más o menos.

A: Claro, porque en algún punto uno sabe que esa es una forma, de dificultades, o sea es uno de los pilares a trabajar, entonces, pues uno busca las formas de bordear la resistencia ¿no?

I: Si, porque precisamente en esas resistencias o en ese “no querer” en donde está el punto del trabajo, creo a veces.

A: Y a veces si hay que irse y luego regresar.

+ ¿Qué pasa cuando agreden al acompañante?

A: No me han pegado, pero si hay crisis ¿no?, o sea un momento donde la persona puede estar muy mal y si por supuesto que puede agredirte, gritarte o decirte toda una serie de cosas ¿no? Pero, pues las crisis son parte también del proceso ¿no?, uno tendría que esperarlas ¿no?, no puede haber, si no hay crisis creo tampoco estaría pasando mucho ¿no?

I: Creo que también lo que permite que te quedes es no tomártelo personal ¿no? O sea, sabes que realmente no es a ti, no es una cosa o una agresión que para ti, es algo, tal cual que está pasando, entonces, porque si te lo tomaras personal lo mandas a la chingada, pero estas en tu función de acompañar

+ ¿Cuál es la función de acompañante?

A: Pues yo creo que a esos momentos de agresión también hay que poner un límite ¿no? Como acompañante no creo que puedas permitir que la otra persona te esté agrediendo y agrediendo...

I: Si, es esta parte de hacer las cosas distintas ...

A: Que los otros existimos, o sea, hay que contenerlo, hay que trabajarlo pero también poner el límite ¿no? Y es que es eso justamente la dificultad muchas veces, de los afectos que se desbordan ¿no? Y el acompañante tendría que, pues en algún punto, ese es su chamba ¿no?, o sea, como poder darle lugar a eso y trabajarle y ver cómo se podría construir distinto, que también esa persona se mire en esa relación contigo ¿no?, que muchas veces no nos dimos cuenta cuando debimos....

I: Y a veces también lo que buscan es contención ¿no? Más como que, reacciones de como que te vayas o así, como que necesitan ser contenidos, entonces como que también es esa diferencia, a veces necesitan que la persona esté ahí para mirar eso.

+ Se nos comienza a terminar el tiempo, por lo que me gustaría hacerles dos preguntas muy puntuales y después seguir desplegando sus experiencias hasta la hora acordada. Les preguntaría de manera burda ¿qué es el acompañamiento terapéutico?

A: Yo pienso que el acompañamiento es algo moderno, que tiene poco tiempo, que de alguna manera se empezó a poner como una estrategia, que se empezó a plantear como una posibilidad, tiene que ver, sí con un dispositivo ¿no? que me parece que toma en cuenta al sujeto, en cuanto a que lo primordial es hacer un vínculo y a partir de eso trabajar y ver que puede suceder, porque también, cuando preguntabas cual es el objetivo del acompañamiento o la función del acompañante, yo pensaba, es que muchas veces no se sabe ni que va a pasar con el acompañamiento ¿no? es algo que no se puede calcular. El objetivo, más bien, es hacer un vínculo y estar ahí con el otro ¿no? que va a suceder, no lo sé. Y lo pienso yo, como en algún punto, como una posibilidad más para esa persona, que no todo mundo la tendrá, o sea, no todos pueden tener un acompañante y ojalá que nadie lo necesitara, pero ahorita se plantea como una opción y me parece que puede traer cosas distintas a otro tipo de estrategia o tratamientos.

I: Lo estaba pensando como un dispositivo terapéutico llevado a lo social o como a los lugares comunes, como que no en un lugares cerrados.

+ ¿Qué es la locura?

I: Un proceder, un actuar, tal vez distinta a la norma...

A: Sí, tiene que ver con el sin-sentido justamente, a lo mejor, por ejemplo, las palabras ya no alcanzaron ¿no? un momento en donde...y eso nos pasa a todos ¿no? a todos los sujetos, en

un momento de sin-sentido, de locura, ajá, así de cuando dicen “te pusiste loco” ¿no? es no sé, en la escuela cuando un chico puede destrozar todo un salón y estallar de enojo, para mí eso es locura, cuando vas a un lugar y te pegan de la nada, que no tiene sentido y esos actos los encuentras muy seguido en todos los lugares.

+Gracias, ahora así hasta acabar. No se puede acompañar entonces a todas las locuras a cuales se acompaña, por así decir. ¿Para quién va dirigido el acompañamiento?

A: Pues sí, va dirigido a alguien que pareciera que está necesitando de la presencia de otro ¿no? en su estar, o sea sí, no se acompaña a todo el mundo eso es cierto y pues generalmente a quien se acompaña, pues a los psicóticos, ahorita a los chicos en las escuelas que las escuelas ya no pueden con ellos, a los adictos, a los trastornos alimenticios ¿no? generalmente sí, se plantea para cierto tipo de sujetos donde pareciera que ante su malestar no hay otras formas que no están pudiendo trabajar con eso ¿no? o sea, para mí, hay una parte de no saber hacer, en cierto casos críticos me parece que el acompañamiento es el único recurso o el último recurso ¿no? Si ya no funcionó la terapia, si ya no les funciona el medicamento, se está tomando, o al menos generalmente yo lo veo así, se busca como última opción ¿no? como de una manera de que lo otro ya no funcionó, entonces veamos si esto puede funcionar.

+Seguro que tú (M) no siendo acompañante terapéutico pero si psicólogo, nos podrás comentar algunas perspectivas de ¿qué es la locura? y tu comentario sobre los acompañamientos.

M: Yo creo que, es muy foucaultiano, es la legitimación de la razón, es una, ahora si lo piensas como en el arte, cosas así, o sea es necesario que exista, o sea si no hay ese personaje que, no diría un quiebre con las normas, pero sí con el sin-sentido, si no existieran esos sin-sentidos no habría cosas que fascinaran tanto ¿no?, el arte por ejemplo no se aprecia en un momento específico porque no entra en los cánones, pero cuando se sale del canon abre y se retoma como el surrealismo, por ejemplo las vanguardias, o sea ahorita las podemos apreciar porque se ha neutralizado ese sentido, lógicamente tiene que ver con el sistema simbólico, o sea alguien que se sale de la norma, termina siendo capturado después. Se sale pero en algún momento el sistema simbólico le dice “ven para acá”

Pero si concuerdo con la idea que decían de que si hay muchas locuras cotidianas, lo que sí creo es que la sociedad no hecho lo suficiente para trabajar con sus locos y creo que los acompañantes los saben más ¿no? o sea, de que la medicina sigue teniendo el poder insoslayable y creo que el acompañamiento lo cuestiona. El otro día una compañera decía que hay licenciatura de acompañamiento en Argentina y que aquí no existe nada de eso...

+ Perdón, pero me parece un tema muy relevante, ¿qué pasa con la profesionalización del acompañante terapéutico? ¿Cuál es el saber que se legitima?

I: Y también como las políticas públicas y todo eso ¿no? porque hacer rato que preguntabas de qué es el acompañamiento yo lo pensaba como algo muy de elite, muy de recursos altos

¿no? porque si no pueden pagar no ponen un acompañamiento y en otros lugares si te paga el seguro el acompañamiento, entonces eso lo hace también distinto.

A: Si el diploma lo que certifica es que conozcas alguna cosa teórica ¿no? y según porque muchas veces puedes tener un diploma. Eso es algo de que el papel dice que tienes cierto tipo de conocimiento, para hacer vínculo, para estar con los otros, etcétera, desde lo teórico. Pero cómo te anudas tú en el vínculo no lo puedes saber más que con tu práctica, con los efectos que veas desde tú acompañamiento, las personas de la institución, el sujeto mismo y sus familiares. Es como el único testimonio de ese acompañamiento, lo que el mismo sujeto y los demás puedan decir de él y tú como acompañante.

Ahora pensaba como en esto de ¿a quién se acompaña? que fue una pregunta que me provocó mucha dificultad contestarla, porque hay toda una serie de que se dice a qué trastornos o a qué tipo de personas se le daría y sí, efectivamente se acompaña a los que tienen la posibilidad económica ¿no? esa es en primera y en segunda, que a lo mejor se plantea para cierto tipo de personas en donde su relación con los otros y con la sociedad está llevando, como un tipo más disruptivo, como de ruptura, donde pareciera que ya no hay cierta estabilidad, cierta armonía con ellos ¿no?.

M: Sí, esto de la legitimidad, del papelito de la licenciatura, vaya son como discursos del nuevo amo ¿no? o sea, discursos de saber cuándo la locura, si es que aparece es como un saber diferente o sea, como esa cualidad de la locura, porque siempre se olvida, porque siempre la locura implica un saber diferente sobre algo o sea estar loco es saberse o contarse una verdad distinta y eso no lo puede legitimar, ni el Estado, ni las relaciones, o sea la presencia de un discurso universitario es creer que se puede articular en un saber encerrar algo que no parece tan cerrado. Pero técnicamente si están cerrando la locura, porque te dicen qué hacer, o sea tú puedes criticar y demás pero tienen una función, está la función de saber. Y entonces ya pueden saber hasta como acompañar ¿no? como se juegan todos los saberes ¿no?

+Me gusta esta reflexión sobre esto de, el saber hacer vínculo, lazo y todo eso, lleva su título de la mejor universidad; ahora está todo esto de que va dirigido para los que tienen el presupuesto... o sea, aquí en México... mmm... creo que sería diferente....

M: Es que, me pregunto, el güey que acompaña, el acompañante lleva así como lo social ¿no? O sea lleva sus instituciones ¿no?, por así decir, Cómo el sujeto que acompaña, el acompañante a introyectado ciertas normas sociales ¿no? o sea que no se desliga de esas instituciones o sea tal vez en la escuela es más notorio, pero afuera, él también lleva sus normas, él también está jugando con unas normas que ha tenido introyectadas y creo, de a bote pronto, que ese vínculo, eso del puente, tiene que ver con eso coyunturas que puede hacer desde su misma ideología desde sus mismas normas. Como un acompañante terapéutico que no hace ciertas cosas como normales, vaya, pero sí creo que hay una directriz que sigue siendo no sé si la norma, no sé...

A: Bueno, pero también habría que pensar que el acompañamiento se plantea o tiene un discurso que lo rodea en cuanto a eso, cuando tú estás en el acompañamiento no estás pensando en si el otro está loco, autista, neurótico, estás en el vínculo, no parte de “voy hacer vínculo con un chico autista de cierta forma”, o sea uno se relaciona con un sujeto y punto, o sea creo que también le da la posibilidad al acompañamiento de cosas. Porque a partir de eso, cuando estas con el otro, y uno apuesta que es un sujeto que está aquí y que hay que hacerle un espacio, da al acompañamiento otro lugar, por eso también creo que está teniendo mucho auge ¿no? porque en algún punto si puede aportar cosas distintas, aunque si hay una cuestión de la norma, de seguir las reglas, del insertarse al mundo social, pero también tiene otra dimensión, no solamente esa, digamos.

M: Y esas es como la demanda de, sí de la escuela pero también de los familiares está muy cabrón, o sea... porque ese familiar juega con sus mismas ideas, normas, no sé, o sea, ¿qué les demandan los familiares? Así de quiero que haga...

I: Pues de entrada creo que el chico o la chica siempre han estado ahí en ese lugar, o sea por ejemplo yo me acuerdo que con A, la escuela como que lo condicionó, al acompañante sino no podía estar ahí, porque si no tendrían que estar en otro lugar.

A: O ¿quién sabe si hubiera otro lugar para ellos? O sea parece que las escuelas y la educación, y paso un caso hace poquito en España donde dijeron a un chico “en ninguna escuela” ¿no? Y se fueron a juicio, porque los papás demandaron que en ninguna escuela lo aceptaban y sí, pareciera que entonces la institución no le abre las puertas si no es con esta condición. Que es también una imposibilidad para la educación y para las escuelas, o sea, la educación está en crisis pues, con los chicos ahora no saben qué hacer con ellos, no saben cómo tendrían que, cómo poder estar con un chico así sin acompañante, o sea las escuelas están ahorita como en una crisis ¿no? y se acompaña, aunque uno está acompañando a un chico, la verdad es que también acompaña a la escuela.

I: Sí, al grupo, a la maestra...

A: Sostienes a la escuela...

M: Discursivamente la escuela está no hecha para estos niños a menos que la acompañes. Además son escuelas particulares ¿no? que pertenecen no se en tu caso (I) a círculos específicos ¿no? en la escuela pública ¿qué pasa?...

I: Los maestros se vuelven locos, o los dejan ahí, por ejemplo yo cuando entre una maestra me decía “es que, pues, antes de que tú llegaras Z estaba ahí como animalito”, o sea ella no hacía nada por vincularse con ella, en vez de que ella estuviera dando vueltas ahí en el rincón, como que acercarse. Prefieren ni siquiera voltear a mirarlos o sí, también con tantos niños es así, se vuelven locos los maestros.

A: Sí, tampoco es fácil para la escuela, claro que si tienen que crear como nuevas formas pero creo que tampoco la escuela la tiene fácil ¿no?, o sea, es una crisis social de todos ¿no? y el acompañante está ahí haciendo malabares entre toda esa crisis creo.

+ Qué tanto se le deja la responsabilidad al acompañante que era de la escuela, o sea, déjeme reformular, lo que mencionaban sobre la crisis en la educación y la condición de poder ingresar para los chicos es con un acompañante, pienso que es algo cómo que a futuro podría no sé...

I: De hecho en una escuela en la que estaba me contaron que el año pasado había 3 acompañantes

A: ¿En el mismo grupo?

I: Sí, 3 acompañantes en un grupo

+Interesantísimo...

A: Sí, o sea el acompañante va cuando los demás ya no saben qué hacer, porque hasta la demanda de los padres que tú mencionabas, a veces los padres también dicen “pues ya no sé qué hacer” ¿no? o sea, “no sé cómo hacerle”, el acompañante viene a lidiar, un poco, con todo eso ¿no? que no se está pudiendo hacer. No es que uno lo sepa, no es que el acompañante vaya a saber mejor que la escuela, vaya a saber mejor que los padres ¿no?, pero como se construye el dispositivo puede aportar ciertas cosas para ir organizando, para ir estructurando ¿no? para ir encontrándole formas, tiene que ver, yo creo que es un poco creativo, por eso no es una cuestión como de receta, el acompañante tiene que tener creatividad para encontrar las maneras y las formas para que esto pueda suceder, sino sólo se aliena a la institución y a las demandas de los padres.

Que, bueno, en las escuelas el acompañamiento es distinto ¿no? los otros chicos, o al menos en donde yo estoy, pareciera que los adultos pueden percibirlo de cierta manera muy extraña, pero los chicos, hasta a veces, quisieran tener un acompañante y como es algo fuera de la norma...

I: Alguien que los observe, ajá...

A: Los chicos lo viven muy diferente, quieren el acompañante o se le ve al acompañante como un privilegio, como algo que le va a dar ganancias al sujeto ¿no?

I: yo tampoco he observado nunca como una mala reacción de, como una agresividad quizás en mí, todo lo contrario, como dices (A), con los niños. Además como que no sólo estas con el niño, también los otros niños se te acercan. Con los adultos, así profesores, pues hay de todos.

A: Si, creo que es muy ambivalente para la escuela porque por un lado le ayudas a sostenerlo pero al mismo tiempo evidencias su falla, entonces pues muchas veces no les gusta.

(con señas se da termino a la entrevista)

+Muchas gracias.

Entrevista 2

Sábado 21/11/2015

A las afueras del Fray, en una de las 4 fondas que hay, me planto con la intención de topar con los acompañantes, estos habían sido congregados ahí por el psicólogo Alberto Herrera con la intención de hablar de un caso de acompañamiento. A medida en que avance la transcripción se notará que poco a poco se van sumando las voces de los acompañantes pues lo que comenzó como una entrevista personal se convirtió en tema de los que ahí estábamos.

Acompañantes:

Juan, Nelly y Miguel

Coordinador de los acompañamientos:

Alberto Herrera

+Hola J, de una vez, que estás aquí, échame la mano con una entrevista.

J: Va...

+Fíjate que la tesis es sobre el vínculo y la locura, me parece que esto de los acompañamientos tiene que ver con esto... yo te preguntaría directo. ¿Qué es el acompañamiento, para ti, en tu experiencia?

J: Si está bien complejo de responder, o sea, en el aspecto técnico pues que te puedo decir, pinche pulsión, hay que darle estructura al paciente y bla, bla, bla, pero ya en la experiencia con distintos pacientes se vuelve mucho más que sólo darles estructura, o sea te vuelves, como una parte de ellos, pues.... ¿no puedo dar nombres verdad?

+Si te preocupa, no los pongo... les pongo una letra...

J: va, va...

Bueno por ejemplo en el caso de L, ahí te das cuenta del, como al estar con nosotros, le devuelve un grado de funcionalidad así, increíble güey, y ni siquiera implica actos de nosotros como tal, o sea, nuestra propia presencia implica, el que, que él tenga estructura, que él sea funcional. Entonces, yo creo que, el acompañamiento terapéutico en México está infravalorado, o sea, no mucha gente entiende la importancia de la labor y no mucha gente la sabe ejecutar a su vez, entonces yo creo que, para futuras investigaciones o futuras charlas sobre el acompañamiento terapéutico, es importante abundar en la importancia, de no manejar el acompañamiento terapéutico como sólo en su aspecto técnico de la enfermedad mental, sino como, el complemento... bueno más que un complemento, yo que es, parte fundamental para el proceso de un enfermo mental, para ser... no rehabilitado sino sentirse parte de algo, por decirlo de una forma o otra.

+Acabas de mencionar algo bien importante J, esto de que el acompañamiento no es el complemento de...me pregunto ¿Cuál sería la función?

R: Es que es eso, no es que nosotros nos tengamos que meter en los aspectos psicoterapéuticos del paciente, o sea, no es, este, no es involucrarse tanto en eso, más bien, es involucrarse en la cotidianidad del paciente, yo creo que es el punto clave del acompañamiento terapéutico, porque, el querernos como acompañantes terapéuticos meter en aspectos psicoterapéuticos sólo crea conflicto, porque, porque puede depender de distintas corrientes, puede depender, variar el enfoque y ni siquiera va ser una comunión real, la

comuni3n real del acompa1amiento es con el paciente, no con el psiquiatra, no con el psic3logo, por decirlo as3. Entonces, yo creo que es importante abundar en eso, en el paciente como lo principal, como, deslindarte de enfoques y meterte de lleno en lo que es el acompa1amiento como tal, el ser el complemento del paciente no de su psicoterapia...

+En ese sentido, cuando estas en el acompa1amiento y t3 vas en la calle, las miradas de la gente son algo importante, me refiero a cuando, a quien acompa1as hace algo extravagante por as3 decir...

J: ...Como contr3lalo ¿no?, aj3, yo creo que, eso parte mucho de la ignorancia, yo creo que es el principal factor, la ignorancia de que, mucha gente no tiene como ubicado lo que es una enfermedad mental y no lo asimilan como una enfermedad, lo asimilan m3s como... un delito por as3 decirlo de una forma, o sea, ser loco, estar loco es igual a ser un asesino, estar fuera de las normas, cosa que es bastante est3pido, yo creo que el proceso de psicoeducaci3n en M3xico, al respecto de las enfermedades mentales, est3 en pa1ales, necesita mucho trabajo al respecto, porque no es que los enfermos est3n excluidos por su enfermedad de la sociedad sino que la misma sociedad los excluye al no estar dentro de la norma. Lo que el acompa1ante s3lo tiene que hacer en esos momentos es contener al paciente, o sea, no, ni siquiera externarle la incomodidad de los otros, o sea no tiene que ser factor en su d3a, s3lo es acompa1arlo, estar con 3l y que su d3a sea lo m3s fluido posible, cuando este interactuando con personas que no conoce, para que se vaya dentro de la norma pero bueno...

+ ¿Qu3 pasa con estos momentos de locura? Bueno... ¿Qu3 ser3a la locura para ti?

J: Es que es, como, es que ser3a una definici3n muy distinta, incluso a la de los libros, o sea, yo la locura la entiendo como un acercamiento m3s a la realidad, o sea, ni siquiera tiene una influencia directa con el no ser real, es m3s una influencia directa al estar m3s conectado con..., como m3s limpio, entorno a lo real del inconsciente, m3s fluido, no con tanta intervenci3n del consciente, entonces... Yo en mi experiencia con distintos tipos de pacientes, ya sea psic3ticos, etc3tera, te das cuenta de c3mo sus procesos mentales van m3s all3 de lo que podemos nosotros entender, hablando de delirios, hablando de, te das cuenta que el asimilarlos no es f3cil, el entenderlos, el lidiar con ellos tampoco, por eso no mucha gente gusta de estar cerca de pacientes psiqui3tricos o de enfermos mentales, pero a su vez es muy interesante tambi3n para nosotros porque estamos dentro del campo, pero es interesant3simo g3ey, el meterte en sus delirios, en, el formar parte de ellos sin que afecte la estructura del paciente, eso se vuelve interesante.

+ Ya llevas rato, acompa1ando distintas formas de locura y esto que me dices sobre entrar en la cotidianidad, c3mo has hecho esto, el v3nculo con el acompa1ado, c3mo entras, digo no eres ni ni1era, ni guardia, aunque ¿podr3a pensarse que por momento s3?

J: Si, la mayor parte de las familias entienden el acompa1amiento terap3utico, como el cuidador...

Se acerca A para saludarnos, al darse cuenta de la grabaci3n, nos pide continuar... corto, pues surge r3pidamente el comentario de aparcarnos en la fonda...Mientras tanto hablan sobre el caso L, las hermanas (que son 2) de L demandaban algo... (A partir de aqu3, la entrevista se ve ejemplificada por el caso que discutir3an)

+ ¿Cómo sería el trabajo del acompañante con las familias?

J: Te voy a poner un ejemplo: la relación L y su-psiquiatra, L y su-hermana1, es ridícula, por darle un adjetivo, ridícula en el aspecto de que, las sesiones de L y su-psiquiatra son más una entrevista de su-hermana1 con su-psiquiatra, que de L con su-psiquiatra, ahí te das cuenta...
Llega N y saluda...

J: Lo que comentaba ahorita con Diego, no somos sus guardaespaldas, ni sus niñeras...

A: Así es, y le dije que aparte de ser incomodo, él (L) al ser psicótico pues le da más paranoia ¿no? Y de momento parece que lo entienden...

J: Pero les dura una semana...

A: No bueno le dura un día, porque al siguiente día me...

Le marcan por teléfono y se retira un par de metros.

+ ¿Qué implicaciones tiene? Que el acompañamiento sea afuera...

J: sencillo, que en acompañamientos abiertos puedes llegar más fácil a la cotidianidad, o sea, puedes ver al paciente, interactuar con el paciente en escenarios reales. En acompañamientos como en hospital, es más institucional, es más rígido, es más aniñera... ser la niñera, entonces yo creo, que los acompañamientos terapéuticos en instituciones, no son acompañamientos terapéuticos tal cuales, son vigilancias. Acompañamiento son en escenarios reales, afuera, en la cotidianidad del paciente.

+ ¿Qué complicado es insertarse en la cotidianidad de alguien? ¿No?

J: Los primero encuentros, por ejemplo con pacientes psicóticos, son muy difíciles, puede ser por aspectos delirantes, por diferentes situaciones, pero conforme van avanzando las interacciones, ya se va estrechando el vínculo, se va volviendo un vínculo real y cuando es un vínculo real, es cuando es realmente un acompañamiento, es cuando deja de ser, él me está vigilando a él está conmigo, él está cuidándome a él está acompañándome, él está haciendo cosas conmigo, él come conmigo, él sale conmigo, él juega conmigo, o sea, eso es lo que es un acompañamiento, no el vigilar al paciente.

+ ¿Cuál sería el objetivo del acompañamiento?

J: El objetivo de un acompañamiento, bueno, lo principal es darles estructura y funcionalidad, es lo primordial, no quiero decir que darles estructura y funcionalidad sea como un objetivo primario porque debe ser un objetivo que debe derivarse de la interacción, pero es la

finalidad, yo creo que el convivir con el paciente te lleva a estructurarlo a hacerlo funcional, un ejemplo es L, que de hace 5 años de no querer hacer nada, no querer salir, no querer hacer nada, ahora él mismo te lleva a la calle, ahora él mismo te dice: vamos a comprar el pan, ahora él mismo te dice: vamos a jugar basquetbol, ahora él mismo te dice: vamos a ver unas nenas...

Llega M y saluda, mientras A sigue hablando por teléfono, yo aprovecho para seguir la entrevista con los 3 acompañantes ahora...

J: Incluso cuando L te dice: vamos a aventarnos (refiriéndose a las nenas) yo pongo mi casa, te das cuenta de que ese es un vínculo, ese es un acompañamiento real.

+N y M ¿Qué es el acompañamiento?

N: Mira, pues acompañar, lo que he notado es, mmm... como la palabra lo dice pues acompañar al paciente en medida de sus posibilidades en el ámbito en donde él pueda desarrollarse, digo, hay acompañamientos en hospitales, su casa, es en medida de lo posible que él se integre a lo cotidiano, eso es esencialmente un acompañamiento.

+ ¿Cómo han sido para ti los acompañamientos en la calle, o en casa?

N: Híjole, esta cabrón, no pues, más bien es muy chido, no llevo tanto tiempo en esto, pero es muy chido porque no los limitas ¿sabes?, en el ámbito hospitalario quizás no tienes como tantas opciones, como para hacer, además el estar en un hospital es como un área deprimente ¿no? No tienes como mucha movilidad, entonces salir a la calle te da esta pauta como de hacer más cosas y a parte que el paciente se dé cuenta de que puede estar en la sociedad, o sea, no nada más como un dato atípico sino que puede todavía integrarse.

+ ¿Qué genera en ustedes el acompañamiento? O sea, cuando estas en camino a realizarlo...sobre todo en los primeros acompañamientos...

N: Pues, al principio bastante inseguridad, porque pues no sé, entras con la idea de, tengo que tener un esquema rígido, tengo que cubrir cada horario que tengo con él o con ella, todas las horas y pues cuando en realidad no es así, es simplemente hacer actividades cotidianas, que pues ambos puedan estar haciendo juntos.

+ ¿Qué sería la locura para ti?

N: Híjole, pues es más bien otro esquema de pensamiento ¿no? No es como tal, una definición que te pueda dar, sino es simplemente salirse de..., es otra estructura vaya, y ya...

+ ¿Qué es el acompañamiento? M

M: ¿Qué es el acompañamiento? Pues creo que es, estar donde nadie puede estar, o sea, como, de donde la familia no está, o ahí, o sea, la familia o el hospital o lo que sea, creo que no hay un vínculo, es donde entra el acompañamiento, el acompañante perdón, creo que es el lugar en donde nadie puede estar, o casi nadie lo soporta...

+ ¿Qué función tiene ese lugar?

M: Pues dependiendo, creo que depende del paciente, depende de las necesidad por lo que se está requiriendo, se va adaptando, no es como rígido, creo que se va moldeando de acuerdo al paciente, este, si bien no solamente es para psicóticos, puede ser, creo que básicamente es donde nadie puede estar, está el acompañante.

+ ¿Qué sería la locura?

M ¿La locura? Creo que sería como vista con la psicosis, pero creo que no tiene que ver con la psicosis necesariamente, sino que puede, este, puede estar enloquecido un neurótico o un psicótico o un perverso, o sea, creo que no están pegadas, creo que se asocia mucho la locura con la psicosis y no necesariamente, hay psicóticos que no desarrollan locura, o sea que no enloquecen...

J: Se asocia más a lo delirante

M: ajá, y creo que no tiene que ver con eso.

+ Esta ya es pregunta para todos ¿Cómo los marca, a los acompañantes, el acompañado?

M: Yo soy más de psicoanálisis, yo creo que es otro dispositivo, yo creo que con el otro, el, o sea, tú estás en tu consultorio ¿no?, como desde tu lugar, este, y creo que es otro lugar ¿no? Por ejemplo no es lo mismo que vaya un paciente a tu consultorio, que tu vayas a la casa de él o al hospital, o sea es diferente ¿no?, si bien yo retomo muchas herramientas del psicoanálisis, se van, si bien el psicoanálisis no trabaja sobre el acompañamiento, no habla nada sobre el acompañamiento, entonces...

J: Hasta se podría conflictuar, aunque si puedes usar herramientas como bien menciona M, yo creo que como dice M, es otro dispositivo, es completamente distinto en el momento en que tú te pones en el lugar del paciente, no el paciente en el lugar del tuyo, que sería el escenario del consultorio. Lo importante de esto es el diferenciar que en un acompañamiento, tú eres el que está en el lugar del paciente, no el paciente en el tuyo, eso es primordial, si no haces eso, simplemente estas dando terapia a domicilio y eso es un erro grabe.

M: Y creo que el acompañamiento no es cuidar solamente, o sea, el acompañante no es un cuidador sino que tienes que hacer intervenciones ¿no? Psicológicas, psicoanalíticas, conductistas, creo que no se cierra aun solo o a una sola rama de la psicología, sino que tienes que tomar otras herramientas porque así lo requiere, o sea, depende de las necesidades de la persona que estés acompañando, creo que va retomando otras corrientes...

+ Yo creo que es muy difícil, ya ustedes me dirán, quitarse de ese lugar de custodio, de niño. Aunque hay como una primera demanda de las familias, vamos a ponerlo así o de la escuela...

J: Te vuelves el responsable de...

M: Si, yo creo que no hay que quedarse pegado a eso, a ese lugar que, a esa demanda que te están haciendo los otros, sino que desde ahí, creo que tú tienes que, si bien tienes que cuidar y salvaguardar la integridad del paciente porque, o sea, porque si están pidiendo un acompañamiento ¿no? Lo que te decía de este lugar que nadie puede soportar, ahí tiene que haber alguien que soporte ese lugar, tienes que aguantar, creo que es un lugar medio complicado el del acompañante, porque juegas como en cancha de visitante ¿no?, juegas como visitante, o sea y estas como, o sea no puedes llegar a la casa o a la institución y poner tus reglas, como en un consultorio por ejemplo ¿no? O sea, ahí tienes que adaptarte y más o menos torear esas demandas de la institución o de la familia o de lo que sea ¿no? Hasta la del mismo paciente ¿no?

N: O sea, el acompañado tiene que tener movilidad al final de cuentas está en su entorno ¿no? Entonces, si, podemos proponer, podemos hacer, podemos esto, el otro, no imponer. Al final de cuentas el paciente es el que va a determinar quizá las actividades, por ejemplo, basándonos en el caso de L ¿no? Si algo no le gusta, pues no se lo vas a meter y si ves que al contrario, de eso, lo está irritado y todo eso, pues entonces tienes que cambiarlo ¿no?, o sea debes de basarte en sus necesidades no tanto en la de la familia, porque la familia lo que quiere siempre es contener ¿no?

+ ¿Qué hacemos con este lugar? ¿Nos quitamos o nos quedamos?

M: Creo que no es quitarnos, más bien jugar con ese lugar, o sea, si la familia te dice que el paciente tiene que, no tomar agua (tanta agua, refiriéndose al caso L), algo muy particular en L por ejemplo ¿no? Es esta cuestión oral, o sea, él tiene que estar siempre tomando, comiendo, fumando, algo, o sea esta oralidad es muy fuerte ¿no?, entonces tienes que, si responder un poco a la demanda de la familia porque si no te sacan cargando de ahí, o sea “no estás haciendo lo que yo quiero”, como en esas dos partes, pero también hacer una intervención desde tu lugar, porque no solamente es ir a cuidar un paciente ¿no?, no es cuidar

es acompañar y creo que eso es muy diferente, cuidar que acompañar. Que si bien en el acompañamiento, creo que también se cuida un poco la integridad del paciente, tienes que hacer una intervención, tienes que intervenir y marcar algunas coordenadas clínicas para ver hacia a donde apunta el acompañamiento y qué es lo que quieres ¿no?, a mediano, a corto y largo plazo.

+Parece que el acompañante tiene mucho trabajo con la demanda en este caso de la familia, pues la demanda parece que tiene que regularla y al mismo tiempo darle lugar porque si no te echan...

M: Creo que muchas veces también, cuando se requiere un acompañamiento, no solamente es para el paciente el acompañamiento sino, creo que también, es para la familia ¿no? O sea, la familia también hay que acompañarla y hay que sostenerla un poco ¿no? O sea, en estas respuestas que también puede haber, a veces medio engañosas o medio, creo que ahí también se va jugando el acompañamiento. O sea, tanto en la familia, la hermanas o los padres o la misma institución ¿no?

N: Yo creo que es esa cuestión es como un estira y afloja con la familia, es, si, saber mediar en esta situación, porque pues si me ha tocado, quizá no es nuestra función o la primordial, pero si es saber mediar entre las necesidades del paciente y tal vez las demandas de la familia, como jugar un poquito con el discurso quizá, que si tu propones algo y no se acepta, bueno pues entonces lo modifico un poco, lo vamos encubriendo y haces que a final de cuenta este como mediada la situación.

J: Se tiene que mediar, efectivamente, pero yo creo que es más importante mediar en favor del paciente, o sea, si la demanda de la familia irrumpe en las necesidades de un paciente, ahí la respuesta como acompañante es darle lado al paciente, porqué, porque como dijo M hace rato, nosotros somos los que estamos en el lugar que ellos no quieren estar y ellos al no estar en ese lugar, no pueden demandar algo que no pueden complementar o cubrir.

+ ¿Se puede encerrar en el acompañamiento? Digo no arquitectónicamente, sino, ¿habría algo manicomial en el acompañamiento? O sea, por ejemplo aceptar la demanda del familiar completamente...

J: ajá, de hecho, yo creo que lo óptimo sería cerrar el acompañamiento, evitar en la mayor medida de lo posible, evitar demandas de la familia, si se puede darles la vuelta, hacerlo.

N: Definitivamente sí, pues en cuanto a las actividades, y repito, a la demanda de la familia que quieren que se haga algo quizá, pero obedeciendo simplemente a sus demandas ¿no?

+ Para poder escuchar la demanda del acompañando, se tendría que forjar mmm... una relación, un vínculo... bueno mejor, primero ¿hay un saber hacer lazo?

J: No, el vínculo se va forjando normal, entre dos personas, tiene otras implicaciones, dado la estructura mental del paciente pero a fin de cuentas es una relación personal, que se crea vínculo.

+ ¿Qué es el vínculo?

J: el vínculo lo dije con palabras chistosas hace rato, el no ser considerado un guardaespaldas, el no ser considerado una niñera sino ser considerado parte de su vida, eso es tener un vínculo.

N: Yo creo que en un principio es mera interacción social, o sea, no hay que dejar de lado que, pues, a pesar de que sí, tenemos una función y de que estamos con un paciente, pues a final de cuentas es una interacción social en un principio ¿no? O sea, no podemos dejar de lado eso.

M: Creo que los acompañamientos en general, creo que, surge a partir de que no hay vínculo, o sea no hay un, o sea, el paciente no tiene un vínculo con otro ¿no? O ya sea con la misma familia o con alguien, que es cuando entra el acompañante ¿no? Creo que tiene que ver la forma de cómo crear un vínculo, o sea, si bien, no hay una regla para poder crear ese vínculo, pero hay una frase de los argentinos que me gusta mucho ¿no? Y dice que, bueno, hablan en general del análisis ¿no? Creo que Lacan lo menciona, que hay que meter el cuerpo ¿no? Y creo que en ese meter el cuerpo no es que te cojas al paciente, ni que te lo llesves a tu casa, sino que meter algo tuyo con él ¿no?, para que a través de eso tuyo que le metes como que se vaya creando algo ¿no?

N: Es un intercambio a final de cuentas, o sea tanto tu pones cosas tuyas, como el paciente ¿no? O sea, al final de cuentas es una retroalimentación la que está ahí, que estas teniendo con el paciente.

+Ok entonces hay intercambio e interacción, ¿hay solidaridad con el acompañado?

J: No

M: Yo creo que sí, es tratar de establecer un vínculo ¿no? Que de alguna forma, por muy finito que sea el vínculo, creo si se trata de eso el acompañamiento, de hacer un vínculo y de soportarlo, porque ahí, el lugar del acompañante es un lugar muy jodido, porque es estar donde nadie esta ¿no? Y creo que es complicado soportar ese lugar, o sea te la tienes que ir ingeniado para...

J: llevar la situación.

M: ajá, pero sí, o sea, la familia no soporta ese lugar, la institución no lo soporta, o sea el mismo paciente quizá no soporta esa ¿no?, entonces hay que soportar ese lugar y tratar de hacer algo con eso ¿no? Tampoco no es, creo, de ser idealistas y de que por ejemplo a los pacientes los trates de meter a una normalidad y que se casen, tengan casa, perro y... a lo mejor no, a lo mejor con los recurso con los que cuenta el paciente, porque la mayoría de esos paciente, son pacientes que cuentan con escasos recursos en algún sentido. Yo creo que es hacer algo con eso y tratar de hacerlo bien y justificar eso que estás haciendo ¿no?, creo que la clínica, creo que tiene que ver con justificar, creo que la clínica no tiene que ver con el hecho de estar ahí solamente, o sea, estar ahí en el cara a cara y en el frente a frente, sino justificar, qué es lo que estás haciendo ahí o qué es lo que pasó y con base a eso, dar coordenadas para poder hacer un, no sé, alguna meta, algún fin.

J: Yo creo que la palabra solidaridad no es la adecuada, porque hablar de solidaridad sería, como poner al paciente por debajo de ti, el ponerlo como el “me necesitan”, y no va por ahí, yo creo que va más con empatía, creo que va más al nivel estricto de interacción, porque el manejarlo como solidaridad iría más a, no quiero usar el término, pero a que el paciente lo entendiera de que, estas con él por lastima y son cosas que por ejemplo, L las ha trasmitido en algunas ocasiones, cuando el empieza con las ideas de ¿por qué vienen? ¿Por qué están aquí? O ¿por qué?, o sea, sus preguntas, él, cuando entra en esas rachas no cree necesario el acompañamiento, no lo asimila, no lo entiende, pero cuando profundizas con él, lo que nosotros hacemos, él se da cuenta: “A sí, ustedes son mis únicos amigos”, así lo dice y me lo ha dicho a mí, “tú eres mi cuate, me gusta que vengas”, cuando anda en facetas de ansiedad extrema o, pues nos pueda hasta madrear, ya ha pasado, pero cuando él entiende el acompañamiento como parte de él, como nosotros siendo sus amigos, es donde te das cuenta que ya no es un aspecto solidario, es un aspecto de empatía, hasta si lo quieres ver, de amistad y es donde el acompañamiento toma otro camino porque ya no se vuelve lo institucional, ya no se vuelve lo rígido, lo estructurado sino que, empieza a fluir, yo creo que es lo adecuado en un acompañamiento.

M: Si, pero no son nuestros amigos ¿no? O sea,...

J: No, no, no, usé la palabra amistad para darle un adjetivo al vínculo.

M: Si, entiendo, pero, si nos están pagando por eso ¿no? y quizás si no fuera por esta situación, o sea no sé si serías amigo de L ¿no? O sea, no creo, si no fuera por este, si entiendo lo que estás diciendo pero sólo estoy cuestionando esa parte...Pero, si no hubiera un pago, yo no sé si estaría con L, o visitaría a L alguna vez al año. Incluso esto de que uno se involucra con el paciente y el paciente se involucra con, es eso, la asociación que tienes que hacer ¿no?

Un lazo, por muy finito que sea. Yo incluso, llegué a enviarle una postal desde Buenos Aires, así como de amigo...

J: Si, amistad es darle un adjetivo al vínculo, refiriendo me a un vínculo sólido, no más que eso.

N: Al final de cuentas, creo que también, él cuando profundiza en esto se da cuenta de que, pues al final de cuentas somos como su primer instancia, por decirlo así, de socialización, o sea, también como lo hemos puesto varias veces, Sí no tuvieses acompañantes ¿Qué habría?, ¿no?

J: ¿Qué haría?

N: ¿Qué haría? O sea, simplemente, ya con los acompañantes tienes un tema más de que hablar, tienes, este, actividades un poquito fuera de lo cotidiano, por así decirlo, o sea más bien llega a romper el esquema en el que estaba antes ¿no?

+ ¿Qué pasa con la violencia? Es decir, J decía que en un mal día, te puede madrear, ¿cómo se juega la violencia ahí, en ese vínculo?

M: Si, por eso te decía que el lugar del acompañamiento y, es jodido ¿no?, si es jodido ¿no? Porque tú desde un consultorio estas, tú manejas la situación, el ambiente y todo, pero tu llegas, o sea como visitante, o sea tú llegas a su casa, entonces tú no le puedes prohibir que se tome este jugo si él lo compró, es complicado el lugar en el que está el acompañamiento y el acompañante ¿no?

A Regresa a la mesa y se disculpa por la demora, “era una paciente con ideas suicidad”...

M: Es lo que decíamos el otro día, el acompañamiento no... o sea hay una gran diferencia entre que esté el acompañante y no esté, y a veces, creo que no es necesario estar haciendo algo para estar acompañando, o sea no necesitas estar ahí en chinga, en chinga haciendo manualidades, luego... a veces con el simple hecho de estar hace un diferencia ¿no? O sea podemos estar viendo películas, o estar, o sea él estar haciendo algo y tú en otra habitación por un rato y, o sea, estas ahí.

+ ¿La presencia?

M: sí, o sea no es necesario estar pegado con L 6hr para acompañarlo, creo que eso no es acompañar, eso es ser más policía.

J: Y eso tiene que ver con lo que hablábamos de las demandas, porque luego, por ejemplo: su-hermana l ha mencionado directamente: “Con N hace unas cosas, contigo hace otras cosas, pero con M no hace nada”, entonces, pues si M ahí está ¿cómo no va hacer nada?

A: En el momento en el que él los ubica con un rol determinado, más allá de la compañía sino el acompañarse como... El acompañamiento es el nombre y el apellido es el rol donde los ubica a ustedes, es decir: tú (J) sabes de computación entonces es mi acompañante que me ayuda en esto, y tú (N) eres para las manualidades y tú (M) para jugar básquet, para tal

cosa... entonces, ahí es donde el deseo de L se empieza a ser presente ¿no?, sus ganas de hacer...

J: hacer algo determinado en el día...

A: Sus ganas de vincularse, pero uno se vincula a partir de que identifica ciertas características con el otro y si te interesa lo asumes. Primero Cuando nosotros le hemos impuesto algo...

J: nunca termina bien.

A: Nunca termina bien, entonces nosotros dejamos de ser acompañantes, nos volvemos custodios y eso es contra el acompañamiento; y dos cuando actuamos el deseo de sus-hermanas, dejamos de ser acompañantes...

J: Era lo que hablábamos de encerrar las demandas de L...

A: exacto, el deseo del otro enloquece, el deseo de uno te rescata, entonces, el tema del acompañamiento con L ha sido, como muy apelando a lo que él quiere...

J: y sobre llevar a las hermanas...

A: Y después hacerlo, para que lo que él quiere también lo ubiques en un contexto de realidad ¿no? Que también pueda tomar en cuenta, pues las dificultades que le puede llevar a otras situaciones, como empeñar cosas, como dar de más ¿no? Entonces, yo creo que eso es importante ¿no? Me parece que habría que seguir trabajando con sus-hermanas. Yo creo que habría que citarlas para una junta...

Tú (M) te sentiste cómodo cuando entraste con él (L) a la terapia conmigo.

M: No, mmm..., digo no sabía

A: Cuando no sabe uno dice, que chingados, si es terapia de él ¿no? Pero yo tengo una teoría, grábale porque ahí te va, creo que ya se la había dicho a ustedes...

La terapia con el paciente que tiene acompañamiento y yo soy quien coordino, yo tengo una relación vertical con L porque yo organizo, etcétera, pero tiene un grado de flexibilidad, yo no soy su acompañante ¿no? Soy su terapeuta y en ese sentido la verticalidad en la psicoterapia sirve porque lo vas llevando, lo estás ahí, seguido le dices qué hacer, cómo hacerlo, etcétera ¿no? Le dices que hacer, apelando a su deseo, no al tuyo sino el de él, o sea le dices qué hacer con lo que él desea, no qué hacer con lo que yo deseo.

El día en que se compró el celular (L) yo le dije, ahí está tu lana, o sea el junto su lana, se lo compró y el día que lo compró, no sé si se acuerden, yo le dije ahí está tú lana y yo me fui a otro lado y entonces él tomó la decisión, tú nada más lo llevas.

Y el acompañamiento es una relación, en mi opinión más horizontal, el entrar a la terapia con el paciente ayuda a, que el paciente no te viva vertical, al acompañante sino que lo horizontalizas. Le hablas del vínculo que tiene de la función y la horizontalidad te permite hacer lazo social, si no lo horizontalizas y te vuelves custodio, es una relación de poder y una relación de poder enloquece. Vean lo que pasa con todo este sistema de los atentados (se refiere a los de Francia), todas las relaciones de poder enloquecen y lo ves cuando se convierten en personas extremistas ¿no? De esto hablaba mucho Alberto Montoya en su libro paisajes de la locura, hablaba de los atentados y todo eso, cómo el fanatismo se puede volver una locura, que creo que tiene que ver con el control, o sea, sentirse amenazado ¿no?

Entonces, si nosotros instituimos en L una custodia lo vamos a amenazar ¿sí? y en qué radica la amenaza, en que amenazamos su deseo, su razón de ser ya valió madres, entonces, lo que tenemos que hacer es justamente lo contrario, darle certeza de que no es amenaza. Y ya con lo que dicen los biologicistas, yo pienso que el acompañamiento es como la función de los catalizadores en el organismo ¿si saben cómo funciona un catalizador?

Un catalizador es una sustancia que ayuda a otra a su función y siempre funciona cuando es necesario y cuando no es necesario no funciona, entonces un catalizador es igual que un acompañante, cuando no lo necesita y estas con él, lo acompañas, y si no te necesita pues te sientas hacer tus cosas...

Yo le decía aquel día, no sé quién estaba, bueno, a lo mejor tienes ganas de echarte un pedo (L) y esta el acompañante, o sea tienes que tener espacios, porque yo cuando me quiero echar un pedo voy al baño y estoy solo ¿no? Entonces qué hago yo, decido un espacio, me rescato al final de cuentas ¿no? L, creo que en sus enojos se rescata y creo que L en su paranoia está perdido en el deseo del otro, porque cuando ya siente que lo invadimos, ya valió madre, pero cuando se enoja es válido. Yo le he dado chance de que exprese en la terapia el enojo y le explicado las cosas ¿no? Pero también yo le he expresado que a mí me enoja que le pegue a su-señora-de-servicio.

M: O sea, pero L creo que nunca le ha pegado a su-señora-de-servicio.

A: No me acuerdo quien me dijo que ya le pegó dos veces

M: Si la ha agredido verbalmente.

J: Si, yo creo que a lo físico no se la avienta con su-señora-de-servicio, pero si, en aspectos verbales, si ha sido...

A: Pero eso hacía con su-mamá, le pegó, o sea la agredía verbal y físicamente. La figura de su-señora-de-servicio se ha constituido como ese personaje que en L todavía esta ambivalente, no ha llegado al punto de vivirla como la mamá

J: pero está cerca de...

A: Pero está cerca de, como a mí, me ve como su hermano, como su papá ¿no? Creo que es importante que tenga claro que no lo somos, lo importante es que tenga claro el tipo de relación que tenemos. Es difícil que L entienda el concepto de vertical, horizontal, pero si es importante que tenga claro, quién pone las reglas y las formas y hasta donde él puede poner las suyas, y por eso si, la técnica o la forma de decirlo, es a través del acompañante. Yo no sé si ha habido un cambio desde el día en que hable con él y qué actitud ha tenido con su-señora-de-servicio.

J: yo ya tiene un rato que no he visto gritarle

M: yo también

J: o sea, de vez en cuando si ha le ha hecho caras y como que se enoja pero ya se mantiene más en el: mí enojo y ya.

A: Claro, yo lo que hice con él, no sé si ustedes recordaran algunas lecturas de Anna Freud de los mecanismos de defensa, de cómo el niño se puede identificar con el agresor, bueno, según yo, si L en su tema de la agresión hacia el otro ¿no? Se ha identificado en algún tema de hostilidad de sus hermanas ¿no? Y enojos porque le imponen ¿no?, o sea, creo que la lucha

con ellas radica en que ellas sienten que yo les impongo, ese también es un tema que habría que ver y a lo mejor ahí a mí, me ha faltado trabajarlo, de trasmitírselos no como imposición sino como...

M: Como saber ¿no?, o sea deberías de apelar al saber, o sea a la ciencia.

A: ajá, pero a veces el saber impone ¿no?

M: si pero yo creo que para ellas funcionaria ¿no? O sea...

J: Ante el saber no hay respuesta hostil por así decir.

A: Es que el saber significa angustia

J: Pero si tú en base al conocimiento les dice: esto se hace por esto, ahí...

A: Has escuchado el término de angustia epistemofílica... Bueno la angustia epistemofílica es el miedo al saber, en psicoterapia de grupo lo manejan y creo que, que yo les haga saber sobre cosas les angustia, no quieren saber que esta psicótico, no quieren saber por qué la hija de su-hermana² se enfermó, o sea no quieren saber, porque el saber de ellas que enloquece, está relacionado con síntomas de su familia, no quieren saber que pueden ser alguien que su deseo pueda enloquecerlas...

Pero bueno yo creo que precisamente en el tema de L, es que él se identifique con los héroes como los niños en las caricaturas, es decir, L se siente amenazado y entonces yo le digo: pues tú estás para cuidarlas, tú eres el hombre de la casa. Entonces los niños cuando ven caricaturas siempre quieren ser el superhéroe, entonces la agresión la neutralizas y la pones al servicio del otro, o sea no deja de ser, o sea no puedes controlar esa pulsión, o sea nunca la vamos a erradicar, entonces esa pulsión la tienes que llevar a otro lado. A lo mejor no se sublima, la psicosis teóricamente dice que no se sublima pero si la transfieres ¿no? A otro contexto, entonces es curioso, parece ser que el concepto de rol en acompañamiento es un punto importante en la relación con ellos.

El sú-expsiquiatra, el que madreo L, se volvió amigo de ellos, amigo de la familia, yo creo que lo madre ¿saben por qué? Porque él se volvió deseo de las hermanas.

J: y por eso madreo a H (ex acompañante de L).

Se interrumpe la conversación cuando damos cuenta de que la grúa se está llevando el coche de M. Paro la grabación.

A: El tema de sú-ex psiquiatra es, él me contó la historia y muy sensatamente me dijo que se sentía más amigo que su médico, entonces, el empezó a ser la figura del papá y el papá era un tipo loco también, muy obseso, muy difícil.

Entonces creo que nos ha funcionado que, lo que hemos hecho con ellos es rescatar el rol y el papel en el que estamos y la verdad es que ese ha sido como el catalizador para que L funcione, digo aquí no podemos hablar de sanar sino podemos hablar de funcionar, de...

N: Estructurar

A: Exacto, pues no sé si de estructurar, porque la estructura ahí está, la estructura es frágil, ahí está, eso no cambia, más bien lo que cambia es el lugar donde estamos ¿no? Si no nos movemos de ese lugar, si nos ubicamos en un rol que no es el de acompañar, ya, el acompañamiento ya termino, ya no hay razón de estar, o sea no tendríamos que estar.

J: En pocas palabras, si eres el guardaespaldas se acabó el acompañamiento.

A: Si, si eres el que le dice que hacer...

Regresa M, después de haber evitado el remolque de su coche...

A: Eses es el asunto con sus-hermanas y el control lo tienen a través ¿de qué? De lo material ¿no? El dinero, las cosas, las actividades.

J: yo creo que este asunto de las actividades manuales es una forma de su-hermana1 de querer tomar el control, bastante estúpida, yo creo que a su vez es una forma de plasmar: yo mando ¿no?

A: y hace cosas como tratar de negociar con ustedes sin decirme ¿no? Es un poco perverso el tema porque

J: ahí es aplicar la de háblale a A.

A: La verdad es que yo creo que ustedes han hecho todo el tiempo lo correcto y eso no significa que hablen con ella y la escuchen y que a veces si puedan negociar cosas ¿no? Lo que no hay que negociar es el rol, pueden negociar la actividad pero lo que no podemos negociar es el rol: Ok si su-hermana1 porque L, Ok lo que tú quiere es que haga eso... pero desde tu rol ¿qué tienes que decir? Le tienes que poner enfrente el deseo de él: Tú quieres que haga cosas, él no quiere hacerlas.

J: Es como la vez pasada que su-hermana1 se enojó conmigo porque quería que L hiciera unas como motos con encendedores y yo le dije a L: ¿quieres hacer esto? Y dijo: no, no voy a desarmar mis encendedores... esta chido y le dije a su-hermana1 que L no había querido: Pero porqué es una bonita actividad.... L no quiso le dije....

A: ahí es donde lo rescatas, pero si tú actúas el deseo de ella

J: no... yo le dije a L si no quieres hacerla no la hacemos

A: En realidad en la psicosis pasa eso y yo creo que a veces la angustia que pueden vivir ustedes con él, a veces si nos puede llevar a aflojarse tantito, no digo que lo hayan hecho o no, pero tenemos la posibilidad... también es natural ¿no? También el acompañante tiene un YO.

M: Si es cansado.

A: Exacto porque te expones, pero te expones a agresión secundaria por alguna imposición de ellas (hermanas de L) son muy hostiles, tú (N) las viste...

M: Ellas quieren tener el control de todo, por eso ti figura, o sea si hay cosas que debes de imponérselas a ellas.

A: En la junta pasada la sentí molesta, les dije, porqué tanta desconfianza, que si no están contentas aquí le paramos...

J: luego, luego dicen no, no, no, no, no.

M: Si se ponen de, tampoco es para tanto, es como decías hace rato, sobrellevarlas.

J: Se las voy a poner así, la sesión de L con su-psiquiatra, L entra a su consulta, 20 o 30 minutos, sale y se sienta conmigo en la sala, entra su-hermana1 y se avienta la sesión con su-psiquiatra. Y yo creo que su-psiquiatra le hace más caso a su-hermana1 que a L.

A: Sí, su-psiquiatra se angustia, yo hablo con ella aquí en el Fray.

A lee algunos mensajes de su-hermana1.

A: ¿por qué hacer la junta? Es el sentido de ¿por qué hacer lo que hacemos? Regresamos al tema, este tema de la verticalidad, la horizontalidad, los roles, de los límites y los alcances que tenemos de cómo relacionarnos con la familia ese es el tema central de nuestras juntas y el tema central de la juntas con ellas es llevar a cabo esto y ya con ustedes se va a ejecutar ¿no? El acompañamiento, poder establecer un rol, poder rescatarlo del deseo de los demás y hacer su deseo una práctica de la vida cotidiana, pero que tampoco lo lleve a tener errores graves de juicio, que los seguirá teniendo pero que no lo ponga en riesgo, que no lo distancie, que no atente contra su tratamiento, incluso que el mismo no atente contra su propio deseo ¿no? Porque a veces él termina cediendo en las cosas, ese es un punto. En otras palabras, yo creo que lo importante es que él se rescate es crear espacios que tengan un significado en esos huecos que tiene en su vida ¿no? Le explicaba a L, creo que le ha tocado a ustedes dos (N y J) le he preguntado: tú ¿qué harías si no estás con los acompañantes? Te sentirías solo ¿no?

Decía Gaitano Benedetti que en la esquizofrenia los hoyos negros son como el queso gruyere ¿no? Entonces son espacios que hay que llenar con algún significado ¿no? Hay que crear historia, justamente hablaban del psicoanálisis al revés ¿no? No hay nada que tramitar en lo huecos, no hay nada que tramitar en el vacío...

+ El acompañamiento entonces sería desde esta lectura, generar experiencias...

A: Sí, yo le he dicho a L: cuando te conocí no tenías nada de qué hablar y ahora ¿de qué hablas? De tus acompañantes.

Entonces es ahí que está dando un significado a su vida ¿no? Yo creo que estaba, incluso muy deprimido, hablaba de muchos temas de muerte cuando lo conocimos (a L) y a través del tiempo el tema de la muerte, ha puesto la agresión en los demás y puesto su paranoia como una persecución, yo creo que era un tema que, me parece que era agudo y grave su sentir. Ahora el cuate, me parece que está en lo general de buen ánimo, dirían los psiquiatras estado de ánimo eutímico predominantemente y claro que se va a emputar cuando le dicen qué hacer. Si a mí me dicen qué tengo que hacer con mi vida a cualquiera lo mando a la chingada ¿no? Yo creo que si L se pone en ese tenor, pues está en otro nivel ¿no? Esa es nuestra función...

J: Yo creo que el mayor momento de lucidez que he visto en L ha sido una vez que su-hermana1 lo estaba regañando frente de mí y le decía: Ay L es que te comportas como un niño y chingue y chingue hasta que L le dice: Quieres que no me comporte como un niño, déjame tomar decisiones.

M: Trátame como adulto.

Concretan algunas recomendaciones para la familia. (En referencia a actividades dentro del acompañamiento)

A: Lo que hay que hacer es sentar a L con su-hermana1 y decirle a ella, pregúntale ¿qué es lo que quiere?

N: Es que es esta cuestión de que sus hermanas lo limitan y al mismo tiempo quieren que haga todo, o sea quieren que hagamos pasteles, pero necesitamos material.

J: Aunque yo creo que esa idea estuvo chida a L le gusta cocinar, aunque nunca lo dejan.

N: fue tuya la idea.

A: Esta muy chido, porque es apelar al deseo de él, no del deseo del otro. ¿Si él da pauta para que esas cosas entren? va, pero yo creo que la pauta es que él diga, a ver L has una lista de cosas que quieres hacer y una de las que no quieres hacer...

J: Ese luego es un problema con su-hermana1, L luego dice que no quiere hacer y llegas el lunes y ya las quieres hacer ¿Por qué? Porque su-hermana1 lo persuade y no apela a lo que L realmente quiere.

A: ¿Lo persuade o lo obliga?

J: Lo obliga

N: Si L dice: ahí está el trabajo para cuando venga lo vea hecho.

J: También su-hermana2 le ha estado enviado cada semana 50, 70, 100 pesos como para deslindarse un poco de él, pero yo creo que mandarle dinero no está siendo una solución, porque determinados días son días de que L se atasca pero cabrón.

A pregunta si alguien sabe ¿por qué no ha ido su-hermana2? comenta el por qué no ha estado presente. Pero la grabación por la delicadeza del tema, que nada tiene que ver con la investigación.

A: Te quiero comentar M, que no quieren (sus-hermanas) que sigas con L, yo siempre he defendido la cuestión de los acompañamientos, porque mucho está en función de que no entienden el rol, o sea nuestro rol no es custodiar, es el estilo de M y punto, el estilo se ajusta a lo que yo te puedo cumplir como en clínica no como lo que ustedes me imponen como familiares.

J: Tan fácil como que si se va M nos vamos todos, porque ahí atentan contra nuestro rol de acompañantes.

M: Pero que te han dicho.

A: pues que eres muy pacido, pero esas sensaciones es como que piensan que va justamente en contra de su necesidad de que este haciendo todo el tiempo algo y por tus llegadas tarde ¿no? Sin embargo yo pienso que si llegas tarde y no les avisas posiblemente sea una bronca, pero si les avisas creo que también porque son controladoras.

N: Yo lo que hago cuando voy tarde es mandar un mensaje tanto a como a su-hermana1, porque pues ¿Quién no va llegar tarde alguna vez?

A: Para no mandar el mensaje, si llegan tarde pues quédense un rato más, yo no quisiera que caigamos en el tenor de que, si el acompañamiento acaba a la 5 pues a las 5 en punto me voy, pues si llegarte tarde quédate más.

J: Yo a veces si me quedo más

N: Pues sí, depende la actividad.

A: si porque si no, no estaríamos contando las horas en vez de estar con el paciente. Pues a veces unos 20 minutos más, digo yo entiendo, es su tiempo, pero consideremos que este trabajo tiene que tener este nivel de flexibilidad y a lo mejor como una manera de contener así de mandarles es mensaje de: si voy tarde pero me quedo hasta más tarde y punto.

Lo primordial es L.

También nuestra función es contenerlas, si tú no les hablas de que se te hizo tarde la salida con L y apenas van en camino a casa de L...

J: ya creen que lo estas secuestrando, que lo van a matar.

A: entonces no las contienes y no es darle cuentas simplemente: salimos tarde ya vamos. Nuestra función es contener a ellos y a la familia, parte de nuestro trabajo es trabajar con la familia en ese sentido, porque si no le damos contención, para eso son las juntas con ellas, es darles estructura y contención, más bien claridad y contención.

+ Este trabajo con las familias parece constante, aunque por otro lado creo que si es importante esto que mencionan de apelar por el deseo de L

J: es que se nota, así el otro día L me dice: y si ya se quedan a dormir aquí, porque les queda más cerca y no tienen que gastar, dice: allá arriba ustedes y como N no va a caber, pues me la mandan a mi cuarto.

M: Creo que también sería responder un poco a la demanda de ellas.

A: No

J: No creo.

M: responder un poco en el término de...por ejemplo, creo que ellas, si le estas avisando así de, ya vamos o ya está preparado el medicamento, cosas que no interfieren en el acompañamiento, creo que si las...

A: No, va más allá, tienes que indagar sobre su angustia así de: ya pusiste el medicamento, le dice: si, que te preocupa; no pues que éste mal; ok si estas en lo cierto, debemos de tener cuidado, o sea lo que tienes que hacer es validar su necesidad, entonces apuntas a la angustia de ella, no a su deseo, porque la contención va dirigida a la angustia, técnicamente validas la angustia. Apuntar al deseo es que hagas todo para que llegues a la hora que ella quiere.

M: Yo no decía tanto al deseo, sino a las demandas, a esas demandas que están ahí, porque siempre están demande y demande y demande, responder un poco a esas demandas, por ejemplo yo casi no hablo con ella.

A: Que yo les diga que necesitamos hacer una junta, pues le dice que me intereso por L ¿no? Que quiero que este bien, si no van ya es cosa de ellas.

Por ejemplo el caso J (ex acompañante de L) lo madreo porque J era muy relajado, las hermanas no lo querían ahí porque él no contenía la angustia. Aunque J si era sumamente tranquilo, yo creo que evitaba, cuando paso el incidente...

J: Es que dejaba a L hacer todo lo que quisiera.

A: Entonces yo cuando le marqué, él estaba calmado no me decía mucho, como que evitaba, creo que esa es una manera en las que se defiende de lo angustiante el acompañante, otro son más activos, H (ex acompañante) era muy activo y también lo madreo, yo creo que es encontrar un punto intermedio ¿no? Y eso es lo difícil en su papel está difícil.

J: Cuando decías de los catalizadores, es como la coca, que sola no pero con un ron...

A: Si es la mezcla de dos sustancias, de dos inconscientes que se mezclan y algunas saben bien y hay otras que esta de la chingada ¿no? Lo que no funciona acá es combinar las ansiedades de todos, porque ahí se pierde toda estructura, entonces si tiene que haber puntos

de contención, los puntos de contención son las juntas, las reuniones con L y sus acompañantes, con L y sus familiares, etcétera.

Entrevista 3 21/11/15

Alberto Herrera

Coordinador de acompañamientos y ex jefe del servicio de hospital parcial en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. A las afueras del Fray habiendo terminado la entrevista con los acompañantes Alberto me pide hacerle la entrevista “de una vez”, pues ya le había comentado y pedido su participación.

+ Bueno, primero cuéntame, ¿cuánto tiempo llevas trabajando en el Fray?

A: 20 años, acabo de cumplir en noviembre, éste 15 de noviembre.

+ Como podríamos pensar el... ¿qué es ser un psicólogo en un psiquiátrico?

A: Es una muy buena pregunta eh, a veces eres todo que un psicólogo eh, o sea el sistema alienante a veces también, eh, deslegitima, como se dice, deslegitima la función del psicólogo porque a veces se confunde el papel del clínico como el papel del que custodia ¿no? Ese es un gran problema ¿no? Entonces tienes que volverte parte y cómplice de eso ¿no?

+ ¿Cómo es tu experiencia en el Fray?

A: Es ambivalente, ha sido muy buena porque justamente en esa verticalidad institucional he podido moverme en la horizontalidad y entonces eh, en la horizontalidad con los médicos, con los psicólogos, con los iguales y con los pacientes.

+ ¿Qué es la locura para ti?

A: Pues es, la locura es el deseo del otro y la aniquilación del sujeto ¿no? Eso es la locura.

+ En tu trabajo de 20 años aquí en el Fray, ¿Cómo es trabajar la locura aquí en el Fray?

A: Pues rescatado el deseo, la subjetividad del paciente ¿no? Apela a lo que él quiere, es difícil no romper las reglas ¿no? De una institución, cuando intentas hacer esto ¿no? Es decir, en un hospital que es vertical donde si te pide que custodies a los pacientes, te impone que tú les impongas cosas y dicho de otra manera, lo que tienes que negociar es, en el hospital no es romper las reglas, es negociar la regla, entonces dices, haber yo no quiero imponerle, quiero apelar al deseo de ellos y quiero construir algo a partir de la necesidad del paciente, del deseo de ellos y entonces tu instituyes algo con el paciente, con cierta, yo diría con cierta autorización de la institución, o sea no rompes esa regla pero puedes flexibilizar la horizontalidad ¿no? Digo la verticalidad y entonces horizontalizas, entonces las actividades que te decía, las actividades grupales donde se dice que tú tienes que ir al piso, tienes que hablar con los pacientes, convocarlos a las reuniones, despertarlos de su cama, este, juntarlos y este, de alguna manera, persuadirlos y convencerles para que de alguna manera todo mundo entre, eso es ser vertical. En cambio, si tu llegas, te instalas, el paciente de empieza a identificar, tu no le impones la actividad sino que empieza a dar cuenta que hay una actividad, se empieza a interesar, entonces horizontalizas, entonces salvas un tanto, si el desea estar en la actividad, está bien, pero sino lo desea no lo obligas y entonces vas generando un interés a partir de él ¿no? Lo atiendes si es necesario ¿no? Hay cosas en las cuales no puedes cambiar y me parece que también tienes que ajustarte, tampoco le puedes decir que no coma ¿no?, o sea no le puedes decir que no se tome su fármaco, no le puedes hacer eso. No le puedes decir que no cumpla ciertas cosas como, no agredir, no puedes permitir eso ¿no? Pero si puedes

permitir en los espacios, en lo general, que él decida en algunas actividades si entra o no entra.

+ Esta horizontalidad que tu buscas establecer en el Fray es muy difícil porque implica luchar contra el poder de las jerarquías en las instituciones ¿no? O sea, no te ha traído conflicto con...

A: Mientras no atentes contra la seguridad de los pacientes y la atención que se les da, eso es un punto importante, pero mientras no atentes contra la estructura del hospital pues tampoco, o sea tienes que manejarte en un nivel, el cual sin romper la norma y sabiendo las limitantes de la horizontalidad, porque hay una limitante por supuesto y los alcances, pues tienes que manejarte en ese nivel y en ese sentido puede mmm... no broncearte tanto, aunque tampoco te libra porque se puede vivir como una paranoia, se puede vivir como amenazante, si no lo haces exactamente como te digo y si no convoca, si no tú vas y los despiertas, etcétera, etcétera, estas atentando contra eso ¿no?

O sea yo, fui jefe del servicio durante 17 años y justamente mmm... por tener ciertos niveles de flexibilidad ¿no?, este, se vivió como una falta de, como de seguir la línea ¿no? y no seguir la línea, pues este, pues estas atentando contra la autoridad y entonces dejas de ser autoridad, eso ha pasado, y en otro contexto con otras autoridades, porque ha habido cambios de autoridades, hay autoridades más flexibles que esto lo entienden bien. No digo que la autoridad en el Fray sea mala, no, sino la autoridad se ejerce dependiendo de quién está al frente ¿no?

+ Cómo hacer el pasaje del Fray al acompañamiento ¿Por qué te intereso salir a lo del acompañamiento?

A: Más bien por qué no meter los acompañamientos al Fray, meter los acompañamientos en la institución que es diferente, o sea yo el acompañamiento, o sea lo que le transmito a los pacientes es que yo los acompaño en este proceso de institucionalización y de ahí, después sales acompañando, te permiten acompañarlos, aquí se les impone la atención y en esa imposición vas flexibilizando cuando los acompañas, entonces vas dejando de imponer y vas proponiendo ¿no? Entonces al paciente hospitalizado hay que acompañarlo, entonces hay que meter los acompañamientos, o sea los acompañamientos terapéuticos por primera vez en el Fray, que se instituyeron como programa fue hace 10 años justamente, cuando yo era jefe de rehabilitación, en un programa que se llamaba: inducción laboral, lo que hacíamos, íbamos con los pacientes del Fray a tomar café y algunos que ya estaban de manera ambulatoria eh, nos permitieron incluso acompañarlos a la búsqueda de trabajo. Hubo, hay una estadística, del 100% de pacientes que llegaron, el 15% de los pacientes tenían trabajo y teníamos un programa que se llamaba: entrenamiento de habilidades sociales, donde les enseñábamos llenar formularios, historias de vida, solicitudes de empleo, que deben de decir, que no decir, de las cosas que le decíamos era: no digas que estas tomando medicamento psiquiátrico ¿no? Bien o mal, pero, porque era cerrarle puertas ¿no?, este, cómo manejarse ¿no? Y 15% de ese grupo lograron tener trabajo y después a un seguimiento a dos años, sólo el 1% se sostuvo en el trabajo, muy pocos, porque no hay estructura social que te lo permita ¿no?

+ O sea si hubiera seguido el acompañamiento, ¿tal vez se hubiera sostenido?

A: Se hubiera sostenido, claro, por supuesto, de hecho llegue a encontrarme más de una vez un paciente trabajando, laborando y a la fecha, por ahí, hay uno o dos que todavía los veo en el trabajo de aquel entonces, de hace 10 años. Los pocos que se han quedado que son muy pocos siguen trabajando.

+ ¿Cuál sería el objetivo del acompañamiento?

A: Pues yo creo que es rescatar, no, ayudarle al paciente a rescatar su deseo de ser un sujeto ¿no? Me parece que el acompañamiento es un dispositivo que permite, en términos digamos técnicos, es un dispositivo que cataliza la posibilidad de incrementar el mejor funcionamiento de los pacientes en el ámbito familiar y social. Y el objetivo es ese, es, no es cuidar, no; el mal entendido tema de la cura históricamente, no es curar, no es mejorar los síntomas, no es, psiquiátrica o psicológicamente, mejorar los síntomas. Es reconocer el síntoma como parte de su vida y el no-síntoma para ayudarle a funcionar. O sea, si tú quieres darle su lugar al paciente, lo tienes que reconocer con todo y su síntoma, así tal cual. Si el síntoma lo quieres aniquilar y anular, anulas al sujeto, el síntoma es parte de su subjetividad y de su vida ¿no? Le tienes que dar un tratamiento diferente y a lo mejor lo tienes que conducir hacia otro lado, ese es el objetivo del médico (la cura), no de nosotros.

+Si entiendo lo de la pretensión de cura, pero entonces qué dirección por así decir, debe de tener el tratamiento de la locura... o sea, ¿qué se hace con la locura?

A: Pues no se hace nada, convives con ella o sea Sancho Panza nunca quiso curar a Don Quijote, lo acompaño aunque sabía que estaba loco, entonces tenemos, el acompañante tiene que tener la actitud del caballero Sancho Panza, o sea tiene que ser alguien acepta lo que los vincula, lo acompaña, pues a lo mejor lo cuida de que no se dé en la madre en los molinos, eso sí ¿no? No se va contra los molinos como Don Quijote pero si le hace ver, que si se va contra los molinos se puede dar en la madre.

+Tu opinión sobre el Fray.

A: Pues el Fray es una institución de mucho orgullo y a veces de mucha pena en unas cosas, ¿no? es una institución que te permite, si te da mucha experiencia evidentemente, te permite conocer muchas cosas, te permite ver como es el sistema de salud en el país, te permite entender el pensamiento del médico, el pensamiento científico del médico y que es muy válido, no hay que desmeritar, este, el Fray es un gran dispositivo para situaciones críticas, el Fray, yo creo que da mucha contención a las familias, es una gran institución yo diría. Te enseña, creo que todos nos beneficiamos más del Fray de lo que le damos, porque aprendemos mucho y cobramos, nos pagan por aprender, aprendemos de los pacientes ¿no? Y la parte que no me gusta del Fray, es que hay ciertos aspectos en los cuales no se ha podido abrir, es, esa sería mi mayor crítica ¿no? Entonces sobre todo, los acompañamientos podría ser un tema que se podría vivir como amenazante ¿no? A lo mejor no tienen toda la apertura para muchos modelos que son muy, como raros y entiendo que el Fray es una extensión de la estructura política y social, no es el Fray una institución aislada, es una institución que apela a las otras instituciones, que apela a un sistema político mexicano institucional, en el cual todo es vertical y así debe ser, vertical, para estas formas de gobierno ¿no?... Lo

innovador resulta amenazante ¿no?, lo diferente resulta amenazante ¿no? El loco resulta amenazante, el loco en la sociedad resulta amenazante, entonces un modelo diferente al Fray puede resultar una idea loca, para locos, entonces resulta amenazante, entonces más bien habría que entender, yo diría, la psicodinámica de las relaciones institucionales con la sociedad ¿no? Son relaciones como locas ¿no? Entonces insisto, un psicótico en la calle resulta amenazante por ser raro y entonces alguien que llega con un modelo raro es como un loco que quiere curar locos, así se vive, no culpo a la gente del Fray, no quiero que esto sea como una crítica, sino más bien como un análisis de cómo se relaciona la institución con la sociedad, con los pacientes ¿no? Y con los modelos nuevos ¿no?

+ ¿De dónde te vino la idea de hacer acompañamientos?

A: El proyecto de los acompañamientos lo vengo trabajando como desde hace 12 años, yo empecé a hacer acompañamientos, déjame decirte que de hecho mi primer trabajo fue en una comunidad terapéutica haciendo acompañamientos, o sea mi primer trabajo como psicólogo fue ese y luego llegue a la institución como tal ¿no? Defender el acompañamiento, pues yo creo que también por la comodidad en la práctica clínica, yo me percibía muy rígido en el trabajo cotidiano en la institución, me siento rígido y el poder haber hecho acompañamientos y trabaja a la par en acompañamientos con instituciones, es una visión más amplia de este tipo de práctica clínica ¿no? Te permite ver qué tan rígido eres, también me ha dado la posibilidad que en lo profesional y en lo personal, flexibilizarme.

A mí el acompañamiento me permitió tener flexibilidad en el pensamiento.

+ ¿Hay algún cambio entre el acompañamiento que hacías y el que ahora vez?, digamos en el pasar de los años.

A: En esencia no, pero creo que me ha dado, como más idea de qué es lo que hago, porque cuando empecé no sabía qué hacía y en parte es útil ese no saber ¿no?

Cuando llegaban los estudiantes, a los pasantes en el Fray o supervisábamos o en seminario de grupo, lo que yo le pedía a la gente al llegar al Fray por primera vez como estudiantes de psicología, como pasantes más bien, yo les pedía que no pensarán en el DSM IV, o sea que todo eso lo tirarán a la basura y en el momento era de haber qué hacían con eso y de que yo no quería entrevistas clínicas, yo lo que quería era que conocieran con quien estaban hablando, me interesa que me digas que es tal, que le gusta tal, que se dedica a tal... ¿Quién es ese sujeto? Porque los expedientes clínicos están llenos de conceptos y términos psiquiátricos pero hablan del diagnóstico y de la percepción que, están incrustados de percepciones y de interpretaciones científicas del sujeto pero no hablan de la esencia del sujeto, entonces no nos dicen ¿Quién es? Entonces ¿cómo vas a hacer clínica sino saber quién está enfrente? O sea no es una clínica biologicista, al médico no le importa si es aficionado del américa o sea eso te vale madre o sea, no te sirve para esa clínica ¿no?, pero acá sí, hasta eso te sirve ¿no? Yo pienso, en la formación del médico, y es entendible, la práctica es así, la del psicólogo no debe de ser así y la del acompañamiento menos.

+ Sé que se nos acaba el tiempo, quería comentarte algo, fíjate que vine a entregar el proyecto aquí al Fray, en la oficina de Castañeda y me mandaron al carajo...

A: Es que llegas con un modelo que les parece loco, es como, perdón no te ofendas, pero es como si hubiera llegado un psicótico ¿no? Y les hubiera pedido chamba, porque es un modelo diferente, el psicótico que pide chamba lo batean porque es un sujeto diferente. La diferencia estigmatiza y segrega, rechaza, es amenazante. Entonces mejor tener control de todo ¿no? En ese sentido el Fray es muy cuadrado, es muy rígido porque el sistema así es, no siento que es porque quiera sino por el sistema.

+El Fray y el acompañamiento al mismo tiempo...

El fray y los acompañamientos son las dos caras de la misma moneda. Yo creo que el Fray cumple su función y ahí si me queda claro, el Fray es un dispositivo que ante la imposibilidad de dar contención, ante la imposibilidad de la familia, de la estructura social para proteger un paciente, si es cierto que los protege, los rescata de situaciones inseguras y riesgosas. Es un dispositivo de emergencia para la psicosis, ante situaciones críticas, entonces no creo que tenga que desaparecer, tiene su función y la cumple y me parece que, bien. Sin embargo le falta esa parte flexible y que no estigmaticé otros modelos ¿no? Si tendría que tener apertura a otros modelos, que ni siquiera tendría que ser en el Fray, aunque yo si sigo pensando que debería de haber acompañamientos en el Fray. Aunque hay espacios de flexibilidad en el Fray y esos son los que habría que ubicar y rescatar.

Entrevista 4 18/11/15

Roberto Carlos

Contacto a Roberto vía Facebook, en algún momento me encontré con él en el escenario clínico de “casa azul”. Para la entrevista me pidió verlo en Reanudar, un departamento adaptado para talleres y terapias.

Al llegar me encuentro sólo en una sala de espera en la que se encuentran colgados algunos cuadros pintados por los participantes en los talleres, la mayoría de ellos diagnosticados con esquizofrenia.

+ Yo estoy apostando que el vínculo puede acontecer en los acompañamientos, pero también creo que hay una parte importante, creo que la institución de la locura nos persigue y no es el establecimiento sino en nosotros mismos. Trato de pensar desde una noción que estoy estudiando, la lógica manicomial, un poco, lo que quiere la institución, este ocultamiento, este encierro y una de las preguntas fundamentales pues es, ¿El acompañante puede encerrar? Yo creo que puede ser manicomial el acompañante.

R: Que interesante que cuestiones esa posición con respecto al acompañante, si, si el acompañante puede ser manicomializante o estigmatizaste, creo que en función de todos que, por ejemplo: todos esos modelos que se ponen en juego, tanto en Argentina, que aquí ha tenido más dificultades, pero que también ha tenido cierta difusión y cierto trabajo, por ejemplo; lazo y voz, Smith, hay varias instituciones, mucha gente que hace acompañamiento terapéutico muy en relación el psicoanálisis lacaniano, por diferentes instituciones o comunidades terapéuticas.

A nosotros también como institución... bueno no como institución tal cual, sino que nosotros somos como una red, nos ha puesto a preguntarnos muchas cosas, nos ha puesto a decirnos ¿será que a lo mejor nosotros seamos una extensión de este modelo de vínculo? ¿Qué hacemos? O tal cual, asumir que es un modelo hasta cierto punto normalizante, regularizante ¿no? Es como la pregunta y es una pregunta que nos tiene o que nos ha tenido inquietos durante los dos últimos años y eso nos ha acercado a la lectura de Michel Foucault y de la lectura de Deleuze de Foucault sobre el dispositivo, la cuestión de un planteamiento de un dispositivo ¿no? Nosotros, lo que hemos tratado de vincular, es un aspecto que nosotros conocemos o hemos desarrollado entre los que hemos trabajado en Reanudar, un modelo que se llama clinicar, que pone en juego las coordenadas clínicas, tal cual, del psicoanálisis lacaniano, la cuestión Otro, la cuestión de la Psicosis, la cuestión de la palabra, el significante, todo eso, tratar de ponerlo en cierto contacto, en cierta correlación con el modelo del dispositivo, que Foucault irá cuestionando, la cuestión del hipervigilante, del panóptico, la cuestión de la mirada, en la cuestión de la lógica del trabajo médica ¿no? la importancia que tiene la evidencia positiva con respecto a eso, con respecto al modelo de la clínica médica en ese sentido y pues obviamente la historia de la locura. Y como, más bien nos pone como a pensar, esta cuestión de que inclusive sí, tal cual, que el papel del acompañante es a veces como maquinal ¿no?, es maquinal hasta cierto punto y nosotros le hemos puesto un poco a ese dispositivo o modelo de dispositivo, que yo creo que hay que replantear ¿qué quiere decir un dispositivo?, o ¿qué se ponen en juego con un dispositivo?, le hemos nombrado “Artefacto

de vinculación” o sea como una cuestión tal cual, o sea, pero en nuestra preocupación que a veces hemos logrado o hemos fracasado precisamente en ese sentido, es que, precisamente ese artefacto como tal, pueda ser desarmado por el mismo integrante, el paciente, vamos a decir en términos clásicos, es que nosotros tratamos de cambiar esa nominación un poco y decirle integrante no paciente, como parte de esta cuestión de, que sí es de red, que sí es maquínica, que sí tiene cierta orientación a la vinculación, al lazo social y a todo ese tipo de cuestiones, pero que lo importante sería... que el paciente se apropiara de una escena, que los mismos dispositivos en los que ha estado se la han quitado.

Es como una inversión de los discursos del amo, de la universidad, de la histeria con este aspecto en la situación analítica, es decir hacer un malabar bastante interesante. Es un poco en ese sentido, darle un sentido, de bueno del psicoanálisis a lo institucional, líneas de objetivación, de rigurosidad, de encuadre, es una cuestión de los dispositivos, por ejemplo el de la cárcel, por ejemplo que tiene líneas de objetivación y esas líneas de objetivación pues se transforman en reglas, en leyes en, este, en expediente clínico. Nosotros como modelo de trabajo, a veces no podemos prescindir de eso ¿no? Tenemos que dar cuenta de eso hasta cierto punto, como otro tipo de instituciones, por la situación en la que estamos, hacemos una entrevista inicial, hacemos expediente, hacemos una elucidación del caso y encuadres y supervisiones y todo eso; hacemos juntas, horarios y todas esas líneas de objetivación.

Pero tal cual o sea por otro lado lo interesante y el aspecto clínico que nosotros tratamos de resaltar, es el aspecto de las líneas de subjetivación, que no le pertenecen ni a la clínica, ni a las líneas de objetivación, ni al encuadre, sino al sujeto que empieza a construir algo a su propia situación dentro de esas...líneas.

Yo lo comparo de manera un tanto radical, o sea está este cineasta de derecha y no con un caso clínico, es un cineasta que tiene una serie de entrevistas con gente que está en el pabellón de la muerte y había unas líneas objetivación brutal, pero estas personas al ser entrevistadas, por ejemplo uno hablaba de un sueño y hablaba, le pregunta el cineasta, y le dice tus sueños y responde: yo llego a mi casa y me recibe mi familia con un pastel y el pastel dice 99, 99 años y yo voy a tomar el pastel y tengo las manos viejas ¿no?

O sea, es muy cruda no pero es una línea de subjetivación, estar encerrado y todo eso, pero no deja de haber una circulación del... de... del deseo. O sea, estaba condenado a muerte y se hacía presente en el sueño su deseo de vivir por mucho tiempo ¿no?, a pesar, de que ya tenía, no sé... unos 2, 3, 4 años de la condena y a unas semanas de ser ejecutado ¿no? Es algo que a mí me... me dejó completamente impresionado, porque un poco fuera de la mirada, porque pues es un cineasta, que es un documental y pertenece totalmente a la cuestión clínica, puede observar muy bien cómo se escapa eso que tiene toda la gente, que está ahí, que es la cuestión subjetiva.

+Resiste a la intensidad institucional

R: exactamente, nosotros...Pero ahí está el discurso del amo tal cual o del saber en juego, o sea exige una producción específica, nosotros queremos hacer la ilusión, no digo wow, lo

estamos logrando, es una cuestión, que es un reto también para nosotros, tratar de hacer una inversión y que se ponga en juego el discurso del analizante ¿no?

En ese sentido, del integrante, del que está inmerso en eso y que fractura precisamente esas líneas de objetivación ¿no? o esos segmentos como le dice Deleuze de las instituciones ¿no? y prácticamente las atraviesa risomaticamente ¿no? Tangencialmente y ahí vienen las transformaciones importantes de esas instituciones. Aquí pues, creo que formarnos en aspectos clínicos y del discurso analítico, tratando de que se produzca algo, que, de esa naturaleza ¿no? que el propio integrante pueda decir inclusive, que, cuestionar, por ejemplo la posición con respecto a... al acompañamiento ¿no?

+del vínculo...

R: exacto, es muy interesante, ahorita que lo pones en juego, pues no sé, yo también he visto que en varias instituciones y digo por cuestiones económicas y digo cada quien tiene sus dificultades pues y más precisamente en México, que es un campo muy reducido, se trata pues, de retener un poco ¿no? en cierto aspecto de la realidad, si he visto casos, en los se retiene un poco el paciente para seguir generando un poco de ingresos, para las personas que están, para los clínicos y es entendible, pero creo que es muy importante también de nuestro modelo, porque somos bastante, no voy a decir flexible sino maleables, como que podemos dar cuenta del trancazo institucional que a veces significa que un paciente deje el dispositivo, pero ese es el objetivo hasta cierto punto, es como estar expensas de que el paciente se logre reapropiado de su propio espacio y no eternizar, o que el acompañamiento, sea algo que tenga que estar cargando integrantes o pacientes de tiempo indeterminado ¿no?

+ Qué interesante este aparataje vincular que pones, pues tiene por objetivo ser desarmado por el integrante, aunque me llama la atención como lo pones en la figura de analizante, porque por muchos psicoanalistas no estarían de acuerdo, pues es más visto como un complemento...

R: y con miras a los normalizante ¿no?... y... nosotros... Por eso, más bien digo, el acompañamiento para nosotros no ha sido como una cuestión así, como nuestro signo del trabajo, por varias dificultades y por varias cuestiones que resultan interesantes y se han puesto en juego en el mismo. El vínculo siempre como atrapante que tiene la locura ¿no? también es muy fuerte para la persona del acompañante.

Fíjate yo a veces hablo con otro tipo de acompañantes o entrevistado con otros colegas en algunas conferencias y siempre ha sido una cuestión así, de, como de impacto y angustia ¿no? si es una cuestión dura para el mismo acompañante ¿no? porque creo que, a pesar de que se han hecho muchas líneas de trabajos de investigación, sobre la posición del acompañante, todavía queda un tanto expuesto ¿no?, como que queda precisamente en esa cuestión de interrogante del propio paciente, que es así como ¿qué eres?, ¿eres mi amigo?, ¿eres mi escucha?, ¿eres mi psicólogo?, ¿qué eres? ¿No?, ¿estás en mi vida cotidiana? ¿no

lo estás?, este... claro, es que es un soporte importantísimo en algunos aspectos, este... sobre todo en cuestiones de crisis y cosas por el estilo, pero sí es, como queda... como dices tú, alguno analistas lo ven como un complemento y otros lo ven como la panacea del movimiento psiquiátrico (Gustavo Rossi por ejemplo) sobre todo ¿no? y que acompañante es vincularse, obviamente ¿no?, lo ponen como infalible, pero lo toman como si fuera el único a veces. Interesante que... yo creo que, en ese sentido, el acompañante es que, precisamente abra, para que él mismo no sea ese vínculo único ¿no?, sino que, se abra algo más a partir del integrante ¿no? por ejemplo, a mí... me... yo creo que, es importante poner en juego los objetos en esa relación, porque va mediar entre el propio integrante y el acompañante ¿no? para nosotros, es importantísimo cuando por ejemplo, ya hay un objeto en juego ¿no?, ya no está esta cuestión delirante, que si, en primera instancia tienes que trabajar y obviamente, junto con el dispositivo y la dirección del caso, ... todo pero creo que, es importante a veces, ya cuando surgen esos, este, esas líneas de subjetivación del propio integrante que empieza decir, a mí me gustaría esto y que él mismo, empezar a trazar su propia línea, su propio trayecto en el sentido topológico del término, apoyado por el acompañante, eso es lo que sería pues el acompañamiento.

Yo creo que si sería importante esta cuestión de la locura, de alguna otra manera, tiende a la manicomializarse ¿no? o institucionalizarse tal cual ¿no?, o sea y bueno, eso puede tener sus aspectos, este, negativos o positivos, tampoco es así como... pero yo creo, que la posición importante con respecto al acompañamiento es estarla cuestionando, estarla renovando o hablándola con las personas obviamente que lo llevan a cabo y que inclusive, sí es un modo de vida para la gente, gente que está entre la línea de ser analista, este saliendo de la universidad y toda esta cuestión del acompañamiento es fundamental, se vuelve una transición importante, están en una transición importante, yo también empecé hacer acompañamiento, entre un trabajo vamos a decir normal y el trabajo clínico, mi puente fue el acompañamiento, lo cual es una función que a mí me adoptó, hoy mi recreación, mi experiencia clínica, que es invaluable ¿no? también estuve haciendo prácticas profesionales y laborales en hospitales y todo ese tipo de cosas, también en el Fray no fui bien recibido y de plano me dijeron: ya mejor no, mejor ya ni te presentes jajajajaja.

Pero, si es ese puente, que bueno, también la institución no te lo permite pensar esto, de ir un poco más allá y cuestionar la institución. Yo me acuerdo que el motivo por el me dieron las gracias, fue por un cuestionamiento más a la institución, que a la labor clínica ¿no? pero bueno, el acompañamiento es ese puente fundamental, en ese sentido creo el acercamiento con la clínica, en un ámbito, en el que a veces puede ser inédito o riesgos, por lo menos aquí en México, porque por ejemplo en Argentina ya está muy institucionalizado, es decir, están poco más allá de la cuestión del psicoanálisis lacaniano por ejemplo, inclusive ya es una cuestión de carrera técnica por ejemplo ¿no? y aquí está en esa línea por ejemplo, por parte de la psiquiatría hay un cuestionamiento: ¿Es un cuidador con título? ¿Qué es?

El psiquiatra dice por ejemplo, ¿por qué es necesario? No lo concibe, hasta cuestionar esto de ¿puede haber una dependencia del acompañamiento? he visto, bastantes posiciones con respecto a esto, o también, por ejemplo estos psicoanalistas que prescinden completamente

de todo esto, que no tiene validez para el analista, en ese tipo de ambigüedades y rechazos o de glorificación es vamos a decir, por lo menos en el campo de México, he visto que, está en juego el acompañamiento y a nosotros mismos como red, como reanudar nos ha costado pensar bastante.

+Coincido completamente que en el acompañamiento, un acompañante se tiene que cuestionar todo el tiempo, sobre todo, me llama la atención, de los cuestionamientos que tú hiciste, si es ¿amigo? o ¿su camarada?, ¿su familiar? etc. o incluso, si eres parte de él, se juega mucho la implicación o la transferencia por así decirlo, implica que te juegues y cuando te juegas, también implica una demanda por parte de la sociedad, como cuando vas acompañando en la calle y se te quedan viendo por alguna extravagancia del integrante, esta demanda parece operar todo el tiempo, pero creo que hay instantes en donde existen rupturas digamos, en donde pueden acontecer el vínculo, es decir de sujeto y sujeto.

R: Claro que si exactamente...

+Creo que es lo más rico que puede ofrecer el acompañamiento, provocar esas rupturas al manicomio.

R: Algo decía Lacan por ejemplo en el seminario de la psicosis, que bueno lacan nunca menciona la palabra acompañamiento, pero habla algo de la testificación por parte de, en este caso, del analista, aunque lo podríamos entender como Clínicos ¿no?, la testificación del acompañante con respecto al, como un testimoniar, vamos a decir, como un ejercicio de testimoniar, testimoniar lo digo en infinitivo porque, pues sí, es como estar abriendo algo ¿no? precisamente el testimonio de esta subjetividad que emerge ¿no?, de alguna u otra manera ¿no? por ejemplo, digo, ya de mi experiencia clínica, un poco, este, bueno, me pasó con un chico que éste podía hablar muchísimo, muchísimo, muchísimo, así y pues serán acompañamientos bastante largos con él, de 6, 8 horas, extenuantes agotadores ¿no?, digo y en ese momento, pues era la única herramienta como para poder, o sostener algo de la situación del chico y este no sé, de alguna otra manera, en el devenir del mismo acompañamiento el chico empezó a guardar silencio por bastante tiempo ¿no?. Además pasó algo bien chistoso, porque pasó él, como una cuestión así de soportarnos insiriera, de escucha, de soportar esta cuestión delirante y poco a poco de repente guardaba silencio, que había ocasiones en donde podíamos estar juntos leyendo juntos, de repente, salió un comentario muy en función de una condición muy subjetiva, ya no era una cuestión delirante, decía: . Creo que debí buscar a tal persona. en ese momento los dos ahí, son esas cuestiones, ya no de una cuestión delirante, sino de un reposicionamiento, aunque yo no era el único acompañante que está en juego ni nada, ni creo que haya... como una situación analítica como tal, pero todo el dispositivo está operando para que se diera eso, entonces aún no le tocaba testimoniales, de alguna otra manera, así de, mira y él dice, algo muy específico en un momento muy específico, en encuadres del dispositivo, eso que hasta después pudimos pensar como líneas de Subjetivación, la cuestión del dispositivo deforma útil a través de Deleuze, ósea, cómo emergen este tipo de cosas ¿no?. Creo que si, en ese sentido, creo que el acompañante si es una cuestión, que me hace pensar mucho, o sea soporte o encuadre o controles, escuchado mucho la cuestión del acompañamiento, lo del lote contención, la

cuestión de la contención como por ejemplo, esa línea de intersección en la salud mental tal cual, contiene, resguardo y se ponen inclusive hasta corporalmente, entre el sujeto y el integrante y la sociedad, vamos a decir, inclusive, una demanda por parte de los que te rodea, de los que están de testigos de la escena, así como, preguntándote más, hacer algo, lo vas agarrar, es una posición interesantísima, donde... ya.... se ponen en juego, este, espero que, eso es lo que hay que localizar, en el que tiene que hacer clínico, de ¿quiénes la demanda?, ¿de dónde viene la demanda? y ¿quién empieza demandar? hasta cierto punto, aquí lo que podemos conocer, bien ubicado, es la demanda ¿no? es del propio sujeto, o sea que, llegan y dicen: pues casi casi que, si no te puedes hacer cargo de su familiar, qué lo deja porque ya han ido a 1000 lugares, miles de clínicas y está bien un rato y después otra vez se pone mal, entonces es, como la demanda que generalmente llega, nunca llega un sujeto que diga: quiero vincular aunque, ya en el mismo dispositivo, empieza a surgir una demanda del sujeto con respecto al dispositivo, qué creo, que es un paso importante para ya hacer este tipo de viraje, orientación, con respecto a la propia demanda, de qué el sujeto pone en juego, no la demanda de los padres, de la sociedad, o de las escuelas, no es la demanda de un sujeto, es muy específico y que creo que el acompañamiento como tal, testimonia, tenemos que, la cuestión de la demanda es importantísima en el nivel de la cuestión analítica, pone la transferencia en juego, en todo, pero creo que en ese sentido, que tiene que cooperar con esa misma demanda, en ese sentido es el dispositivo en general y pues ahí, ver cómo se redirecciona y ya pues, y a lo mejor, que esa mínima demanda se dirija o se trabaje de manera distinta, no sin la demanda del propio integrante, sería imposible ¿no? aquí pensamos que para poder delimitar un poco un dispositivo, en este estado, de las cuestiones de la lógica nodal, de lo necesario, lo posible, la contingencia, porque hemos visto que por lo regular, empezamos desde una demanda de imposible ¿no? y que precisamente nosotros y creo que es una cuestión de la función del acompañante como tal, que vaya introduciendo, que introduzca lo posible y un poco después... y estar alerta de la contingencia ¿no? poner en juego la contingencia precisamente, eso es lo que va enmarcando el acontecimiento, dentro de la historia del propio sujeto con respecto a su situación y que él puede ir historizando sobre sí, creo que ese, es como uno de los puntos importantes que ponemos en juego como dispositivo, de esa demanda imposible a una cuestión de lo posible ¿no? donde se pueda llegar a acuerdos y todo y pues sí, las crisis que son como toda las cuestiones contingentes, es, pero que también eso es importante y creo que, es una cuestión que para los acompañantes les falta mucho, la frustración y la frustración de las crisis que ha visto, que mucha gente, dependiendo de sus expectativas, cuando se topa con una crisis del sujeto, cuando se está trabajando, también no pega un poco de nosotros también, ponemos en juego, que, las crisis no son como algo completamente dañino o malo o que requieren internamiento y ya, ¿no?, o sea, aquí tratamos de que precisamente, se pone en juego ¿qué pasa en esas crisis? y que.. ¿Qué se puede testimoniar con respecto a las mismas? para poder devolvérselo a las personas implicadas en la escena ¿no?, un poco, digo y esto también es un común modelo de que pensábamos y que lo ponemos en juego y que lo podríamos exponer una manera más teórica porque tenemos seminarios con respecto a esto,

un poco como la escena del coro griego, que el coro tal cual, no participa como tal en la escena, pero saca cosas ¿no? dice ¿no? bailando pero bueno, lo estamos desarrollando porque no es netamente emparejar la clínica con esto, porque hay muchos trabajos sobre el teatro griego riquísimos, impresionantes, pero pues, pasarlo a una cuestión clínica, es lo difícil, pero sí, o sea, como testimoniando pues, en testimoniar y poner en juego eso.

+ El trabajo con la demanda, el recularla, el saber ¿cuál es la demanda del integrante?, de la sociedad, la tuya para con tu propia locura, pero que importante el trabajo analítico para el acompañante, porque todo lo que me comentas, para poder elucidar la demanda, para ponerla el juego y testimoniar, significa un trabajo, un poco, como el trabajo de la transferencia ¿y qué transferencia? de ocho horas no de una, ¿no?, no de cierto dispositivo, ¿qué dispone el dispositivo? ¿Te ayuda?, pero aquí... con algo de lo que tú nombraste, las contingencias y la contingencia como posibilidad....

R: Si, eso es precisamente algo delimitante importantísimo, porque la, en la contingencia, se puede jugar el acontecimiento, porque contingencias, en las cuales precisamente lo que como función clínica a veces y es, como la cuestión del hospital como tal, es contener la contingencia ¿no? se cuenta como una cosa, este, en algunos casos.... como desastrosa, para algunas personas que contienen. La contingencia se presentó, pero aquí la delimitamos ¿no? precisamente y eso lo tienen muy claro, lo que te decía, esta persona, ¿no? se quien haya sido a nivel de institucional, aquí no venimos a hacer vínculos, tal cual no, ¿no? Nunca, por lo regular se trata la gente con problemas agudos, en tiempos de crisis y ya, entra y sale; con nosotros precisamente, nos preguntamos ¿qué hacemos con esta contingencia? ya que sale, ya que a lo mejor sí, un internamiento dependiendo o si nosotros estuvimos ahí con el paciente en la crisis, en casa, ¿qué se hace posteriormente? y es una pregunta que ni siquiera nosotros podemos decir así, lo que tienes que hacer es: esto, esto y esto y esto ¿no? o sea, es como que el propio integrante, no voy a decir reflexione, sino que tenga una cuestión de... una incidencia por así decir, una cuestión importante....

Tocan la puerta del consultorio, es una mujer, personal de Reanudar, se disculpa y le pide a Roberto 5 minutos, en menos del tiempo predicho, Roberto continua....

Hablando de las contingencias....

+Que complicado hacer acompañamientos Roberto...

R: Si, a mí me ha inquietado, en mi iPod quiero te adoro mucho yo de hecho tenía y obviamente eso también tiene que ver un poco con mi posición, un poco con respecto a todo lo que hago a veces, los varios campos en los que he estado en mi vida, siempre sido un poco disidente y en un punto, hace no muchos años, antes de que empezáramos los seminarios de esta cuestión, de transmisión, que se llama Clinikear por si en algún momento te gustaría, ahorita estamos en pausa, pero lo vamos a retomar ya sea a mediados del 2016, estas invitado, que vinieras a conocer, estos cuestionamientos, porque el psicoanálisis lacaniano tiene sus alcances y todo ¿no? esto nos ha llevado acercarnos por ejemplo, a los modelos de Félix Guattari que cuestionan mucho, la cuestión del trabajo de psicoanálisis Lacaniano, pero ahorita, entrados en el contexto, yo tenía la idea de, una la idea de esto que se llama acompaña, entre paréntesis, miento terapéutico, o sea, el miento ¿no? ¿Qué onda? y también

como una duda, ¿somos una extensión de los modelos institucionales de salud mental? Digo, la situación en Argentina, pues sí, ya es como más oficial, que carreras técnicas y cédulas profesionales y aquí lo que mucha gente, le interesa tal cual, lo puedo nombrar como tal, le interesa ser analista, y es un paso, que la gente que ha llegado, tiene más inquietudes con respecto a eso, mucha gente llega así con esa actitud, sobre todo chicos jóvenes que están muy inquietos y así como una cara de desesperación de ¿qué hago? ¿qué hacemos?... este, y obviamente prefieren 1000 veces estar en una cuestión institucional que en un trabajo, como, de mercenario, que es un poco, como aquí, es muy complicado, si, no, hay tantos chicos que son excelentes clínicos, pero los han invitado a proyectos institucionales, y prefiere ¿no?, de hecho, yo a veces, cuando me piden consejos, yo nunca doy consejos siempre doy paradojas, pero bueno, es o continuar en un trabajo clínico, que es un poco... no es muy noble vamos a decirlo así, riesgoso, angustiante. Y yo creo que es válido que alguien diga, por momentos, no, pero las personas que entran, tiene que tener una cierta responsabilidad de estar constantemente cuestionando ese sitio y en esa pregunta de ¿qué quieres? De, que es una cuestión de relación, vinculante, que es una cuestión de...normalizante ¿no? pues una cuestión de escucha también, porque lo dice, bueno si yo brindo un escucha, pero eso tiene sus límites, más en un espacio, digo tampoco es que el analista tengo una cuestión, una posición preponderante, pero precisamente creo que sí, para mí la cuestión del testimonio, para el acompañamiento es importante y tengo una inquietud, de... que a lo mejor, puedas... puede ser tal cual un momento en el que nos vinculamos en una escena, en un momento específico, después de no sé, puede comparar al teatro griego y todo, pero todo como lo podemos pensar, todo ese tipo de cosas muy particulares, ¿se quedan grabadas en el tiempo? es pregunta ¿no?, ¿se quedan grabadas en historiales?, ¿en la clínica?, ¿en la teoría? , ¿No? Se... es la gran interrogante con respecto a, todo mi posición con respecto, al acompañamiento ¿no? ¿Qué queda?, ¿qué queda de las escenas?, ¿qué queda de la relación entre acompañantes por parte de los acompañantes? porque quedan los acompañantes, en un rollo de desilusión, decía... como decías hace rato, hay unos que se entregan tanto, que terminan tal cual, lastimados. Aquí hemos tenido chicos que, que se han vinculado de una manera tan, tan, fuerte con los integrantes, que al momento de que hay una ruptura o algo así, obviamente, ya sea por cuestiones económicas o por cuestiones de la contingencia o que el mismo paciente se posiciona de una manera distinta, hay una frustración y hasta tristeza, una especie de depresión post acompañamiento, sobre todo en los largos ¿no? Se... digo, eso es lo que ha pasado, mucha gente que dice, no, no, no, yo no puedo, y están en un período, de repente, digo y para mí, es algo también un poco desconcertante ¿no? son muchas cosas teniendo la experiencia del acompañamiento y terminaron rechazándolo, entonces es interesante y me llena de interrogantes ¿no? Sabes, inclusive, eso es un poco lo triste, por decir, que hasta se desvinculen del trabajo clínico, de todos, por el impacto, estuve haciendo acompañamiento 7, 8 años y ya no podría ser un acompañamiento de esas intensidades, de lunes a sábado o fines de semana completos o hasta inclusive, estuve viviendo junto a un paciente que ya estaba en un departamento, pero un departamento asistido, yo tenía que vivir ahí tres semanas y vivir con alguien durante tres semanas es algo importante y complicado,

es complicado, si más bien, es apasionante, hermoso a veces y claro, el nivel de subjetivación que se pueden encontrar dentro de las situaciones del acompañamiento, la propiedad, hasta cosas chuscas, como para poder aguantar la mirada me voy a poner celular para poder platicar yo solito, uno de estos manos libres o una vez también que estamos pasando cerca de un parque, había un concierto de cuerdas y dice: a que música tan bonita ¿está afuera o soy yo? ¿No?, si está fuera le dije, si quieres nos quedamos.... cosas así ¿no? o sea digo, para mí, si fue como muy apasionante y todo.

+ ¿Qué es lo cansado del acompañamiento o por qué es cansado el acompañamiento?

Yo creo que, fíjate, voy a aplicar aquí una cuestión que muy lacaniana, que es loca, entonces sí, este, un poco loca digo, ahí está dentro de cierto registro, es una cuestión loca, también, hay que estar un poco loco y si, con locura pues nos enfocamos a una cuestión netamente estigmatizante, clínica o no sé, pero que la locura es muchas cosas ¿no? es lo mismo que Nietzsche ubicaba el registro de la locura y yo creo que no necesariamente se necesita estar psicótico para estar loco, todas las situaciones que visto, a mucha gente que pareciera. Por ahí dice lacan en algún momento, no cualquiera se vuelve loco ¿no? es que, el que quiere decir que puede, no cualquiera, yo diría, al contrario, yo diría que si hay la teoría de que uno puede enloquecer, de alguna otra manera, no sé si delirando, no creo que sea ese un aspecto estricto de la locura, pero de que puedes llegar a enloquecer, en cierto sentido, sí, yo creo que eso es algo que me quedado muy claro en la experiencia de los acompañamientos y no siendo psicóticos, estando en una situación extrema o de angustia, ahí también se pone mucho en juego la cuestión de la locura, creo que eso es, este, algo que precisamente discute la posibilidad de los vínculos, que también digo que la locura tal cual, pues está desvinculada, de alguna manera u otra manera, por el miedo, por la angustia, porque precisamente es ominosa y que puede caer en la cuestión misma del engaño ¿no? nosotros estamos en un tiempo muy loco, en un tiempo que precisamente la incidencia y la falta de aparatos imaginarios y simbólicos nos atraviesan de alguna otra manera, con todo lo que pasó el viernes, que cesar todo muchas locuras por ejemplo en Francia, toda la gente corriendo, toda la gente angustiada ¿no? veía estas escenas completamente insoportables para mí, se me hicieron insoportables, de esta chica colgada y todas estas cosas como ominosas ¿no? como la gente puede llegar a lo que sea y bueno, todos los posteriori la serie de agresividad de redes sociales, y yo estoy bien y tú estás mal, porque pues es una bandera extranjera y viceversa, eso es lo que creo que más imposibilita el vínculo, hay veces que pensaba esta cuestión de, y eso lo decía, quien era mi supervisor en esa época cuando el acompañante, psicoanalista lacaniano, que me preguntaba ¿de quién es la vergüenza? pues mía, si entonces aceptas que estás avergonzado, te avergüenza que te miren y en ese sentido el integrante, pues no tiene vergüenza que la tienes tú, tú la traes, hazte cargo de tu propia vergüenza, y si tal cual, algún momento en que, me, eso precisamente me ayuda mucho para hacer intervenciones, si hay algo importante que creo que este es el punto al que quería llegar, por eso es este garigoleo, el acompañamiento es de Acto, más que de una intervención hablada, es el acto, que ahí es donde está la vinculación importante, la función analítica del acompañante, en el acto ¿no? es la cuestión de, si puede estar una transferencia negativa con el acompañante, eso es

interesante es una interesante, no tiene que haber un idilio, a veces, la cuestión de la transferencia negativa tiene una cuestión de avance dentro de la posición analítica, pero ahí es donde creo que se vincula el analista y el acompañante y el integrante que muchos dicen no, el acompañante no es el analista, pero creo que si tiene, si puede tener esa función de testimonio y función de Acto, el analista siempre, esto dice lacan en el seminario 21 el del RSI, dice: el que interviene en sus actos los teorizas, es el analista, en ese sentido el acompañante queda y su trabajo, creo que tiene que ver mucho con el acto, con el hacer precisamente, a lo mejor, inclusive, este, ¿porque lo digo? Porque con esa cuestión de que la vergüenza, la mía, quitarme un poco la vergüenza me permitió hacer como cosas pues, si de esta naturaleza, un poco chuscas, un poco no sé, a veces utilizaba mucho el cuerpo para poder... por ejemplo hacer trayectos, por ejemplo el acompañamiento para una chica me decía pareces azafata, porque yo, lo que le hacía, era cuando vamos algún lado, porque ella se perdía un poco, ver un poco desorientada y yo lo que hacía era, que no hablaba sino que le señalaba con el cuerpo, así tal cual, hacia un señalamiento y me decía eres mi azafata, pero bueno, lo importante para ella, porque pues luego, que precisamente les decía a su mamá que había que hablarle a la azafata para que la acompañara tal lugar, y pues si yo le entraba poco, no con palabras sino con el cuerpo, del acto, que hiciera una cuestión de... un poco de mímica, ya apareció yo mismo y haciendo así para acá y para acá, para acá y de repente, ella, de alguna u otra manera, se pudo apropiarse como de ese acto, que a lo mejor puede sonar insignificante, para mí clínicamente fue como muy, varios y ella misma. Después Apple es con el cuerpo, pues tengo que ir para acá y así, lo hacía para ella misma para sus trayectos, este, no desorientarse el primero fue la figura externa y luego el otro semejante, para que yo pudiera tomar ese rasgo y creo que ya el odio y Fase Lunar yo también que es importante y todo eso pero que pueda tomar esto no el acompañante sino el dispositivo de lo que está en juego, sino de la función, las funciones del analista sino de todo el dispositivo para mí eso siempre es importante, como se distribuye lo que puede tomar esos rasgos y ella misma apropiarse los y dar cuenta de sí y eso es como para mí esa cuestión del acto

+Esta cuestión del acto me suena mucho a lo de poner el cuerpo, pero me parece tanto más complejo puesto que tendría que ver con una función.

R: Por ejemplo, hay una cosa que Lacan, después de ese seminario que te decía, y esto fue una experiencia que a mí se me hace muy, muy interesante, porque pone en juego el acto y también poco de la palabra ¿no?, había ahí una cuestión de diván, también había una paciente suya que vivía, de... cuenta la guerra mundial ¿no? una jovencita cuando fue la Segunda Guerra Mundial y éste y a las 5:00 de la tarde siempre llegaba, era como la hora en la que salió la Gestapo, ya sabes aterrorizada entonces, pues su familia y ella les infundía terror importantísimo, obviamente por mucha gente que llevados a los campos de concentración, entonces cada vez ella cada vez quedaban las 5:00 de la tarde se ponía en una crisis de angustia importantísima, a pesar de que ya había pasado mucho tiempo, ya estaba en otro contexto como los 60's, 70's, ella ya había pasado tiempo y toda la cosa, pero aun así, sentía la terrible, en francés hay una homofonía entre la Gestapo y una cuestión de

cuando te hacen una caricia en el rostro, como en la cuestión de, cierto consuelo, como las palmadas en la espalda, como saludo aquí en México, un chócalas vamos a decirlo así ¿no?, no existe como tal, pero de idioma pero dentro un contexto muy específico, Lacan le hace a esta mujer un Gestapo, o sea, una caricia en el rostro, pero Lacan se levantó del diván y en el momento en el que esta mujer estaba hablando de eso, le acaricia la cara, la toca tal cual, que eso por ejemplo, hubiera sido (PUM) a todo el argot psicoanalítico: ¡no se puede!. La palabra es la que tiene que entrar, pues sí, pero lo está poniendo en Acto, si la palabra es importante, porque la Gestapo y ya está todo entonces curiosamente cuando empezó a sintió el Gestapo de lacan a las 5:00 de la tarde, si le da un poco de angustia pero recordaba el peso de la caricia de la Gestapo, le había dado un viraje a la palabra subvirtiendo la significación de la palabra para tener otro efecto, le da un giro importante a la situación angustiante que llevaba; a mí esto, es una cuestión que tal cual, el acto analítico, como tal así, que peso que difícil y que él está complicado, pero a veces pasa la cuestión clínica es a veces eso que aquí, sabes, nosotros de hecho le pusimos un hombre, es inter in ver si son, de esas cosas que te sacas de la manga pero salen cosas importantes, que se historizan en el dispositivo, esos momentos en que, sí parece que sí te la sacas de la manga, tal cual, ya después lo piensas y dices ¡a tenia razón! pero es así es en función del acto analítico, digo, no decimos, somos unos chingones pero lo estamos pensando.

+Pensar... el acompañamiento o más bien, tendría que pensarse, que el acompañante tiene que estar cuestionándose todo el tiempo para llegar a esta reflexión ¿no? a esto que me acabas de describir del Gestappo...

R: No sé, la cuestión del acto analítico es todavía algo... habría que trabajarlo, trabajando creo que ahí están, como dicen los argentinos ¿no? ponerse el cuerpo... a mí me suena más posible, está dentro y en la función analítica en juego, que se pone a circular entre el todo el dispositivo, yo digo función analítica, porque precisamente los personajes que están en juego pueden llegar a tener esa función, como algo que pulsa y sale y que de repente el acompañante, una intervención que tal cual, ¡wow! dices, de alguna otra manera, el mismo integrante está, como, dando pauta para que se diera y nos hace circular a nosotros para poder hacer clic.

Parece más complicado, porque implica estar en red todos, los demás acompañantes en el dispositivo, la comunicación entre todos los que rodean al integrante.

Por eso también, es muy importante lo transferencial que tengan con el equipo ¿no?, también es un trabajo muy delicado, que estamos por ejemplo, nosotros tenemos que tener cuidado con las instituciones que no dejan de mover se cosas, cosas netamente humanas, envidias, sufrimientos engaños, de todo, entonces, sabes, lo que creo que es lo que precisamente le en nuestra última sesión del seminario trajimos Elena Bravo y nos hacía esta retroalimentación, esta devolución, de lo que circulaba precisamente en esa función del eros, no del erótico, sino de la filia, porque muchos tipos de eros, pero de la filia y precisamente ha sido un trabajo muy delicado, porque para que no seamos como institución y tengamos funciones especificación organigrama y verticalidad, ese tipo de cosas, si manejamos como cierto horizontalidad, pero por ejemplo, tenemos mucho contacto quieren reanudar, aunque

hay momentos en donde nos desaparecemos hasta de nosotros mismos, así y pues es como casi casi no quiero saber nada de ustedes, porque es obviamente mantener esa proximidad, como tener un distanciamiento sano y que tengan que aquí, sus propias redes sociales, sus delimitaciones te das cuenta de con todas estas ideas que tenemos a veces.

Habla del Facebook...

Yo quiero salir y cuando quiero salir es olvidarme de todo quiero salir y divertirme y echar unas chelas con los cuates y así ¿no? porque a veces me pasa con muchos psicoanalistas, que sales del consultorio y siguen hablando de eso y a mí no me gusta mucho, salgo y hoy quiero hablar de... no sé gastronomía o preguntar cosas y por eso, ya es una cuestión muy de mí y en el equipo, bueno pues también nos ha mantenido este distanciamiento porque podemos salir a comer juntos o algo así nos despejáramos o tratamos de hacer lo posible porque no ser una continuidad entre la red y lo que se dentro de la red y fuera de la red, que encapsulamiento, que creo que ocurre mucho en los niveles institucionales y creo que eso es lo que nos ha mantenido, esa filia, a través de la filial creo que es súper importante, en esta cuestión del acompañamiento, es importante y es importante porque el acompañamiento no se puede quedar uno muy solo y eso es lo que me gustaba del modelo de mantener la filia, la locura está siempre digo siempre está y es difícil siempre está ahí.

+Qué es la locura para ti y tu experiencia en tu vida tu vida profesional

y era para el proyecto de licenciatura y decidí hacer algo más burocrático y sacar la licenciatura por horas de trabajo, porque la forma en que lo planteé, este, es este, mi sinodales y profesores me decían mejor deja eso para un doctorado o algo así y yo tenía esta ilusión de la locura, así como y pues la locura es en función de Lacan, Melanie Klein, es esto, pero con tu pregunta, ahora con todo lo que visto, en lo que debido a la locura, creo que es, ¡híjole que pregunta! por ejemplo, si nos remitimos a la cuestión, de hecho creo que la locura es la angustia, estoy asociando libremente, para mí lo de la locura es la angustia como tal y tiene manifestaciones psicóticas, neuróticas, histéricas, suicidas, pero creo que precisamente, para la cuestión de la... en lo que sea, es netamente atribuible a los seres vivos, vamos a decirlo así, ni siquiera a los seres humanos, a los seres vivos, no sé, yo creo que me voy a la cuestiones, digo de que la angustia es esa cuestión vinculante de ciertos aspectos de la conciencia en función del agujero que es la muerte o sea la angustia es el puente entre... la angustia entre la locura y la muerte, que hasta cierto punto la locura sería como tratar de escapar del agujero mortífero, no hay alguna otra manera para mí, todas las manifestaciones de la locura están en función, que... no de no poder caer en ese agujero mortífero, aunque de alguna u otra manera, siempre estamos expensas de ese amo absolutos hegeliano, que de alguna otra manera, con toda la angustia por lo que se pone en juego, angustia llega al asesinato, llega la cuestión de las grandes locuras, de los asesinos seriales y todo ese tipo de cosas, por ejemplo yo recuerdo una experiencia de uno de los diálogos de platón, pero no me acuerdo quien es, uno se mostraba muy arrepentido porque había... el cuerpo de una persona muerta en el camino y el personaje que le decía a uno de los personajes de los diálogos de Platón era... que él iba con toda la decisión de no voltear a verlo, de no voltear a ver ese cadáver y de repente, se le va la mirada al cuerpo y él se sentía aterrorizado,

pero también enfermo de sí mismo, porque sentí una culpabilidad y eso para mí, sí es una locura, la angustia, el reconocimiento de la muerte del otro y el no reconocimiento de la muerte del otro, o sea, creo que la locura es, este, la pongo mucho juego con la cuestión de los animales, como si de repente, se sienten angustiados en una cuestión de peligro, yo que sé, enloquecen, ¡ impresionante ¡ es así como, se disgregan precisamente muchos de los animales, ponen en juego ese enloquecimiento para poder atrapar una presa ¿no? de alguna otra manera algo muy interesante para mí, lo que se te cesar usted y nadie está exento de la misma, para mí es vital, es una cuestión que tengo que desarrollar y te invitaré que me cuestiones, sería con angustia de la muerte especie de trilogía a partir de esa duda que precisamente, hace que se despliegue tanto la una o la otra, o, la una y la otra.

+Del seminario 10 de la angustia, del que estás haciendo un poco referencia, me acuerdo que habla, que la angustia es el marco donde aparece lo ominoso y así, los momentos también hacia solución la locura como ominosa, esto como clandestino, familiar, creencia infantil dice Freud...

R: Desde Ajax, tenía una concepción de la locura, desde Roma desde Grecia, ya había una cuestión importante de escindido como tal, ahora también, ahora así que disculpa el comentario pero, ahí está Charly Sheen, la muerte y que pasa mucho con el hedonismo, de placer, placer, placer, placer, pero el placer de repente tiene una limitante y un componente mortífero, que precisamente como tal, de alguna otra manera, volvemos, ese círculo de locura para evitar la muerte a pesar de apostar por la vida, de repente sí, estás enfrente de lo mortífero, es así como, esa relación íntima entre la locura y la muerte, esa relación tan cercana, tan distanciada, totalmente abnegadora de la misma.

+Pero en este sentido la locura ¿sería una apuesta por la vida?

R: Sería una apuesta por sentirlo mortífero, el delirio como tal, creo que la gente que tiene esta tendencia delirante, tiene una cercanía con la muerte que precisamente es más sensible a la misma, es una decisión ¿no?, vamos a decir así como, yo soy Dios, que es hasta cierto punto lo que es una negación de la muerte ¿no? por si... independientemente del revestimiento que se trate de dar, el sujeto con respecto a la muerte, que todos tratamos hacerlo, de alguna otra manera, la psicosis es más porque de alguna otra manera, es como una especie de tapón, un velo transparente entre la muerte y lo que precisamente en la locura se afirma al negarla, es una cuestión paradójica, es una cuestión de que estamos imposibilitados ante la propia muerte y el loco es, ¿porque es loco?, porque precisamente dice que es inmortal, de alguna otra manera, de alguna otra manera, nos está diciendo que somos mortales en su locura y nombra algo negando, lo que es patente a todos y por eso nos toca tanto, porque se pone una posición que no es la de los seres humanos, la de la mortalidad, por eso creo que también es muy ominosa la locura, pesar de que la niega totalmente al estar muy cerca de la muerte precisamente el psicótico, no me gusta tanto decir psicótico tal cual, pero para una inteligibilidad de cierto campo, el psicótico precisamente, este, pone en evidencia los agujeros de los humanos, los pone más en evidencia, más que... porque si puede estar la locura chusca, Eric Fromm todas esas cosas, pero las hace más evidentes ¿no? creo hace más evidentes esos agujeros que nos son inherentes a todos, de

alguna otra manera, llego y también, esta, esa parte del terror, terrorista y son dos formas de locura ¿no? el terror es lo que nos pone más cerca de ese lugar, en el terror uno te dice te mato y te vuelves loco, porque hay un vínculo muy íntimo entre la locura, qué a lo mejor yo no podría elucidar como tal muy claramente en este momento, ¿qué es la locura? un vínculo entre la muerte y el ser.

+Ya me di cuenta que nos queda muy poco tiempo, así es que te voy hacer una última pregunta: ¿qué se hace con el loco?

R: Yo creo que, hasta cierto punto, es que en sí, yo creo que precisamente, ¿qué se hace con el loco? yo creo que más bien, ¿qué hace el loco consigo mismo? porque lo único que podemos hacer precisamente aquí, es un artefacto temporal en el sentido maquínico, como tal maquinario, porque tanto fue como Lacan habla de una maquinaria posicional, ¿no?, es una máquina, es un aparato y en la locura dentro de toda esta cuestión angustiante y digo también Lacan lo dice, cualquier pulsión cualquiera, cualquiera, es una pulsión de muerte, vamos a decirlo así, como te digo, la cuestión de la locura nos pone más en evidencia ese entrelazamiento entre ser humano y la muerte, lo que tratamos hacer con este artefacto, esta maquinaria, es precisamente darle curso, dando el trayecto a esa pulsión para dar un giro, para que haya un paso precisamente, de lo imposible, de lo necesario, el imposible porque precisamente la locura está en juego, la demanda inmediata necesaria imposible, cuando se te descompone el carro y que te lo arreglen porque para mí es así de ya, ya, ya, esa es la locura, es la demanda de la locura, cuando se te para el coche y dices que encienda ya, ya, ya, ya, como tal, no es la locura, si no la demanda de la locura y, ya quiero esto, quiero 20 cigarros, quiero esto, pero no es ni placer, ni dolor, es necesario, vamos a decir, es un registro que se vuelve una demanda imposible, precisamente, y la maquinaria, yo creo que nosotros ponemos un énfasis importante como parecen las funciones, de alguna otra manera, la locura, en el hacer con la locura podemos localizar los esbozos, en donde se pone en juego la mirada, donde se pone en juego la voz, están las voces, están las miradas, pero es bien interesante, como la locura tiene una sensibilidad importantísima, fundamental, por esas pulsiones. Yo creo que las funciones son precisamente los que le van a permitir hacer su propio trayecto a los integrantes, a veces eso es lo padre, porque precisamente, cuando te empiezas a preguntar o a testimoniar trayectos positivos y aterrizarlo se empieza poner en juego, con lo que te hice, un poco los objetos, esas pulsiones y llega un momento en el que cada uno y eso ya es el caso por caso, cada uno, de ver una cosa receptiva, sensible con respecto algo muy específico, por ejemplo esta cuestión de ... hay integrantes que tienen una imagen o una sensibilidad para poner en una imagen lo pictórico vamos a decirlo así, una sensibilidad de la música, que ese también es un poco mi campo, que precisamente lo que logres encausar, un poco para que la pulsión arranque y luego se pueda amarrar a su propio circuito, que tu pregunta que dices, ¿qué hacer con el loco? yo creo que, hay que pensar en ¿qué hacemos con el hacer de loco? con el hacer propio del loco ¿no? Digo, porque si esa vez impresionantes como pueden desarrollar esas cosas o cómo poner en juego esas cosas, que le atormentaba por ejemplo, las voces una y hay varios trabajos y esto es una referencia clínica de Rodríguez porque tenía una paciente que escuchaba voces y el acusado por los buses y de repente lo que logró hacer

con el trabajo analítico con el acompañamiento, todo ese tipo de cosas fue, que empezó a grabar voces en un estudio de grabación y esas voces que lo habían acusado, las pudo poner ahí en la cinta, en la grabación y no tiene valor económico y cultural y social y de la compañía, yo creo que uno no puede ser gran cosa más que testimoniar y precisamente creo que, como clínicos, eso nos enfrenta, analizamos y ponemos en juego esos objetos que hacer con el placer de la locura, puede ser, a veces, muy productiva en cierto sentido; un chico con el que hicimos 80 canciones y mi apoyo, fue un poco que ordenara, eso yo ahorita estaba grabando las canciones en Querétaro, Trases yo creo que, es ¿qué haces con el hacer? hay que trabajar en clase y nosotros también en nuestro hacer, pues hacer música con sus voces, es como Wow, sí, yo creo que eso es, como, pero eso obviamente, no va en función del discurso, yo creo que más bien, es como pues, cuestionar al discurso del amo, al del saber la universidad y que precisamente nos sorprendan por eso, la capacidad que tienen las personas todas de hacer algo.

+Miller, ahora sí que el discípulo Lacan, tiene su libro de “cuando el Otro es malo” y es una síntesis una coordinación de ensayos en donde propone como, un tipo acompañar, porque parece, que el analista juega un papel importante con el psicótico, pues es el mismo quien encuentra su manera de sostener a su Otro malvado...

R: Y es una cuestión de solución, como la pone en juego, tanto Lacan como Freud, la palabra en alemanes, y es una palabra que Freud circula en todos sus cuestiones clínicas, la solución, la solución elegante de Schreber, que retoma Lacan, que fue un hacer cernir el goce, la mujer de Dios y todo lo que es una obra que tiene una importancia clínica fundamental para nosotros y que lo mejor, y no tiene así, no fue gran cosa o precisamente como él esperaba que fuera, una especie de biblia o algo así, pero aunque en cierto campo, pues si lo vemos así y si lo ves de alguna otra manera, creo que es ¿qué hace el loco con su hacer? y ¿en que lo apoyamos con su hacer?