



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

---

---

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**Experiencia y conceptualización de la locura:  
Apuntes para un movimiento anticuerdista.**

TRABAJO TERMINAL

QUE PARA OBTENER EL  
GRADO DE: LICENCIADO  
EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**Marco Antonio Zarate  
Avendaño**

ASESORADOR:

**Rafael Reygadas Robles Gil**

LECTOR:

**Alberto Adhemar Carvajal Gutierrez**

CIUDAD DE MÉXICO

2023

## Índice

### Contenido

Índice.....	2
Objetivos .....	3
Preguntas de investigación: .....	3
Para problematizar la locura.....	4
El método y el problema .....	8
Etnografía y reflexividad: para reflexionar la psicología.....	9
Otridad significativa y conocimientos situados: para situar la psicología.....	12
Tropos, relaciones de poder e intersecciones: para colocarse en el campo.....	14
La intervención en el campo de la psicología social.....	16
Descripción de lo realizado.....	21
La locura entre la experiencia y la teoría: articulaciones conceptuales y experiencias institucionales. .....	22
Experiencias con la locura y las instituciones.....	22
El lugar de los alienados, la institucionalización de la locura.....	23
Reforma y ruptura, locas alternativas al modelo asilar.....	25
La comunidad terapéutica.....	26
Psicoterapia institucional.....	26
Psiquiatría de sector.....	27
Psiquiatría preventiva.....	27
La experiencia antipsiquiátrica y la cuestión antiinstitucional.....	28
La reforma latinoamericana.....	30
El manicomio general: la experiencia de La Castañeda.....	31
El avance del neoliberalismo: mercantilización de la salud mental y medicalización de las emociones.....	42
Nuevos avatares de la locura: derechos humanos y discapacidad psicosocial.....	45
sistema de salud mental en México: Entre instituciones y legislaciones.....	65
El Orgullo loco y los colectivos en primera persona: Subversión de la locura y enunciación política de la experiencia.....	69
Análisis de las entrevistas.....	80
Primeras experiencias con el síntoma y autopercepción como sujeto de la locura.....	80
La experiencia de la locura en la juventud.....	83

El trabajo.....	84
Relación con el medicamento. ....	87
Vínculos entre pares dentro del hospital. ....	90
Percepción del trato en el hospital. ....	91
Fantaseando una intervención. ....	92
Colectivización de la locura y herramientas simbólicas. ....	93
Reflexiones finales.....	96
Bibliografía. ....	98
Anexos.....	102
Entrevista con integrantes del grupo “SinColectivo”.....	102
Fragmento de la entrevista del miércoles 11 de enero del 2023, realizada durante una caminata en las instalaciones del hospital psiquiátrico campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno” con dos usuarios. ....	108
Fragmento de la entrevista realizada el 22 de marzo de 2023.....	115

## Objetivos.

- Conocer las distintas conceptualizaciones en torno a la locura y los modelos de intervención que propusieron.
- Retratar la experiencia de la locura y sus avatares.
- Conocer las condiciones socio-políticas que influyen en los devenires corporales de los sujetos de la experiencia de la locura.
- Reconocer las formas en que los sujetos de la experiencia de la locura han logrado encontrar vías de expresión, y subversión frente a conceptualizaciones, dispositivos y modelos de intervención patologizantes.

## Preguntas de investigación:

Las preguntas de investigación que buscan ayudar a cumplir los objetivos están divididas en tres grupos, las que cuestionan el pilar teórico práctico, las que cuestionan el pilar jurídico y las que cuestionan la experiencia del sujeto político de la locura.

En torno al pilar teórico práctico comencé cuestionando al lenguaje para saber, qué conceptos han surgido para explicar y nombrar los devenires corporales etiquetados como

locos o locas. Surge la pregunta sobre ¿Cómo ha sido el desarrollo histórico de la conceptualización de la locura?, entendiendo que toda teorización proviene de una tradición epistémica me pregunté ¿qué saberes han sido hegemónicos en cuanto a la teorización de la locura?, para entender con más profundidad los argumentos de cada discurso surgió la duda ¿cuáles son los paradigmas en torno a la locura? Para situar todos estos discursos es necesario recurrir a la historia de la práctica, conocer la historia de las intervenciones y sus procedimientos por lo que me cuestioné ¿qué instituciones han surgido en México para atender la salud mental?

En cuanto al pilar jurídico comencé preguntándome sobre las herramientas internacionales de derechos humanos por lo que surgió la pregunta de ¿cuál ha sido la historia de los derechos humanos y cuáles son las convenciones que hablan sobre salud mental?, conociendo la legislación internacional fue necesario situar la investigación una vez más, por lo que aparece la pregunta ¿Cuál es estado actual de las legislaciones de salud mental en México y qué transformaciones ha experimentado?

Por último, el pilar de la experiencia reconoce el papel de la primera persona, busca acercarse a la locura mediante sus avatares y conocer ¿Cómo nombra el loco su experiencia?, con el fin de conocer la manera en que el sujeto de la locura ha construido espacios para la colectivización del malestar y cuestionamiento del orden cuerdista me pregunto ¿cómo ha sido su politización de la locura? ¿cómo se enuncian políticamente los sujetos de la locura? Y por último, ¿Qué herramientas simbólicas tienen los colectivos de orgullo loco?

#### Para problematizar la locura.

Como muchas personas más, inicié mi andadura deseando conocer las causas de la locura que están relacionadas con lo político y cultural, quise adoptar una mirada desenmarcada de la tradicional mirada clínica del paradigma biomédico, no busque en el cerebro la causa de la locura, no decidí enmarcarme en las categorías de la psicología clínica, pues entendí desde una perspectiva política y antipsiquiátrica que esquizofrénicos, trastornados, personas con síndromes y cuerdos están todos locos; lejos de ocupar un lugar privilegiado en el juego de contestar verdades positivistas terminé con una serie de preguntas que

terminaron por angustiarme al punto de un colapso, que para colmo, fue autoincurrido. Comprendí después que no soy el único que ha transitado éste camino, pues como Haraway me mostró es difícil contestar a discursos hegemónicos, pero no imposible, para hacerlo tenemos que ocupar una posición crítica que se sostenga de teorías y paradigmas que con una mirada distinta y de forma interdisciplinaria sirva para poder articular algunos discursos contestatarios.

Comencé queriendo conocer aquello que en los contextos de los sujetos de la locura les causó tal estado afectivo y estructural, qué de sus situaciones había servido como detonante de la desestructuración psicótica, cómo se relacionan con éstos aspectos de la cultura las personas “normales” y cómo se diferencian unos de otros, puesto que al final la cultura termina creando un malestar que causa cierto grado de rechazo en todos los sujetos. Quería, entonces, localizar lo que Castoriadis nombra como las instituciones imaginarias que les causaban malestar, los significantes encarnados cancerígenos que avanzaban carcomiendo por dentro al sujeto, las leyes y normas de la cultura que enfermaban, hábitos y costumbres, roles y posiciones en el sistema de producción capitalista, denunciarlas y proponer algo que se situara en otro lugar.

Creí que el campo me estaba esperando y los sujetos estaban ahí, esperando ser escuchados y deseando ser comprendidos, pensé que el mejor lugar para hacer mi investigación era el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino de Álvarez”, por ser una institución total podría pensar las relaciones que ocurren dentro de sus paredes desde la perspectiva de la sociología, escuchar a los pacientes con una técnica psicoanalítica y descubrir en sus delirios las implicaciones políticas en las que se encontraban. La excusa para entrar a la institución fue realizar mi servicio social, sin embargo y para mi suerte (no distingo si buena o mala) no fui aceptado, por lo que pronto pensé en una nueva configuración del problema, no sin antes sentirme angustiado y perdido. Otros intentos se sumaron a la lista de fracasos por encontrar un campo donde se me permitiera estar en contacto con el delirio y la violencia psiquiátrica. Renuncié a realizar elaboraciones teóricas para no incurrir en una unilateralidad que hablara por el campo, que lejos de situarse en un lugar concreto se hallara en el reino de la imaginación. Entonces encontré un lugar donde fui aceptado para realizar mi servicio social y que además cumplía con la característica de ser una casa de medio camino donde podía ver una nueva forma de encierro y segregación,

pensé una vez más en el marco teórico que iba a guiar mi acción en el campo y todo estaba casi listo para iniciar, comencé a armar de nuevo mi problematización, entonces un virus chino causó una pandemia y las recomendaciones sanitarias de la oms me mandaron a casa, encerrado en cuarentena, sin poder entrar al campo, conocer a los sujetos de estudio y con tres exámenes de recuperación que mi desánimo producido por el rechazo en varias instituciones y la sensación de soledad me causó, ahí comenzó a transformarse mi pensamiento.

Comencé cuestionando el método con el que me proponía trabajar en el campo, y los analizadores iba a utilizar, entonces la idea de campo que propone Guber me permitió entender, que el método etnográfico era el propicio para recabar datos en el campo, cualquiera que fuese, puesto me daba la oportunidad de acercarme a los sujetos de estudio y escuchar lo que tenían para decirme, a mi conjunto de técnicas escogidas se unió la observación participante, puesto que su participar me permitía de cierta forma conocer las prácticas y costumbres de los sujetos de estudio, accediendo a la vez pero no completamente a su universo de significaciones, entonces apareció el cuerpo, participando soy con el otro y frente a él/ella, danza de subjetividades, observando implico el espacio, las formas, y observo con una perspectiva, que es la teórica. Con entrevistas abiertas escucho lo que se me dice y con atención flotante descubro lo que el otro me entrega en forma de palabra, trato de conocer su mundo para luego pensarlo y traducirlo.

El campo estaba a mi entendimiento en un lugar y en ningún lugar, puesto que no era el espacio donde se daba la interacción humana, sino era la interacción humana misma. Entonces comprendí que era necesario situar el conocimiento en un contexto que fuera observable en cualquier lugar, las relaciones de poder, no importando dónde me encuentre ellas me acompañan, así como me acompaña la cultura, y pensando en el entrecruzamiento de dichas relaciones de opresión podía pensar el campo, destacaré en intersección el género, la clase y la locura y de ellas devendrá el campo, hombres y mujeres de clase media y baja diagnosticadas por el poder psiquiátrico y su experiencia con la cultura y sus sistemas de opresión, pienso en lo concreto de una mujer que conocí hace un año en el hospital Fray Bernardino, que tenía la condición de mujer, loca, de escasos recursos, sin educación escolar y habitante de una comunidad violenta, no la busco a ella de nuevo, pero gracias a ella encuentro intersecciones que me permiten pensar la cultura. Esa situación

concreta me llevó también a pensar la cuestión de la otredad significativa y la reflexividad articuladas en la investigación, cómo nuestra identidad antinómica marca la carne y luego la vuelve loca, como el género de los sujetos de estudio, la clase social y su condición contextual les constituyen como lo que son, o mejor dicho, lo que no son, para el sistema antinómico de representar la realidad se es mujer porque no se es hombre, se es pobre porque no se es rico, se es loco porque no se es cuerdo, danza entre dos que marca el destino de la carne. Pienso, mientras bailo con éstos saberes, que mi reflexividad consistiría en conocer cómo me posiciono en relación con tales antinomias, entonces un objetivo de la investigación sería conocer aquel punto en el que locura y cordura se borran y dan lugar a la diversidad, ni loco ni cuerdo, soy una persona, un sujeto político y responsable, al igual que el otro me encuentro en un sistema complejo de opresiones interconectadas, por lo que debo reconocer en mi carne la misma carne del otro.

Pienso que es necesario optar por una postura psicoanalítica a la hora de escuchar en el campo para que mi intervención logre tener la característica de emplazamiento, como oportunidad para que emerja en la situación sujeto-sujeto que se producirá en mi encuentro con el otro, dicho emplazamiento tiene el objetivo de permitir que el otro escuche su discurso y que mi intervención, lejos de guiarlo pastoralmente permita la oportunidad de hacer surgir en el discurso los entrecruzamientos políticos en los que se encuentra y así tomar un posicionamiento responsable sobre su posición en el mundo, entendiendo a la responsabilidad como la capacidad para responder a dicho posicionamiento. Mi labor es la de una escucha con atención flotante, prestando atención a las instituciones que hablan al sujeto y lo sujetan a las estructuras, esto con el fin de pulsar sobre aquellas representaciones y lograr una resonancia entre el sujeto de la investigación y yo. Como Mayo intentaré intervenir en el campo y registrar todos los datos que se produzcan en esa relación. Como Lewin buscaré descongelar los hábitos sociales que se encuentran congelados en las prácticas de los sujetos, es decir los discursos mediante los cuales el sujeto de la locura se vive a sí mismo. Como Freud prestaré atención al delirio para conocer qué implicaciones libidinales están detrás de él y así articular el cuerpo con la experiencia. Como Foucault busco la creación de un dispositivo que permita fracturarse y que admita la emergencia de un dispositivo otro, al tamaño de mi mano. Como Lourau y Lapassade busco realizar un análisis de las instituciones que se encuentran interiorizadas al sujeto y lo atan a discursos

que no permiten la emergencia de nuevos posicionamientos. Con Guattari aprendí que debo buscar un proceso de subjetivación en el grupo que atienda a las condiciones contextuales y de deseo, entendido como potencia. Finalmente entiendo con mi experiencia personal que el fallo y el error son los mejores maestros y que no hay dispositivo perfecto, entonces, busco una experiencia que me permita articular teoría y metodología para crear una herramienta que me permita acercarme a la locura, el delirio y sus implicaciones políticas.

### El método y el problema.

Una de las preocupaciones más escandalosas en la academia es cómo lograr un trabajo de investigación que logre resolver las tensiones entre teoría y praxis, cómo lograr articular ambos polos de una relación que nunca termina y que difícilmente se fundirán armoniosamente sin caer en el error de creer que la teoría es la palabra absoluta que designa lo real y que inviste ésta realidad de una verdad producida. ¿Cómo sobrellevar la tensión de dicho par y superarlo en el camino de la investigación? fue la pregunta que dio comienzo al proceso de investigación y elaboración metodológica, ¿cuál debería ser el fin de la investigación en un mundo en constante crisis de significaciones? Fue la pregunta subsecuente, ¿para qué investigar?, ¿desde dónde?, ¿con qué óptica?, y sobre todo ¿cómo?, ¿cómo guiar la investigación en medio de un caos teórico y práctico?, ¿es el campo de investigación un lugar preexistente o más bien uno construido? Fueron preguntas que se fueron agregando y causando cada vez más angustia en mi carne, angustia que me permitió conocerme, entender que mi posición de investigador en permanente formación está construida sobre pilares frágiles de la cultura occidental moderna, lo que me da una visión de la realidad sesgada, construida con base en sistemas de conocimiento que perpetúan opresión y segregación y que en última instancia se preocupan por transformar la realidad que dicen hablar.

Tres ejes guiaron el sendero por el cuál transitó en la presente investigación, o tal vez fueron múltiples ejes que se entrecruzaron en tres intersecciones, el primero tiene que ver con lo que la feminista Donna Haraway propone como otredad significativa y conocimientos situados, unas de las preguntas cruciales fueron ¿quién pregunta?, ¿Sobre



qué pregunta?, ¿De qué manera pregunta?, y ¿sobre qué pregunta? De las cuales me intentaré ocupar en el primer apartado, no por ello agotando las respuestas que pueden ser dadas ni imponiendo una respuesta sobre las demás. El segundo eje comprende preguntas sobre implicaciones éticas y políticas de la investigación, que se articulan con las del primer eje y arrojan luz sobre las prácticas discursivas en la investigación y cómo éstas visibilizan u ocultan ciertos sectores de personas y saberes, ¿cómo éstas prácticas del saber terminan produciendo relaciones de poder que luego son reproducidas en la investigación?, ¿qué herramientas utilizaremos para ocupar una posición ética y políticamente congruente que pueda servirnos para, si no erradicar instantáneamente la opresión, sí desarmarla y en la medida de lo posible con el esfuerzo que implica, transformar nuestras posiciones, prácticas y discursos? ¿Qué lugar ocupamos en el sistema de opresiones, en qué punto de la intersección nos hallamos? ¿Cómo podemos producir conocimientos que no tiendan a la universalidad que borra las diferencias y que no pretendan ser un discurso único? Trataré de responder no buscando verdades objetivas, sino formas específicas de conocimiento que permitan vivir un aquí y un ahora y que permitan accionar efectividad y responsabilidad. El último eje es la propia investigación, comprende tanto el trabajo académico de elucubraciones como la intervención en el campo de investigación, me ocuparé de ver cómo éstas preguntas repercuten no sólo en mi carne sino también en la investigación, o mejor dicho cómo la resonancia de dichas preocupaciones hacen eco en mi cuerpo y me permiten reflejarlas en la investigación, cómo la palabra se hace carne y cómo la carne se hace palabra.

### Etnografía y reflexividad: para reflexionar la psicología.

De entre todas las psicologías existentes está la social, que se distingue por ser pensada dentro del marco de representaciones propio de las ciencias sociales, de ellas toma el interés por describir la realidad social-cultural de la interacción humana, poniendo énfasis en las subjetividades y las producciones de subjetividades que generan las relaciones de poder. Las ciencias sociales a su vez se nutren de la antropología y la etnografía para guiarse en el trabajo de campo, por lo que las orientaciones de la psicología social están influidas por la etnografía y su “estar allí”. Pero, ¿qué es la etnografía?

En un texto de 2011 la antropóloga Rosana Guber relata que la etnografía surge a finales del siglo XIX y principios de XX, período en el que la modernización de los medios de transporte y comunicación propiciaron un escenario donde era permitido desarrollar con la rigurosidad de la academia el trabajo etnográfico de campo, éste sirve para “describir la globalización misma, y restituirles a los conjuntos humanos la agencia social” (Guber, 2011, p.16) En el mismo lugar la autora explica que se entiende a la etnografía desde tres acepciones, es decir, la etnografía está constituida desde tres formas interrelacionadas de concebirla, como un enfoque, como un método y como un texto.

El enfoque de la etnografía permite hacer una descripción de los hechos sociales, la cual está construida entramando las distintas interpretaciones de los agentes que experimentan un hecho, como menciona la autora “los agentes son informantes privilegiados pues sólo ellos pueden dar cuenta de lo que piensan, sienten, dicen y hacen” (Guber, 2011, p.16). En esto y no otra cosa reside la particularidad del enfoque etnográfico, descentra al investigador como “Sujeto asertivo” del conocimiento preexistente y lo pone en el lugar de “sujeto cognoscente” que deberá desconocer y reconocer aquello que investiga. (Guber, 2011). Clifford Geertz (1973) caracteriza a ésta descripción etnográfica como descripción densa, pues ésta muestra los comportamientos como acciones meramente físicas sin conferirles un sentido y reconoce los marcos de interpretación de los actores, la labor del investigador es “aprehender las estructuras conceptuales con que la gente actúa y hace inteligible su conducta a la de los demás.” (Guber, 2011, p.18). Autores como Jacobson (1991) plantean que la descripción realizada no es ni el mundo de los sujetos de investigación, ni cómo lo ven, sino una representación elaborada por el investigador, una conclusión interpretativa que articula teoría con trabajo en campo (Guber, 2011, p.18).

El objetivo de la etnografía es hacer una interpretación-descripción sobre una cultura para poder acercarla a quienes no pertenecen a ella, en una labor de traducción no etnocéntrica. el método con el cuál se logrará dicho objetivo es el trabajo de campo, el cuál produce evidencia que facilita la descripción, dicho trabajo se basa en actividades específicas y se nos advierte que las mejores técnicas son las menos intrusivas como encuestas, observación participante, entrevistas no dirigidas, o residencia prolongada con los sujetos de estudio, observación participante, entre otras que el investigador “imagina, ensaya, crea y recrea para entrar en contacto con la población en cuestión y trabajar con

ella” (Guber, 2011, p.20). Lo anterior supone que el instrumento mismo de la investigación es el investigador y su cuerpo, “con sus atributos socioculturalmente considerados: género, nacionalidad, raza, clase.” (Guber, 2011, p.20). El investigador debe ser consciente de dichas implicaciones que impactan sobre su persona, pues en ellas estará todo descubrimiento que se realice, puesto que el conocimiento no se produce para el investigador, sino en el investigador, puesto que como se nos menciona “no existe conocimiento que no esté mediado por la persona el investigador, pero que ésta mediación sea efectiva, consciente y sistemáticamente recuperada en el proceso de conocimiento depende de la perspectiva epistemológica con que conciba sus prácticas” (Guber, 2011, 21), de esto trata la reflexividad del investigador que describiré más tarde.

En cuanto a la acepción de texto se refiere a que es un conjunto de conocimientos que están articulados con una teoría, los textos con los que se discuten los hechos. El texto etnográfico es lo que ya se ha escrito teóricamente y lo que deviene del trabajo de campo, la interpretación-descripción del campo y sus sujetos, las perspectivas epistemológicas o paradigmas de investigación, ya sea el naturalismo, el positivismo o alguna otra. (Guber, 2011, 21)

El elemento que integra dichas particularidades de la etnografía es el término de reflexividad, que surgió en el periodo que comprende de 1950 a 1960 y fue propuesto por el etnometodólogo Harold Garfinkel (1967), dicho autor se sitúa en el paradigma constitutivo, quienes postulan que la realidad sociocultural es constituida por agentes activos que a manera de mito reactualizan las reglas y códigos mediante los cuales los sucesos toman sentido, son ejecutores y productores del sentido que es transmitido en el lenguaje y racionalizan sus acciones para volverlas coherentes (Guber, 2011, p. 42-44). Reflexividad es la comprensión del investigador sobre su persona y la expresión de dicha comprensión, como se mencionó anteriormente es la conciencia sobre los propios condicionamientos políticos y sociales, podría decirse que es la toma de consciencia sobre el lugar que se ocupa en el entretejido sistema de opresiones que producen las relaciones de poder, comprenden género, edad, clase social y afiliación política, por mencionar a los más conocidos. En segunda instancia es toma de consciencia del epistemocentrismo, es decir qué posición intelectual constituye su pensamiento. En tercera instancia que la producción de conocimiento es una tendencia teoricista, un ojo que contempla desde una perspectiva

teórica, por lo tanto no hay que olvidar aclarar desde qué perspectiva se teoriza (Guber, 2011, p.46). El encuentro con el otro en el campo es un encuentro de reflexividades, por una parte la del investigador y por otra parte la de los sujetos “de estudio”, la tarea del primero es comprender la reflexividad de los segundos y sólo podrá lograrlo estando allí, con ellos, aprehendiendo los sentidos en un proceso de segunda socialización que comprende la “interacción, diferenciación y reciprocidad entre la reflexividad del sujeto cognoscente y la de los sujetos de investigación” (Guber, 2011, p.50), en última instancia podría decirse que es la capacidad del sujeto para reflexionar sobre sí mismo y la posición que ocupa en una cultura, posición que es vivida desde la corporalidad. Un ejemplo claro de esto nos lo otorga la literatura, y no precisamente la teórica, pues en un relato de Le Clézio (2005) narra su infancia como niño blanco europeo en una colonia inglesa localizada en África, pienso al leerlo en todos los entrecruzamientos de relaciones de poder que se cristalizan en su cuerpo, que como refiere es tratado con violencia, pasó por relaciones disimétricas gracias a su nacionalidad y etnia, gracias a que su padre era un doctor en África y gracias a la persecución de la Gestapo que sufrieron en Inglaterra, en su llegada a África el mundo como lo había experimentado dio un giro enorme, olvidó su rostro y comenzó a reconocer su cuerpo, en esa relación con el cuerpo describe su relación con la cultura, se encuentra en medio de distintas relaciones de poder que producen un saber sobre sí y sobre el otro, sobre el propio cuerpo y el cuerpo del otro, produce conocimiento, como la escena donde se encuentra con una mujer vieja y descubre el inminente paso del tiempo y sus marcas en la carne, descubre y describe las chozas donde vive él y donde viven los nativos, para hablar sin saberlo sobre la relación entre humanos, naturaleza y espacio. (Le Clézio, 2005, pp. 9-26).

#### Otredad significativa y conocimientos situados: para situar la psicología.

El paradigma positivista de investigación exige sobre todas las cosas una objetividad que reproduce la dicotomía sujeto-objeto con la que se construye la modernidad, y que amenaza la función colectiva de los sujetos históricos, puesto que borra las condiciones contextuales en las que se produce el conocimiento. Un conocimiento que es blanco, burgués y masculinista, espacio de simulación que proporciona verdades creadas desligadas de la

realidad social, y que impide actuar con eficacia sobre dicha realidad (Haraway, 1995). La promesa de objetividad que lega el método positivista nos falla pronto, el contexto sociohistórico y su emergencia no se dejan borrar por una actitud científicista y sigue insistiendo, dicha insistencia no puede soslayarse, pues lo que calla el método positivista es la verdad no dicha del contexto, verdad que ha tratado de salir a la luz en forma de nuevos enfoques teóricos que buscan tener un conocimiento menos sesgado de la realidad. Haraway comenta su historia personal y cómo inició su andadura deseando “un instrumento capaz de deconstruir los aspavientos de verdad de la ciencia hostil y que mostrase la especificidad histórica Radical” (Haraway, 1995, p. 319). Sin embargo dicho utensilio no existe y debe ser creado por el investigador al tamaño de su mano, con la medida de su cuerpo y la especificidad de su contexto, con el fin de encontrar lo que Harding plantea como “la ciencia del sucesor”, es decir “una versión del mundo más adecuada rica y mejor, con vistas a vivir bien en él y en relación crítica y reflexiva con nuestras prácticas de dominación y con las de otros y con partes desiguales de privilegio y opresión” (Haraway, 1995, p.321), lo que se busca es una versión de la “ contingencia histórica radical” que abarque todo conocimiento posible creado por los sujetos, que reconozca las tecnologías semióticas con las que se interpreta la realidad para lograr significarla con el compromiso y ética que se requiere. (Haraway, 1995, 321).

Para lograr una versión del mundo donde quepan todos los mundos es necesario adoptar una “política del posicionamiento” que contemple las entrecruzadas relaciones de poder que el saber científico perpetúa, que sitúe lo abstracto en lo concreto, una óptica que lejos de observar el sistema mundial y la teoría del amo enfoque los conocimientos locales y las relaciones de poder interconectadas, con el fin de crear “un mapa de tensiones y resonancias entre los fines fijos de una dicotomía” (Haraway, 1995, 334), la cuestión no es adoptar una postura epistémica totalizadora y universalista, unilateral y absoluta, sino entender que todo conocimiento está situado, en un lugar y en un tiempo, y más que una cuestión filosófica o de episteme es una cuestión de ética y responsabilidad, no se busca un nuevo relativismo, sino que intenta establecer una situación donde el conocimiento se produce, opta por el posicionamiento y la situación donde la parcialidad es la única condición para escuchar, ¿por qué adoptar éste enfoque? Por las conexiones y aperturas inesperadas que los conocimientos situados hacen posibles (Haraway, 1995, 339).

Aunado a la visión de los conocimientos situados Haraway propone el concepto de “otredad significativa”, para hablar de las especies que acompañan a la humanidad, pero también para hablar de las relaciones donde los participantes no son “ni la totalidad ni la parte” sino una interconexión entre los significados que ambos se confieren (Haraway, 2017, p.8), como lo expresa el ejemplo que muestra la relación entre Noske, una ambientalista y su perra Tulip, “Tulip importaba, y eso lo transformaba a los dos” (Haraway, 2017, p. 35), es una danza conjunta, una relación bilateral donde ambas partes se construyen la una a la otra. Haraway es una entrenadora de perros, lo que le permitió acercarse al problema de la relación humano-animal desde una óptica distinta del positivismo objetivo/objetivizante, de la dicotomía naturaleza-cultura, notó cómo los sujetos significan con amor a sus acompañantes caninos y cómo éste amor, afecto desbordante, influye en la relación.

La psicología social puede nutrirse de ésta perspectiva, ésta entiende al sujeto como producto de sus relaciones, por lo que entenderlo desde los conocimientos situados le permitirá aceptar con responsabilidad que más allá de las emociones y procesos del pensamiento se ubica la política y el posicionamiento del cuerpo en el sistema interconectado de opresión a nivel macro, no negando lo primero lo segundo llega a complementarlo, a situarlo, lo que acerca a la psicología un grado más a las ciencias sociales y la aleja del paradigma positivista del conductismo neurocientificista. Permite conocer la posición de los sujetos en el mundo y lo que produce este posicionamiento. Con los métodos etnográficos la psicología es capaz de desenterrar los saberes ocultos, escuchar al sujeto y sus narrativas, localizarlo en el mundo, mirarlo de frente en una relación de resonancia con todo aquello que le rodea y de ésta manera comprender de manera más abarcativa y descriptiva su agencia en el mundo, con esto, lejos de responder la demanda capitalista de saber sobre el sujeto para normalizarlo o integrarlo en el sistema de producción, generamos una nueva demanda que respondería a la pregunta ¿cómo podemos actuar con responsabilidad y ética en el mundo que habitamos?

[Tropos, relaciones de poder e intersecciones: para colocarse en el campo.](#)

A la hora de investigar puede creerse ingenuamente que el campo es aquel lugar que está

ahí esperando a que recolectemos datos, como si el conocimiento fuera preexistente y sólo hiciera falta que llegué aquel conquistador que logre vislumbrarlos, ¡tierra a la vista!, sin embargo, si nos detenemos a reflexionar un momento descubriremos que el campo lejos de estar dado se contruye, quien investiga arma el campo con sus preguntas de investigación, delimita sujetos de estudio, prioriza campos de saber, designa las cosas con una palabra, el campo deja de ser sólo el espacio geográfico y comienza a ser también un lugar en la imaginación que es mapeado por tropos, lugares o palabras, en “¿No oyes ladrar a los perros?” el campo no fue lo héroes Tecamac, sino las relaciones de los humanos con los animales y con el espacio, lo que constituyó el campo fue la mirada del investigador, los conceptos utilizados y las teorías referidas. Campo es el lugar real o imaginario donde la actividad humana de significación se despliega y en el cual quien investiga debe conscientizarse del lugar que ocupa en él. En el campo estamos siendo interpelados por las múltiples líneas que trazan las relaciones de poder, las cuales el mantra multiculturalista (género, clase, raza) suele denunciar y repetir hasta el cansancio y aún más allá. Por esto es menester saber en qué lugar nos posicionamos, qué signos lleva mi carne y cómo éstos me acompañan en el campo. Cómo mi actividad académica está comprometida por éstas relaciones y cómo se intersectan las distintas formas de opresión en el conocimiento que trato producir. Con el fin de estar alerta de éstos entrecruzamientos se propuso el término “interseccionalidad”.

En 1989 la académica crítica del derecho Kimberlé Crenshaw usó por primera vez el término en el seno del debate feminista sobre el sujeto político del feminismo. Su objetivo fue crear una herramienta heurística que diera cuenta de los entrecruzamientos de las mujeres en los diferentes sistemas de opresión que generan las relaciones de poder, inicialmente Crenshaw lo utilizó para visibilizar el doble estigma que tenían las mujeres afroamericanas, por ser mujeres y de raza negra sufrían dos niveles de opresión que se cristalizaban en su identidad y su vida cotidiana (Golubov, 2016, p.2), algunas feministas como Hacock (2007) lo toman como un nuevo paradigma de investigación, algunas otras (MacKinnon, 2007) como una metodología (Golubov, 2016, p. 2), otras perspectivas como la de Lykke (2011) la entienden como “un lugar discursivo donde diferentes posiciones feministas se encuentran en diálogo crítico o de conflicto productivo” (Viveros, 2016, p.5).

Por mi parte entiendo que la concreción de la experiencia de los sujetos está

mediada por distintos niveles de relaciones de poder que producen categorías con las que los sujetos se identifican, por lo que para fines analíticos y de estudio separan los distintos ejes de la identidad, que en un principio no se encuentran separados, sino articulados y normalizados a tal punto que es difícil concientizarse de su articulación y lo que ésta produce, siguiendo el concepto de identidad y las propuestas de Anthias (2012), Golubov propone que “la interseccionalidad sería el resultado de procesos distintos pero interrelacionados” no separables ni jerarquizados de sistemas de diferencias que se juegan en la vida social (Golubov, 2016, p.6), el término de interseccionalidad permite identificar las interacciones entre dichos sistemas de diferencias a distintos niveles de análisis.

La toma de conciencia de la interseccionalidad en el qué hacer psicológico permite notar las distintas instituciones que sujetan los cuerpos y su grado de introyección en ellos, ilustra un panorama en el cual las identificaciones se presentan, nos muestran los significantes que van a metaforizar la carne, todo esto no para tener un mayor conocimiento sobre el sujeto, sino para tener una posibilidad de descentrarnos de dichas posiciones, actuar efectivamente en el mundo y construir campos de saber alejados de la opresión patriarcal y capitalista. Para no repetir el mantra multiculturalista optaré por escuchar lo que feministas actuales que se inscriben al activismo antimanicomial han denunciado como “cuerdismo”, que se refiere a la opresión y discriminación sobre una característica o condición mental concreta o supuesta de una persona (Pérez, 2020). Entiendo que desde la psicología clínica se tiene un afán por patologizar al sujeto inscribiéndolo en sistemas de diferencias como el de sano-enfermo y loco-cuerdo, por lo que en un interés por descentrar la psicología de esos campos y llevarla al terreno social que requiere efectividad, nos demos cuenta que los saberes producidos en relación con la teoría clínica sirven para perpetuar la opresión de la raza humana, por lo que es necesario, con reflexividad darnos cuenta de lo que produce nuestra relación con el saber, con las prácticas y con los sujetos.

### La intervención en el campo de la psicología social.

La psicología social se distingue por seguir una construcción epistémica apegada a las ciencias sociales, es interdisciplinaria, procesual e histórica, surgió como una opción distinta a la psicología general enmarcada en el positivismo del paradigma bio-médico, su



objeto de estudio son la subjetividad y las distintas producciones de subjetividad que abundan en un contexto (Moreno, 2011). Desde el marco de ésta psicología se entiende que la labor del psicólogo es el de intervenir en los grupos e instituciones para encontrar los complejos procesos que estructuraron a la subjetividad estudiada, en dicha intervención “Existe una gran tendencia a recuperar la experiencia, a analizar los métodos, a describir las condiciones específicas y los acontecimientos, a señalar sus alcances y sus límites” (Moreno, 2011, p.13), pero también es una práctica que lejos de seguir una línea de dominación/racionalización, lo que busca es seguir un camino para la emancipación/subjetivación.

Como método está enmarcado en la disciplina de la psicología social, y se construye sobre su sustrato epistémico, fueron distintos los movimientos teóricos que aportaron al pensamiento y complejización de dicho dispositivo, que como toda herramienta está construida en articulación con teorías y ensayos de intervención. El presente ensayo pretende hacer un breve recuento de los momentos históricos y las corrientes teóricas que enriquecieron el dispositivo de intervención psicosocial y las reflexiones en torno a ellas que deben ser repensadas a la hora de intervenir. Moreno (2011) destaca distintas corrientes teóricas que han aportado algo a ésta herramienta, entre ellas está la experiencia del psicoanálisis de grupos, el grupo operativo, y el análisis institucional que constituyen los grandes movimientos intelectuales que permitieron pensar al psicólogo en el campo de la intervención.

La primera intervención fue realizada a finales de los años 20 por el psicólogo experimental Elton Mayo, quien investigó en la “Western Electric Company” variables que aumentaban la producción de los trabajadores en la planta, durante varios años Mayo realizó cambios en variables como salarios, horas de jornadas y descansos; también investigó los códigos implícitos en los trabajadores y descubrió que ellos no se interesaban por superar las normas de desempeño para no llevar al máximo sus ganancias. Mayo puso en evidencia que existía en los grupos que estudió una red informal, códigos propios implícitos y roles diferenciados, éste fue su principal aporte al desarrollo teórico (Moreno, 2011, p.44).

La siguiente experiencia que dejó sedimentos en el campo de la intervención psicosocial fue Kurt Lewin, quien postuló un modelo general del comportamiento humano

llamado “Teoría del campo”, con ella plantea que los fenómenos psicológicos se encuentran determinados por las relaciones mutuas entre individuos más que por las propiedades del ambiente, para Lewin lo que caracterizaba a los grupos era su interdependencia, es decir, la necesidad por el otro y por pertenecer a un grupo (Moreno, 2011, p.46-47). En cuanto al cambio de los hábitos en un grupo o sociedad Lewin propone tres tiempos en los que dicho cambio se lleva a cabo: el descongelamiento, que implica una discusión de los hábitos y un estado afectivo desbordante, caracterizado por el rechazo a el hábito; el reemplazo, o cambio de nivel, sucede cuando el hábito se transforma en uno nuevo; y el congelamiento, o el equilibrio nuevo en la vida colectiva (Moreno, 2011, p.49). Por último un aporte importante fue el modelo de investigación-acción, que requiere por parte del investigador una visión abarcativa de los individuos que forman el grupo, sus condiciones contextuales, los sistemas de relaciones y de valores, es “una planeación general, a partir de la cual se implementa una primera acción directa con la población y se recolectan los datos derivados de ella” (Moreno, 2011, p.50).

La siguiente corriente teórica que aportó a la intervención de grupos e instituciones fue el psicoanálisis, las grandes guerras propiciaron un ambiente de crisis del tejido social que impulsó el cuestionamiento de la cultura y los efectos de ella sobre el sujeto, Sigmund Freud se preocupó por esclarecer las motivaciones de los individuos para formar grupos, motivaciones inconscientes que tienen efectos sobre los procesos de grupo. En sus escritos sociales presentó distintos modelos que trataron de superar la psique individual y trascender hasta el grupo; el primero se encuentra en “Totem y Tabú” (1913), donde postula el modelo de realidad psíquica la cual deriva de lo producido por la alianza fraterna para asesinar al padre primitivo y que configura un universo de significaciones compartidas; en 1921 propone un nuevo modelo partiendo del concepto de identificación como lazo libidinal que mantiene cohesionado al grupo, y que se estructura en relación a un líder; por último en 1930 propone que la cultura y la vida en ella requiere una renuncia a la realización de los fines pulsionales, renuncia que comprende a todos los sujetos y que produce, mediante el narcisismo, identidad, diferencia y malestar (Moreno, 2011, p.69-75).

El paso del dispositivo psicoanalítico individual al grupal continuó con los principios metodológicos invariables del psicoanálisis: la exigencia de decir, el deseo humano dirigido a otro, la realidad psíquica y la historización de la vida del sujeto. Kaës

(2005) afirma que cualquier variación del dispositivo es válida mientras atienda éstos principios y los conserve “la presencia simultánea frente a frente de varias personas, la composición de vínculos intersubjetivos en un aparato de ligazón y de transformación de las formaciones psíquicas, la interdiscursividad de los procesos asociativos y los efectos de trabajo psíquico consecutivos a tales características” (Moreno, 2011, p.102). Para Kaës el dispositivo responde o debe responder a tres demandas: hacer manifiestos los efectos del inconsciente en el campo de la transferencia, sostener las relaciones de combinación que se dan en el espacio de intervención, e interpretar dichas transformaciones como producto de trabajo psíquico (Moreno, 2011, p103). Podemos afirmar que Kaës propone su trabajo como una nueva clínica psicoanalítica abarcativa de lo individual y lo grupal.

Sin embargo el psicoanálisis tiene ciertas desventajas metodológicas y estratégicas, es un proceso muy largo y no cualquiera puede costárselo, por lo que autores como Pichón-Riviére optan por propuestas de intervención desde la psicología social que incluyen cuatro niveles de comprensión-acción, el nivel individual (psicosocial), sociodinámico (grupo), institucional y comunitario. Dicho enfoque busca una reflexión sobre el sujeto y su contexto con el fin de lograr que el sujeto se cuestione y rompa los estereotipos y hábitos para abrirse la posibilidad de habitar nuevos espacios, el punto de partida son las necesidades del sujeto y del grupo, pues en él y gracias a ellas se produce el juego psicosocial y sociodinámico, que abre la puerta a la confrontación y solución de ansiedades que obstaculizan el cambio. Principalmente la visión de Pichon-Riviére responde al vínculo entre sujeto y sociedad donde están en juego tanto las fantasías del sujeto como las estructuras del contexto (Moreno, 2011, pp. 113-115). En el grupo operativo convergen de Pichon-Riviére convergen muchas líneas teóricas, entre ellas el pensamiento Lewiniano, marxista y kleiniano.

Otra corriente que influyó a la intervención psicosocial de grupos e instituciones fue el análisis institucional, partiendo de la premisa que no se pueden estudiar los grupos sin prestar atención a las instituciones, puesto que ellas constituyen los procesos grupales, se entiende como institución a todo aquello que está establecido en el sujeto y sus relaciones. El AI surgió a consecuencia de la revolución sociopsicológica de los años 60 y 70, autores como Lapassade y Lourau acuñaron el término para referirse al “procedimiento que apunta sacar a la luz ese nivel oculto de la vida de los grupos, así como su funcionamiento”

(Moreno, 2011, p. 141), Lourau propone que las intervenciones institucionales estén formadas por articulaciones de los métodos del psicoanálisis, la psicología, la psicoterapia y la pedagogía, puesto que todas ellas trabajan con la relación que tiene el sujeto con la institución (Moreno, 2011, p.142). Lourau resalta dos conceptos centrales para el AI, la institución y la implicación: la noción de institución fue definida por Foucault (1991) como “Todo comportamiento más o menos forzado, aprendido. Todo lo que en una sociedad funciona como sistema de coacción, sin ser enunciado, todo lo social no-discursivo” (Moreno, 2011, p.143), para Lourau no sólo es lo instituido expresado en la fórmula foucaultiana, sino también lo instituyente, un movimiento dialéctico entre lo instituido y lo instituyente que produce modelos, normas y valores (Moreno, 2011, p. 144). La noción de implicación refiere al conjunto de relaciones que conscientes o no operan en el análisis de la intervención, tiene sus orígenes en la contratransferencia institucional.

Otro teórico que aportó al análisis institucional fue Félix Guattari, él propuso dos tipos de grupos producidos por el cruce de lo social, lo político, lo histórico, lo económico y lo deseante, éstos son el grupo-sometido y el grupo-sujeto, el primero se inserta en una jerarquización que soporta con el fin de adaptarse a los demás grupos, el segundo delimita dicha jerarquía a las estructuras y busca ir más allá de ellas, romper con el marco que inscriben, para dicho autor todos los grupos oscilan entre ambos tipos, sin embargo el grupo-sujeto está caracterizado por una “transversalidad” que cuestiona y renueva sin fin la institución (Moreno, 2011, p.146). El término de transversalidad fue propuesto como una oposición/superación a las nociones informales de horizontalidad y formales de verticalidad, se da a cabo cuando existe una comunicación intensa entre los distintos niveles y sentidos.

Con el fin de continuar la exposición quiero detenerme un momento en el concepto de dispositivo, nombrado ampliamente a lo largo del presente texto y que requiere una elucidación para poder continuar con la descripción. Foucault construye la significación de dispositivo desde tres acepciones, por una parte el dispositivo es un conjunto heterogéneo inscrito en el orden discursivo, que incluyen tanto lo que se puede decir como aquello que no; por otra parte con dispositivo se refiere al tipo de vínculo que existe entre los elementos de una red compleja e interconectada; por último lo concibe como una producción histórica que responde a una necesidad (Moreno, 2011, p.57-58). Las tres acepciones comprenden al

dispositivo como algo que está inscrito en las relaciones de poder que son soportadas por el saber y que a la vez lo soportan, por lo que el dispositivo ésta se presenta como una creación novedosa con la capacidad para descongelarse y congelarse en la forma de dispositivos nuevos y que permiten la emergencia de subjetividades construidas desde otra posición distinta a la inicial, desde éste descongelamiento de las instituciones surge la pregunta por los tipos nuevos de subjetividad que impulsa la intervención psicosocial (Moreno, 2011, p.61).

Quisiera posicionarme en un debate que abre Moreno en el campo de la intervención psicosocial, ¿ésta es un emplazamiento o un emerger de sí? Foucault (1990) distingue cuatro tipos de tecnologías que le permiten al humano entenderse a sí mismo, éstas son las tecnologías de sistemas de signos, las tecnologías del yo, las tecnologías de producción y las tecnologías de poder (Moreno, 2011, p.163). Heidegger por su parte distingue entre la técnica como un hacer instrumental con fines establecidos y la esencia de la técnica, tomando ésta última como un acto de creación poiética, un emerger de sí que trae algo ahí adelante, con la responsabilidad que incluye llevar algo a aparecer, un movimiento interior y transitivo que permite la emergencia de algo nuevo, un movimiento que permite desocultar algo y que emerja para producir efectos (Moreno, 2011, p.164). Emplazamiento significa justamente eso, no es traer algo ahí adelante, no es desocultamiento es sino permitir la emergencia de “algo que esté para ser solicitado para otra solicitud” (Moreno, 2011, p.165)

#### Descripción de lo realizado.

Con el fin de responder a las preguntas de investigaciones decidí realizar entrevistas abiertas y a profundidad, sin patologizar y con mirada etnográfica a usuarios y exusuarios de los servicios de atención a la salud mental. Fueron dos grupos distintos y cuyos miembros se encontraban en posiciones completamente distintas.

El primer grupo entrevistado fue la agrupación SinColectivo, una asociación de personas expertas por experiencia en salud mental, locos, locas y locxs. Fui miembro de

esta agrupación, por lo que conseguir la entrevista no supuso un problema, aunque por las actividades de sus integrantes no fue posible realizar una junta con todas y todos, a las sesiones asistieron tres integrantes, sin contarme a mí que estaba conduciendo la entrevista, estos fueron Oscar, Leslie y Gabriela, activistas en orgullo loco. Las entrevistas ocurrieron en mayo de 2021, debido a la pandemia de covid-19 fueron mediante la plataforma de zoom, de igual manera fueron grabadas bajo consentimiento informado. De las dos sesiones decidí utilizar sólo la primera debido a lo que en ella se comentó.

El segundo grupo estuvo conformado por dos usuarios del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, institución en la que ingresé como estudiante adscrito al programa del servicio social “la clínica de la psicosis, un espacio a construir”, de la universidad. Asistí al hospital los miércoles entre noviembre de 2022 y junio de 2023, en específico asistí al pabellón 2, para enfermos crónicos en condición de abandono. En este espacio conocí a Briseño y Alejandro, dos usuarios que se acercaron a mí para charlar y realizar caminatas, durante estas caminatas realicé algunas entrevistas que fueron grabadas bajo consentimiento informado, aquí quedaron asentadas dos con las que se trabajará.

La locura entre la experiencia y la teoría: articulaciones conceptuales y experiencias institucionales.

Ahora y a modo de comienzo, inicio un recorrido sobre las experiencias institucionales de la locura, sin otro objetivo que el de conocer con qué categorías se ha denominado a los sujetos de la locura y de qué manera han sido atendidos por las distintas formas de intervención que han surgido en diversos sustratos epistémicos, pienso que no puedo iniciar la problematización sin antes conocer cuál es la historia de la locura, quiénes han sido los actores principales de ésta historia y cómo se han producido discursos que traten de abarcar la problemática.

Experiencias con la locura y las instituciones.

Dentro de los límites de la experiencia humana se encuentran momentos en los que la razón duerme bajo el amparo de la sinrazón, que liberada del yugo de su compañera, sale y se expresa, se reconoce afuera en el actuar colectivo e individual, critica las formas de pensar y concebir el mundo, la locura brota como la expresión de un malestar personal que es a su vez colectivo, cuestiona lo que la obvedad prefiere enterrar en el olvido y vuelve a dormir para que la razón salga a la luz, después de un periodo de rupturas sucede uno de transformaciones, metanoia que reorganiza las formas de habitarse en el propio cuerpo y en la comunidad con más cuerpos.

A través de los siglos la locura ha sabido hacerse escuchar, ya sea mediante gritos o susurros nunca ha dejado de expresarse como experiencia de la condición humana, y éste va a ser el enfoque que el presente ensayo tendrá sobre la locura, en palabras concisas, experiencia de la locura como sufrimiento subjetivo y las respuestas del contexto socio-histórico frente a dicha problemática.

Para comenzar el abordaje del problema no me remitiré a tiempos muy lejanos más que para referirme a dos figuras de exclusión presentes en la edad media. Por una parte están los leprosarios, que cumplían la función de dar asistencia y tratamiento a los enfermos, a la par de aislarlos de la sociedad calificándolos de infectados que necesitan ser aislados para evitar la propagación de una enfermedad, y que una vez erradicada la enfermedad pasaron a ser centros asilares y hospicios para mendigos, pobres y locos, el hospital general heredó el estigma de la lepra y la función social de aislamiento y segregación institucional de los leprosarios. Otra figura importante es la de las naves de los locos, que de manera similar y a la vez distinta respondía a la problemática social de la locura, dichas naves se encargaban de llevarse a los locos lejos de su reino, siendo despojados en el acto de cualquier forma de ciudadanía, es similar porque se basa en la exclusión y diferente por ser una forma más violenta de invisibilizar a los sujetos de un padecer psíquico. Ambas experiencias sirvieron para la consolidación de un imaginario social sobre la locura ligado a la medicina y la noción de enfermedad, a la par de las nociones de normalidad y anormalidad necesarias en un momento de rupturas ideológicas.

[El lugar de los alienados, la institucionalización de la locura.](#)

En el siglo XVIII, un siglo después de la creación de los hospitales generales, y en el marco de la revolución francesa, la práctica médica en esos espacios produjo saberes y técnicas sostenidas por el modelo biomédico que respondieron a la problemática de la locura creando conceptos para categorizar una enfermedad que será vista como principal foco de atención y tratamiento. Es a finales de éste siglo cuando en Francia surge la disciplina del alienista, quien es un médico cuyo objeto de estudio es la alienación, el sujeto de ella, el alienado es alguien percibido como un extranjero, perteneciente a otras tierras donde la razón no tiene dominio. El principal actor de ésta experiencia es el médico francés Philippe Pinel quien en un intento por romper las cadenas de los manicomios que aprisionaban a los sujetos creó un modelo asilar donde el alienado era aislado de la sociedad, reclusión con una doble finalidad; por una parte para observarlo con mayor atención y poder hacer un diagnóstico que permita pensar el sufrimiento subjetivo como una enfermedad orgánica; por otra, insertarlo en el orden y la disciplina que requería el tratamiento moral de los alienistas. Con ésta concepción el hospital pasó a ser tanto un laboratorio donde era producido un saber y por otra parte una institución disciplinaria que trataba de ordenar a una serie de sujetos que habían perdido, aparentemente, la razón, el libre albedrío, su condición humana y su posibilidad de ciudadanía. Por esto el modelo pineliano del tratamiento moral basa su trabajo terapéutico en una concepción del alienado como alguien irresponsable, y pasa a cumplir la función de tutor que vela por la integridad de un infante, un degenerado sin responsabilidad que debe ser educado. Fue Morel, otro alienista francés quien retomando la noción de degeneración categorizó al alienado como un sujeto peligroso, con un mal crónico e incurable, los percibía como “representantes malditos de las más perversas tendencias del espíritu.” (Desviat, 1994, p. 22.). Como el loco no puede ser descaradamente encerrado porque las nuevas normas sociales que tienden al “progreso” prohíben la privación de la libertad sin garantías jurídicas, se categoriza al sujeto como peligroso para él y para la comunidad, lo que en una alianza médico-jurídica deriva en la justificación del aislamiento por la irresponsabilidad del sujeto y se pretende una reclusión terapéutica, lo que realmente sucede es una respuesta a la desorganización social producida por las nuevas relaciones y modos de producción, una respuesta técnica a problemas económicos. Éste periodo alcanza su cúspide en 1838, cuando se promulga una ley sobre los alienados que se basa en el modelo pineliano cuyas repercusiones son la instauración de



la tutela médica del enfermo, la introducción del término curación y una influencia en la legislación occidental. Otra consecuencia de éste periodo de institucionalización fue la definición de las funciones del manicomio, que perdurarán hasta el periodo de reforma, dichas funciones son: una médica, basada en el tratamiento moral pineliano; otra social, centrada en ofrecer refugio a una población desprotegida; una de protección, protección del grupo frente al alienado y éste frente a sí mismo.

#### Reforma y ruptura, locas alternativas al modelo asilar.

La hegemonía de la psiquiatría y su modelo biomédico fue absoluta durante un siglo entero, fue en la primera mitad del siglo XX cuando las contradicciones de dicho modelo se volvieron insostenibles y fueron denunciadas en diferentes lugares por diferentes actores, que desenmascararon la falsa neutralidad de la ciencia y mostraron su fundamento ideológico localizado en la función de control social, crecido bajo el sustrato de relaciones de poder jerarquizadas; se esclareció el lugar que la institución psiquiátrica ocupa en el sistema económico y cómo posiciona el sufrimiento subjetivo lejos del propio ser que lo padece; descubrieron que los conceptos científicos son contruidos artificialmente y ligados a creencias contextuales; e iniciaron procesos que produjeron nuevas miradas y nuevas técnicas de abordaje donde la dimensión subjetiva es finalmente incorporada y se incluye la mirada socio-histórica, política y ética.

Un auge del reclamo de planes nacionales de salud mental llevó a repensar una serie de planteamientos, se revalorizó el saber de los individuos y la comunidad en torno al sufrimiento y el bienestar, con esto se buscaba encontrar respuestas distintas a las brindadas por el modelo biomédico, como consecuencia distintas prácticas y distintos enfoques enriquecieron la problematización de éste fenómeno desde distintas dimensiones.

Las reformas psiquiátricas del siglo XX estuvieron situadas en su mayoría en países de Europa, Italia, Inglaterra, Francia y España, sin embargo en América también existieron en un número más reducido, fueron los países de Brasil, Argentina, Canadá y Estados Unidos los que propusieron nuevas intervenciones basadas en la desinstitucionalización y la descentralización de los manicomios. Las experiencias de reforma fundadas por éstas críticas pueden separarse, siguiendo a Amarante (2015) en tres grupos:

- La experiencia de la comunidad terapéutica y la psicoterapia institucional.
- La experiencia de la psiquiatría de sector y psiquiatría preventiva.
- La experiencia de la antipsiquiatría y la psiquiatría democrática.

#### La comunidad terapéutica.

El surgimiento de las comunidades terapéuticas sucedió en Inglaterra, durante el periodo de posguerra se presentó un sufrimiento social ocasionado por la muerte y destrucción que las grandes guerras mundiales trajeron consigo, muchas personas resultaron en el mejor de los casos muertas y en el peor de los casos perjudicados de manera permanente con afectaciones tanto psicosociales como físicos, ante tal problemática social se dio una respuesta técnica, se crearon comunidades terapéuticas de trabajo donde los sujetos podían “rehabilitarse” a la par de ser productivos en un momento donde era requerido, dicho movimiento encontró sus bases en los postulados de Maxwell Jones, quien propuso la creación de un modelo con una sociedad artificial con formas de socialización que permitieran una transición de la comunidad a la vida social real además de democratizar las relaciones mediante la organización de asambleas y reuniones de equipo donde se discutían las problemáticas presentes, lo que llevó a organizarse en grupos de discusión y grupos operativos que buscaban la transformación de la institución tradicional y la horizontalidad de las relaciones. Lo anterior descrito culmina en 1959, año en que se promulga el acta de la salud mental que definirá el modelo de atención inglés.

#### Psicoterapia institucional.

Otra respuesta surgida en el periodo de posguerra ocurrió en Francia, precisamente en el hospital de Saint-Alban en la década de 1940, donde se conformó una organización autónoma entre pacientes y técnicos profesionales que fundamentados en una concepción polifónica del problema permitieron un encuentro entre distintas disciplinas psi que permitió pesar en la complejidad del problema, mediante la noción de trabajo terapéutico realizaban encuentros, fiestas y ferias. Tosquelles, su principal actor y promotor que mediante la polifonía descrita anteriormente aunó al psicoanálisis, la psiquiatría de sector y la psicoterapia institucional para formar una colectividad terapéutica.

Entre la comunidad terapéutica y la psicoterapia institucional, lo comunitario.

Para el trabajo comunitario es fundamental la búsqueda de una reintegración de aquello que el poder asilar despojó de las personas, es decir, su capacidad de gestionar sus propias condiciones de sufrimiento y reparación. No sólo se busca la detención de la carrera del enfermo, el embudo invertido con el que funcionan los enfoques comunitarios buscan llevar el equipo terapéutico a la comunidad. La experiencia comunitaria propone una planificación no central ni normativa, con una propuesta que haga abordable el sufrimiento humano y la construcción colectiva de respuestas tomando en cuenta a los involucrados y sus necesidades inmediatas. Galende encuentra en el psicoanálisis una herramienta útil que hace posible un lazo social diferente, que recae sobre el primer nivel de intervención, el de los síntomas. A través de la escucha psicoanalítica se develan los juegos del deseo y la demanda que permiten pensar las necesidades de la población afectada y concientizar a la población en situación de riesgo.

#### Psiquiatría de sector.

Esta propuesta francesa surgió tomando en cuenta los desaciertos de la psiquiatría institucional, desaciertos que hacían necesario el trabajo externo al manicomio, tanto para evitar el reingreso de los sujetos al hospital como para prevenir nuevos ingresos. Esto llevó a sectorializar el territorio y a crear centros de salud comunitaria donde se atendieran pacientes de una sola región, cuando salieran del hospital general y el alta se les concediera, también se les asignaría un centro de salud mental. La creación de éstos centros de salud permitió la innovación técnica en campos como el acompañamiento terapéutico, el trabajo multidisciplinario y la ruptura de la exclusividad psiquiátrica del abordaje del tema.

#### Psiquiatría preventiva

La respuesta de la psiquiatría preventiva surgió en el contexto de la guerra de Estados Unidos contra Vietnam, en éste periodo de rupturas ideológicas y movimientos contraculturales se visibilizaron las situaciones de precariedad, olvido, y violencia ejercida en los hospitales psiquiátricos, lo que llevó a la promulgación en 1963 de una ley de salud mental que refinó el modelo tradicional biomédico. El principal actor teórico fue Caplan,

quien orientó ésta práctica hacia tres focos de prevención; el primero estaba localizado en la identificación de las posibles condiciones de formación de la enfermedad; el segundo estaba centrado en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; el tercero pensaba en la readaptación del paciente a la vida social. La conceptualización teórico-práctica se encontraba basada en la teoría sociológica del funcionalismo, ésta experiencia cree en la existencia de “una serie de factores continuos que permiten una relación más o menos armónica, funcional, ligada al desempeño de roles” (Galende, 1992, p. 31.), el enfoque sistémico de ésta psiquiatría se centró en nociones de desadaptación social para aunarlas al concepto de crisis y delimitar en ese campo su práctica, separó a las crisis en dos tipos: evolutivas, que comprenden procesos normales de transición entre periodos de vida, donde el sujeto cambia su comportamiento pero no adquiere una nueva organización; por otra parte se entiende a las crisis accidentales como todas aquellas precipitadas por alguna pérdida o riesgo que desestructuran al sujeto. Este movimiento propuso la deshospitalización que permitió a teóricos posteriores pensar en una desinstitucionalización.

#### La experiencia antipsiquiátrica y la cuestión antiinstitucional.

Las experiencias anteriores pusieron a flote contradicciones en sus modelos de intervención que permitieron a futuros pensadores hacer una revisión crítica de la problemática social de la asistencia psiquiátrica, la rehabilitación social fue desplazada por otras estrategias con una mirada ético-política de mayor alcance, con usuarios, familiares y profesionales de la salud como protagonistas del cambio. Incluyendo una nueva mirada y un nuevo objeto que se expresa en el desplazamiento desde la perspectiva centrada en la enfermedad mental hacia una posición donde lo político tiene mayor importancia.

El movimiento de rupturas institucionales llamado “antipsiquiatría” surgió como propuesta de antítesis a la teoría y práctica psiquiátrica, además de rechazar las relaciones jerárquicas entre el individuo y la sociedad. David Cooper criticaba el marco teórico-conceptual del paradigma biomédico y su equívoco metodológico, remarcó que el hospital psiquiátrico llevaba a su extremo más patógeno las estructuras opresoras y de control social, criticó a la estructura social y su base en la familia, como consecuencia de éstas críticas otros teóricos se sumaron produciendo experiencias singulares. Cooper proponía una acción política y una

postura de la misma naturaleza frente a la locura, para tener un alcance más que institucional que cambie el sistema de representaciones colectivas a favor de los sujetos de la política, menciona que : “Actuar políticamente significa sencillamente recuperar lo que nos ha sido robado, tomar conciencia de nuestra opresión dentro del sistema capitalista.” (Cooper, 1977, p.9.)

El movimiento antipsiquiátrico no entiende a la enfermedad mental como un objeto natural, sino como una experiencia del sujeto en relación con su ambiente social en el que se encuentra inmerso. La ventaja de centrar a la experiencia en sus objetos hace permisible que el sujeto viva su singular experiencia de sufrimiento, experiencia terapéutica que permita le escucha del síntoma y la búsqueda de la reorganización psíquica.

Un importante escenario de la lucha antipsiquiátrica de estuvo localizado en Italia, en las ciudades de Gorizia y Trieste, en la década de los 70s, ahí, un joven director de nombre Franco Basaglia se horrorizó de las prácticas psiquiátricas a tal grado de emprender una lucha desde diferentes flancos en contra de la institución hospitalaria y su función en relación con el sistema económico. Enriquecido con las tesis foucaultianas y el concepto de “institución total” de Goffman criticó a la psiquiatría por su relación con la ideología de un grupo dominante, lo que impulsó el cierre de pabellones psiquiátricos y una legislación que impedía la creación de nuevos hospitales.

Dentro de las denuncias de Basaglia se encuentra el descubrimiento de que todo discurso técnico oculta implicaciones políticas que minan y destruyen la real eficacia de las acciones, es impensable buscar nuevas aproximaciones que no arrojen luz sobre las implicaciones políticas, resulta imposible terminar con una estructura psiquiátrica cuando ésta misma se encuentra cumpliendo funciones que permiten la perpetuación de la explotación, segregación y exclusión. Según el pensador, una acción que modifique una técnica en el interior de una institución y que no modifique sino en apariencia la función que la liga al sistema general, se transforma en un proceso circular de adaptación a las posiciones anteriores, técnicas mencionadas anteriormente como la psiquiatría social y comunitaria se proponen como una modificación del modelo técnico, pero no del interior de las estructuras y en eso reside su fracaso.

## La reforma latinoamericana.

Los esfuerzos por transformar la institución psiquiátrica y cambiar el abordaje de atención del sufrimiento subjetivo llegaron relativamente tarde a América Latina, en 1990 la Organización Panamericana de la Salud promueve una reestructuración psiquiátrica que orienta los servicios hacia el enfoque comunitario, descentralizado, participativo e integral, sin embargo éstas recomendaciones no son tomadas en cuenta por la mayoría de los países y los gobiernos en turno que no se ocupan de las políticas públicas de salud en cuanto al sufrimiento subjetivo.

En 1988, unos años antes de la reestructuración propuesta por la OPS, en Brasil ocurre una reforma como consecuencia de la caída de la dictadura, dicha caída reinició el proceso de democratización y una solidificación de las políticas de salud, después de un largo debate que duró muchos años se promulgó en 2001 la ley de la reforma psiquiátrica que proponía, entre otras cosas; Devolver a la comunidad la responsabilidad de la locura, reducción de camas de hospital, creación de Centros de Atención Psicosocial, cuestionamiento de la medicación, talleres terapéuticos y redes de apoyo en la comunidad (Fernández, 2016, p. 123.)

En México hasta hace poco las prácticas propuestas no pasaban de ser versiones más humanizadas del modelo asilar, se siguen basando en la medicalización y exclusión de aquellos que son aquejados por algún padecer subjetivo. Desde la década de los 70's se han estado ensayando modelos de psiquiatría comunitaria e intervenciones de ese estilo, destaque entre ellas al "Proyecto Santa Úrsula" a cargo de lo que en ese entonces era la Secretaría de Salud y Asistencia, donde se implementaron acciones de prevención y promoción de la salud, se vieron obstaculizados prematuramente por la poca formación de los psiquiatras en ciencias sociales y por la carencia de metodologías; La Red de Servicios Comunitarios Integrados impulsada en 1988 por la secretaría de desarrollo social, la cual implementaba trabajo comunitario en la Ciudad de México, dicho trabajo estaba centrado en la enfermedad y la salud colectiva, pero descuidaba los factores psicosociales, cerró por la poca disponibilidad institucional y organizacional; en el 2000 se creó un modelo de atención en el estado de Hidalgo, el proyecto se llamó "villas de Ocaranza" y operó como una sustitución del hospital por casas en comunidad y un pabellón para pacientes agudos,

dicho modelo fue replicado a nivel nacional, pero que al no tomar en cuenta transformaciones estructurales para la reintegración de sujetos a la comunidad terminó siendo un modelo lleno de buenas intenciones, pero malas prácticas.

#### El manicomio general: la experiencia de La Castañeda.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX la psiquiatría evolucionó de manera acelerada gracias a los trabajos realizados por médicos europeos, postulados que pronto tuvieron un gran número de adeptos, entre ellos destacan Kraepelin, Janet, Bleuler, y por supuesto Freud. Todo esto creó las condiciones adecuadas para que muchos médicos en formación reafirmaran el asunto de la patología encarnada en el sistema nervioso y el cerebro, pero también gracias a el último mencionado se tomaba en cuenta el peso y la influencia del entorno social, y la historia de vida de aquel sujeto acosado por una serie de síntomas que le imposibilitaban una vida sin complicaciones.

Dichas ideas pronto llegaron a México, que en ese momento estaba atravesando momentos decisivos para su constitución como estado moderno, pues se encontraba dentro del periodo conocido como porfirismo, el cual se destacó por su carácter positivista regido bajo los ideales de orden y progreso, esto devino, entre muchas cosas, en una fuerte inversión en infraestructura en distintos campos, entre ellos el de la psiquiatría.

En 1884, bajo el gobierno del recién reelecto Porfirio Díaz, el doctor Román Ramírez fue comisionado para realizar una investigación sobre los establecimientos psiquiátricos de la época, su estudio revisó la literatura científica del tema y el estado de los hospitales y la psiquiatría en general en México, financiado por el gobierno se publicó un reporte titulado “El manicomio” donde Ramírez concluyó que era necesario crear un manicomio general con instalaciones modernas que permitieran realizar atención, tratamiento, investigación y enseñanza en el aún joven campo de la psiquiatría (De la Cruz, 2013, p.24). De esta manera comenzaría a idearse el proyecto más ambicioso y significativo de intervención psiquiátrica que se pudo observar en el México del siglo XX.

Durante un informe de gobierno realizado el 16 de septiembre de 1888 el presidente Díaz dio a conocer que se tenía un fondo de \$600,000 destinado a la construcción de un nuevo hospital general y “un buen manicomio”. Ocho años más tarde, en 1896, una junta presidida por el doctor Vicente J. Morales presentó durante el II Congreso Médico Panamericano una propuesta para construir el nuevo manicomio en la periferia de la ciudad, debía atender tanto hombres como mujeres y cada pabellón debía contar con 20 camas, debía tener jardines que separaran dichos pabellones y áreas destinadas a los talleres, comedores, escuela, biblioteca, juegos y servicios administrativos. Tuvieron que pasar nueve años más para que el proyecto continuara, pues fue hasta 1905 cuando los ingenieros De la Barra y Echegaray consolidaron el proyecto arquitectónico, que a su vez fue entregado al Ingeniero Porfirio Díaz (junior) para su autorización, fue hasta tres años después cuando Díaz, que desempeñaba el cargo de secretario interior, dio luz verde para iniciar la construcción del manicomio general (De la Cruz, 2013, pp. 24-26). El contrato fue firmado el 9 de junio de 1908 y la construcción se terminó el 25 de agosto de 1910, su costo total ascendió a los \$2243000.72, finalmente fue inaugurado el primero de septiembre en el marco del centenario de la independencia de México (Calderón, 2002, p. 54).

El Manicomio General fue edificado sobre los terrenos de la que solía ser la Hacienda La Castañeda, nombre que perduraría a través de los años y que conservaría el manicomio, se encontraba ubicado en Mixcoac, lo que hoy en día pertenece a la alcaldía Álvaro Obregón. Según Calderón, tenía una extensión de 141662m<sup>3</sup> y estaba cercado por piedra basáltica (2002, P.54), dentro del recinto todo se disponía de la siguiente manera:

A la entrada se encontraban las casas destinadas para los médicos y el administrador, y los demás edificios se ubicaban en tres ejes longitudinales que iban de oriente a poniente. En el eje central se encontraban los servicios generales, enfermería, electroterapia, imbeciles y los baños para hombres y mujeres; al fondo, el anfiteatro. En el eje de la derecha estaba el edificio para enfermas distinguidas, seguido de las alcohólicas, dos más para las tranquilas, uno para las epilépticas y los talleres. En el eje de la izquierda estaba primero el pabellón de enfermos distinguidos, el de alcohólicos, seguido de el de peligrosos, dos más para tranquilos, y al final el de los epilépticos y los talleres de hombres (Calderón, 2002, pp.54-55).



Inicialmente la Castañeda fue ocupada por enfermas y enfermos trasladados de tres de los más significativos hospitales del momento, el de San Hipólito para enfermos mentales, el de El divino salvador para mujeres dementes y el de Texcoco para epilépticos, estos traslados hicieron que el total de residentes fuera de 848, de los cuales 418 eran mujeres y 430 hombres (Calderón, 2002, p.55). Una problemática que surgió desde temprano dentro de la Castañeda fue la sobrepoblación, de la cual subsiguieron una serie de problemáticas relacionadas a la alimentación, higiene, salud y atención, al final del primer año ya se contaban con 1330 residentes de los cuales 730 eran mujeres y 600 hombres. Aunque el número de internos que excedía la capacidad no era elevado en ese entonces, este llegó a alcanzar más del doble de la capacidad del nosocomio, pues para 1965, unos años antes de su cierre, ya contaban con 2800 internos (Calderón, 2002, pp. 108).

Al ingresar al manicomio al enfermo se le hacía diagnosticar por 2 médicos distintos más un tercero que debía confirmar estos diagnósticos, una vez pasados estos 3 filtros el enfermo era aceptado y pasaba al área de observación durante algunos días, en lo que era trasladado al departamento que le correspondía. Para unificar los diagnósticos que se dictaban el manicomio decidió estandarizar la clasificación de Tanzi, un psiquiatra italiano que basándose en los criterios de la época enlistó una serie de padecimientos y sus posibles causas, cada pabellón contaba con un gran cuadro que asemejaba la siguiente tabla (Calderón, 2002, pp. 56).

Tabla 1.

Estándar de clasificación usada en el Manicomio General.

Causas	Padecimientos
Envenenamiento	Alcoholismo y morfinismo
Autointoxicaciones	Cretinismo y bocio
Encefalopatías	Parálisis general progresiva y demencia senil

Psicosis Afectivas	Manía, melancolía y psicosis circular
Neurosis constitucionales	Histeria y epilepsia
Demencia Precoz	De forma hebefrénica, catatónica y paranoide
Trastornos degenerativos	Perversión del instinto sexual e imbecilidad hereditaria.

Una vez dentro eran sometidos a una serie de tratamientos que hoy en día nos pueden parecer grotescos, indignantes e inhumanos, pero que en su momento fueron procedimientos estandarizados y justificados por el discurso positivista de progreso científico. Antes de describir estos procedimientos es importante plantearnos a ti lector y a mi escritor como espectadores del paso de la Historia, no debemos juzgar las acciones del pasado con las categorías del presente, pues cada época tiene sus propias categorías, discursos e instituciones; pero sí podemos, y en cierta medida debemos, juzgar con las categorías del presente las acciones en el presente que se ligan con las acciones y categorías del pasado que hoy en día consideramos insoportables y que en el futuro serán insostenibles. Si estudiamos la historia es para saber cómo se ha construido el presente y tomar agencia sobre aquello que no sujeta/constituye de manera inconsciente e involuntaria para así poder proponer algo nuevo. Seamos pues espectadores de la historia, pero no dejemos de lado la conciencia crítica.

Comencemos pues con la breve descripción de aquellos tratamientos que en la Castañeda se practicaban y que muchos pacientes tuvieron la afortunada desdicha de recibir, resaltan entre ellos algunos que devienen de prácticas policíacas y de tortura, pero no debe extrañarnos pues en muchas ocasiones el papel del psiquiatra toma la forma del control punitivo distintivo de los cuerpos policíacos, cuya función oculta es la de proteger solo a un grupo selecto de ciudadanos y desatender al resto, siguiendo órdenes que devienen de estructuras y que persiguen intereses de control y limpieza social. Los “baños de ahogado” técnica policíaca por excelencia en los interrogatorios era una práctica común en la Castañeda dónde el personal solía “sumergir la cabeza del paciente en una tina y cuándo estaba a punto de ahogarse se le sacaba del agua, esto se repetía varias veces”

(Calderón, 2002, pp. 63).

Otra práctica punitiva común en la época eran los llamados “abscesos de fijación”, dicho procedimiento consistía en “inyectar unos centímetros los cúbicos de esencia de trementina en la región glútea lo que causaba un gran absceso” (Calderón, 2002, pp. 63) esto se realizaba en pacientes “agitados”, según Guillermo Calderón Narváez, un psiquiatra de la Castañeda era un tratamiento que lograba “calmar a los enfermos”. Esta parece una versión más agresiva pero qué tristemente recuerda a la práctica común que tienen algunos padres para reprender a sus desafortunados hijos, dónde se les golpean los glúteos al pequeño con el fin de corregir su conducta, esta similitud no es una cuestión fortuita puesto que aquellos tutores se colocan en una posición paternalista donde su misión es guiar al protegido por el llamado “camino recto” creyendo (erróneamente en muchos casos) que ellos por su posición de adultos saben realmente lo que es bueno o malo para sus hijos, “te pego porque te amo”, suelen decir a sus vástagos mientras los tunden, “te inyecto porque quiero que te cures” reza el médico al desdichado enfermo. Cabe aquí preguntar ¿realmente saben lo que hacen? o fundamentan sus prácticas en una relación vertical, donde el desvalido nada sabe sobre sí y sobre el mundo. Así como el paternalismo, el cuerdisimo se deja ver tanto en las prácticas psiquiátrico-manicomiales como en las socio-culturales.

Retomando la descripción de los procedimientos que existieron dentro de la Castañeda hay un grupo conocido como los tratamientos de choque, estos eran choque insulínico, cardiazólico y electrochoques dicho grupo se caracteriza por ser invasivos agresivos y todos ellos fundamentados científicamente.

El choque con insulina surgió derivado de investigaciones y estudios con “farmacodependientes” en abstinencia, se encontró que la hiperactividad y nerviosismo eran producidos por la adrenalina, por lo que sí se administraba su antagonista, la insulina, dichos cuadros de hiperactividad podían ser controlados. Pronto la investigación fue extrapolada dantes con esquizofrenia en estados de excitación por lo que se desarrolló el siguiente procedimiento que consistía en “inyectar por vía intramuscular de 10 a 20 UI de insulina por la mañana y en ayunas, la dosis se repetía diariamente y se incrementaba a 10

UI por día hasta, que se presentaban los síntomas de un choque marcado que generalmente aparecía entre 40 y 200 UI. El coma surgía cuando se suprimían las funciones cerebrales” (Calderón, 2002, pp. 65). Una vez que el paciente entraba en estado de coma se le reanimaba mediante la administración de carbohidratos, ya sea por vía oral, mediante sondas nasales, o de manera endovenosa. Dicho procedimiento se repetía de 10 a 20 veces. Esto era extremadamente peligroso y aun así se llegó a considerar como un tratamiento efectivo. Un gran número de pacientes morían por este tratamiento y el resto quedaba con secuelas de por vida, entre las principales complicaciones causantes de muerte se encontraban “la encefalopatía hipoglucémica por coma prolongado... aspiración por salivación excesiva, edema pulmonar y espasmo laríngeo... arritmias, fibrilación, insuficiencia cardíaca aguda y colapso cardíaco... hemiparesia... trombosis, hipoglucemia espontánea y muerte fetal” (Vitela, 2020, pp. 1912). En cuanto a las secuelas de por vida estas podían ser afasia, dislexia, defectos de la memoria y cambios de la personalidad.

El segundo procedimiento de choque es el cardiazólico, el cual era aplicado a pacientes esquizofrénicos en pos de su cura, surgió en la década de 1930 y fue fundamentado por las investigaciones del doctor Von Meduna, quién mientras trabajaba en un hospital psiquiátrico de Budapest notó que no existía comorbilidad entre la epilepsia y la esquizofrenia por lo que comenzó a provocar convulsiones en pacientes con dicha condición, según Calderón (2002) el método consistía en conducir al paciente a una cama, recostarlo después de hacerle orinar, “inyectar alcanfor en aceite o metrazol (cardiazol) en el paciente” (pp. 65) lo cual producía convulsiones, que eran contenidas por dos o tres enfermeras, una sostenía la cabeza y el protector bucal, otra los brazos y la última sostenía los pies y piernas. Una vez terminados los espasmos el paciente era conducido a observación y tratado cuidadosamente. El cardiazol era usado en la época como “excitador de la actividad nerviosa y tónico circulatorio y cardíaco” y actuaba sobre el torrente sanguíneo cerebral, ocasionando vasoconstricción, que producía la crisis convulsiva. Esta técnica fue utilizada durante un breve periodo de tiempo pues los pacientes se negaban rotundamente rotunda y enérgicamente a recibir este tratamiento puesto que la inyección les causaba un terror profundo, además que, aunque presentaba menos complicaciones que el choque insulínico, todavía seguía causando problemas graves a los pacientes, tales como

neumonía por aspiración, embolias, fibrilación auricular, dilatación cardíaca y estatus epiléptico (Vitela, 2020, pp. 1916).

En 1938 un par de médicos italianos de apellido Cerletti y Bini presentaron al mundo uno de los tratamientos más escandalosos y temidos, fue probado en cientos de animales antes de poder ser implementado en humanos y buscaba emplearse como sustituto del cardiazol, puesto que era de “un costo más bajo y presentaba un peligro menor de fracturas y luxaciones”, estamos hablando del tratamiento electroconvulsivo también conocido como “terapia electroconvulsiva”, que dentro de la Castañeda era llevado a cabo en el edificio central y consistía en llevar al paciente por la mañana y en ayunas a una cama dura con una almohada bajo la columna, se le hacía morder un abate lenguas o se le introducía algún objeto elástico dentro de la boca y a través de unos electrodos colocados en las regiones temporales se aplicaba una descarga eléctrica de 110 V durante una milésima de segundo, lo que resultaba en pérdida inmediata de la conciencia seguida de espasmos musculares (Calderón, 2002, pp. 66). Entre las principales complicaciones de este tratamiento estaban la apnea prolongada, relajación de esfínteres, cianosis, agitación, crisis convulsiva prolongada, crisis frustrada e inconsistencia prolongada (Vitela, 2020, pp. 1927). El procedimiento en la actualidad se sigue llevando a cabo bajo cambios importantes, como aplicar anestesia y medicación anticonvulsiva, la aplicación con aparatos modernos, después de realizar encefalogramas y electrocardiogramas previos; ahora lleva el nombre más amable de “estimulación cerebral” y se practica en los principales centros de atención psiquiátrica.

Otro tratamiento que se le efectuaba en la Castañeda era la malarioterapia, la cual en su momento representó un gran paso en la psiquiatría, tanto así que en 1927 su inventor, Julius Wagner Von-Jauregg recibió el premio nobel de medicina. El procedimiento se describe de la siguiente manera: “inocular de 3 a 5 ml de sangre de un enfermo palúdico por vía intramuscular directa al paciente al que se iba a tratar... el periodo de incubación era de 7 a 14 días y al iniciarse los accesos palúdicos se dejaba que la temperatura aumentara hasta 40° o 40.5 °C durante 8 a 12 paroxismos” (Calderón, 2002, pp. 68). Cabe destacar que el paludismo es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde sus

inicios, actualmente sigue siendo un preocupante asunto de extensión mundial, aunque es en los países del tercer mundo, en su mayoría tropicales, donde se da el mayor número de contagios. Los síntomas del paludismo pueden ser leves o mortales, entre ellos se encuentran fiebre mayor a 38 °C, dolor muscular, dolor de cabeza, malestar general, cansancio y fatiga extremos, dificultad para respirar, convulsiones, orina con sangre, piel amarillenta, hemorragias anormales y deterioro del estado de la conciencia (OMS, 2023). A pesar de dichos síntomas y complicaciones el procedimiento una vez más era considerado como apto para aplicarse, y así era, según Calderón relata “por propia experiencia pude constatar que los resultados terapéuticos eran muy satisfactorios y las complicaciones eran mínimas, cuando se seleccionaba bien el caso por tratar” (2002, pp. 68).

Por último, tenemos otra de las intervenciones más controversiales y peligrosas que el siglo XX dio a luz, la lobotomía. Fue un procedimiento diseñado por el portugués Egas Moniz. Desde 1936 se popularizó alrededor del mundo y muchos psiquiatras comenzaron a practicarlo en miles de instituciones, la Castañeda fue una de ellas. consistía en “seccionar ciertas fibras nerviosas en los lóbulos prefrontales del cerebro, suponiendo que la escisión de estas conexiones podía mejorar los trastornos mentales” (Calderón 2002, p. 67). Pronto cayó en desuso pues suponía un riesgo elevado, pues podía provocar lesiones irreversibles en el tejido cerebral.

A pesar de los posibles riesgos que estas intervenciones significaban llegaron a ser ampliamente aceptadas y aplicadas pues para la década de 1940 se estimó que en el pabellón central de la Castañeda se realizaban diariamente de 15 a 30 sesiones de electrochoque, cada tercer día se recibían 10 pacientes para tratamiento de insulino-terapia, además de la malarioterapia que semana a semana se practicaba en cualquier día. Siguiendo con la comparación del doctor Calderón agrega lo siguiente: “los tratamientos de choque, especialmente en la insulina y la terapia electroconvulsiva, daban buenos resultados, pero se obtenían mejores con la malarioterapia” (Calderón, 2002, p. 71).

Entre 1959 y 1964 se crearon 6 hospitales granja en México y a principios de los 60 se impulsó una campaña de atención preventiva que utilizó comerciales en programas

populares de televisión, radio y prensa, además de dictar conferencias sobre temas selectos. Fue en esta década de 1960 donde ocurrieron cambios drásticos alrededor del mundo gracias a numerosos movimientos sociales. México no fue la excepción, quedó grabada en la memoria histórica una manifestación estudiantil y su represión por parte de los batallones creados específicamente para mantener el orden y contener las agitaciones de aquellos cuerpos que no podían soportar las condiciones en las que se desarrollaban. Fue bajo el mandato de Gustavo Díaz Ordaz que ocurrió el hecho histórico conocido como la matanza estudiantil de Tlatelolco, fue en ese mismo año que se llevaron a cabo las olimpiadas en México y fue también en ese mismo año 1968 que el manicomio general cerró definitivamente sus puertas, bajo un plan organizado con el nombre de la operación Castañeda.

En 1965 por encomienda de Díaz Ordaz, Rafael Moreno Valle quien era el secretario de salubridad y asistencia visitó el manicomio general y fue guiado por el entonces presidente de la sociedad médica de la Castañeda el doctor Guillermo Calderón Narváez. La visita y en específico el descuidado estado del nosocomio y sus usuarios impresionó profundamente al secretario, tanto que no dudó en inmediatamente solicitar a la oficial mayor de la secretaría, el profesor Caritino Maldonado, quien acababa de recibir el cargo, que la transformación del manicomio fuera prioridad. Comenzó así un proyecto que finalizó con el traslado de los pacientes y la clausura de la Castañeda, el principal recinto para enfermos mentales de la época quien recibía a pacientes de toda la república (Calderón, 2002, pp. 107-108).

Al inicio se formó un equipo de médicos especialistas encabezados por el doctor Calderón, quienes decidieron llevar a cabo la dura labor de red diagnosticar a los pacientes para encontrar soluciones a las problemáticas del hospital, dicho estudio encontró que existía en un total de 2800 pacientes, de los cuales 55% eran hombres y 45% mujeres, también se encontró que alrededor de 200 pacientes eran menores de edad, 400 pacientes podrían ser dados de alta inmediatamente, siempre y cuando tuvieran servicios de consulta externa, 550 pacientes eran enfermos agudos y debían ser atendidos en centros especiales, 500 pacientes debían ser internados en hospitales hogar para enfermos crónicos con un

internamiento prolongado o definitivo y por último se estimó que entre 1000 y 1300 pacientes podían ser atendidos en los hospitales granja (Calderón, 2002, p. 108).

Si recordamos que inicialmente se contempló que el nosocomio tenía capacidad para atender 1300 internos podemos notar el evidente problema de la sobrepoblación. La solución que se planteó gracias al estudio estadístico fue crear nuevos hospitales que pudieran atender a los pacientes previamente contados y clasificados. Los hospitales propuestos tenían las siguientes características: el primero trataría enfermos agudos y debía contar con 600 camas; el segundo debía ser pediátrico contaría con 200 camas y ofrecería rehabilitación psiconeurológica; además debían crearse 3 hospitales campestres con 500 camas cada uno; por último, debería crearse un hospital hogar con capacidad para albergar 600 pacientes crónicos. Para cada institución se contemplaron 3 plantillas de trabajadores “el ideal, el mínimo y el intermedio”, finalmente el proyecto ocupó \$160,000,000 y fundó los principales centros de atención psiquiátrica que a la fecha siguen dando servicio (Calderón, 2002, pp. 109 -110). Para los enfermos agudos se crea el hospital psiquiátrico Fray Bernardino de Álvarez, un gran edificio con 10 niveles, que contaba con 16 consultorios, 2 cámaras de Gessel, quirófano, farmacia, zona de cuidados intensivos, central de esterilización, consultorio dental, oftalmológico y otros de especialidad. En total 6 de los 10 niveles fueron diseñados para hospitalización, donde en 2 salas estarían contenidos hasta 50 pacientes de cada lado, cada ala estaba seccionada en grupos de 6 y 3 camas, hombres y mujeres convivirían en el nivel siendo la única separación entre ellos la distribución, en un ala hombres y en otras mujeres. Cada nivel contaba con una sala de juntas, oficina para el jefe médico, 6 consultorios, una estación de enfermería, cocina, estancia, comedor y sala de visitas. El hospital también contó inicialmente con 6 talleres, 2 áreas de socio terapia, un jardín y áreas de juego, se construyó también un auditorio y una biblioteca para las labores académicas (Calderón, 2002, p. 111-112).

El siguiente hospital para construir era el de especialidad pediátrica, que brinda hasta la fecha alojamiento custodial de corta estancia. Contaba inicialmente con 32 camas esto hospital inició como un proyecto que privilegiaba los servicios ambulatorios, contaba con 9 consultorios médicos y psicológicos para la consulta externa, 2 cámaras de Gesell,



espacios para la terapia de juego y juegos al aire libre, todo ello para promover la rehabilitación y prevención de sus usuarios. Otro servicio que brindaba era la guardería de preescolar, donde los niños asistían por períodos cortos para tomar tratamiento y rehabilitación. Este hospital desde sus inicios buscó atender a menores de edad en general no sólo niños pues ya desde el principio se brindaba atención diagnóstica y de tratamiento a los adolescentes que lo requirieran (Calderón, 2002, p. 113).

Otro hospital fue creado para los pacientes crónicos que requerían estancias definitivas, este fue el “hospital psiquiátrico campestre Fernando Carranza”, ubicado en el estado de Hidalgo en concreto en la ex hacienda de san Miguel Eyecalco en Tizayuca, este recinto se centraba su atención en pacientes adultos y adolescentes que se consideraba no tenían posibilidades de rehabilitación, aunque sí se les proporcionaba terapia ocupacional y recreativa. Contaba con servicio médico general, laboratorio de análisis clínicos y gabinete dental, buscaba ofrecer un hogar y reconfortar a los pacientes en un ambiente de paz y tranquilidad. (Calderón, 2002, p. 114) Este recinto es históricamente importante pues en la primera década del siglo actual fue objeto de transformaciones por parte del conocido modelo Miguel hidalgo que mediante la creación de villas de medio camino buscó reintegrar a la sociedad a los usuarios que en él vivían.

Por último se construyeron 3 hospitales campestres, el primero ubicado en Puebla de nombre “hospital psiquiátrico Rafael Serrano” conocido actualmente como el batán; El “hospital psiquiátrico Adolfo M Nieto” ubicado en Tepexpan Texcoco; y por último el “hospital psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno” ubicado en los límites entre la delegación Tláhuac y el municipio de Chalco, este último contó con un pabellón de 100 camas para enfermos varones con procesos judiciales pendientes. Todos estos hospitales se diseñaron con una capacidad de 500 camas el primero atendía población mixta el segundo mujeres y el tercero exclusivamente hombres. Calderón relata que en su primera visita fue testigo con incredulidad que el ambiente vivido dentro del hospital era de respeto y armonía, comenta que al entrar observó un grupo de jóvenes y alumnas de enfermería que jugaban con los pacientes, lo cual le hizo comprender que la violencia de aquellos sujetos provenía de su encierro y el hostigamiento por parte del personal de salud y que ahora al estar en un

ambiente de paz se conducían con respeto lo cual reforzó el objetivo de la creación de dicho nosocomio, “otorgar una nueva forma de vida digna para los pacientes” (Calderón, 2002, p. 117).

Con estos movimientos se llevó a cabo con relativo éxito la operación Castañeda y un 27 de junio de 1968 cerraría sus puertas de manera definitiva, cerrando así un capítulo en la historia de la psiquiatría en México, pero sus efectos no quedarían ahí, sino que años más tarde algunos de sus vicios persisten en las nuevas instituciones.

### El avance del neoliberalismo: mercantilización de la salud mental y medicalización de las emociones.

El modelo de producción capitalista se ha transformado gracias a sus constantes, crisis la segunda mitad de la década de 1980 sirvió para la consolidación del modelo neoliberal caracterizado por una tecnificación, e hiper-especialización del saber, el avance de la globalización, debilitamiento del estado y sus aparatos, mercantilización, el individualismo y la competencia. Como Laval y Dardot (2013) lo plantean, el sujeto del neoliberalismo es un sujeto unitario, totalizado, es decir de la implicación total de sí, este ser deseante no sólo es receptáculo del poder, sino que a su vez reproduce los dispositivos en caminantes de la institución; se encuentra en un estado de alienación tal que enfoca sus esfuerzos en trabajar para la empresa heterogénea como si lo hiciera para sí mismo; el individuo ya no se considera a sí como un trabajador, sino como una empresa de sí que se inserta en un mercado donde se encuentra en competencia con otras empresas de sí. En una sociedad empresarial la cooperación es sustituida por la asociación, que siempre esconde tras de sí, una forma narcisista y busca su propio beneficio en relación con su interés singular; cada vez se pierde más la valorización del sujeto en función de su condición de humano, en su lugar surge una valorización en función de lo conquistado como empresa, entonces el sujeto cobra valor de acuerdo con la forma en que haya salido del terreno de lo dado, esta empresa de sí requiere una constante modificación en pos de una perfectibilidad ilusoria, apoyada en

la condición del yo para transformarse con el fin de asegurarle al sujeto la satisfacción de sus necesidades, como entidad biológica y como sujeto social; mediante las tecnologías del yo busca producir para sí las herramientas materiales y/o simbólicas que le permitan alcanzar el ideal planteado.

En este terreno neoliberal, podemos notar que las lógicas psiquiátricas y las prácticas manicomiales se consolidarán como un único y verdadero conocimiento científico. Cien años no pasan en vano, la historia de la psiquiatría con sus intervenciones y descubrimientos sobre el sistema nervioso afianzó las nociones de enfermedad y salud mental. Se creó pues un estado ideal para el cuerpo humano, que si rompía el balance devendría en patología y enfermedad mental.

Gracias a la institución de la psiquiatría como único discurso verdadero en torno a la locura, bajo la forma de enfermedad mental, muchos otros saberes y prácticas fueron menoscabados y finalmente exterminados, prácticas comunitarias y tradicionales de autocuidado y atención empática a sus integrantes desaparecieron. De esta manera una necesidad como la de ser escuchado en momentos de sufrimiento pasó a ser una demanda dentro de un mercado, que sería satisfecha mediante la lógica del intercambio de bienes y servicios. Como Fernández bien comenta “el encargo que tuvo la psiquiatría fue el de destruir los medios para satisfacer necesidades que no eran útiles para realizar beneficios y se inscribe en un movimiento general de irrupción de expertos en el manejo de la vida cotidiana” (2018, p.87). Esta irrupción significó la creación teórica y técnica de un grupo de expertos en el campo psi, que bajo la forma de psiquiatras psicólogos y psicoanalistas contribuyeron a la idea de que el sujeto nada sabe de sí, entonces son estos especialistas los capaces para resolver aquellos asuntos internos que por nosotros mismos no podemos, entran como una mercancía dentro de un mercado de técnicas y procedimientos mecánicos, bajo leyes dictadas por manuales todas encaminadas a consumir una mercancía industrialmente producida (Fernández, 2018, p.88).

Dentro de este mercado se oferta una opción de tratamiento bastante seductora, surgió después de la segunda guerra mundial, en la década de 1950 y se posicionó rápidamente como un método sencillo y eficaz para tratar a múltiples padecimientos, una pastilla milagrosa capaz de afectar al ser humano en lo más profundo de su quimismo y lograr con ello transformaciones significativas en el ánimo y conducta de una persona.

La primera avanzada de los psicofármacos estuvo formada por los inhibidores de monoaminoxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos. Dentro del primer grupo surgió la “iprionazida”, que inicialmente era utilizada para tratar a pacientes con tuberculosis y por serendipia se descubrió que producía una mejora en el estado de ánimo de estos, por lo que comenzó a emplearse en pacientes con depresión (Galán, 2015, p. 6). Más tarde en 1958 se comprobó que tenía propiedades antipsicóticas por lo que comenzó a utilizarse en pacientes esquizofrénicos.

La segunda generación de psicofármacos dio inicios en la década de los 70 con la aparición de los antidepresivos atípicos o heterocíclicos y más tarde, en 1980, con el desarrollo de fármacos más específicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRNS), e inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRN) (Galán, 2015, p.6). Esta segunda ola está caracterizada por la acción selectiva sobre neurotransmisores y receptores específicos. El paradigma que surgió en esos años y que ahora en el presente sigue siendo hegemónico y causal para muchas líneas de investigación, el modelo biomédico de la locura, acentúa el malestar y sufrimiento en una serie de trastornos, causados por alteraciones en la función del sistema nervioso central, específicamente en la región cerebral y la producción de ciertos neurotransmisores. Fue la serotonina el primer chivo expiatorio de la depresión, que ahora podría ser corregida gracias a los ISRS. Después aparecieron los antipsicóticos y pronto gracias al esfuerzo de muchas compañías farmacéuticas se desplegó un amplio catálogo de pastillas capaces de poner al margen a aquellas corporalidades tan alejadas del ideal del cuerpo sano y la norma social de productividad. Empresas como “Lilli, GSK, Pfizer y Lundbeck” han contribuido en gran medida a la idea de que sólo la medicina a través de los psicofármacos es capaz de brindar una solución efectiva al malestar subjetivo, las causas y variables psicosociales y ambientales pasaron a segundo término y las cuestiones cualitativas pasaron a ser objeto de trabajo para psicoterapeutas autorizados por los distintos aparatos y sistemas de verificación y acreditación, ellos dentro de este proceso médico quedan relegados al papel de adenda. Esto ha posicionado a la industria farmacéutica como “la segunda más grande a nivel mundial sólo debajo del armamentista” (Fernández, 2018, p.92).

Aunado al poder que ejerció el poder psiquiátrico, el poder del capital y el libre mercado creó las condiciones idóneas para que culturalmente se afianzara la idea de que la salud mental y su cuidado era una cuestión individual, atendida únicamente por profesionales de esta rama debidamente certificados y de cierta manera exhibidos en los aparadores, listos para ser solicitados por personas sufrientes en el papel de clientes. Esto trajo complicaciones por desigualdad ya que no todos poseen la misma capacidad económica para acceder a estos servicios, además de muchas otras problemáticas multifactoriales que se intersecan en el ámbito de la desigualdad económica.

Es bajo esta óptica mercantilista, que la salud mental se presenta como un mercado, que la modalidad neoliberal busca reducir lo máximo posible la regulación de este por parte del estado, a través de lo que Fernández (2018) nombra como “una destrucción de los mecanismos de solidaridad gestionados por el estado” y de “los mecanismos colectivos de protección de la salud” (p.112). Estas herramientas colectivas, como las redes de apoyo mutuo o el fortalecimiento de los lazos familiares, ponen en evidencia la necesidad de plantear “mecanismos por los que la sociedad intente ayudar a las personas cuyo sufrimiento les impide integrarse en la vida comunitaria” (Fernández, 2018, p.99). No bajo las formas de asistencialismo paternalista, sino en unas que busquen disminuir las barreras con las que se topan aquellas personas que se encuentran sujetas a la experiencia de la locura, lo que les impide desarrollar sus potencias de forma plena y en igualdad empleando el reconocimiento de la alteridad.

### [Nuevos avatares de la locura: derechos humanos y discapacidad psicosocial.](#)

Ya hemos hablado del pilar biomédico desde el que se sostiene toda una concepción de la locura, dicho pilar presenta un amplio desarrollo teórico-práctico y una tradición longeva, que brinda la oportunidad de hablar sobre la locura, de pensarla, de aprehenderla a través del proceso de simbolización que implica conceptualizar la realidad. Con el paso de los años otro discurso ha surgido en torno a la locura y ha permitido articular cuestiones que el paradigma biomédico había dejado fuera, un saber no enfocado en lo biológico pero que no puede evitar hablar de ello. Bajo la forma de discapacidad psicosocial, la locura ha encontrado un punto de apoyo y respiro frente a la gran cantidad de estigmas que adoptar el

modelo de la enfermedad mental implica, sobre todo ha servido como herramienta para lograr una vida digna, o por lo menos más llevadera, en la mayoría de los casos. Hablemos pues de cómo se consolidó este discurso y qué efectos ha producido en el sistema de salud mental en México. El modelo de la discapacidad psicosocial no tendría tanto peso y tanta influencia si no estuviera amparado por el paradigma de derechos humanos, es gracias a éste, con conceptos clave como dignidad y respeto, que se han logrado hacer transformaciones profundas en la conceptualización y tratamiento de la locura, pero también en su integración en el seno de la sociedad en un ambiente de respeto y tolerancia, o por lo menos es lo que se propone. Recurramos una vez más a la Historia para poder contar esta historia.

En 1945, poco tiempo después del fin de la segunda guerra mundial, se reunieron representantes de 50 países distintos, la sede de su reunión fue San Francisco, en Estados Unidos. Los objetivos propuestos eran facilitar “soluciones a los problemas internacionales, económicos sociales y a otros problemas humanitarios” además de promover el “respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales” (ONU, 1973, p.4). Esta asamblea general trabajó desde el 25 de abril hasta el 26 de junio en la redacción de la carta de la Organización de las Naciones Unidas, que después de ser ratificada y firmada por los 50 países que la conformaron inicialmente dio inicio a esta nueva organización internacional. La ONU iniciaría sus labores oficialmente el 24 de octubre de 1945 (ONU, 2023).

Dentro de las funciones que tenía la Asamblea General se encontraba la de “iniciar estudios y hacer recomendaciones” buscando el desarrollo de las naciones, para esto fueron creados consejos, comisiones, subcomisiones, comités y organizaciones especializadas (ONU, 1973, p.5). Con la primera sesión de la AG en enero de 1946 se crea el Consejo Económico y Social con la capacidad de crear proyectos de convenciones para presentarse a la asamblea general convocar conferencias internacionales y crear comisiones para fomentar los derechos humanos, una de las primeras acciones del consejo fue crear la Comisión de Derechos Humanos, la cual tiene la facultad de organizar estudios y recomendaciones a la asamblea general. La CDH está conformada por 32 miembros que se renuevan cada 3 años, además de estos miembros en sus reuniones asisten como invitados representantes y miembros de las naciones unidas para observar y participar en las deliberaciones, de igual manera se invita a participar como observadores a representantes

de organizaciones no gubernamentales y órganos regionales intergubernamentales (ONU, 1973, p.7).

Dos años después de la primera sesión de la Asamblea General y la creación de la CDH, surge la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada el 10 de diciembre de 1948 en París, Francia. La importancia histórica de esta declaración se debe a varios de sus artículos, pero también por ser la primera vez que se establecen los derechos humanos fundamentales, que además fueron traducidos a más de 500 idiomas (ONU, 2023).

Aunque los derechos humanos son interdependientes y están interconectados por lo tanto deben ser pensados como un conjunto resaltaremos los artículos más relevantes para la construcción del derecho a la salud mental y después a la diversidad. Destacaremos pues de esta declaración el artículo primero, donde se establece que todo ser humano nace libre; el tercero, el cual dicta que cada individuo tiene derecho a la vida la libertad y la seguridad; quinto, donde se estipula que nadie será sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes; séptimo, donde se afirma que todas las personas son iguales ante la ley; décimo octavo, que defiende el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión; décimo noveno, que protege la libertad de expresión; vigésimo segundo, que establece el derecho a la seguridad social; vigésimo quinto, que establece el derecho a la salud, el bienestar, la alimentación ,la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales; y finalmente, vigésimo séptimo, dónde se instaure el derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad y a participar en el progreso científico y sus beneficios (ONU, 2023).

Junto con la proclamación de la declaración universal de derechos humanos en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud, la cual reafirma el derecho fundamental al disfrute de las normas más elevadas alcanzables en cuanto a salud y para el cumplimiento de esto se encarga de dar orientaciones y recomendaciones a los estados adscritos a la ONU, buscando desarrollar servicios de salud, control de enfermedades infecciosas, manejo de las crónicas, rehabilitación y fomento de la salud en general (OMS, 2014, p.14). La creación de una organización dedicada a la salud con alcance mundial requirió la homogenización de los conceptos y formulaciones en torno a la enfermedad y a la salud por consiguiente la definió como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud

que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social” (OMS, 2014, p.1). Con esto además de presentar una definición de salud, la ratificó como un derecho fundamental, obligando a los estados naciones parte de la ONU y la OMS a transformar sus políticas públicas con el fin de orientarse al bienestar físico mental y social.

En 1966 se incide en materia de derechos humanos y salud mental una vez más, el 16 de diciembre se termina de redactar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, éste se presenta abierto a la firma y ratificación por parte de la asamblea general y sus estados conformantes. Diez años más tarde entra en vigor el 3 de enero de 1976 y además de la salud mental abordó derechos laborales, de la niñez, sociales y culturales. Consta de 31 artículos de entre los cuales se destacan los siguientes: todos los pueblos tienen derecho a la libre determinación para esto pueden disponer libremente de sus riquezas y recursos naturales; tercero, los estados partes se comprometen a asegurar a los hombres y las mujeres igual título a gozar de todos los derechos aquí enunciados; sexto, aquí se reconoce el derecho al trabajo libremente escogido o aceptado; undécimo, establece el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado incluyendo alimentación vestido y vivienda; duodécimo, aquí se establece que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental y física; décimo tercero, aquí se reconoce el derecho de toda persona a la educación; por último, décimo quinto dónde se reconoce el derecho de toda persona a participar en la vida cultural de los beneficios del progreso científico y cultural (ONU, 2023). De éstos, el artículo 12 en su inciso D fue muy importante, debido a la especificidad de su demanda, al solicitar la creación de condiciones que aseguraran la asistencia médica, comenzó una serie de investigaciones que terminarían proponiendo lo que más tarde se llamaría atención primaria.

Solamente un año después que este pacto entrará en vigor, se reunieron en Alma-Ata, Kazajistán, representantes de 134 países y 67 organismos internacionales, con el fin de asistir a la “Conferencia internacional de atención primaria de salud”. Dicho evento fue convocado por la OMS Y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como estrategia de promoción de la salud. Se proponía alcanzar para el año 2000 un nivel de salud mundial que permitiera llevar a cabo una vida productiva social y económicamente. La reunión concluyó con la “Declaración de Alma-Ata”, donde se



manifiesta claramente la postura de la OMS, a partir de ese momento se privilegiará la atención primaria, los centros de salud deberían estar cerca del lugar de vivienda o trabajo de las personas y las intervenciones debían contemplar la prevención mediante la implicación intersectorial en ámbitos del desarrollo nacional y comunitario, tales como la educación la vivienda y otros servicios públicos. La “Declaración de Alma-Ata” presenta la atención primaria como resultado de la experiencia obtenida con el modelo biomédico y con investigaciones sociales en materia de salud pública; se orienta a la atención de principales problemas de salud mediante los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; toma en cuenta la participación de otros sectores como agricultura, zootecnia, alimentación, vivienda, educación, industria, obras públicas, comunicaciones y además la participación de la comunidad y el individuo (OMS, 1978).

El espíritu de justicia social presente en la “Declaración de Alma-Ata” continuó promoviendo transformaciones en infraestructura y en la formación de nuevos profesionistas. En la década de 1980, este espíritu convocó una vez más a distintos representantes de estados adscritos a la OMS y la OPS. El 21 de noviembre de 1986 se lleva a cabo la primera “Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud” con sede en Ottawa, producto de esta conferencia se publicó la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”, dicha carta continuó con la idea de transformar los servicios de salud para lograr una mayor equidad sanitaria, proponía proporcionar los medios necesarios para mejorar la propia salud y poder tener un mayor control sobre ella, para ello es necesario que el individuo o grupo pueda identificar y realizar sus aspiraciones y necesidades, pone acento en los recursos sociales y deja en claro que la idea de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas. Establece la existencia de requisitos a cumplir para poder alcanzar la salud, entre ellas destacan la paz, la educación, vivienda, alimentación, justicia social y equidad. Finalmente, reconoce que “los factores políticos, económicos, sociales, culturales, del medio ambiente, conducta y biológicos pueden intervenir en favor o detrimento de la salud” (OMS, 1986). Todo esto hizo que se asentara la idea de que el medio ambiente y las condiciones sociales influyen en la salud del individuo, por lo tanto la nueva meta, con miras al 2000, era lograr las condiciones mediante las cuales la salud podía ser una realidad, por lo que se precisa más sobre la concepción de salud, explicando que es “el resultado de los cuidados que uno se dispensa a

sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia” y afina más tarde “la fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, del control que tengan sobre sus propios empeños” (OMS 1986).

Estas nuevas concepciones en cuanto a salud mental tuvieron repercusión en dicho modelo, gracias a la insistencia en los factores sociales se propuso un nuevo modelo que trataba de sustituir al biomédico. En 1990 la OMS convocó a la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, en la ciudad de Caracas, Venezuela. En dicha reunión se remarcó que la atención psiquiátrica convencional no permitía una atención comunitaria, participativa, integral, continua y preventiva, lo que realmente hacía era que reforzaba y legitimaba el internamiento psiquiátrico. Lo que implicaba el aislamiento del paciente con respecto al medio social, complicando la integración y participación en la comunidad de las personas con discapacidad psicosocial, además de no poder garantizar un trato digno y en condiciones de igualdad de acuerdo con los derechos humanos, al contrario, poniendo en riesgo estos últimos. Hasta ese momento la atención psiquiátrica requería la mayor parte de los recursos disponibles para la atención a la salud mental, además que no lograba vincular los aspectos sociales ligados a las necesidades específicas de las poblaciones. Por todo esto se emite una declaración con 6 puntos para transformar el modelo de atención predominante y reforzar la atención primaria de la salud mental de entre estos puntos destacan los siguientes:

Segundo, la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios; tercero, los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario; Cuarto, las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento; Sexto, las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y

defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales (OPS,1990).

Un año más tarde, la ONU trabajó en la elaboración y resolución de una lista con “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental”, dichos principios insistían en que ninguna persona podía ser despojada de sus derechos debido a su condición y se debía asegurarle y facilitarle el acceso a los servicios de atención a la salud mental, tener un pleno goce sobre sus derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales; lo que incluye la oportunidad de vivir y trabajar en la comunidad. Sin embargo y paradójicamente, la declaración de dichos principios retrasó el impulso por transitar de un paradigma biomédico a uno biopsicosocial, pues continuó reproduciendo lógicas paternalistas, tutelares y patologizantes. Se apoyaba en las concepciones médicas de salud-enfermedad determinadas por un tercero que llevaría el nombre de profesional de la salud mental. Otro error es que no concebía aún la capacidad jurídica plena, pues un diagnóstico presentado ante un tribunal podía despojarle a una persona de su capacidad jurídica, lo que representa una pérdida de la plena autonomía y el ejercicio de su derecho a participar en la comunidad, pues entendía de manera errónea que atender a una persona en la comunidad es institucionalizarla en un hospital cercano a su lugar de residencia. En cuanto al tratamiento, el principio 9 dice que todo paciente tiene derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible, cada paciente debe ser tratado de acuerdo con un plan prescrito por el profesional por un profesional, de acuerdo con una ética pertinente. Lo cual no era muy alentador, ya que, recordemos un año antes se había dejado en claro que la postura psiquiátrica y su ética no permitían integrar ámbitos sociales y culturales de los cuales depende la salud mental. El principio 11 habla por primera vez del consentimiento informado y establece que éste puede ser suprimido en ciertas ocasiones, tales como cuando la autoridad compruebe que es el tratamiento más indicado para atender las necesidades del paciente; cuando éste esté incapacitado para dar o negar su consentimiento; por último, que el paciente sea involuntario y tenga un representante facultado por ley. También quedaban legitimadas las restricciones físicas y reclusiones sociales, cuando la institución considerara que era el único medio para evitar un daño a terceros (ONU, 1991). Como se mencionó anteriormente los internamientos involuntarios quedaron legitimados por esta proclamación, en el principio 16 se

contemplaba que una persona podía ser internada involuntariamente en los casos que: haya iniciado su internamiento voluntariamente y después un médico haya determinado que este paciente padece una enfermedad mental y existe un riesgo de daño, a sí mismo o a terceros; también podía ser que el paciente ingresara de manera involuntaria, siempre que el órgano de legislación nacional considerara conveniente. En general la declaración de estos principios no representó un gran avance ya que continuaba atentando contra la dignidad y la autonomía de las personas llamadas enfermas mentales, sin embargo, continuó así por muchos años.

Tuvieron que pasar 17 años para que de nuevo se experimentarían cambios significativos en cuanto a los derechos humanos y las disposiciones internacionales en la atención a la salud mental. El cambio vino por parte de la ONU, ya que el estado mexicano le propuso a la asamblea general la creación de un instrumento para la protección de los derechos de las personas con discapacidad, incluida la locura, bajo el nombre de discapacidad, ya sea psicosocial, intelectual, o mental. Después de 3 años de arduo trabajo y gracias a la participación de activistas, personas con discapacidad, asociaciones, colectivos y representantes de los gobiernos, finalmente entra en vigor un 3 de mayo de 2008 la “Convención de Derechos para Personas con Discapacidad”. Esta define la discapacidad como “un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras concebidas, a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás” (ONU, 2008). Esta concepción permite articular variables sociales y la participación en comunidad, considerando que la condición de discapacidad crea dificultades y problemáticas, pero no significa que la persona sea deficiente, lo que tiene deficiencias es la construcción de un mundo normativo incapaz de reconocer e incluir formas diversas de experimentar la vida, en vez de patologizarlas por considerarlas incorrectas, inválidas, irracionales, o disfuncionales. La convención presentó 50 artículos mediante los cuales intentó construir un marco jurídico internacional que dictara lineamientos a los estados parte. Dentro de los objetivos explícitos de la convención están el promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, para ello propone principios generales para la creación de políticas públicas, dichos principios mantienen a la dignidad como el atributo más

importante a salvaguardar, restituyen la capacidad jurídica y la libertad para la toma de decisiones, promueven el respeto a la diferencia y la discapacidad como parte de la diversidad de la condición humana, busca la igualdad de oportunidades y mayor accesibilidad en general al ejercicio pleno de las libertades fundamentales (ONU 2008). Otro aspecto importante desarrollado en la convención fue el de la vida en comunidad, con oportunidades de trabajo en condiciones de igualdad y dignidad, sin explotación abuso y violencia, pero sobre todo en un ambiente libre de discriminación. Esta transformación ideológica y cultural que implicaba la proclamación de la convención debería estar apoyada sobre campañas de sensibilización y concientización, que promovieran el reconocimiento de las múltiples discapacidades y las limitantes que la sociedad les ha impuesto.

El siguiente hecho importante ocurrió el 18 de Julio de 2016, 8 años después de la entrada en vigor de la convención, la asamblea general de la ONU aprobó una resolución en materia de salud mental y derechos humanos con la que buscaba darle continuidad a lo propuesto por la CDPD, además de revisar lo que esos 8 años habían producido en cuanto a experiencia, por lo que solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos la elaboración de un informe sobre la integración de una perspectiva de derechos humanos en la salud mental, la realización de los derechos humanos y libertades fundamentales de los usuarios de los servicios de atención a la salud mental, por último dicho informe debía precisar los problemas existentes y las buenas prácticas con el fin de formular recomendaciones (ONU, 2016). Un año después de la encomienda designada por la ONU el alto comisionado presentó su informe, donde precisó algunas de las problemáticas recurrentes presentes en los usuarios de los servicios de atención a la salud mental, problemas sistémicos de los servicios de atención a la salud mental, además dictó una serie de lineamientos a seguir con el fin de seguir mejorando estos servicios. Dentro de los problemas con los que el alto comisionado se encontró fue que aproximadamente una de cada cuatro personas tendrá algún problema de salud mental a lo largo de su vida, solamente una de cada 3 tendrá acceso al tratamiento. También destacó que dentro de las principales causas que determinan las propias los problemas de salud mental de la población son “el bajo nivel socioeconómico, la violencia, abusos, experiencias negativas en la infancia, contar o no con relaciones solidarias en la familia, el trabajo y otros entornos” (ONU, 2017, p.4). En cuanto a la experiencia de vivir con algún problema de

salud mental, distinguió que existía una tendencia a restar importancia a derechos económicos sociales y culturales, lo que genera una combinación de pobreza, desigualdad, estigmas y pérdida de poder de grandes grupos de población, esto le llevó a afirmar que “la salud mental no es simplemente un problema de salud” (ONU, 2017, p.6). El alto comisionado encontró que las dificultades con las que frecuentemente se encuentran las personas con problemas de salud mental son la deserción escolar, acceso restringido a la educación, dificultades para conseguir un empleo y mantenerlo, en palabras del comisionado “estos problemas perpetúan la desigualdad social y tienen efectos desastrosos en el disfrute del derecho a un nivel de vida adecuado y por consiguiente en la salud mental” (ONU, 2017, p.7).

Refiriéndose al estigma mencionó que es un factor de gran importancia para la determinación de la calidad y el acceso a los servicios de atención a la salud mental, lamentablemente estos estigmas se encuentran presentes en distintos ámbitos de la vida cotidiana, como entornos sociales, educativos, y laborales. Las ideas más perjudiciales y que prevalecen son las que atentan contra la libertad de elección, la capacidad jurídica y la autonomía, pues se tiene la errada concepción que las y los usuarios de los servicios de atención a la salud mental, personas con discapacidad psicosocial y personas con problemas de salud mental no pueden “ejercer su capacidad de actuar en asuntos que les afectan, o de contribuir de manera positiva a la sociedad” (ONU, 2017, p.7).

Otro asunto importante encontrado por el alto comisionado relacionado con la experiencia de vivir con problemas de salud mental es el del consentimiento informado en el tratamiento, el cual no se reduce a simplemente aceptar o no un tratamiento, sino que se refiere a “la decisión voluntaria y suficientemente informada, en la cual se protege el derecho del paciente a participar en la adopción de las decisiones médicas... Debe estar basado en la información íntegra sobre la naturaleza, las consecuencias, los beneficios y los riesgos del tratamiento, así como los posibles daños” (ONU, 2017 p.7). Todo aquel procedimiento que no cumpla con lo mencionado anteriormente, es decir, que se administre sin el consentimiento de la persona, es un “tratamiento involuntario” y representa un “atentado contra la autonomía libre determinación y dignidad humana de la persona” (ONU, 2017, p.8).

Otro nivel en el que el alto comisionado encontró problemas fue el sistémico, en el

que la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención a la salud mental se articulaban para poder dar lugar a deficiencias en el sistema. Destacó que la mayor parte de los recursos disponibles para la atención de la salud mental se destina a hospitales psiquiátricos y sólo una mínima parte se invierte en servicios basados en la comunidad. El hecho que no se cuente con atención a la salud mental en el nivel primario dificulta el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, esta segregación de los servicios de atención de la salud mental “aumenta el riesgo de conculcación de derechos humanos” (ONU 2017, p.8).

El alto comisionado encontró 3 prácticas a aplicar con urgencia con tal de salvaguardar los derechos de las personas con problemas de salud mental; en primer lugar, la capacidad jurídica y el reconocimiento como persona ante la ley, en segundo, la prohibición absoluta de la privación de la libertad, por último, el cese al tratamiento forzoso. En cuanto a la capacidad jurídica insistió en la necesidad de reconocerle al paciente la capacidad para tomar decisiones basado en sus intereses y el conocimiento de procedimientos y sus efectos, en las situaciones donde la voluntad de la persona es de difícil determinación se debe respetar y aplicarse el principio de “la mejor interpretación de la voluntad y las preferencias” (ONU, 2017, p.10). El informe reconoció la existencia de leyes en algunas naciones que contemplaban negación de la capacidad jurídica de personas con discapacidad psicosocial, lo cual dificulta el tratamiento bajo consentimiento informado. Con el fin de respetar la autonomía y autodeterminación se instó a dichos estados a reformar las leyes y marcos jurídicos con el fin de promover la disponibilidad y accesibilidad a la información sobre procedimientos. El punto de transformación en cuanto a la capacidad jurídica se intersecta con el cese al tratamiento forzoso, mediante la herramienta del consentimiento informado, el cual, como se mencionó anteriormente, implica la posibilidad de la persona para tomar decisiones por cuenta propia. El eje de transformación que atraviesa el tratamiento forzado busca evitar la violación de libertades fundamentales, pues prácticas como la “sobre medicación, reclusión y aislamiento, esterilización forzada, internamientos involuntarios pueden ser constitutivos de tortura” (ONU, 2017, p.12). Por ello se insta a poner fin a dichas prácticas y a cualquiera que sea involuntaria. El tercer punto capital también mantiene una relación con los anteriores pues se refiere a las prácticas de privación de la libertad por motivo de enfermedad mental. El

alto comisionado reitera la imperante necesidad de prohibir los internamientos involuntarios y otras formas de privación de la libertad, que para ese momento se encontraban vigentes en muchos países, según el relator especial las personas internadas corren mayor peligro de sufrir traumas psicológicos, violencia y abusos y que el dolor y el sufrimiento emocional grave causado por la segregación “puede llegar a un grado equivalente a los malos tratos y tortura” (ONU, 2017, p.11). El internamiento forzoso vulnera el derecho a la libertad, a la autodeterminación, a la salud y seguridad, a no sufrir tortura, a no ser sometido a explotación, violencia y el derecho a la integridad personal, por lo que se le solicita a los estados adscritos que deroguen las normas que permitan estas prácticas.

En el último apartado del informe se traza el camino a seguir en la creación de políticas públicas con el fin de garantizar el goce pleno del derecho a la salud mental. Propone un enfoque basado en derechos humanos, en las llamadas buenas prácticas y en el fomento de la capacidad de las personas y la asistencia técnica. Para la construcción de una cultura de derechos humanos propone la creación de un entorno jurídico y normativo, por lo que es necesario hacer una minuciosa revisión de las leyes y normas para establecer en qué medida se respetan los derechos de las personas con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial, como resultado de esta revisión se deberán derogar y/o actualizar aquellas legislaciones vigentes enfatizando los apartados relativos al empleo, vivienda, educación, igualdad y no discriminación; pues una salud mental basada en el enfoque de derechos humanos debe prestar atención a aquellos elementos económicos, políticos, locales y ambientales que influyen en ella. Además de esto, debe impulsarse la participación de las comunidades afectadas en la creación e implementación de políticas públicas que velen por sus intereses y puedan representarles de manera que sea reconocida su experiencia, la cual ha sido sistemáticamente desdeñada durante mucho tiempo, teniendo repercusión en la implementación de prácticas nocivas. Por esto mismo también se recomendó la creación de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas, los cuáles deben vigilar que los servicios de atención a salud mental no incurran en prácticas de explotación, violencia, abuso y privación de la libertad. Deben incluir a personas usuarias de los servicios y personas con discapacidad para promover su empoderamiento y participación.



Dentro de las recomendaciones podemos encontrar a las llamadas buenas prácticas, que son aquellos enfoques, acciones comunitarias y procedimientos no psiquiátricos que han mostrado buenos resultados en la recuperación de personas con problemas de salud mental y personas con discapacidad psicosocial destacan de entre ellas las siguientes:

La atención a la salud mental basada en la recuperación de las personas con problemas de salud mental, enfocado en la consecución de los objetivos e intereses de la persona que necesita apoyo. Requiere estar centrado en la escucha y atención de las opiniones de las propias personas con discapacidad y personas con problemas de salud mental, pues son ellas y ellos los expertos quienes pueden dictar las directrices del tratamiento. Los distintos servicios comunitarios interdisciplinarios y no médica alisados que permitan a sus usuarios la libertad de no cambiar su lugar de residencia y poder así mantener sus empleos y vínculos importantes como las redes familiares sociales y de apoyo mutuo (ONU, 2017, p.16). La desinstitucionalización de aquellas personas que no han tenido la libertad de elegir dónde y con quién desean vivir, no importa si es en un hospital psiquiátrico, casas de medio camino, o pequeños asentamientos, todas estas prácticas segregan a las personas en vez de incluirlas en la comunidad (ONU, 2017, p.17), esto no significa simplemente la ubicación corporal en un espacio geográfico, que el cuerpo esté en la comunidad no lo vuelve parte de ella, es necesaria la inclusión en las dinámicas y la articulación en el tejido social en condiciones de igualdad. Por último, se insta a los estados una vez más a formular normas planes leyes y servicios que promuevan el respeto a la dignidad y derechos humanos mediante la capacitación de los profesionales de la salud mental y prestar apoyo para la creación de organizaciones dirigidas por personas con discapacidad esto se espera coadyuve a ponerle fin a la segregación y promueva el surgimiento de nuevos sistemas de apoyo comunitario.

Finalmente, para terminar este recorrido histórico que busca contar cómo se ha ido creando el aparato jurídico internacional y el modelo de derechos humanos es necesario colocarnos en el año 2023, pues el 9 de junio, mientras aún se escribe en estas páginas la OMS en conjunto con la OPS han hecho pública la “Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas”. Esta agenda surge ante las problemáticas ocasionadas por la pandemia de covid-19 en la región del continente americano, de entre las cuales las más alarmantes son: el aumento de las tasas de desempleo, una economía contraída, altos índices de pobreza,

incremento de la violencia doméstica, crecimiento del consumo de sustancias psicoactivas, aumento de los casos de ansiedad, depresión y suicidio (OMS, 2023, p.1).

La NASMA se estructura alrededor de 10 recomendaciones que tienen influencia en distintas áreas, pero que convergen en la salud mental. Los principales campos donde tiene, o busca tener, repercusión, son: cobertura universal de salud, derechos humanos, equidad, no discriminación y empoderamiento de las personas con problemas de salud mental. Todas estas recomendaciones están armadas “basándose en la evidencia y la experiencia que se puede adaptar a la situación local” (OMS, 2023, p. XII). De esta manera pueden servir como una herramienta para la construcción de políticas y dispositivos de intervención.

En la primera recomendación se hace un llamado a todos los estados para llevar a cabo una reforma de salud mental sostenible, de alcances tanto nacional, como internacional. Lo que la agenda nombra como “elevar la salud mental a un nivel nacional e internacional” busca apoyarse en 3 puntos de acción: A) hacer de la salud mental una prioridad para el desarrollo nacional; B) incluir la salud mental en la cobertura universal de salud; C) construir y fortalecer alianzas estratégicas para promover la salud mental. Este último punto reconoce de igual importancia las alianzas tanto con sectores locales, federales y con la sociedad civil, esta incluye organizaciones no gubernamentales, a personas con experiencia propia y a sus familiares (OMS, 2023, p.28).

La segunda recomendación está encaminada a “integrar la salud mental en todas las políticas” y de igual manera se desarrolla en 3 estrategias que reconocen las distintas intersecciones que agravan la salud mental: A) Mejorar la salud mental en otras áreas prioritarias de la salud, esto para reducir la comorbilidad y los efectos negativos de algunas enfermedades hacia la salud mental; B) integrar la salud mental en las políticas de otros sectores fuera del ámbito de la salud, con esto se busca brindar servicios de atención a la salud mental en espacios como escuelas y cárceles, además de implementar medidas de apoyo social; C) por último se pide integrar la salud mental en la respuesta a desastres y emergencias, pues como evidenció la pandemia de Covid-19, las emergencias tienen un gran impacto sobre la salud mental, por lo que es necesario incluirla en los planes de emergencia (OMS, 2023, pp.31-35).

La tercera recomendación está enfocada a “aumentar la cantidad y mejorar la calidad del financiamiento en salud mental”, para esto son necesarias 3 acciones: aumentar

la proporción del gasto en salud asignado a la salud mental, proponen como mínimo 5% para países de ingresos bajos y 10% en los de ingresos altos; utilizar diversos mecanismos de financiamiento para aumentar los fondos destinados a la salud mental, esto mediante la recaudación de fondos públicos vía la inclusión de impuestos a bebidas azucaradas, con alcohol, o al tabaco, pero también con la adopción de estrategias como a bonos de impacto social o financiamientos de presupuesto acción conjunta; por último propone financiamiento a los programas de salud mental eficaces y eficientes, repiten aquí la importancia de destinar menos fondos a los hospitales psiquiátricos de larga estancia y más a la atención de salud mental prestada en la comunidad (OMS, 2023, p.39).

La cuarta recomendación plantea puntos decisivos para la transformación del modelo de atención a la salud mental, se presenta como una iniciativa para “garantizar los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental”. Su primer punto de acción es adoptar y aplicar leyes que garanticen los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental (OMS, 2023, p.42). En este punto se retoman algunas ideas de la convención de derechos para personas con discapacidad, que buscan promover, proteger y asegurar, el goce pleno de las libertades fundamentales, para garantizar que esto se lleve a cabo “debe existir un organismo independiente que supervise el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos” (OMS, 2023, pp.44). El siguiente punto busca acelerar la transición de las instituciones psiquiátricas de larga estancia a los servicios comunitario, para dichas instituciones proponen 3 estrategias, a) La reducción progresiva del número de casos, b) ampliar los servicios a nivel comunitario, para satisfacer las necesidades sanitarias y sociales de las personas que estaban internadas, c) protecciones especiales a las personas que permanecen en centros psiquiátricos, mientras se crean servicios adecuados (OMS, 2023, p. 45). Todo esto bajo el enfoque de recuperación centrado en la persona y respetando su autonomía. En cuanto al modelo de servicios de atención a la salud mental a nivel comunitario proponen una red interconectada con 3 módulos principales: I) Los servicios de salud mental en la atención general de salud (atención primaria); II) los servicios de salud mental comunitarios, III) servicios de salud mental fuera del sector de la salud.

La quinta recomendación propone “proteger la salud mental a lo largo de la vida”, esto implica la intervención en distintas etapas del desarrollo y la creación de políticas que

velen por el goce pleno de los derechos humanos, sin importar en la etapa que se encuentre la persona. Para conseguir esto se proponen como puntos de acción los siguientes: A) crear y emplear los sistemas de protección social, definido como “un conjunto integrado de políticas sociales encaminadas a garantizar la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales esenciales para todos en particular los grupos vulnerables” (OMS, 2023, p.51). B) Priorizar la salud mental en la escuela para la población infantil y adolescente, esto implica incluir la salud mental en los programas de enseñanza, haciendo hincapié en el “aprendizaje socioemocional y conocimientos básicos de salud mental” (OMS, 2023, p. 53). C) fortalecer la promoción y la prevención en el campo de la salud mental en el lugar de trabajo, esto conlleva que las leyes laborales concuerden con los instrumentos de derechos humanos, trabajar con empleadores para capacitarles en asuntos de salud mental y promover iniciativas de empleo apoyado (OMS, 2023, p.56). D) diseñar ciudades y comunidades adaptados a las personas mayores, proponen preferir diseños con espacios al aire libre, transporte, vivienda, participación social, respeto, inclusión, empleo, servicios comunitarios de apoyo y salud (OMS, 2023, p.57).

La sexta recomendación busca “mejorar y ampliar los servicios de salud mental a nivel comunitario” y es la que más puntos de acción propone, pues dicha labor implica la unión de distintos sectores enfocados al apoyo psicosocial, adaptado al contexto cultural. A continuación, una breve descripción de estos puntos:

- A) Fortalecer la integración de la salud mental en la atención primaria, una vez más se solicita equipar los centros de salud en materia de salud mental, para poder brindar atención a los casos presentados y si lo amerita derivar con un profesional (OMS, 2023, p. 60).
- B) Crear servicios de salud mental que sean culturalmente competentes. Esto servirá para ofrecer servicios más efectivos y eficaces, además de prevenir y combatir la inequidad por factores como raza, género idioma y origen étnico. Debe integrar factores culturales en la planeación del tratamiento y de ser el caso incluir prácticas tradicionales de sanación, además que los prestadores de servicios deben tener una postura de “curiosidad, empatía respeto y humildad”, también propone las siguientes estrategias: servicios de interpretación, reclutamiento de personal diverso,

inclusión de materiales culturalmente pertinentes y sobre todo el fortalecimiento de las actividades de extensión y participación de la comunidad (OMS, 2023, p.61).

- C) Aprovechar el potencial de la tecnología digital, una forma de volver accesible la atención a las personas en zonas rurales es mediante el uso de la tecnología, permite aumentar y mejorar la difusión de educación sobre salud mental, aunque remarcan que primero es necesario garantizar el acceso a internet para las comunidades de difícil acceso, y sobre todo estas intervenciones no sustituyen los servicios de salud sino buscan brindarles apoyo.
- D) Mejorar la capacidad para proporcionar servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. De nuevo remarcan que los desastres afectan significativamente el estado de la salud mental, por esto, con el fin de reducir el malestar psicosocial en dichas situaciones, proponen capacitar al personal de atención primaria no especializado en temas como malestar agudo, duelo, trastorno depresivo de moderado a grave y trastorno de estrés postraumático (OMS, 2023, p.64).
- E) Empoderar las personas que usan los servicios y a sus familias. Históricamente las personas con discapacidad psicosocial, con problemas de salud mental y los usuarios de servicios de atención a la salud mental han sido invisibilizadas y sus necesidades no son escuchadas de propia voz, por lo que es necesario un empoderamiento de dichos colectivos, se entiende por esto al “grado de decisión influencia y control que los usuarios de los servicios de salud mental pueden ejercer sobre los sucesos de su vida lo cual incluye el tratamiento” (OMS, 2023, p.64). Es necesario incluirlas en la planificación, evaluación y gestión de la atención, así como promover su participación en la creación, prestación y seguimiento de los servicios locales, además de permitirles participar activamente en la formulación de políticas públicas.

En cuanto a la problemática del suicidio la séptima recomendación sugiere “fortalecer la prevención del suicidio” debido al aumento de casos en el continente. El aislamiento social y otras estrategias para mitigar los efectos de la pandemia de Covid-19 causaron estragos importantes en ámbitos como el trabajo, la escuela y el ambiente familiar. Muchas personas quedaron desempleadas y en la incertidumbre financiera, lo cual aumentó los

casos de problemas de salud mental y violencia en la familia. Esto empeoró la gran desigualdad que hay en la región lo que repercutió visiblemente en las tasas de suicidio, ante esto la OMS propone 3 puntos de acción:

- A) formular estrategias nacionales de prevención del suicidio, fundamentadas en intervenciones de salud pública y basadas en la evidencia. Para este diseño es indispensable incorporar la concientización, la reducción del estigma, capacitación, educación, el acceso a servicios, el tratamiento, la intervención en situaciones de crisis, la posvención, la vigilancia y la supervisión (OMS, 2023, p.68). Además de contar con objetivos claros metas y plazos responsabilidad y sobre todo empatía, para esto último es de gran importancia incluir a personas con experiencia propia familiares y cuidadores.
- B) Fortalecer las políticas públicas para reducir los principales factores de riesgo de suicidio. Este punto propone limitar el acceso a los medios mediante los cuales se comete suicidio, esto implica revisar y formular políticas que, tomando en cuenta el contexto, busquen disminuir las situaciones que permitan un acceso a los medios de suicidio, esto significa limitar la venta de medicamentos y sustancias venenosas, reducir el acceso a armas de fuego y diseñar intervenciones enfocadas a los problemas de consumo de alcohol (OMS, 2023, p.69).
- C) Aumentar la capacidad multisectorial para responder a las lesiones auto infligidas y el suicidio. Propone sensibilizar a los prestadores de servicios de salud detención comunitaria en cuanto al suicidio, con el fin de disminuir o erradicar los estigmas existentes y que impiden una atención eficaz, además busca que distintos sectores participen en la intervención tales como la educación, el sector laboral, de seguridad, los medios de información y la comunidad. (OMS, 2023, p.71).

La octava recomendación toma en cuenta los reclamos sociales en cuanto a los problemas de salud mental ocasionados por factores de género, esto implica atender no solamente la violencia contra la mujer, sino también problemas relacionados con las masculinidades hegemónicas y la discriminación contra la comunidad LGBT+. Todo ello agrava la profunda de desigualdad social y los desequilibrios de poder que devienen en malestar psicosocial y problemas de salud mental. La recomendación se apoya en las siguientes estrategias:

- A) Reducir las desigualdades por razones de género y promover el empoderamiento de las mujeres. Para lograr esto es necesario fortalecer las políticas que garanticen los derechos de las mujeres en sus distintos ámbitos, como derechos laborales, derechos sexuales y reproductivos y derechos de propiedad, así como su capacidad jurídica. Otras acciones que pueden contribuir son: promover la representación equitativa de las mujeres en el gobierno, redistribuir el trabajo doméstico no remunerado y por último llevar a cabo campañas de concientización para sensibilizar a la población acerca de la desigualdad ocasionada por el género (OMS, 2023, p.75).
- B) Fortalecer la prevención y la respuesta ante violencia de género. Debemos tomar en cuenta que “la violencia de género consiste en actos lesivos dirigidos a una persona o grupo en función de su género” (OMS, 2023, p.75). Es necesario adoptar un enfoque donde se contemple la prevención y respuesta, también debe engrosarse el acceso a la educación y el trabajo en un espacio seguro. Por último, se proponen intervenciones comunitarias para abordar la violencia de género, mediante talleres, capacitación y mercadeo social.
- C) Abordar los efectos de las masculinidades tóxicas en la salud mental. La cultura patriarcal y sus estructuras de socialización generan comportamientos agresivos y discriminatorios que profundizan desigualdades, esto tiene efectos sobre la salud mental de hombres que no buscan atención en salud mental, debido a la falta de cuidado de la cultura masculina. Es menester desarrollar intervenciones e investigaciones que estudien la problemática, para mejorar las políticas públicas y de esta manera influir de manera positiva en la socialización masculina, tanto en niños, como en adolescentes y adultos (OMS, 2023, p.77).

La penúltima recomendación está enfocada a las cuestiones raciales y plantea “abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental”. Para lograrlo los puntos de acción proponen lo siguiente:

- A) Trabajar con los pueblos indígenas, las personas afrodescendientes y otros grupos étnicos, para comprender y abordar el racismo y la discriminación racial en todas sus formas y expresiones (OMS, 2023, p.81). Para ello, necesitamos primero empoderar a las personas víctimas de la discriminación racial, promover el diálogo intercultural y la participación efectiva en la construcción de dispositivos y

políticas. Es indispensable reconocer que estos colectivos han sufrido de distintas violencias estructurales a lo largo de la historia, por lo que no sorprende que muestren una actitud de profunda desconfianza, para superar esta barrera es necesario buscar un diálogo e intervención que respete las estructuras organizativas de dichos pueblos (OMS, 2023, p.82).

- B) Elaborar planes de acción nacionales contra el racismo y la discriminación racial. Dichos planes deben promover la igualdad de oportunidades mediante mecanismos para garantizar la justicia, los recursos y rendición de cuentas para las víctimas de discriminación. Las comunidades afectadas deben desempeñar un papel central en la formulación, ejecución y evaluación de los planes de acción (OMS, 2023, p.84).
- C) Fortalecer las leyes y las políticas para combatir el racismo y promover la equidad. Dichas leyes promulgadas deben abarcar el derecho constitucional, derecho penal, el derecho civil y el derecho administrativo (OMS, 2023, p.86).

Por último, la décima recomendación está enfocada a la génesis de conocimiento en materia de salud mental, su principal objetivo es “mejorar los datos y las investigaciones sobre salud mental”, ya que es necesario producir datos e información apegada a la realidad y sus problemáticas causadas por factores sociales, esto para ayudar a los responsables de políticas y gerentes de programas a tener un mejor panorama para poder crear leyes políticas e intervenciones más eficaces y eficientes (OMS, 2023, p.89). Los puntos de acción se desglosan a continuación:

- A) integrar la salud mental en otras iniciativas de recopilación de datos. Este punto hace un llamado para recopilar datos que incluyan indicadores de salud mental, estos deben considerar los determinantes sociales que ocasionan problemas de salud mental, proponen llevar a cabo encuestas en sectores no relacionados con la salud (OMS, 2023, p. 90).
- B) Mejorar el desglose de datos. Esto contribuye a realizar un análisis más preciso sobre las condiciones de salud mental en la población y por ende detectar patrones, problemáticas y necesidades, para una adecuada planificación de políticas y asignación de presupuesto (OMS, 2023, p.91).
- C) Incluir un componente de seguimiento, evaluación y aprendizaje en todos los programas de salud mental. Este punto busca mejorar el desempeño de los servicios



de atención a la salud mental y las políticas públicas relacionadas, mediante mecanismos de seguimiento y evaluación (OMS, 2023, p.64).

D) Promover la investigación sobre salud mental. Estas nuevas investigaciones cumplen la función de ampliar la base de evidencia en los tratamientos no biomédicos, sugieren dar prioridad a las siguientes líneas: determinantes sociales, financiamiento y la implementación del tratamiento (OMS, 2023, p.92).

De esta manera concluye el recorrido histórico a través de los distintos instrumentos y herramientas de derechos humanos que se han propuesto en torno a la locura, incluidas sus formas diluidas y más amables, cabe destacar que por sí sola ninguna ley, ninguna declaración, y ninguna convención van a transformar en sentido ontológico la cuestión de la locura, pero sí coadyuvan para la transformación de la concepción y conceptualización. Como pudimos notar, durante este periodo fueron propuestas varias formas de abordar el problema, lo que en conjunto con otros movimientos epistémicos facilitan la transformación de modelos y transición de paradigmas, en este caso podemos notar cómo sirvió para reforzar el paradigma biopsicosocial, que puede servir como punto de apoyo para la creación de una conceptualización de la psicología que no sea patologizante, pero para eso es necesario que ocurran más transformaciones a nivel epistémico y por ende socioculturales. Los cambios no vienen de las instituciones, sino de las personas que las animan y las reactualizan en la performatividad.

#### [sistema de salud mental en México: Entre instituciones y legislaciones.](#)

Si queremos comprender qué se hace con la locura en el país es necesario hablar también del sistema de salud mental en México, de su estructura y las consecuencias que devienen de esta. Como vimos anteriormente han existido a lo largo de la historia distintas recomendaciones para su transformación, Pero ¿estas recomendaciones han logrado su cometido transformando el sistema de atención a la salud mental? Debemos empezar destacando que, así como en todo el mundo, el servicio de salud está conformado por dos sectores: el privado y el público, no ahondaremos en el primero, en cambio revisaremos cómo se conforma el sistema de salud pública en el ámbito de la salud mental.

Las instituciones de seguridad social que atienden a la población derechohabiente son el instituto mexicano del seguro social (IMSS), instituto de seguridad y servicios sociales para trabajadores del estado (ISSSTE), petróleos mexicanos (PEMEX), secretaría de defensa nacional (SEDENA) y la secretaría de marina (SEMAR), estas instituciones cuentan con hospitales y clínicas que proveen atención a población específica, es decir a trabajadores asegurados, sus familias y jubilados. En cuanto a las personas desempleadas, o auto empleadas en el sector informal, es la secretaría de salud quien se encarga de ellos. Como podemos notar, el sistema de salud se encuentra fragmentado en distintas instituciones, sin embargo, algunas de estas no cuentan con equipo o infraestructura para atender la salud mental, por lo que es subrogan los servicios, un ejemplo es el ISSSTE quien solicita apoyo a la secretaría de salud (Sheinbaum, 2020, p. 50).

Hasta hace un par de años, la fragmentación del sistema de atención de la salud mental era muy notable, el hecho de ser dividida en órganos desconcentrados y descentralizados dificultaba la acción conjunta en el diseño de estrategias, para el 2019 existía el consejo nacional de salud mental (Conasame) la comisión nacional contra las adicciones (Conadic) y la comisión coordinadora de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad (CINSHAE), esta última a cargo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y de los Servicios de Atención Psiquiátrica, que contemplan los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino de Álvarez, Doctor Juan N. Navarro, Doctor Samuel Ramírez Moreno y los centros comunitarios de salud mental (Cecosam). Esta desarticulación hacía que el presupuesto para salud mental no fuera invertido adecuadamente, pues en muchas ocasiones se duplicaban programas para un mismo objetivo y se dejaba de lado a otros, esto generado por la falta de comunicación entre instituciones que dicha estructura ocasionaba.

Otro problema grave es la falta de disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a la salud mental, el modelo psiquiátrico concentra la atención en centros especializados, esto presenta un grave problema de acceso para personas que residen lejos de los centros de atención psiquiátrica, además que implica un gasto que no todos los sectores de la población pueden costearse. Para hablar en términos cuantitativos se estima que el 42% de los psiquiatras se encuentran residiendo en la CDMX, el 11.22% en Guadalajara y 7.03% en Monterrey, esto permite visualizar el grado de desigualdad en la

atención de la salud mental pues es la capital donde se centran estos servicios.

Durante muchos años, la incidencia de activistas en materia de derechos humanos y salud mental ha alzado la voz colectivamente exigiendo transformaciones a este sistema, son estas personas, en su mayoría usuarios o ex usuarios de los servicios de atención a la salud mental, profesionales del área de la salud mental y expertos por experiencia quienes han denunciado los vicios institucionales que imposibilitan una atención de calidad y digna, entre 2017 y 2022 fue tanto el incordio por parte de estos colectivos hacia el estado que se comenzaron mesas de diálogo, conferencias, mesas redondas, coloquios y simposios, con el fin de transformar el modelo existente en ese momento. Esto desembocó en una reforma a la ley general de la salud mental y la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama). El 23 de noviembre de 2019 la Secretaría de Salud llevó a cabo una conferencia de prensa donde anunció su intención de realizar una reestructuración de estos servicios, informaron que los SAP, CONADIC y CONSAME, ahora estarán a cargo de esta nueva dependencia, la cual trabajará con un enfoque de atención primaria y busca ampliar el acceso a la atención en la salud mental, adicciones y trastornos mentales (Secretaría de Salud, 2019). Fue hasta el 29 de mayo de 2023 que se publicó en el DOF el decreto mediante el cual se crea formalmente la CONASAMA, este es un órgano administrativo desconcentrado de la secretaría de salud, dicha dependencia tiene como actividades principales elaborar estrategias, políticas y programas de prevención y atención de problemas de salud mental, incluidas las adicciones, además llevará a cabo labores de investigación en materia de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud 2023). Al momento en que se inscribe la presente investigación ha transcurrido poco menos de un mes desde dicha creación, por lo que hablar de esta institución sería prematuro, queda pues la pluma en el tintero con la promesa de seguir revisando los programas creados por la CONASAMA.

Otro asunto importante es la reforma la LGSM, la cual se concretó en mayo del 2022, esto significó un avance en materia de derechos humanos y también un paso más para cambiar el paradigma biomédico y su modelo asilar. El 5 de abril de ese año la cámara de diputados aprobó la iniciativa de reforma que modificó los artículos 72, 73, 74, 75, 76, 77, 51 y 184 (). Siendo este último derogado.

- El artículo 51 se modificó para contemplar el consentimiento informado,

esto obliga a los prestadores de servicio a informar a la persona sobre los tratamientos de manera accesible y comprensible, con información detallada contemplando riesgos y beneficios, teniendo esta información se busca que el usuario tome la mejor decisión e incluso si el profesional estima que el usuario está incurriendo en un error debe respetarse su decisión.

- El artículo 72 prioriza la salud mental dentro de las políticas públicas, la atención debe ser universal, igualitaria, equitativa y libre de estigmas o discriminación. Contempla que la recuperación varía de persona en persona de acuerdo con sus preferencias lo cual fortalece la autonomía.
- El artículo 73 deja en claro que ese privilegiará la atención comunitaria, intercultural, integral, intersectorial, interdisciplinaria y con perspectiva de género, propone actividades socioculturales que aborden temas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, en un ambiente de libre de estigmas. En cuanto al consumo propone un enfoque de reducción de riesgos y daños y decreta que la atención a los consumos problemáticos debe tratarse en la comunidad.
- El artículo 74 establece que no se deben construir más hospitales psiquiátricos y los ya existentes deberán progresivamente convertirse en centros ambulatorios u hospitales generales, además dicta una serie de derechos para los usuarios, dentro de los cuales destacan: derecho a contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones, a no ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva, o cualquier tratamiento irreversible, asimismo tienen derecho a un diagnóstico y tratamiento integral e interdisciplinario.
- El artículo 75 remarca que el usuario tiene derecho a consentir o denegar el tratamiento o de ser el caso el internamiento, debe tomarse en cuenta que todos los pacientes tienen la capacidad de discernir, también propone la existencia de la voluntad anticipada, es decir, si en un futuro se requieren servicios de atención a la salud mental el usuario tiene la capacidad de expresar por adelantado las acciones que desea sean tomadas para su tratamiento.

- El artículo 76 es corto pero conciso, establece que la secretaría de salud tiene la facultad para dictar las normas oficiales mexicanas de los establecimientos que prestan servicios de atención a la salud mental.
- Por último, el artículo 77 se enfoca en la atención a las familias de las personas con problemas de salud mental, propone para los establecimientos del sistema nacional de salud crear programas de atención a las familias y círculos sociales cercanos, esto con el fin de concentrarlos y reducir el estigma existente en los familiares de las personas con dificultades psico emocionales.

De esta manera la ley general de salud mental fue trastocada con el fin de transformar la atención a la salud mental en México, sin embargo, queda todavía un largo camino por recorrer para que esta transformación pueda ser finalmente una realidad.

[El Orgullo loco y los colectivos en primera persona: Subversión de la locura y enunciación política de la experiencia.](#)

La revisión histórica de la conceptualización de la locura ha mostrado que hasta hace poco las personas con sufrimiento psíquico han tenido que vivir con el hecho de ser acallados y nombrados de manera heterónoma. Son siempre terceros los que hablan por ellas, les conceptualizan, problematizan sus experiencias, les toman como objeto de estudio y patologizan su existencia, toman decisiones por ellas y crean dispositivos que en gran medida no toman en cuenta sus intereses, aspiraciones y necesidades personales y sociales. Esto refleja una actitud de no reconocimiento del sujeto de la locura como capaz de producir conocimiento, ocurre lo que es conocido como “injusticia epistémica”, entendida como el movimiento mediante el cual “el poder opera silenciando o desacreditando la condición epistémica de un actor social situado en una posición subordinada, anulando su capacidad para transmitir conocimiento y dar sentido a sus experiencias sociales” (Madrid, 2023, p.4). Esta injusticia epistémica opera privilegiando discursos y conocimientos producidos por académicos y profesionales sin la experiencia propia de transitar la locura, dejando de lado todo el conocimiento producido por los sujetos de la locura, lo cual crea vacíos conceptuales y estratégicos que perpetúan este sistema cuerdista, el cual se presenta

como un sistema de opresión y dominación estructural expresado en el desprecio, prejuicio, estigma y discriminación hacia personas con diferencias tanto corporales como subjetivas asentadas en un diagnóstico psiquiátrico (Madrid, 2023, p.5). En el plano sociocultural el cuerdisimo se presenta como un “conjunto de creencias que están presentes de manera transversal, tanto en la vida cotidiana como en los ámbitos institucionales... implica la asociación de la locura con la expresión de un comportamiento impredecible y peligroso, justificando medidas de control social por parte del Estado... en los entornos cotidianos el cuerdisimo se manifiesta en expresiones de menosprecio y desvalorización de las formas diferentes de ser, sentir y pensar” (Castillo, 2021, p.134). En este ambiente de segregación cuerdista y violencia psiquiátrica han surgido alrededor del mundo múltiples propuestas impulsadas por la voz y movimiento corporal de muchas personas que en carne propia han sufrido las consecuencias de un régimen que busca erradicar la locura en vez de escucharla y dejarle ser como una forma válida de existencia, estas propuestas parten de las reflexiones que usuarios y exusuarios de los servicios de atención a la salud mental han desarrollado gracias a su experiencia y a su encuentro con las instituciones sociales que le dan sentido a la realidad. Los “movimientos en primera persona” son una entidad materializada por colectivos de activistas, asociaciones o instituciones que buscan reivindicar el lugar central de los sujetos de la locura en la elaboración de distintas prácticas y discursos sociales y clínicos en torno al malestar subjetivo

Estos movimientos tuvieron un nacimiento impulsado por las ideas de la antipsiquiatría gestada entre las décadas de 1960 y 1970. Uno de los primeros movimientos surgidos fue el conformado por “expacientes y sobrevivientes de la psiquiatría” impulsado principalmente por las activistas Judi Chamberlin y Tina Minkowitz. Dicho movimiento nace en medio de una cultura de reivindicación de los derechos colectivos de grupos que han sido objeto de violencia estructural, se nutre del feminismo de la época, del movimiento del poder negro y de los colectivos de disidencias sexuales, colectivos con los que convive y dialoga en la construcción de sus propias denuncias y exigencias. Las demandas del movimiento tenían una dimensión social que criticaban las practicas bio-médicas de su momento, pero también buscaban una transformación en las dinámicas culturales de producción de sentido que sustentaban dichas prácticas, y en general un sistema de pensamiento que reproducía opresión vertical y paternalista frente a aquellos y

aquellas que recibían un segundo nombre a través de etiquetas redactadas como diagnósticos. Un concepto capital de este movimiento fue el de la “recuperación” el cual se reconocía como “un estado de equilibrio y bienestar que se lograba al superar las limitaciones que imponían las etiquetas diagnósticas en la construcción de su identidad, así como los efectos indeseados producidos por los tratamientos psiquiátricos, como también el ejercicio de libertad y autonomía alcanzado tras abandonar el sistema de salud mental” (Madrid, 2018, p.7). A través de herramientas simbólicas cuestionó el trato deshumanizante que recibían los pacientes, pero también hacia la hegemonía del pensamiento positivista y psiquiátrico que consideraba que el loco no podía ser capaz de controlar su vida y crear una narrativa propia acerca de su experiencia de la locura. La potencia de éste movimiento radicaba en el “cuestionamiento radical hacia la psiquiatría hegemónica como sistema experto, al demostrar que las personas que habían vivido la experiencia de la locura podían apoyarse mutuamente en un entorno que les permitiera potenciar colectivamente sus capacidades, y desarrollar bajo estas premisas un sistema de apoyo sin la supervisión de profesionales de la salud mental” (Madrid, 2018, p.5). Quizá uno de los vectores más importantes de este movimiento y que persisten en los movimientos actuales es el del reconocimiento de la diversidad de experiencias bajo la condición humana, idea que despatologiza a la locura y reivindica su estatus como parte del espectro humano bajo el respeto y la integración de la diferencia.

Años más tarde un nuevo movimiento surgiría retomando esta última demanda, ya que ante la creciente influencia del neoliberalismo algunas de las críticas hacia el modelo asilar y el poder psiquiátrico serían integradas en las nuevas legislaciones y dinámicas, con algunas adaptaciones para poder funcionar bajo este sistema político-económico, por ejemplo, la propuesta teórica de recuperación que había significado un rechazo al individualismo de la medicalización y la etiqueta diagnóstica se transformó de tal manera que terminó destruyendo la capacidad colectiva que implicaba superar las limitaciones impuestas por el diagnóstico, el modelo de recuperación bajo la medicalización de la subjetividad se estableció como una libertad individual desarrollar una nueva relación con la llamada enfermedad, pero no significó la transformación de las condiciones político-sociales determinantes para el malestar subjetivo, ni sus consecuencias, que después tendría el nombre de problema de salud mental, o simplemente trastorno. En este escenario surgió

en 1993, en Canadá, el movimiento de “orgullo loco”, que sería el sucesor del movimiento de expacientes y sobrevivientes de la psiquiatría y que retomaría el espíritu de justicia social y lucha colectiva en defensa de la autonomía y libertad de dicho movimiento. Se presenta como una subversión lingüística a la carga negativa que la categoría de locura ha significado históricamente, es una reconquista de la capacidad de enunciación propia, es decir pasar de ser sujeto de investigación a ser sujeto de la enunciación, es “una resubjetivación, es la posibilidad de ser un sujeto otro, que existe, que toma distancia de las lógicas biomédicas que lo nombran y se constituye desde nuevos lugares” (Correa-Urquiza, 2020, p 13). El orgullo loco “comprende la locura como una identidad colectiva y esta identidad como una construcción política” (Castillo, 2021, p.133). La disputa se lleva a cabo en el terreno simbólico de las representaciones y de las identidades, y la autopercepción de ser loca o loco permite que reconozcan “su diferencia en el plano de la subjetividad, se perciban como tales y valoren su forma de ser, reconociendo su existencia como sujeto colectivo y comunidad política... Orgullo Loco se apropia de la palabra locura para expresar una voz propia, cambiar los códigos culturales y crear un nuevo lenguaje en torno a experiencias divergentes de la norma” (Castillo, 2021, p. 134).

Pasaron dos décadas para que el movimiento de orgullo loco enraizara en el fértil suelo de América Latina, fue Chile el primer país del sur donde se llevó a cabo la marcha del orgullo loco en noviembre de 2015, cuatro años después se integraría Argentina en mayo y México en Julio. Como se mencionó anteriormente este movimiento adquiere un cuerpo gracias al conjunto de colectivos, asociaciones y agrupaciones enunciatarias en primera persona, todas ellas conformadas por sujetos políticos de la locura, entre estas agrupaciones latinoamericanas destacan los siguientes: “el Colectivo Chucán, Autogestión Libre-Mente, Locos por nuestros derechos, Grupo de Apoyo Mutuo Buenos Aires, entre otros... activistas de la Red Esfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial... así como la agrupación SinColectivo desde México” (Martínez, 2021, p.9). Es en este país donde el movimiento será encabezado por la “Red de Orgullo Loco México”, quienes se nombran a sí mismas, mismos y mismxs como “una plataforma plural de personas expertas por experiencia que tiene como finalidad reivindicar la locura como parte de la diversidad humana. Manifestamos que el disfrute del buen vivir de toda persona está asociado al respeto a los derechos humanos y a la justicia social. Defendemos la dignidad del delirio y



denunciamos la exclusión y violencia que vivimos las personas psiquiatrizadas en los servicios de salud mental, así como la estigmatización, discriminación y falta de oportunidades que afecta nuestras vidas en todos los ámbitos sociales” (Orgullo Loco México, 2022).

La primera intervención que tuvo OLMx en conjunto con SinColectivo se realizó el 26 de julio del año 2019, ese día se llevó a cabo el primer foro mexicano de personas expertas por experiencia en salud mental, su sede fue la famosa Biblioteca México, localizada en el centro de la Ciudad de México. El evento fue organizado por miembros de “Sin Colectivo”, quienes se presentaban a sí mismos como “una agrupación plural mexicana de personas expertas por experiencia y activistas en salud mental, derechos humanos, educación, arte y cultura loca en México”. Movié mi curiosidad el hecho que no fueran profesionales de la salud quienes convocaban y organizaban, pues estos, desde su hegemonía discursiva, son quienes aparentemente tienen la autoridad para hablar del tema, para convocar estos encuentros y para ser los legítimos portadores de la verdad positiva. Este primer foro significó pues una apertura, una ruptura de múltiples relaciones de poder, entre ellas médico-enfermo, experto por experiencia – profesional del campo, loco-cuerdo y capacitado-discapacitado. Sin colectivo logró descentrar el lugar de la locura, del consultorio a las calles, del enfermo a aquel agente transformador de la sociedad, en un primer intento trató de horizontalizar lo que de nacimiento era vertical.

Los objetivos del foro estaban bien planteados desde el inicio, se buscaba combatir el estigma, proporcionar un espacio de interacción donde todas y todos pudieran tener representación, no sólo voz y voto, sino la capacidad para tender puentes de comunicación que permitieran el compartimiento de experiencias, de igual manera se cuestionaba el papel de las instituciones en el ámbito de la locura y la salud mental. De manera concreta y de acuerdo con el cartel los objetivos eran:

- 1) Dialogar la visión que se tiene sobre la salud mental en México.
- 2) Visibilizar el contexto actual de la locura desde un abordaje multifactorial.
- 3) Crear una comunidad respetuosa, diversa e inclusiva.
- 4) Cuestionar prejuicios y estereotipos sobre la locura.
- 5) Cuestionar la aplicación de tratamientos que vulneran los derechos humanos.

Estos cinco puntos tratan de incidir en las instituciones y en los imaginarios sociales,

con tal de transformar la figura del loco, esa que es sufriente, patológica, abyecta, figura de terror, de ignorancia, estupidez, irresponsabilidad, y más estigmas con los que la actual sociedad capacitista se ha encargado de maniatarles. Con este fin se convocó a las personas, activistas y colectivos que estuvieran buscando “una sociedad más justa y equitativa” para participar con alguna actividad.

El foro estuvo organizado en conferencias, mesas de diálogo, testimonios, cine debate, talleres, intervenciones artísticas y la verbalización de experiencias y testimonios (Secretaría de cultura, 2019). Todos ellos tenían como eje universal la locura, y sus entrecruzamientos tocaban los siguientes temas:

- 1) Nuevos abordajes en salud mental.
- 2) Locura y arte como medio desestigmatizador.
- 3) Locura y medios de comunicación
- 4) Colectivos de expertos por experiencia.
- 5) Género y locura.
- 6) Locura y Urbanismo
- 7) Testimonios de vida y locura.

Tuve la fortuna de asistir a este primer foro, para mí fue sumamente significativo pues por primera vez veía a tantas personas disidentes de la norma cuerdista reunidas para conversar en torno a sus experiencias y la manera en que veían tanto la locura como la cordura en el sistema capitalista-patriarcal. Estar en la Biblioteca México con tantas personas que se reconocían como expertas y expertos por experiencia propia trastocó de tal manera mi ser que no volvería a ser el mismo desde ese día. El evento terminó con una conferencia brindada por quienes habían presentado alguna ponencia a lo largo del día, hicieron un llamado a unir esfuerzos contra la cultura cuerdista-patriarcal y extendieron una amable invitación a participar al día siguiente en la primera marcha del orgullo loco en México, la cual saldría del conocido monumento del ángel de la independencia, llamado originalmente la victoria alada, y tendría como destino final la puerta de los leones en el bosque de Chapultepec.

Es imposible para mí continuar escribiendo sin tomar en cuenta la propia experiencia, porque a partir de ese momento en el que asistí al foro mi perspectiva sobre la vida cambió,

y tuve la fortuna de participar en más de una ocasión con SinColectivo, hago presentes los recuerdos de los años en que formé parte de sus integrantes, y a partir de este momento la narración de lo acontecido no puede ser sino a través de mi propia experiencia en el encuentro con aquellxs sujetxs de la locura, que al igual que yo se encontraron en distintas etapas de la vida a la deriva en el mar del cuerdisimo sobre el barco de la locura.

El 27 de julio, un día después del foro decidí que no podía perder la oportunidad de asistir a la marcha, para ese momento yo me encontraba bajo tratamiento de psicofármacos, que lejos de hacerme un bien me mantenían somnoliento y la energía y agitación propia de mi corporalidad estaba maniatada por el químico en mis venas, que lejos de cumplir su encargo inicial tuvo una paradójica acción sobre mi subjetividad, tomaba antidepresivos que terminaban deprimiéndome más. Después de escuchar a los y las ponentes de la biblioteca México no pude sino también enunciar me como loco, recordando las ideaciones suicidas que en más de una ocasión se transformaron en intentos fallidos, recordando mi vida desde pequeño pasando de psicólogo en psicólogo como una papa caliente, con el fin de que aquel niño hiperactivo pudiera entrar en la norma de la buena conducta, norma que dolorosamente nunca pudo inscribirse en mi carne. Vi mis victorias y fracasos y comprendí el sistema de opresión en el que mi divergencia se inscribía como desviación, vi mi carne con otros ojos, sentí mi cuerpo de manera diferente y decidí asistir a la marcha bajo la forma de un cartel viviente, si mi carne había sido atada químicamente y sujeta violentamente cuando niño, si de adolescente mi melancolía y el abandono social me arrebataron la capacidad de pensarme un objetivo y proyecto de vida, si en la universidad aquellas pastillas me habían quitado la lucidez y energía, no podía sino menos que reapropiarme de mi propia carne, de mis propios huesos y de mis propias palabras. Fue entonces que decidí volver de mi cuerpo un lienzo y a través de la técnica body Paint me apropié de mi cuerpo ataviado en el azul de mi melancolía. En la marcha éramos pocas personas la prensa contó una veintena (Carrión, 2019), yo recuerdo que sumábamos poco más, tal vez llegamos a 50 personas. Éramos un grupo pequeño formado por corporalidades y experiencias heterogéneas que se reunían para hacerse escuchar y para retomar la capacidad de enunciar se. Los carteles de lxs asistentes tenían en sí potentes mensajes contraculturales, se leían frases como “Incordiando”, “nada de nosotrxs sin nosotrxs”, “manifestándonos como locas y locos por nuestros derechos”, “Va por nuestra salud mental

¡tenemos voz!”, “no somos antisistema, el sistema es anti nosotros”, “necesito amor, no antidepressivos” y “la revolución será disca o no será”, la marcha duró algunas horas, durante las cuales coreamos consignas y compartimos nuestra locura con la gente que nos miraba con desconcierto y dejando escapar alguna risa por la naturaleza de la marcha. Al llegar a la puerta de Chapultepec se hizo un minuto de silencio para presentar nuestro respeto a las personas que habían muerto institucionalizadas y a causa de los tratamientos inhumanos de la psiquiatría, pero también por aquellas subjetividades que no soportaron un minuto más en este sistema de opresión capitalista-patriarcal-cuerdista. Después de este momento solemne dimos lectura al manifiesto del orgullo loco redactado específicamente para ese evento y que recordaba la caída de la Castañeda 50 años atrás, hacía énfasis en la deuda pendiente del sistema de salud hacía las personas con discapacidad psicosocial, problemas de salud mental, usuarios de los servicios de atención a la salud mental y locas y locos en general.

La próxima vez que tuve contacto con SinColectivo fue cuando me invitaron a participar dentro de una de sus intervenciones virtuales. Era el año 2020 y debido a las políticas de aislamiento social ocasionadas por la pandemia de covid-19 hicieron necesario el uso de la virtualidad y las tecnologías de la información en todos los ámbitos de la vida social, incluida la protesta, es en este contexto que surge una estrategia de intervención, mediante la página de Facebook de SinColectivo (que desafortunadamente ya no existe), se transmitía un programa llamado “locura dominical” conducido por Gaby o por Ilse, quienes eran unas de las fundadoras de SC, este programa estaba dedicado a la “cultura loca” que incluía los estudios locos, la discapacidad psicosocial, los tratamientos actuales y nuevas alternativas al modelo bio-médico, legislación en materia de salud mental y entrevistas con activistas de la salud mental. El tema de la emisión a la que fui invitado era autonomía y uso de sustancias psicoactivas, en ese momento hablé acerca de la libertad fundamental de cada persona para decidir si usaba o no alguna droga, la legislación en materia de cannabis (que en ese momento era tema controversial debido a la insistencia del movimiento canábico mexicano afuera del Senado de la república.), consumo problemático y reducción de riesgos y daños, y las determinantes sociales que llevaban a los sujetos a el consumo problemático, antes llamado adicción. Mi asistencia estaba pensada a modo de intersección entre la locura y el consumo de sustancias, entramándose en el territorio de la salud mental-

determinantes contextuales- autonomía.

En julio de ese mismo año en el senado se había propuesto una iniciativa de ley sobre la salud mental, que reformaba la ya existente Ley General de Salud Mental, la llamada “ley Bañuelos” en honor a la senadora que la proponía, no había tomado en consideración mientras la planeación a las personas expertas por experiencia, lo que trajo consigo que su iniciativa estuviera repleta de violaciones a los derechos de las personas usuarias de los servicios de atención a la salud mental, no reconocía la capacidad jurídica y la capacidad para elegir el tratamiento, el consentimiento informado y validaba los internamientos involuntarios. Muchos colectivos y asociaciones (SC incluido) se proclamaron en contra de dicha reforma y propusieron modificaciones, finalmente apelaron que dicha ley no debía ser aprobada por no tomar en cuenta los tratados internacionales de derechos humanos y la convención de derechos para personas con discapacidad, la ley Bañuelos estuvo a punto de ser aprobada, pero la insistencia de la población hizo que fuera rechazada y una vez más se encargó redactar una reforma a la LGSM que tomara en cuenta los derechos humanos y las convenciones (D’Artigues, 220). A la par que esto ocurría SC en conjunto con OLMx llevarían a cabo la segunda marcha de OL, esta vez sería simbólica y en formato virtual, se organizaron actividades para los días 24 y 25 de julio, de las cuales destacan un conversatorio iberoamericano destinado a definir el orgullo loco y un pronunciamiento colectivo en contra de la Ley Bañuelos que para esos días aún no había sido rechazada.

Producto de la emergencia presentada por la ley Bañuelos me invitaron a formar parte formalmente en SC. Me dieron la encomienda de participar en un foro de discusión impulsado por la cámara de diputados con el fin de reformular de nuevo las leyes y políticas públicas en materia de salud mental, deuda pendiente dejada por el fracaso de dicha ley. El foro llevó el nombre de “Salud mental y Derechos Humanos. Retos y desafíos.” Y estuvo organizado en torno a 4 mesas de discusión con las siguientes temáticas: 1) “Servicios de salud mental y consentimiento informado”, 2) “Estrategias para transitar hacia un modelo alternativo frente a crisis agudas de salud mental”, 3) “Uso problemático de sustancias, tratamientos de base comunitaria y autonomía personal” y 4) “Servicios de apoyo en la comunidad y desinstitutionalización de la salud mental” en las que participaron personas expertas por experiencia, sobrevivientes de la psiquiatría, doctores, diputados, activistas, directores de los servicios de salud, representantes del alto

comisionado de las naciones unidas para los derechos humanos, periodistas, el director general de Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud, el comisionado nacional contra las adicciones, la secretaria técnica del Consejo Nacional de la Salud Mental entre otras y otros (Cámara de Diputados, 2020). Este foro sería de vital importancia para la construcción de la reforma a la LGSM de 2022.

Otra estrategia de intervención propuesta por SC fue la “Escuela de Otoño sobre derechos humanos y Discapacidad psicosocial” una fabulosa propuesta de educación diseñada por Ilse, quien combate al cuerdisimo desde múltiples trincheras y marcos de referencia, entre ellos la pedagogía; participaban otros miembros de SC como Víctor, cuya trinchera es la defensoría de derechos humanos en el ámbito de la discapacidad psicosocial; Gabriela, quien lucha desde el aparato teórico-práctico del feminismo loco; y Frárum, quien desde su posición política logra articular en intersección a la locura con el antiespecismo y la disidencia sexual; e incluso se contó con la presencia de Tina Minkowitz. La EDO contó con el apoyo de la CNDH quien certificó a los estudiantes y reconoció la labor de SC, la primera generación contó con 37 participantes, los cuales a través de cada sesión aprendieron sobre: los paradigmas de atención a la locura, los movimientos en primera persona, los estudios locos, las convenciones y tratados internacionales sobre derechos humanos, epistemologías del sur y el buen vivir, feminismo loco, discapacidad psicosocial, salud mental comunitaria, historia de la psiquiatría, bienestar psicosocial, politización de la locura, y el arte como vehículo para el activismo.

En 2021 SC decidió adoptar una postura de marcha permanente e itinerante, ese año hubo una generación de la EDO y se hizo un llamado a todos los estados de la república para unirse a la marcha nacional y permanente. Fue bajo la consigna de “Locxs a las plazas” que se solicitó que todas y todos quienes pudieran asistieran a un lugar público para hacer una intervención simbólica y que de esta manera se hiciera una marcha a nivel nacional. La idea surgió como respuesta al tratamiento psiquiátrico asilar del paradigma biomédico que clasifica los cuerpos, patologiza a la mente y encierra al sujeto, argumentando qué es por su salud y bienestar. No hay nada más contradictorio, nada más ingenuo que excluir o recluir a una persona y esperar que en su soledad genere las habilidades y herramientas necesarias para vivir plenamente en un estado de bienestar en su comunidad. Locos a las plazas busca recuperar los espacios físicos y simbólicos que han

sido negados para el transitar de la locura, busca que las personas excluidas tomen parte de la sociedad en estos espacios tan particulares como las plazas públicas, espacios de congregación, ágoras abiertas a la discusión y el debate, espacios de pleno goce de ciudadanía, derecho negado históricamente a la locura ya los sujetos de la experiencia de la locura. Es un llamado a la locura para ocupar el lugar que le corresponde en la sociedad y a su vez un llamado a la sociedad para transformarse y transitar a la plena inclusión y aceptación de todas las formas de existencia presentes en la condición humana. Esta idea surgió a partir de una intervención conjunta con distintos colectivos y organizaciones de personas con discapacidades múltiples en el marco de la conmemoración de la creación de la convención para personas con discapacidad, en la que nos reunimos en la plancha del Zócalo y colocamos velas encendidas formando el símbolo internacional de accesibilidad para las personas con discapacidad, al ver tantas personas juntas en un lugar como El Zócalo notamos que ese era el lugar que debía ocupar la locura, el espacio público ideal para la expresión de la ciudadanía y el diálogo con los demás actores de la sociedad. Parte del manifiesto de ese año expresó de manera concisa esto de la siguiente manera “Yo no escogí mi discapacidad, pero sí elegí vivir con ella en lo mejor que pueda... la libertad de expresión y la desinstitucionalización son el mejor regalo para las personas con discapacidad psicósical. Antes de ser psiquiatrizado fui castigado, sancionado, exorcizado, limpiado, hasta ser expulsado y fue en mi destierro donde, libre de bullicio tuve la paz de conversar conmigo...La locura es la libertad de ser tú y desafiar al sistema y a la sociedad por intentar meterte en un molde de lo que debe ser normal o adecuado...Locas y locos a las plazas” (Orgullo loco México, 2021).

Ese año también se creó la revista digital Mad in México, que pertenece a una red mundial de estudios sobre locura, fue gracias a Luis, otro integrante de SC que esta plataforma vio la luz y de los proyectos que SC vio nacer es uno de los que aún existen. MIM busca combatir la injusticia epistémica de la que hablamos al inicio de este apartado, en las propias palabras de la editorial describen su principal objetivo “Nuestra prioridad es dar lugar a las experiencias y saberes de quienes han vivido de manera directa los efectos de la “cultura de la salud mental” y de los modelos hegemónicos de atención; desde el privilegio de la medicación y los excesos de ésta, las institucionalizaciones y contenciones psiquiátricas, hasta la devaluación de sus sentires y pensares por parte de estos

mecanismos” (Mad in México, 2021).

En 2022 el colectivo veía uno de sus sueños realizado, la reforma a la LGSM significó un primer movimiento para la desmanicomialización el horizonte que se miraba tan lejano estaba finalmente aquí, la nueva reforma legislaba la salud mental con derechos humanos y presentaba un enfoque comunitario que buscaba dismantelar el modelo asilar y permitir que las violencias psiquiátricas disminuyeran, este año también sería el que viera la disolución de este colectivo tan importante en la historia mexicana de la locura y su sublevación, el colectivo anunciaría su disolución producto de discrepancias creativas y conflictos internos, hoy en día lxs miembrxs siguen colaborando con distintos colectivos, incluida la Red OLMx, Redefine Morelos, Documenta AC, entre otras, la marcha dejó de ser organizada por SC y comenzó a ser gestionada por OLMx.

La experiencia en SC fue como el florecer de un cactus, un bello y efímero surgimiento y expansión, trastocó a distintos niveles de la sociedad e inspiró a cientos de activistas en toda América Latina, fue vector de polinización y musa de la acción colectiva, a su vez coadyuvó a la construcción de una cultura de respeto y derecho al delirio, pero también apoyó en la destrucción del cuerdisimo y sus formas. Por el derecho a delirar incordiaremos siempre, entramándonos la rebelión sentipensante logrará su cometido y nos verán a los locos y locas en las plazas.

## Análisis de las entrevistas.

A continuación presentaré el análisis de fragmentos de tres entrevistas distintas y que permiten pensar los temas expuestos desde la mirada de la experiencia de los sujetos de la locura.

### Primeras experiencias con el síntoma y autopercepción como sujeto de la locura.

Briseño nos cuenta que él está diagnosticado con esquizofrenia paranoide, ocasionada por un desajuste hormonal devenido por el abuso de laxantes. Comenta que por problemas de bullying comenzó a sentirse mal con su apariencia, por lo que decide tomar estos medicamentos. Es sumamente notoria la influencia de su contexto para el desarrollo de su personalidad y la futura aparición de síntomas.

“B: Ps, cuando era niño era normal, era normal, yo empecé con problemas cuando estaba en secundaria, el bullying, me agarraban entre todos, me hacían bromas, me aventaron un hueso de res y me tumbaron un cacho del colmillo...”

B: Y luego mi mamá tenía un gallinero, y yo cuidaba el gallinero, hacía el aseo, esté, mi tío era panadero, e íbamos a Laredo Texas por harina, manteca, huevo, yo ayudaba mucho porque no teníamos dinero, una vez duré tres días sin comer, tres días, me puse malo del estómago y vomité porque me comí un queso echado a perder, me intoxicqué con queso, y mi mamá me llevó con el pediatra para una valoración, y el pediatra me dio medicamento y



regañó a mi mamá, que por qué no comía yo, entonces ya después me recuperé, luego entré a la primaria, todo normal, hasta los, hasta los 18 años, empecé a oír voces, a los 16 tomé laxantes para bajar de peso y tuve insuficiencia hormonal a los 18 me dio esquizofrenia paranoide, me llevaron con un neurólogo a Monterrey, me medicó y desde los 18 años a la fecha tengo psiquiatra.”

Poco tiempo después comenzó a presentar síntomas, gran parte de la población con esquizofrenia comienza a presentar síntomas en la adolescencia o la adultez joven, entre los 15 y 21 años, momentos cruciales en su desarrollo en el que las influencias del medio ambiente pueden ser determinantes para la salud mental, y pueden ser las primeras veces que la persona tenga que convivir con la exclusión, el rechazo y el estigma.

“E: Y ¿tú recuerdas cómo empezó?”

B: sí, yo empecé a aislarme, no, me aislé como un autista, no platicaba con nadie, empecé a oír voces, a tener delirios y caminaba por las calles oyendo voces y con delirios, sentía que alguien me perseguía, una vez fui a la iglesia católica y me desmayé, y luego de ahí me llevaron mi mamá y mi papá con un médico, fui con un doctor de medicina general y me indicó anticonvulsivos porque decía que convulsionaba, pero no era eso, me llevaron a Monterrey, al obispado de Monterrey, un neuropsiquiatra, y luego del encefalograma me diagnosticó esquizofrenia paranoide, inclusive la cartilla yo la liberé por incapacidad, fui y me capacité, pero no fui a la ceremonia de la bandera.”

Podemos notar también la falta de acceso a los servicios de atención a la salud mental en la comunidad, lo que dificulta el diagnóstico y obliga al sujeto y sus familiares a desplazarse buscando atención, esto complica el tratamiento que pudiese llevar el paciente, además de perder tiempo valioso para el diagnóstico y tratamiento. Tomemos ahora la experiencia de Ale, quien vivió desde niño en la ciudad de México, teniendo acceso más sencillo a distintos centros especializados.

“E: Perfecto, entonces, yo me acuerdo Ale que la vez pasada me contaste sobre cómo llegaste aquí, ¿antes estuviste en otro hospital?”

A: Primero me llevaron allá al Fray Bernardino, y luego me trajeron acá, y sí me acuerdo que te conté, que te estaba diciendo, pero pus... creo que me... como que... que se pensaron, Osea que desde, desde niño estaba presionado por el psiquiátrico, entonces eso es como una... como una, este ¿cómo se llama?, como, como una atracción vamos a decirlo a los, a... a que yo estuviera aquí, y pues ya me tocó estar aquí.

E: Entonces ¿desde niño ibas a hospitales psiquiátricos o con psiquiatras?

A: Pues yo creo que sí porque, porque uno se acuerda, uno no se acuerda muy bien de niño a dónde fue, a dónde lo llevaron sus papás.”

Llama la atención la manera en que Ale reconoce la presencia del psiquiatra desde su infancia, se atribuye una atracción a estos lugares. Es notorio que desde niño Ale estuvo asistiendo con doctores, pero no había un diagnóstico claro y por ende no desarrolló lo que se conoce como “conciencia de enfermedad”, es por esto que en vez de seguir la lógica de “estoy enfermo y por eso veo al doctor seguido”, atribuye desde pequeño tener una atracción, fue sólo hasta que en la juventud fue diagnosticado cuando comenzó este proceso de significación de la enfermedad.

“y tú Ale ¿te acuerdas a qué edad empezó?”

A: Híjole, pues, fue así esto de la influencia en mí, trataban de que yo hiciera esto, que yo hiciera lo otro, pero yo ya estaba en la secundaria, porque hice bien la secundaria, la primaria, también la hice bien, ya en la preparatoria ahí empezaron a aparecer más, mas, más, como más expresivos, porque ya iban directo hacia mí y me decían esto, aquello, lo otro, entonces ya no, ya no.. ya no era que yo estuviera apartado, sino que más bien estaba como, como que querían que yo hicieran lo que ellos decían, osea ya estaba yo al mandato de ellos.

E: ¿De quienes?

A: De los enemigos, de otras personas, y es que nosotros, como cuando tenemos un síntoma nos ponemos a pensar en otra persona, entonces nosotros como no podemos decir que le

vamos a mejorar su síntoma porque nosotros también como pacientes, o como enfermos vamos a decirlo así, este ya sentimos lo que él siente y es lo que me pasa a mí, entonces ya yo siento eso, pues él lo hace pensando en mí, pero no es correcto porque el síntoma de él se para para acá, yo siento el síntoma, entonces, entonces yo recuerdo que me desmayé también, pero ya era como los veintitantos años, algo así.”

Contrastaremos aquí con la experiencia de Gaby, quien es miembro de la organización SinColectivo, es una mujer que en el momento de la entrevista tenía 31 años y recientemente había sido diagnosticada, pero que desde la infancia ya reconocía que en ella habían elementos que la destacaban del rango de la normalidad. Por su diagnóstico tardío y las influencias de su contexto atravesó un proceso de normalización de su condición, de igual manera comenzó a entrar en el proceso de conciencia de la enfermedad ya avanzada en años.

“supongo que también fui ya una loca de cuna, de hecho mi mamá me decía chiva loca y eso es muy significativo porque ahora estamos trabajando el asunto del chivo expiatorio en las familias, osea como en la terapia familiar o no sé, tengo un artículo, no puedo citarlo con claridad, pero el punto es que desde chiquita yo sí me sentía diferente a las demás personas y ahora todo tiene sentido porque en 2019 me diagnosticaron como TDAH pero no le habíamos hecho mucho caso a ese diagnóstico porque tenía una depresión tan grave que era posible que me matara, jajaja, entonces la psiquiatra dijo pues no le vamos a hacer, osea no me lo dijo, apenas me vengo enterando que no osea, no empezamos con el tratamiento de TDAH porque mi depresión era muy peligrosa y tengo a nivel psiquiátrico y desde la mirada biomédica tengo ese diagnóstico de TDAH y trastorno de personalidad histriónica que está muy ligada al TLP, osea la neuropsicóloga dice que tengo TLP y mi psiquiatra dice que no, jajajajaja... el punto es que cuando entré a la universidad yo ya tenía muchísimas cosas, un tema con la comida, con el cutting, con insomnio a nivel de no dormir más que cuando estaba con mi pareja de ese tiempo, tenía mucha ansiedad a morirme, pero todo esto pasaba súper enmascarado, para la gente siempre fui así de, ay pues Gaby está loca porque se sube a la mesa, pero la gente no sabía lo mal que estaba, y pues mi mamá así supongo que más o menos se daba cuenta de las cosas que pasaban, porque ella es psicóloga y supongo que le daba mucha vergüenza o mucho pesar eso, pero nunca se lo he preguntado, supongo que ya podría preguntárselo desde otro lugar.”

Ahora tomaremos en cuenta la experiencia de Frárum, un hombre miembro de SinColectivo, que también se reconoce desde los marcos de la locura, pero que rechaza la psiquiatrización de su experiencia. Es interesante ver cómo articula su experiencia como disidente de la norma sexual con su experiencia como sujeto de la locura.

“F: Familiarmente estoy rodeado de personas con discapacidad, no solo psicosocial y pues personalmente no sé, de repente es como complicado pensarme desde ahí porque desde hace mucho que yo ya no tengo relación con los servicios de salud mental, pero en algún momento yo fui de alguna forma psiquiatrizado en la adolescencia por el tema de la homosexualidad, de la ideación suicida y el gesto suicida, entonces para mí la locura ha tenido como gran presencia en mi vida, creo que a partir de reconocerme como marica y con esta experiencia del suicidio fui desde secundaria interesándome, yo recuerdo que en secundaria tenía una amiga que tiempo después siguió igual una formación en ciencias sociales, pero era como nuestra ilusión de repente en ese momento a la edad de 15 decir ay ojalá organicemos un orgullo loco acá en Morelos, este, justo mi reconocimiento e introducción a la locura fue desde ahí, desde el tema del suicidio, también no sé, ha habido experiencias y momentos de mi vida que he reconocido también en ese espectro o ese modo de subjetivar de la locura”

La heterogeneidad de lxs entrevistadxs permite contemplar a la locura más que como condición biológica, como una autopercepción influenciada por las normas sociales, siendo estas determinantes para la consecución del malestar subjetivo, estas determinantes sociales son las que le

dan forma a la autopercepción, nominalización de la experiencia y condición, deviniendo en la identidad loca, como una serie de elementos no universales, que se presentan como disidentes a alguna norma y que causan algún grado de sufrimiento debido a la nula aceptación de los círculos sociales próximos sobre la diferencia o divergencia de la norma presentada por el/la sujeto de la locura. Ejemplifica muy bien el caso de Gaby, quien reconoce que su condición de mujer ha sido determinante para la consecución de su vida, reconoce haber sido víctima de violencia de género, la cual es un gran determinante para la salud mental.

“G: yo creo que mi condición de mujer ha determinado muchísimos de los malestares que tengo porque están relacionados con el abuso sexual, porque por ejemplo yo tuve un abuso sexual a los 12 años que no le conté a nadie, por parte de un hermano marista que me daba física y química, entonces por ejemplo eso, luego en 4° de primaria nos llamaron la atención porque uno de mis compañeros estuvo tocando a las niñas, a mí no me tocó, pero hubo como toda un plática y un tema, y así en mi vida, en quinto de primaria una amiga me dijo que su padrastro la violaba, no me dijo me viola, me dijo “me pone su cosito ahí”, y son cosas que supongo nunca tuve las herramientas para manejar y entonces empecé a crear esta vida alterna o mundo alterno y cuando llego a la universidad entro a la capital de los abusadores psicológicos y sexuales, de los depredadores”

### La experiencia de la locura en la juventud.

La adolescencia y la juventud son etapas importantes en la vida, son momentos decisivos en la socialización y construcción de la personalidad, algunos estigmas y discriminaciones pueden devenir en problemas de salud mental. Es muy común que en esta etapa exista violencia entre pares, determinante para la condición, como en el caso de Briseño. Un elemento muy importante en la consecución del síntoma es la condición económica y la cantidad de oportunidades y apoyos existentes en el círculo de la persona.

“E: y cuándo ustedes comenzaron a presentar estos síntomas de los que me hablan, ¿en la escuela tuvieron problemas?”

B: Yo no, yo tomaba medicamento, iba a la preparatoria nocturna, tenía beca, de día trabajaba y de noche estudiaba, como a las 10 de la noche yo cenaba unos tacos y un café y me tomaba el medicamento, luego entraba a clases y regresaba a la casa como a las 12 de la noche, de la nocturna, de ahí empezaba en la mañana hacía mandados, vendía refrigeradores usados, lavadoras usadas por teléfono, y eso es lo que hacía, yo les contactaba la venta y mi hermana era la que vendía los refrigeradores, lavadoras usadas, y con eso era con lo que me pasaba y tenía beca, y pasé la beca, terminé la beca, metí la facultad de comercio, igual, tomaba medicamento y estudiaba, me dio por estudiar mucho porque mi hermana y mi papá hicieron un anexo en la casa y tenía la biblioteca, yo dormía en la biblioteca y mi papá me llevaba libros porque estaba jubilado de Estados Unidos y así seguí yo.

A: A mí me acuerdo que me pasó, fue en la preparatoria, ahí empecé a oír voces y a que me presionaran, a que ya no vayas a la escuela, y que si vienes te vamos a hacer esto, si vienes te vamos a hacer lo otro, yo dejé de estudiar como a los, como a los, este, como a los 22, 23, 24, 25, algo así, entonces ya me fue mal, yo hubiese querido terminar de perdida la preparatoria, pero no, no se podía, entonces este, no se podía, entonces, por la misma influencia de estas personas, una voz como de un hombre, como de un hombre que decía, no ya no vengas, ya no vengas, entonces dejé la escuela y ya no estudié, ya no estudié, me faltó como un año yo creo, algo así, pero sí son un problema y que si me ayudaran mejor, si fueran lo que, la que, osea pero no cambia, eso que ellos están, están siempre pensando que arruinarle la vida a los otros, entonces ya no se puede, ya no se puede...

E: y después de esto cuando dejaste la escuela ¿qué empezaste a hacer?”

A: No empecé a hacer nada, estaba nomás en mi casa, estaba ahí sin hacer nada”

El apoyo familiar es determinante para que la persona con problemas pueda desarrollar sus actividades y establecer metas en la construcción de la personalidad y la fijación de metas y objetivos. En el caso de Briseño contó con el apoyo de su familia, que además contaba con una buena posición económica. Contrasta con Ale, quien proviene de un barrio obrero de la ciudad de México y es hijo de trabajadores, lo cual deja ver que, aunque contaba con el apoyo de sus padres, no era el mismo cualitativamente que el que recibió Briseño. Lo cual es decisivo en el periodo de la juventud.

## El trabajo

Es también en este periodo cuando una persona comienza a buscar independencia económica y consigue sus primeros empleos, para las personas con problemas de salud mental suele ser complicado encontrarlo, y mantenerlo, más si se vive en condiciones de pobreza y desigualdad. Lo cual puede agravar su condición mental. Conseguir empleo no es la única dificultad, pues como se mencionó también mantenerlo representa una problemática, más cuando en el ambiente laboral no se convive con respeto y armonía, cuando existe violencia sistémica y poca o hasta nula comprensión y empatía hacia la persona que transita momentos difíciles o que tiene algún problema de salud mental. El contar con empleo permite a la persona no sólo como se dice coloquialmente ganarse la vida, sino que también trae consigo la sensación de estar haciendo algo bueno por uno mismo y por sus círculos sociales, es una experiencia empoderadora cuando se lleva a cabo bajo condiciones de dignidad y respeto. Sin embargo, cuando las condiciones laborales no son las adecuadas puede implicar un detrimento para la salud mental y crecimiento de los síntomas y el malestar.

Ale nos relata su experiencia con sus primeros empleos en la rama informal y cómo vivió la experiencia de ser empleado con discapacidad psicosocial, normalmente estas personas con discapacidad tienen dificultades para encontrar empleo en el sector formal, lo cual restringe de gran manera el acceso al goce pleno de sus derechos individuales, y por ende la dignidad y bienestar.

“A:...luego se me despertó la idea de trabajar pero yo no sabía ni cómo conseguir un trabajo, ¿sí te acuerdas que te platicué que estuve trabajando con un taller de hojalatería? Ahí me pasé un año ahí, esté, en lo que era poner, esté, el periódico y masking a las puertas y los vidrios, poniendo el emplaste de la pasta de, del carro que se emplastó, con esa pasta con agua para que el maestro las pintara”

Más tarde, mientras continúa con su relato es posible notar los efectos positivos que tuvo el trabajo en su vida y el grado de autonomía que podía ejercer, lo reconoce en el ámbito de la alimentación y la buena nutrición que percibía tener a partir de el ingreso de dinero generado por su trabajo, también habla acerca de lo beneficioso que fue para él contar con empleo, ya que le permitía sobrellevar los efectos negativos de su condición, aún cuando no recibiera atención psiquiátrica.

“no recuerdo en qué trabajaba, pero sí trabajé, no recuerdo qué trabajo tenía, pero sí ganaba el mínimo, y entonces ya dije pus órale ahí está, pero si estaba enseñándome a manejar y ya no quiso enseñarme a manejar, que porque dijo que era peligroso, y ya no quiso enseñarme, y hasta ahí llegué en el aprendizaje, pero sí te digo me salió, como te diré, me salió barato porque si me hubiera salido, osea en la mera esquina estaba la casa y yo di la vuelta en u yo como estaba el poste pus me detuvo el poste, sino contra la casa... Sí, te digo, de eso de las influencias y de los cansancios y aunque yo me alimentaba bien, yo sí compraba naranjas y huevo y me los tomaba así, tun tun, -mientras explica hace la seña de estar bebiendo algo-, y entonces, esté, pues eso para mí fue algo beneficioso, porque quizás teniendo otros problemas, pues ya no, ya no esté, ya nomás lo soportaba, que llegaran otros problemas y que llegaran, luego ya no sabía cómo resolverlos, pero no tenía ningún psicólogo, ningún psiquiatra, ningún doctor, ni enfermera, ni enfermero ni nada de eso aaah -levanta la mano y hace círculos con ella -...”

Dentro del hospital las actividades destinadas al autoempleo desaparecieron a raíz de la pandemia, las pocas oportunidades de conseguir dinero son pidiendo limosna dentro del hospital, o ayudando al personal en sus tareas, Alejandro expresa su deseo y necesidad de trabajar, actualmente tiene la comisión de despertar a sus compañeros de pabellón y recoger las sábanas de las camas y llevarse la ropa sucia. Por esta actividad no recibe una remuneración fija, en muchos casos comenta que no recibe nada y el personal del hospital ha llegado a tratarlo como si fuera su obligación hacerlo. Él lo hace para mantenerse activo y sentir que contribuye a su comunidad.

“A: Y ya, después, ya, esté, pus, pus eso que dicen que, como militar dicen que sí podemos, nosotros sí podemos, fue lo que me traía a eso, aunque yo no recuerdo estar ocupado en, en, en los años anteriores, en los años anteriores a andar despertando a los pacientes para quitarle las cobijas, las sábanas jajaja y entonces estar... -su charla es interrumpida por una Doctora que lo reconoce y lo saluda, él devuelve el saludo-... Esa es como te decía, como, como que, en el campo militar cuando yo estuve 4 años, entonces este, ahí yo aprendí que, que dice ahí unas palabras o una nota de una canción que dice, que demuestre donde yo estoy, donde quiera que yo esté, que yo también puedo, que yo también puedo, y pues ahora lo que se me presenta, como te platicué que no podía dejar a Silvestre solo por la ropa, como yo ya decían que trabaje y trabaje, y eso me ayudó a despertar, y dije bueno quieres que trabaje, voy a ayudar a esto donde estoy yo, a ayudar a quitar las cobijas, las colchas, las sábanas, y esto ya es para mí un trabajo, y ya no, esté, cómo se llama, ya nomás este, esperar a lo que me socorrián y hacer algo desde la mañana, desde las 6 de la mañana que yo era el primero que me levantaba y a tomar la medicina, y esté, pues los mismos, las mismas actividades que, este, tenía que hacer, que tengo que hacer aquí y ya es para mí bueno.”

Mientras avanza la plática Ale nos cuenta un poco acerca de su experiencia como soldado en el ejército mexicano y relata cómo a causa de su condición y los síntomas que presentó tuvo que darse de baja.

“A: Te voy a contar algo, cuando yo estaba allá -señala la entrada del hospital-, estaba yo formado en la línea, ahí en el batallón, y yo tenía mi arma aquí y mis cargadores, y en ese momento como que si yo trajera un rechace de bala, yo sentí ¡pam pam! Un contacto, entonces me caí, y ya no me levantaron, pero esta persona que digo, me dice yo lo mandé porque este, yo lo mandé porque quería que estuviera bien y recibiera de comer y desayunar, y estuviera bien, y luego ya dice yo no lo quiero ver más estúpido, ¿por qué?, porque ella me dice, pues si está estúpido y luego lo quieren ver más estúpido pues no jaja, para qué, entonces esté, yo le tengo que agradecer a esta mujer.

E: ¿Ella era tu superior en el ejército?

A: Era algo así de comandante, era superior a mí.

E: ¿cuántos años tenías cuando estuviste en el ejército?

A: Yo tenía como unos, como unos 30 ya iba a cumplir como 30.

E: ¿cuántos años estuviste en el ejército?

A: 4 años”

Alejandro continúa hablando sobre su experiencia laboral cuando en su discurso aparece una dificultad ocasionada por su condición, como anteriormente se menciona las personas con problemas de salud mental encuentran muchas dificultades en el campo laboral debido a los síntomas que presentan, aquí Ale nos relata un suceso que lo dejó sin empleo, en el cual influyó de manera importante uno de sus síntomas.

“A: Pues duré creo trabajando en el trabajo, pero yo no me acuerdo en qué trabajé, pero no me acuerdo, o ya no trabajé, o algo así, pero te voy a decir que, empezaron como a hacer lo que yo hacía era como que un juego de diversión para ellos, yo me acuerdo que un día estaba trabajando en una fábrica de cloro a la altura de año de Juárez, y ahí se descompuso

la pinche banda, y yo me salí para afuera de la calle, y como me salí como que mentalmente o, o este, yo creo que sí fue mentalmente, porque cuando yo dije voy a ver, bueno como yo estaba trabajando dije como, como, como, como, me salí a , como que hubo un juego, como que sí me venían manejando con la memoria pero en voz bajita, y en voz con que yo no oyerá muy bien entonces pues ya este, este, me fui hasta Tacubaya y dejé el trabajo, y al otro día no me levanté al trabajo ni nada, sino que no fui, y entonces al siguiente día tampoco ya quería entrar allá, porque como que sentía que me iban a decir que no y que me había pasado y yo recuerdo que ese día yo llegué como a las 8, entrábamos a las 7, y luego salió un trabajador de ahí, y pero él me dijo, ven te invito un refresco, le digo bueno pues sí, y ese refresco que me tomé luego me dijo, pues nos vemos, y él salió y me dijo que él también tenía un problema que vamos a decirlo que lo llamamos mental, así no, pero que él se había quedado trabajando adentro y yo me quedé afuera, y yo ya ni cobré mi dinero que había trabajado y que me regreso a tu pobre casa.”

En cuanto al caso de Briseño, él ya había comentado que durante su vida académica trabajaba vendiendo electrodomésticos por teléfono, lo que le ayudaba a mantenerse estable económicamente. Contrasta mucho con la posición de Ale, pues Briseño concluyó una carrera universitaria y consiguió un empleo que le permitió ejercer su profesión y poder vestirse. Sin embargo el acaecimiento de la enfermedad y la intensidad del síntoma le impidieron seguir trabajando y tuvo que ser hospitalizado.

“B: Yo fui a la bolsa de trabajo de la facultad y decían que solicitaban un maestro de contabilidad en una escuela privada de comercio, y entré ahí a trabajar, después de eso un maestro mío de contabilidad, me dijo que iba a abrir un despacho de contadores, que si me gustaría trabajar con él, y me dijo ya sabes de qué se trata, y le digo sí yo he practicado lo que estudié, y me dijo, no pues ya sé que tienes buenas calificaciones y vas a hacer unas auditorías internas, fui a valorar autos a la agencia Chevrolet, la Chrysler, ya muchas otras, hice inventarios, sacaba las tenencias, los pagarés, las compra-ventas y lo inventariaba y los datos los archivaba para la auditoría interna, y después hubo una auditoría fiscal general y la pasamos... Después de eso yo dejé de trabajar ahí y me invitó un amigo mío a trabajar en Laredo Texas, a un negocio donde vendían muebles de oficina, y me pagaban por hora, en dólares, me fue bien, junté mi dinero, lo metí al banco, me compré un reloj, me compré ropa, me compré un traje, me compré unos zapatos, carros, me compraba ropa de diseño y todo se quedó allá para mis sobrinos, todo lo que yo tenía, me trajeron para acá mis dos hermanas, mi cuñado, recomendado por el subdirector, el doctor De la Mora, era un psiquiatra, mi tutor era amigo de él, era amigo de mi hermana la contador, mi hermana la contadora era la administradora de una mueblería, y el señor G hacía auditorías a provincia, y conoció ahí al Dr. De la Mora y habló con él, me trajeron aquí, en el 90, yo entré aquí el 26 de noviembre de 1990 y desde entonces estoy aquí, nomás que mi tutor murió y mi tutora se quedó en Cuernavaca y no quiere venir.”

En cuanto a la capacidad de trabajar en el hospital se les mencionó que no estaría mal que pudieran trabajar en el hospital, ya sea de algún oficio o mediante plazas que ellos puedan ocupar, es alarmante notar que, aunque cuando se fundó el hospital Samuel Ramírez Moreno el trabajo estaba considerado como una actividad fundamental, hoy en día no se siga impulsando dentro del mismo, las actividades agropecuarias pronto cayeron en el olvido y fueron reemplazadas por terapias ocupacionales. Es notoria la necesidad de reestructurar el sistema con tal de velar por el cumplimiento del derecho al trabajo que también tienen las personas usuarias del hospital, claramente en un ambiente de respeto a su dignidad.

“M: ¿Sabes qué estaría bien? que los dejarán practicar su oficio a ustedes ¿no?”

B ¿eh?

M: No estaría mal que ustedes pudieran practicar sus oficios

B: Si

M: Si tienen algún oficio que pudieran ejercer, aún estando aquí

A: No, yo no tengo oficio ni beneficio

M: Ah cómo no ¿no te acuerdas que me hablaste que tú habías trabajado en un taller de hojalatería?

A: No, pero no, no es lo mismo, que el maestro te prepare la pasta y que le unte a que tú nomás le estés pegando con agua, creo que ya ahí fallaron conocimiento, no es un oficio completo del ayudante

M: Si, nada más es hacer una labor

A: Es ayudante... lo que podría ser, como de ayudante de bodega, de eso que te platiqué, que tiene ciertas entradas y salidas, apunto lo que entra...

M: Y lo que sale

A: Y apunto lo que sale, el sellado, el sellado, el sellado el sellado... ¿este... qué más?

M: ¿Y tú trabajaste de eso?

A: Si, ayudante de almacén

A: luego cuando es el inventario, escogen según el código de la mercancía que se les da de la mercancía, que es, cuando te das cuenta es tu número, es tú código, cuántos de nosotros.

M: Ah... ¿eso si lo podrías hacer ahora no?

A: Ahora no

M: Pues igual aquí en el hospital ¿no?, entran cosas, los desayunos, las cosas que vienen enlatadas, todo eso, las cosas que van a la bodega, a las diferentes bodegas que van, podría ser auxiliar de esa bodega ¿no?

A: Podría ser auxiliar, no sé, tendría que cambiar de zapatos, no, pero es muy este, es muy este, ¿cómo te diré?, es muy este, muy factible, muy este, de certeza que te acepten, porque te dicen: “no pues ese es el paciente de acá, no pacientes no queremos”, entonces ya, tú dices que ya no.”

## Relación con el medicamento.

Un asunto importante en la vida de los usuarios del hospital psiquiátrico, y en general de las personas con problemas de salud mental es el de los medicamentos, estos muchas de las veces tienen efectos negativos sobre la salud y la actitud del paciente, situación que es propiciada muchas veces por el mal diagnóstico y la sobre-medicación. En ocasiones el efecto es contraproducente y termina afectando más de lo que puede ayudar, sin embargo, deber ser decisión del usuario qué tratamiento seguir y es obligación de los profesionales de la salud respetar dicha decisión. Con respecto a esto cabe rescatar la relación de cada entrevistado con el medicamento, pues no es el mismo ambiente el que viven Alejandro y Briseño que el de Gabriela, quien no se encuentra hospitalizada y cuenta con una red de apoyo sólida, lo que le permite cuestionar su tratamiento y cambiarlo o cambiar de médico si así lo decide, cosa que los usuarios del Samuel Ramírez no han podido hacer.

Ale nos cuenta un poco acerca de cómo vivió la medicalización afuera del hospital, el comentario surgió cuando se le cuestionó las herramientas que tenía para soportar el conjunto de síntomas que se le presenta. Dejó de tomar las pastillas, pero cuando se sintió mal de nuevo tuvo que ser hospitalizado, internamiento que persiste hasta la fecha.

“E: Y cuando estabas afuera y tenías algún síntoma ¿cómo actuabas para sentirte bien o qué hacías para sentirte mejor?

A: mmmm, pus yo buscaba siempre trabajo, yo recuerdo que estaba trabajando por salto del

agua y esté, pero la cosa es que me pusieron en las pinchas pastillas bien fuertes, entonces la influencia de las pastillas, la influencia de las pastillas era que yo estaba desde la mañana que me tomaba la pastilla, hasta las 11 de la mañana, 8, 9, 10 y 11, ya habían transcurrido tres horas y yo todo pasado, todo como drogado y hasta que me quitaron esas pastillas yo creo que me sentí mejor, porque dijo la doctora, dijo la doctora creo que, sí se llama Karina, me dijo la doctora Karina, no dice, Alejandro no debe tomar estas pastillas, porque, porque no son para él estas pastillas, y entonces me recetó Trilafon, Rivotril, Rivotril, Trilafon, y quizás me recetó otra pastilla y entonces pus ya, entonces este, te digo mi papá me las compraba pero luego dijo, no pues ya no vas a tomar medicamento y ya dejé de tomar medicamento, de ahí hubo cierta tranquilidad, pero yo lo que notaba cuando vine para acá, en vez de seguir saliendo y buscando la solución, yo platicaba creo todavía ayer o unos días de hoy, de esta semana que pasó, que transcurrió, me refiero al tiempo de los días, y entonces te estaba diciendo que ¿cómo se llama? Me estabas diciendo que, ¿cómo te estaba diciendo?

E: Me estabas comentando de las pastillas, que habías pensado en algo acerca de las pastillas.

A: Ah sí, entonces dejé de este, de tomar las pastillas, pero yo creo que me desmayé otra vez, y entonces ahí cuando me desmayé, que me llevan para allá, allá, al Fray Bernardino, cuando me llevan al Fray Bernardino yo iba con esas pastillas, pero como ya no tomaba pus ya, ese día para mi desgracia fue que les dejó el teléfono que me mandaran una ambulancia y que me amarraran y que me llevaran al Fray Bernardino.

E: ¿Te amarraron cuando te llevaron?

A: Ajá, entonces cuando me llevan para allá les exponen que hay una granja, osea éste psiquiátrico, y que si yo quería me traían para acá y que acá me iban a ver ¿no?, a ver, y ya que me traen para acá, que me internan, me internan, me traen para acá y ya es otro cuento para acá, y ya es otro cuento porque acá no tenían pastillas para mí, no tomaban pastillas, pero la cosa es que alguien me había diagnosticado de por vida, de por vida, y que yo debería estar aquí en el pinche psiquiátrico, entonces está cañón.”

En cuando a la medicación dentro del hospital Briseño habla sobre su experiencia con la administración de medicamentos, recientemente había tenido un cambio de pastilla y de dosis, relata que antes le daba mucho sueño y ahora no, también reconoce que el ciclo de sueño sufrió una modificación, lo que le ocasionó inconvenientes.

“M: Oye Briseño, la semana pasada me dijiste que te iban a cambiar la manera en la que te iban a dar el medicamento ¿no?

B: Si

M: ¿Cómo te has sentido con ese cambio?

B: Ya, ya estoy mejor

M: ¿sí?

M: Si

M: ¿Qué sientes?

B: Ya no tengo tanto sueño, no duermo de noche por la pastilla que me dan, y en la mañana amanezco despierto.

M: ¿Y antes de daba sueño a cada rato?

B: Si de día, si de día

M: ¿Y te dormías?

B: Si

M: Y más o menos ¿cuánto tiempo te dormías?

B: Todo el día.”

Más tarde nos relata en específico cómo pasó la noche debido al cambio de dosis de su medicamento.

“B: no tenía mucho sueño anoche y luego a parte que me dieron nomás la mitad de la



medicina y eran pastillas y vomité la dosis y no dormí bien, entonces me repuse con el sueño final

M: ¿A qué hora te levantaste?

B: Como a las cinco

M: ¿Y a qué hora te levantas normalmente?

B: A las seis

M: Ah o sea tuviste una hora de sueño, ¿y cómo te despertaste?

B: Es que cuando desperté no tenía sueño, es que tengo olanzapina de 20 mg, y me dieron de diez, la mitad de la dosis, entonces no me noqueó, lo sentía a medias, me dolían los pies, pero no me sentía mal.”

Como se mencionó anteriormente, algunos de los problemas más comunes son la sobremedicación y las malas prácticas en el diagnóstico, el caso de Gaby deja ver lo importante de las redes de apoyo en la transmisión de conocimientos que cuestionan la posición autoritaria de los psiquiatras, en relación con esto nos cuenta la mala experiencia que tuvo con un psiquiatra y cómo las RDA la rescataron, actualmente Gaby no está ni a favor ni en contra de los medicamentos psiquiátricos, remarca que a ella le han ayudado, pero que es sólo un caso entre muchos y sólo es su experiencia personal.

“G: la cosa es que justo en ese inter en el que estaba en el parlamento de mujeres, mi pareja y yo tuvimos un accidente, se nos rompió el condón, entonces yo le dije a mi psiquiatra de ese momento “es que yo quiero que me diga usted qué me tomo, porque usted me dijo que no podía tomar ningún anticonceptivo, y pues se me rompió el condón y yo no quiero ser mamá” y me dijo “ es que ya estás en edad de ser mamá, ¿no?” jajaja, entonces mi pareja se emputó y empezó a decir “este wey qué pedo”, porque ya se leyó así toda Marcela Lagarde, y Amelia Valcárcel, osea de teoría feminista le puedes preguntar lo que quieras, luego de que lo haga ya es otra cosa, pero el punto es que justo eso era muy interesante, porque a Iván yo llegué a hablarle llorando diciendo “es que mi doctor me dijo así”, y dijo no, ah porque además ya me habían diagnosticado trastorno bipolar, me dijo “no, tu tienes que ir con la doctora Rosa Aurora, tu psiquiatra no sabe, además la doctora es especialista en trastorno bipolar y te va a curar” y yo así de, sí, entonces ya también mi pareja me había dicho “está de la verga tu doctor, osea ya basta” y después de eso osea sí fue una cosa bien fuerte porque fui con la doctora y me tardé tres meses en el diagnóstico neuropsicológico, fue un desmadre, fue un chingo de dinero, no sabía ni qué pedo, pero así en cuanto yo entré me dijo “te dejas de tomar el litio”, porque me estaban dando de tomar litio que ya ni siquiera es un tratamiento... por eso es bien importante y por eso digo que el trabajo en grupo , osea el trabajo comunitario, que ahorita no hemos podido hacer eso porque creo que ahorita a todas y a todos de los que estamos, de los que estábamos entonces en esa primera generación nos hace mucho más sentido el trabajo presencial, osea esto nos cuesta mucho trabajo, lo que nos, sí, osea es estar, pero por eso hace mucho sentido las comunidades de pares, porque si Iván nunca me hubiera dicho que eso ya ni siquiera se usaba yo hubiera seguido con ese doctor, me hubiera puesto peor, nunca hubiera llegado a mi diagnóstico y probablemente me hubiera intentado suicidar más veces, entonces creo que ahí es donde sí cambia la vida porque también Ilse me dijo que no estaba bien, Víctor me dijo “¿por qué estás tomando tanto medicamento?, ¿por qué no le preguntas a tu doctor tu diagnóstico, te lo tiene que decir y mi doctor me dio cuatro diagnósticos diferentes y ya después, ahora analizándolo pues sí estaba cabrón tan joven diera con lo que yo tenía, y sobre todo un doctor hombre que jamás iba a entender qué pasaba con el abuso sexual, osea de verdad y yo no es que sea muy pro de la psiquiatría pero sí creo que a mí sí me ha beneficiado, pero yo creo que yo soy un caso muy particular... el punto de esto es que yo sí siento que el medicamento me está haciendo bien, pero en general no es la solución, eso lo aprendí con SC, y por eso las posturas tan entre comillas radicales que hay ahorita, en primera porque ya no está Iván, Trini, ella se emputaba, decía que éramos irresponsables, no sé, pero según yo

en ningún momento SC ha dicho “no te tomas el medicamento” eso ya es decisión de cada uno.”

## Vínculos entre pares dentro del hospital.

Como pudo notarse en el discurso de Gabriela, son de vital importancia los vínculos con los que la persona cuenta, ya sea familiares, u horizontales entre pares, son estos lo que le permiten a la persona acceder al terreno de la comunidad, además de permitirles un espacio de diálogo y encuentro con el otro que contribuye a la construcción de la identidad y cuestiona las propias ideas y experiencias sobre la vida.

Dentro del hospital existen complicidades de corrupción e impunidad frente a malas prácticas, pero también hay complicidades reivindicativas, amistades, lazos entre personas bajo la misma condición y que sufren muchas veces las mismas violencias. La amistad es un bien preciado dentro del hospital, permite cierto grado de libertad en los movimientos, y ofrece un excelente bastión para la resistencia ante el poder psiquiátrico y el cuerdisimo cultural.

Sin embargo esta amistad se encuentra, como todas las amistades, acechada por la posibilidad de desencuentro y ruptura, agravada muchas ocasiones por lo escandaloso de algunos síntomas. Alejandro comenta algo muy importante al respecto, a veces la condición de los usuarios complica el trato, pero veremos que no lo imposibilita, más bien hay que buscar nuevas formas de tender puentes mediante la cooperación y la empatía.

E: ¿tú has hablado con algún otro usuario de aquí que sientan cosas similares? Osea que también escuchen voces.

A: No porque luego algunas personas son, son, osea no es como que un paciente conviva con otro paciente, porque a veces el paciente tiene rechazo, en ese momento tiene rechazo hacia mi persona, entonces ya no puedo, luego el paciente trae otro síntoma aunque no tenga mi diagnóstico, tiene otro diagnóstico, entonces ya no, si tú le dices ¿qué tienes? ¿cómo te sientes? No te dicen nada, entonces ya no, ya no, ya no es propio de eso, pero es un problema también eh.”

Aunque retrata la dificultad para tender vínculos, más tarde, en otra entrevista Alejandro nos comenta que sí tiene un amigo dentro del hospital, Tapia, la amistad surge por el beneficio mutuo, pero después se profundiza al grado de platicar acerca de sus síntomas con él.

E: ¿Ustedes han hecho algún amigo aquí adentro? ¿Alguien que digan, él es mi amigo y camarada?

P1: Yo sí, Tapía Ramírez

E: Tapia, ajá

P1: Él, él, él llegó así, llegaba siempre con un refresco y me daba la mitad, llegaba con un café y me daba la mitad y así me convidaba siempre y luego me dijo “¿me dejas este, guardar las cosas en tu locker?”, y le digo “pues, pues, ya que” y ahí estaba su cama hasta acá y luego la cambiaron para acá y está junto a mi cama así, mi cama está aquí, aquí y su cama está aquí y la otra cama está acá

E: Ajá

A: Y te digo, pues ahí convivimos un rato porque, porque este pues ahí lo mandaron y ahí lo dejaron y si sí es mi amigo y si, si yo veo que esta acostado dormido yo le digo “órale ya ya, ya es la hora del comedor ya levántate” y ya se levanta, si si yo yo, soy yo el que está dormido, me, me despierta

M: ¿Y con el platicas?

A: Si sí platicábamos de la enfermedad que él tenía, de que era lo que sentía y si decía que lo atormentaba en las noches, yo creo que si lo atormentaban estas voces porque, porque este, luego agarraba su radio ¡chin!, lo azotaba en el piso hasta que se descomponía, le dije “no hagas eso, dice no es que las voces me están diciendo que destruya mi radio que

destruya mi radio y ahí está la pinche falsedad

M: ¿Y tú que le decías en esos momentos?

A: No pues son tus cosas, tú las compraste, así así y sí, es mi amigo.”

Por otro lado Briseño comenta que tiene un amigo en el hospital, su compañero Walter, quien es un usuario que comparte pabellón con él, su cama está localizada a un lado y la relación que tienen es muy estrecha, es un joven de tal vez 40 años, no habla, su comunicación está basada en gestos, movimientos corporales, sonrisas, afirmaciones o negaciones.

“M: ¿Tú tienes amigos acá, has hecho...

B: A Walter

M: ¿Y cómo empezaste a hacerte amigo de Walter?

B: Sí, por que lo observaba

M: A ver me voy a pasar en medio de ustedes ¿va?

B: Lo observaba como era él y lo que le hacían y de poco a poco lo recomendé con mi tutor y mi tutor lo ayudaba y luego el tutor murió

M: ¿Y cómo lo conociste? ¿quién llegó primero, él o tú?

B: Yo llegué, cuando yo llegué al cuatro, él ya estaba ahí, es lo mismo que yo, tiene como un año de diferencia de que entró, yo entre en noventa y él estuvo en el ochenta y nueve...”

Esta amistad con Walter parte de la violencia institucional que viven los usuarios, en este caso específico violencia sexual cometida por parte de alguien del personal de enfermería, esto es lo que Briseño denuncia mientras habla de su vínculo con Walter, una vez más los vínculos de apoyo mutuo en una relación horizontal tienen un gran beneficio, ofrecen un mayor confort que cualquier compuesto químico presente en un comprimido.

“M: Y regresando al tema en el que estábamos de las, de las amistades ¿ustedes creen que una amistad ayude a la cura?

B: Sí, si si, por que yo lo veo por Walter ¿no?, el no puede hablar ¿no?, a parte es homosexual, el sexo que tiene el pues tiene muchos impedimentos, si luego al estar encerrado, esta peor que yo, por que el no puede decir que le pasa, luego le hacen muchas groserías, hay un enfermero que se mancha con el, viene un enfermo en la noche Loreto, le agarra el pájaro y eso esta mal ¿no?, está llorando

M: Si, esta mal

B: Está llorando, entonces yo veo eso y digo “si yo estoy mal, el esta peor”, hay que ayudar

M: ¿Y en qué le echas la mano tú?

B: Pues ahí, en que, no lo haga ese que Loreto, va en la noche, y luego dice, hasta me dice, un jueves me dice “te paso una lana si me traes a Walter en la noche”, eso dice, sí son cabrones los enfermeros y luego este, Walter digo que no y luego vuelvo a ir donde esta, que es ahí donde sucedió el problema y no puede defenderse, yo le ayudo porque como no puede hablar...”

Que queden estas páginas como medio de denuncia hacia la violencia sexual ejercida, que no se nos olvide la situación de doble vulnerabilidad que las lógicas asilares promueven, que no sea enmudecido el llanto de indignación que origina la violencia invisibilizada, o por medio de pactos patriarcales invalidada. Si las paredes del manicomio ocultan secretos y encubren a violentadores y agresores sexuales impunes, que caigan, si las lógicas psiquiátricas reproducen estas disparidades en el ejercicio de poder, deben ser cuestionadas bajo la irrupción de la locura.

### Percepción del trato en el hospital.

Briseño una vez más nos proporciona mucho material para reflexionar acerca de los tratamientos dentro del hospital, pero también del trato que reciben por parte del personal del mismo. Pareciese que la cotidianeidad va acabando con la empatía del personal, los malos tratos van apareciendo poco a poco y apoyados por la impunidad y la complicidad del personal, reproducen prácticas que ponen en riesgo a los usuarios y vulneran sus derechos, por ende su dignidad, aquella dignidad que

los órganos internacionales dicen proteger y que el estado mexicano dice garantizar.

M: ¿Tú por qué crees entender a Walter, pero los enfermeros no?

B: Es que los enfermeros vienen aquí a trabajar ¿no?, y lo que vienen a hacer es lo que tienen que hacer, aquellos me hacen algo, como decía Alejandro que un pastel o un refresco, pues es muy raro, muy raro que ellos accedan a eso, no tanto por lo que cuesta ¿no?, sino que no, no les nace hacerlo, entiendo que es por que están mentalizados, “no pues que necesito una suplencia, que un préstamo”, luego que quiera vacaciones y no están bien aquí, no vienen a enfocarse al paciente ni a su trabajo, de hecho así lo marca la ley que van a tener que trabajar, incluso, como con pacientes

M: ¿Y por qué crees que eso pase?

B: Por que son muy inconscientes, porque también en la norma mexicana dice que tiene uno derecho a orientación, a proceso terapéutico, a muchas cosas pero ellos no lo hacen, no lo hacen y eso también es ilegal, está en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ahí decía, en La Unión Mexicana, lo que se hace en el hospital psiquiátrico y no lo, no lo pone en práctica

M: ¿Por qué crees que no lo ponen en práctica?

B: Por que no les conviene, por decir, pues yo digo que un paciente estaría listo para que salga, ¿pues quién se lo va a llevar? No hay quien se lo lleve, procesos terapéuticos, la terapia, terapia comunitaria, todo a lo que tenemos derecho lo cierran y un paciente apto, que ya esté apto para salir ¿Quién se lo va a llevar, está en la ley eso y no lo pone en práctica.”

Alejandro parece estar bastante acostumbrado a estos hechos, él saluda al personal cada vez que se cruza con ellos, bromea y ríe, parece que el personal también le trata de esa manera, será quizá porque como mencionó antes, Ale lleva a cabo un servicio dentro del pabellón, el cual lo hace levantarse más temprano que el resto de pacientes y en algunas ocasiones le origina molestias y conflictos con los demás usuarios, pues tiene la encomienda de recoger la ropa para la lavandería. Aunque Ale lo hace con gusto y por su bienestar, hay personal que está contratado para realizar estas labores, quizá esta especie de microexplotación de la cual es sujeto Alejandro sea un motivo para el disfrute de ciertos privilegios, no podemos llamar de otra forma más que explotación al goce de los resultados del trabajo de otra persona, pero también otro factor es la cordialidad con la que se desempeña Ale, quizá estos dos factores sean una estrategia que Alejandro usa a su favor para en primer lugar sentirse útil y en segundo lugar, conseguir de vez en cuando una moneda, un cigarro o un café.

## Fantaseando una intervención.

Es inevitable para los usuarios del hospital y para los usuarios de los servicios de atención a la salud mental en general, que han sido históricamente sujetos de violaciones a sus derechos, de tratos indignos y condiciones precarias, de estigma, rechazo y discriminación, el fantasear acerca de cómo quieren ser tratados, qué enfoque necesitan para sentirse acompañados y apoyados en su proceso de recuperación. Durante las caminatas en el hospital, en varias ocasiones fantaseamos colectivamente acerca de algunas propuestas de intervención, vino de la voz de los usuarios la idea de realizar asambleas con los integrantes del pabellón, para hablar de las necesidades, intereses y realizar actividades de recreación.

Oigan, todas las semanas vengo con ustedes y nada más estoy con ustedes estaría chido poder estar con los demás pacientes también, como con Walter ¿no?, Walter se ve que él también quiere

B. Si, quiere trabajar

M: Pero cómo podríamos hacerle para, para estar más personas juntas, porque ya no podríamos hacer lo que hacemos ahora ¿no?, las entrevistas y también este, que les dé

cigarros ¿no? porque si no también luego todos van a querer cigarros y una no voy a tener para cigarros y dos no vamos a poder fumar todos al mismo tiempo nos van a ver, entonces estaría bien que hiciéramos otra cosa ¿no?

B: Sí eh, una asamblea

M: ¿Una asamblea?

B: Sí, de esas que hacen

M: ¿Y qué haríamos en la asamblea?

B: Platicar, ora si que... terapia comunitaria

Llama mi atención la manera en que Briseño nombra las actividades de la asamblea, reconoce en esta, la potencia de la comunidad y desea que se lleve a cabo, aquí aparece un elemento importante de la intervención fantaseada, el poder tener efectos comunitarios, permitir la expresión y el diálogo de sus conformantes, servir como medio de politización del malestar y propuesta ante lo presente.

A: La asamblea se puede hacer ahí adentro del del pabellón, y que veas, que veas...si, si, este por decir, que se confunda en el pabellón, no pues este, pues los pacientes como antes antes era, salgan salgan a... había una cancha de básquetbol ¿no? y ahí tenían un balón y se entretenían tirándole los pacientitos aquí del uno, se entretenían mientras en la asamblea que saquemos a los pacientitos y convivamos con ellos, como lo hacen entre semana o... ahorita era este de andar caminando un rato, allá el camino, de aquí hasta allá, luego de regresarnos y entrar al pabellón, o sea por eso simplemente sería un un, un este, una buena idea, que cuando ellos no nos saquen o no lo saquen nosotros te reunamos para... pero quién sabe si los dejarán ahí en su pabellón solamente nuestro pabellón

¿Cómo ves la idea de este Ale, Briseño?

B:¿Qué?

E: Mira, cuéntale tu idea Ale

A: Que sería ver si se tratara, si se tratara, si se tratara de, ¿como se llama?, de lo que hacen en las tardes, a veces que los llevan a caminar, que se propusiera en la asamblea y que si no hay de otro pabellón, si no se puede en otro pabellón, este pues solamente en nuestro pabellón, los elementos salgan a caminar un buen rato y no estén todos los días acostadotes nada más

M: ¿No salen todos los días a caminar?

A: Ahorita es de caminar y ahí están allá adentro, ahorita están allá adentro ahí, con su enfermedad

B: Sí porque ahí exponen cada paciente sus, sus puntos de vista ¿no?, lo que quieren tener cómo les gustaría que estuviera todo, es la asamblea, a mi no me gusta caminar pero si voy a platicar

M: Y antes hacían asamblea entonces

B: ¿Eh?

M: Antes hacían asamblea

B: Sí

A: Antes hacían asamblea y se exponía que sería bueno esto, que sería bueno aquello, que sería bueno el otro, pero ya no tenemos doctor, ya no tenemos doctor, ya no tenemos doctor que vaya, entonces ya no.

Es interesante ver que dichas asambleas que se llevaban a cabo dejaron de realizarse, se le adjudica a la falta de personal que coordine, sin embargo tal vez sea muy complicado para el personal, bien instruido por el cuerdisimo, integrarse en un grupo tan diverso y ajustar sus sensibilidad y empatía para poder estar en sintonía con los canales de comunicación que tienen los usuarios.

### Colectivización de la locura y herramientas simbólicas.

Como Briseño mencionó, es necesario tener un enfoque comunitario para poder pensar la

rehabilitación como un hecho y no sólo limitarse a la fantasía. La experiencia de SinColectivo es sumamente enriquecedora a la hora de pensar la ruta a trazar en el camino de la intervención psicosocial. Dentro de esta agrupación cada miembro presentaba al resto una serie de herramientas teórico-prácticas para la incidencia y la transformación de la sociedad cuerdista, el poder psiquiátrico y su modelo asilar. Como se mencionó en la presente investigación, el elemento pasional es indispensable para la conformación de colectivos, en el caso de SC los lazos se mantenían unidos mediante el rechazo al cuerdistismo y sus expresiones en distintos estratos sociales. Eso es lo que muestran algunos de sus integrantes cuando se les pregunta qué les hizo pertenecer a SC.

“Leslie:... y me gusta SC porque, bueno que me hayan invitado es así un super honor porque yo estaba buscando a personas que tuvieran como estas experiencias de locura o raras y que lo vieran de otra manera, osea que lo sintieran no desde un discurso biomédico, sino más bien social, y pensante y sintiente, osea que lo vieran más como una experiencia integradora eeh, y pues la verdad yo creo que son muchas la maneras en la que lo viven y a lo mejor ni siquiera es lo que estoy imaginando yo cómo lo viven las per, los sin, les sincolectivos, pero lo que me da a entender es que también es parte de su riqueza como personas, la locura, entonces eso es lo que me llamó la atención y me acerqué más y más al colectivo hasta que me invitaron y ya, jeje, no sé qué más quieras saber.”

Aparece aquí un primer elemento, que es la dislocación del sujeto de la enunciación con respecto al modelo biomédico y sus postulados sobre la locura, tenemos pues que en primer lugar existe la creencia de que todos los miembros tienen un sustrato epistémico y una ideología, si bien no en común, sí compatible. El siguiente entrevistado refleja algo similar, reconoce un hartazgo y la búsqueda de alternativas en el campo de la academia y el activismo.

“F:estoy demasiado hartado de lo que representa la humanidad como forma de subjetivarme a otras y a otros, y en general a lo que está alrededor mío, y orientado por ello dejé de consumir carne hace más de tres años y a participar con colectividades antiespecistas y me encantaban, eran como mis espacios donde estaba previo a SC, después fui involucrándome a otras colectividades como en Redefine México, que es una red de personas jóvenes de este instituto de liderazgo Simone de Beauvoir de la Ciudad de México y pues ahí he estado ya desde hace dos años con este tema de la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos acá en Morelos, unas semanas previas a que conociera a SC yo estaba en mi campamento en la CDMX y fue cuando tuve el primer contacto vía telefónica con Gaby, en su momento había más integrantes, a ustedes ya no les tocó establecer comunicación con ellas y ellos, pero estuvo Trini, Iván, Oscar, otro Oscar, y yo tenía interés en conocerlos porque yo estudié antropología social y en su momento estaba haciendo un trabajo sobre un dispositivo aparentemente des-institucional o des-institucionalizante aquí en Morelos y ya... me preguntabas hace rato si soy como de las personas que fundaron de alguna forma SC y pues no, yo les conocí a través de redes sociales, como en el transcurso de la organización de Orgullo Loco México, bueno de la primera marcha de orgullo loco, ehm conocí a Ilse, primero por Facebook, después a Víctor, a Gaby, con ella comencé a tener contacto vía WhatsApp pero no por FB, porque cuando fue esta convocatoria a personas para participar como auxiliares en el primer foro que organizaron en la biblioteca México dije pues va, me voy con ellos a participar en este evento porque la verdad es que me interesaba un montón por cuestiones como académicas y por supuesto personales... por eso fue el motivo de acercarme al foro, a la marcha, conozco al resto de los SC y ya desde ese momento no me separé de estar ahí, y yo estuve un periodo no oficial como parte de SC, la verdad fue que a finales del año 2019 que me integré, que fue cuando tuve la oportunidad de conocer a Ilse, o ya no recuerdo, y ya seguí con ellos, y también tengo el gusto de conocerte Marco, tal vez tú no lo recuerdas, pero yo no puedo olvidarte, en la marcha con el rostro pintado y gritando consignas, y sí te recuerdo, ya después cuando mencionaban Marco estaría bueno que fuera parte.”

Frárum expresa que ya se encontraba en el mundo del activismo cuando conoció a SC y desde el primer momento que participó en el primer foro y después en la primera marcha se sintió convocado. Gracias a estas alianzas conceptuales entre la academia crítica y el activismo que prosperó el vínculo entre lxs miembrxs del colectivo, y sobre todo fue este rechazo al cuerdisimo el que dotó de energía a cada uno de sus integrantes. De alguna manera en el fondo el vínculo entre los miembros de SC y los del HPSRM es similar en tanto que hay algo que se comparte en búsqueda del beneficio mutuo. Aquí cobra importancia el relato de Gaby sobre la fundación de SC.

“G:...hay un chavo que se llama Roberto, bueno ya no es chavo, es Roberta, o Rob, y trabajó con Víctor, y en ese entonces era mi mejor amigo de la secundaria, y con ella viví muchas cosas y cuando la invité a ver mi obra de teatro... porque para esto en ese entonces yo estaba tomando una especialidad en lenguaje corporal y detección de mentiras y entonces nos tocó el módulo con una, creo que también neuropsicóloga, que estudia las expresiones faciales de las emociones y nos hizo un estudio donde identificaba si tu cerebro estaba bien a nivel emocional, y un amigo y yo salimos con la curva invertida, no mandó a llamar y dijo “oye esto no es normal, yo creo que deben ir aun especialista” y mi amigo y yo dijimos, no pues estoy bien, una semana después me entra un ataque de pánico, esto fue después del asalto, un mes después entro al módulo de psicopatía y entrevista y saliendo de la última clase me da un ataque de pánico marca, así, no sentía mi cuerpo, no sentía mis manos, no podía respirar, y mi mamá haciéndole caso al chamán, me frotó con alcohol y así jajaja, una cosa muy extraña porque realmente no sabíamos qué pedo conmigo y a partir de ahí no pude salir de mi casa, tuve una disociación... a raíz de esto escribí la obra de teatro que te digo, que mi amigo fue a ver, entonces cuando mi amiga la fue a ver me dijo “tienes que invitar a Víctor”, entonces a partir de ahí nos hicimos amigos, yo no tuve que platicarle mi vida a Vic porque la vio en escena, la obra era básicamente todo lo que me pasó antes de salir de esa como crisis tan fuerte... . Después invité a Víctor a que fuera padrino de la obra, junto con Diana y otra chica, una amiga que se llama Dolores, y su nombre no oficial es Bernardo, yo le digo Dolores siempre, y así nos íbamos a la peda, y a raíz de eso Vic nos invita a un seminario que él estaba dando sobre discapacidad a contar nuestra historia, iba Iván, Ilse, que llegó y se fue, porque estaba muy ocupada, también estuvo un chavo Yanik, que Yanik es parte de Voz Pro Salud Mental, estuvo Mari... y nos contamos cosas muy fuertes en esa sesión y a partir de esa sesión fue cuando yo creo que fue el primer encuentro de SC, real, osea porque nos reconocimos y dijimos, no manches hay que juntarnos, entonces fue Víctor el que empezó con todo esto y dijo hay que integrar a Trini... y así dijimos vamos a hacer un foro jajaja, y lo hicimos, y ya... en realidad lo que me daba miedo era la organización, y Vic así de “vamos a hablarle a nuestros amigos de no sé qué” y yo así de ¿tienes amigos en la CNDH? Osea qué pedo, y también Ilse “aah por qué no le hablamos a los amigos de no sé cuánto”, y entonces así como que todo mundo piensa que teníamos un chingo de varo, pero la neta las camisetas, que por cierto todavía les debo las suyas, las pagué yo, así Ilse ha pagado la página web, osea todo el dinero, salvo como por ejemplo, lo que puso la CNDH las constancias eso fue lo que pagaron ellos, así, pero en general todo, incluso la comida que comieron en el encuentro la pusimos nosotros, osea la CNDH puso un pequeño coffee break, pero después hubieron unos sándwiches que creo que la mamá de Iván hizo, una cosa así, osea no recuerdo muy bien pero sí era como un rollo.”

Para finalizar este apartado hay que retomar la importancia de la autogestión en los procesos colectivo-comunitarios, nada se sostiene desde afuera, es el conjunto de esfuerzos lo que posibilita la victoria, es la implicación de las propias pasiones y puesta en la escena de lo comunitario la que brinda un marco de referencia transversal, múltiple y a su vez compartido. Ninguna reforma legislativa o intervención terapéutica logrará un cambio tan profundo como el que puede lograr en la

## Reflexiones finales.

La locura, o lo que en el imaginario social se encarna bajo dicha representación, es una experiencia más de la condición humana, es un ver y estar en el mundo, como cualquier otra forma de estar, su divergencia está en la imposibilidad que tiene la sociedad, estructurada como está, para integrar dichas experiencias en sus modelos y estructuras, al servicio de los intereses capitalistas-patriarcales, han surgido muchas representaciones y categorías para delimitar, encadenar y maniatar dichas experiencias, distintas disciplinas han creado su propio enfoque, sus propios métodos, categorías y por ende sus propios objetos, pero en escasas ocasiones se le toma en cuenta no como objeto de estudio, sino como sujeto de la experiencia y colaborador en la construcción de dispositivos de la intervención, sobre todo sujeto productor del saber. Todas las ciencias y disciplinas han hecho callar al sujeto de la locura, o más bien, al sujeto de la experiencia de la locura, se busca el motivo de su condición, aquel origen mítico y estructurante que ocasiona dicha forma de estar en el mundo, se buscan síntomas a acallar en pos de una cura que nunca llegará y en esta empresa se crea industria, pero no se le toma en cuenta como un sujeto válido para la producción de conocimiento. Hasta que no se le restituya ese derecho, la sociedad no podrá transformarse e integrar características ajenas a la razón, no podrá romper el cuerdisimo, no podrá ser ave, árbol, hongo, viento, sol, arroyo, ni sol, no podrá salvarse a sí misma de la vorágine capitalista que devora todo a su paso con una insensibilidad brutal. Mientras no incluyamos otras formas de experimentar la realidad y no dialoguemos con ellas, estaremos destinados a conformarnos con un reformismo interminable, a discursos de papel que no pueden aprehender la realidad.

Los recursos simbólicos y culturales son elementos pertenecientes a los esquemas de representación que permiten la movilización singular y colectiva, son aquellas herramientas y armas que vuelven posible pensar en la situación actual en la que se vive y las posibles soluciones a las problemáticas del momento. El pensamiento acontecimiental permite estudiar los procesos sociales con otras categorías que no corresponden al maniqueísmo del éxito o del fracaso, más bien permite pensar los movimientos como una multiplicidad heterogénea, que produce nuevos recursos simbólicos, más que una solución absoluta, lo que ocurre es la cooperación transversal con el fin de la transformación de las



instituciones. El acto político de los movimientos sociales transforma la realidad social creando nuevas representaciones, esto se hace tratando de responder a la emergencia contextual, al acontecimiento, su aporte es servir como punta de lanza para la transformación de lo existente en lo posible. La fuerza de SinColectivo y su aporte, fue promover la ruptura de las representaciones clásicas de la locura en México, para generar nuevos espacios, representaciones y dinámicas, su emergencia y disolución dejaron una experiencia que trastocó la cultura sus esquemas de representación, más que transformar la legislación permitieron poner en duda las instituciones y con ello toda la cultura que las sostiene.

La lucha no es contra los psiquiatras, la psiquiatría o los psicofármacos, sino contra un sistema totalizador y opresivo, que normaliza prácticas violentas, reproduciendo sufrimiento. No es un asunto de negar el aporte de los psiquiatras y los psicofármacos en el proceso de recuperación, sino de comprender que no es suficiente para solucionar el problema de raíz, es necesario politizar el sufrimiento y el síntoma, debemos descentrar la locura del ámbito de la salud mental, integrar nuevas perspectivas, nuevos enfoques, manteniendo siempre una actitud crítica. No proponemos simples ocurrencias, buscamos transformar las condiciones de posibilidad que han sujetado a miles de corporalidades, queremos extender los márgenes de la enunciación y nombrarnos como nunca lo hemos hecho. Para ello es indispensable la investigación en primera persona y la colectivización de medios y herramientas simbólicas para la gestión del malestar.

Una vez más remarco que hacer investigación implica ya en sí mismo hacer una intervención, la labor de quien investiga es, entre muchas otras, la construcción de un proceder estructurado y sustentado por un sistema entrelazado y correlacional de teorías y teóricos. Investigar, pues, es una hacer camino trazando un mapa conceptual enraizado en experiencias previas, pero también intervenir al crear la propia experiencia, experiencia que no es absoluta, unificadora, ni originaria, siempre es una vivencia del mundo y sus componentes, de un cuerpo con otro cuerpo, de un significante (sustentado por otros significantes y sujetado a sus significados) confrontado con otro significante, investigar es intervenir en el mundo a través de las vivencias y con ello crear experiencia, maneras de conceptualizar la realidad, que al ser pronunciadas se despliegan como potencia. Sólo trayéndola al campo de la experiencia podremos desentrañar las múltiples cadenas de

representaciones que encadenan a los cuerpos, dichas cadenas constituidas por relaciones de poder son las que han logrado sujetar y delimitar las experiencias que se pueden tener sobre el mundo. Mirar las cadenas no nos hace más libres, pero sirve de punto de inicio, el soñador que se sabe soñado no está más despierto, pero tampoco más dormido.

#### Bibliografía.

Amarante, Paulo (2015). Salud mental y atención psicosocial. Grupo5.

Basaglia, F., (1971) La institución negada. Barral.

Calderón, G. (2002). Las enfermedades mentales en México: desde los mexicas hasta el final del milenio. Trillas.

Cámara de Diputados. (2020, 23 de noviembre). Realizan foro “Salud Mental y Derechos Humanos. Retos y Desafíos [Boletín].  
<https://comunicacionnoticias.diputados.gob.mx/comunicacion/index.php/boletines/realizan-foro-salud-mental-y-derechos-humanos-retos-y-desafios-#gsc.tab=0>

Carrión, L. (2019). La marcha de los locos. Pie de página mx. Recuperado de <https://piedepagina.mx/la-marcha-de-los-locos/>

Castillo, T. (2021). Orgullo Loco en Chile: políticas de identidad, luchas simbólicas y acción colectiva en salud mental. Revista Chilena de Antropología 43. Rescatado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RCA/article/download/64436/67762/231862>

Cooper, D. (1977). El lenguaje de la locura. Ariel.

Correa-Urquiza, M. (2020). Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico. Salud Colectiva. 16. Rescatado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2886/es/>

D’Artigues, K. (2020). Lecciones de una sociedad civil unida y la caída de la #LeyBañuelos. Yotambiénmx. Recuperado de <https://www.yotambien.mx/notas/lecciones-de-una-sociedad-civil-unida-y-la-caida-de-la-leybanuelos/>

Desviat, M., (1994). La reforma psiquiátrica, Ediciones Dor.

Fernández, L., Ruiz Velasco, M., Flores, L., (2016), “La Salud Mental Revisitada”, en Tramas, Subjetividad y Procesos Sociales, Número 45, La Subjetividad y los Procesos Sociales, UAM-X, México.

Fernández, A. (2018). Locura de la psiquiatría. EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER.

- Foucault, M., (1990) Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE.
- Galán, E. (2015). Evolución de los antidepresivos utilizados en la historia reciente. [ Trabajo de grado, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional: [https://eprints.ucm.es/id/eprint/48636/1/EVA%20GALAN%20RAMOS%20\(1\).pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/48636/1/EVA%20GALAN%20RAMOS%20(1).pdf)
- Galende, E., (1992). El psicoanálisis y las estrategias de acción en el trabajo comunitario. Escuela Superior de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.
- Golubov, N. (2016). Interseccionalidad. En Moreno, H & Alcántara, E., Conceptos clave en estudios de género, Vol. 1. México: CIEG/UNAM.
- Guber, R. (2011). Etnografía. Método, campo y reflexividad. México: Siglo XXI.
- Haraway, D. (2017). Manifiesto de las especies de compañía. Perros, gente y otredad significativa. Argentina: Bocavulvaria.
- Haraway, D. (1995). Ciencia, Cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza. Madrid: Cátedra.
- Laval, C. y Dardot, p. (2013). La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Gedisa.
- Le Clézio, J.M.G. (2004). El africano. Argentina: Adriana Hidalgo editora.
- Madrid, J. C. (2018). Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y sociedad*, 55.
- Madrid, J. C. (2023). Estudios Locos Latinoamericanos: marcos conceptuales y agenda de investigación. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 32.
- Martínez, G. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud colectiva*, 17 Rescatado de <https://www.redalyc.org/journal/731/73166595019/html/>
- Moreno, M.A. (2011). La intervención psicosocial: Experiencia y significación. [tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana]. Repositorio institucional [https://catalogobiblioteca.xoc.uam.mx/F/LJKNNFHJG781EVQE957R47JX7LKHJK7LT8NIQPITDSX3J2RD77-19498?func=service&doc\\_library=XOC01&doc\\_number=000123978&line\\_number=0001&func\\_code=WEB-FULL&service\\_type=MEDIA](https://catalogobiblioteca.xoc.uam.mx/F/LJKNNFHJG781EVQE957R47JX7LKHJK7LT8NIQPITDSX3J2RD77-19498?func=service&doc_library=XOC01&doc_number=000123978&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA)
- Pérez, J. (2020). Es hora de que las feministas escuchemos a las mujeres locas. Recuperado de [https://www.vice.com/es\\_latam/article/7kzaw9/feminismo-mujeres-locas-salud-mental-](https://www.vice.com/es_latam/article/7kzaw9/feminismo-mujeres-locas-salud-mental-)

psiquiatria?utm\_source=vicefbmxads&fbclid=IwAR2EFQLlxsH9uLkHPDX7DRjdGIM1UPddKfsykXOJAVbOH9I9wTRadcs8aw

OMS. (1978) Declaración de Alma-Ata. Paho.org. rescatado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud, WHO. Rescatado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. WHO. Rescatado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>

OMS. (2014). Documentos básicos. (48ª ed.). Organización mundial de la salud

OMS. (2023). Paludismo. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria>

OMS. (2023) Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas. PAHO. Rescatado de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265\\_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

ONU. (1973). Las Naciones Unidas y los Derechos humanos. Servicios de información pública.

ONU. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Rescatado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>

ONU. (2008). Convención de Derechos para Personas con Discapacidad. UN. Rescatado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

ONU. (2017). Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: Salud Mental y Derechos Humanos. OHCHR. Rescatado de <https://www.ohchr.org/es/statements-and-speeches/2022/10/presentation-annual-report-united-nations-high-commissioner-human>

ONU. (2023). Historia de las Naciones Unidas. UN.org. Rescatado de <https://www.un.org/es/about-us/history-of-the-un>

ONU: (2023.). Declaración Universal de los Derechos Humanos. UN.org. Rescatado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

ONU. (2023) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. OHCHR.org. Rescatado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

OPS. (1990). Declaración de Caracas. OAS. Rescatado de [https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)

Orgullo loco México. (2021). Manifiesto Orgullo loco México 2021. Orgullo loco Mx. Recuperado de <https://www.facebook.com/OrgulloLocoMx/videos/1442777602775745>

Orgullo loco México. (2022). Comunicado Orgullo Loco México 2022. Mad in México. Recuperado de <https://madinmexico.org/comunicado-orgullo-loco-mexico-2022/>

Secretaría de cultura. (2019). Primer foro mexicano de personas expertas por experiencia en salud mental. Biblioteca de México. Recuperado de [https://www.bibliotecademexico.gob.mx/actividad\\_cultural\\_detalle\\_mx.php?id=1481](https://www.bibliotecademexico.gob.mx/actividad_cultural_detalle_mx.php?id=1481)

Secretaría de Gobernación. (2022). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. Diario Oficial de la Federación. Rescatado de [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS\\_ref131\\_16may22.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf)

Secretaría de Salud. (2019). Se busca hacer efectivo el derecho a los servicios de Salud Mental y la prevención de adicciones. Gob.mx. Rescatado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/se-busca-hacer-efectivo-el-derecho-a-los-servicios-de-salud-mental-y-la-prevencion-de-las-adicciones?idiom=es>

Secretaría de Salud. (2023) Se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones por decreto publicado en el DOF. Gob.mx. Rescatado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/143-se-crea-comision-nacional-de-salud-mental-y-adicciones-por-decreto-publicado-en-el-dof?idiom=es>

Sheinbaum, D. (2020). ¿Por razón necesaria? Violaciones a los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental en México. Documenta. Rescatado de <https://www.documenta.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/%C2%BFPorrazo%CC%81necesaria.pdf>

Vitela Maldonado, B. E. (2020). HISTORIA DE LOS TRATAMIENTOS DE CHOQUE EN LA ATENCIÓN PSIQUIATRICA EN MÉXICO. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 23(4). Recuperado a partir

de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/77737>

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. En Debate feminista, N° 52

## Anexos

### Entrevista con integrantes del grupo “SinColectivo”.

Reunión realizada el 13 de mayo del 2021 por medio de la plataforma zoom.

Participan Oscar, Leslie, Gaby y Marco.

Marco: ¿Les latería si empezamos hablando uno a uno?, ¿quiénes son y qué les llamó de SinColectivo?

Leslie: Eeehm, pues, ¿quién soy? Jaja, no sé cómo, ehh, decirlo, ehh, pues mi nombre completo es... creo que soy una persona muy sensible, que siente demasiado, aventurera, que le gusta conocer experiencias nuevas, conocer a mucha gente, convivir con amigos, con la familia, y las experiencias nuevas siempre me llaman la atención, osea sea lo que sea, he estado como en grupos de la iglesia hasta en SC, jeje, entonces como que también soy muy arre, arrojada a todo lo que venga hacia mí de la vida... y me gusta SC porque, bueno que me hayan invitado es así un super honor porque yo estaba buscando a personas que tuvieran como estas experiencias de locura o raras y que lo vieran de otra manera, osea que lo sintieran no desde un discurso biomédico, sino más bien social, y pensante y sintiente, osea que lo vieran más como una experiencia integradora eeh, y pues la verdad yo creo que son muchas la maneras en la que lo viven y a lo mejor ni siquiera es lo que estoy imaginando yo cómo lo viven las per, los sin, les sincolectivos, pero lo que me da a entender es que también es parte de su riqueza como personas, la locura, entonces eso es lo que me llamó la atención y me acerqué más y más al colectivo hasta que me invitaron y ya, jeje, no sé qué más quieras saber.

M: Vientos, vientos, estuvo muy bueno que te unieras aquí a colaborar, yo creo que también compartes esa mirada, que cada uno tiene una forma especial de pensar la locura pero creo que sí tenemos ese lugar de encuentro, ¿no? Que pensamos como una experiencia integradora, y Oscar, te doy la palabra.

O: Ehm sí ok, ¿se escucha bien el audio? Tengo el ventilador prendido porque aquí en Morelos está haciendo muchísimo calor y estoy sudando, yo veo a Leslie con suéter y me da una envidia jajaja. Bueno quién soy, eehm, me gusta autonombrarme como Frarum,

Oscar Frarum, me preguntabas hace rato si soy como de las personas que fundaron de alguna forma SC y pues no, yo les conocí a través de redes sociales, como en el transcurso de la organización de Orgullo Loco México, bueno de la primera marcha de orgullo loco, ehm conocí a Ilse, primero por Facebook, después a Víctor, a Gaby, con ella comencé a tener contacto vía WhatsApp pero no por FB, porque cuando fue esta convocatoria a personas para participar como auxiliares en el primer foro que organizaron en la biblioteca México dije pues va, me voy con ellos a participar en este evento porque la verdad es que me interesaba un montón por cuestiones como académicas y por supuesto personales, y ahondando en esa parte soy una persona que se reconoce como disidente de la norma cis-heterosexual, también no sé me identifico mucho a través de la animalidad, de pensarme como jeje, en ese, no sé desde el devenir animal, esta cuestión de que estoy demasiado harto de lo que representa la humanidad como forma de subjetivarme a otras y a otros, y en general a lo que está alrededor mío, y orientado por ello dejé de consumir carne hace más de tres años y a participar con colectividades antiespecistas y me encantaban, eran como mis espacios donde estaba previo a SC, después fui involucrándome a otras colectividades como en Redefine México, que es una red de personas jóvenes de este instituto de liderazgo Simone de Beauvoir de la Ciudad de México y pues ahí he estado ya desde hace dos años con este tema de la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos acá en Morelos, unas semanas previas a que conociera a SC yo estaba en mi campamento en la CDMX y fue cuando tuve el primer contacto vía telefónica con Gaby, en su momento había más integrantes, a ustedes ya no les tocó establecer comunicación con ellas y ellos, pero estuvo Trini, Iván, Oscar, otro Oscar, y yo tenía interés en conocerles porque yo estudié antropología social y en su momento estaba haciendo un trabajo sobre un dispositivo aparentemente des-institucional o des-institucionalizante aquí en Morelos y ya. Familiarmente estoy rodeado de personas con discapacidad, no solo psicosocial y pues personalmente no sé, de repente es como complicado pensarme desde ahí porque desde hace mucho que yo ya no tengo relación con los servicios de salud mental, pero en algún momento yo fui de alguna forma psiquiatrizado en la adolescencia por el tema de la homosexualidad, de la ideación suicida y el gesto suicida, entonces para mí la locura ha tenido como gran presencia en mi vida, creo que a partir de reconocermelo como marica y con esta experiencia del suicidio fui desde secundaria interesándome, yo recuerdo que en secundaria tenía una amiga que tiempo después siguió igual una formación en ciencias sociales, pero era como nuestra ilusión de repente en ese momento a la edad de 15 decir ay ojalá organicemos un orgullo loco acá en Morelos, este, justo mi reconocimiento e introducción a la locura fue desde ahí, desde el tema del suicidio, también no sé, ha habido experiencias y momentos de mi vida que he reconocido también en ese espectro o ese modo de subjetivar de la locura, eehm, y , nada como, por eso fue el motivo de acercarme al foro, a la marcha, conozco al resto de los SC y ya desde ese momento no me separé de estar ahí, y yo estuve un periodo no oficial como parte de SC, la verdad fue que a finales del año 2019 que me integré, que fue cuando tuve la oportunidad de conocer a Ilse, o ya no recuerdo, y ya seguí con ellos, y también tengo el gusto de conocerte Marco, tal vez tú no lo recuerdas, pero yo no puedo olvidarte, en la marcha con el rostro pintado y gritando consignas, y sí te recuerdo, ya después cuando mencionaban Marco estaría bueno que fuera parte. Y no sé como qué más decir sobre mí, pero ello.

M: Muchas gracias por esto que estás compartiendo, yo también recuerdo cuando les conocí en el foro, en el primer foro, de hecho, yo andaba perdido en la biblioteca y tú me

auxiliaste para llegar al taller que iban a impartir Víctor e Ilse, creo que era un taller para la defensoría de los derechos humanos de personas con discapacidad psicosocial, ya te vi con tu camisa de SC y dije ándale, y ya pues también la marcha estuvo interesante. Gaby está uniéndose a la llamada vamos a aceptarla, Hola Gaby ¿cómo estás? Bienvenida ¿nos escuchas bien?

Gaby: ¿Me escuchan? Es que no me escuchaban, hola, está mejor.

M: Gaby ahorita estamos en la primera parte de la entrevista donde estamos hablando de quiénes somos, cómo nos autopercebimos, cómo nos identificamos a nosotros mismos, intereses, vida académica, laboral, qué te gusta y cómo te acercaste a SC.

G: Holiiii, ya veo a todo mundo, ahora sí ya puedo contarles, pues es que es un asunto muy raro, a ver yo soy Gabi y tengo 31 años, estudié en la escuela nacional de arte teatral y, eso es como la cosa académica, el tema aquí es que cuando yo entro a la ENAT supongo que también fui ya una loca de cuna, de hecho mi mamá me decía chiva loca y eso es muy significativo porque ahora estamos trabajando el asunto del chivo expiatorio en las familias, osea como en la terapia familiar o no sé, tengo un artículo, no puedo citarlo con claridad, pero el punto es que desde chiquita yo sí me sentía diferente a las demás personas y ahora todo tiene sentido porque en 2019 me diagnosticaron como TDAH pero no le habíamos hecho mucho caso a ese diagnóstico porque tenía una depresión tan grave que era posible que me matara, jajaja, entonces la psiquiatra dijo pues no le vamos a hacer, osea no me lo dijo, apenas me vengo enterando que no osea, no empezamos con el tratamiento de TDAH porque mi depresión era muy peligrosa y tengo a nivel psiquiátrico y desde la mirada biomédica tengo ese diagnóstico de TDAH y trastorno de personalidad histriónica que está muy ligada al TLP, osea la neuropsicóloga dice que tengo TLP y mi psiquiatra dice que no, jajajajaja, no, y con ella he estado dos años, la Dra. Rosa Aurora fue una doctora muy connotada en el hospital Ramón de la Fuente, y después voy a regresar a ella porque tiene que ver con SC, pero el punto es que cuando entré a la universidad yo ya tenía muchísimas cosas, un tema con la comida, con el cutting, con insomnio a nivel de no dormir más que cuando estaba con mi pareja de ese tiempo, tenía mucha ansiedad a morirme, pero todo esto pasaba súper enmascarado, para la gente siempre fui así de, ay pues Gaby está loca porque se sube a la mesa, pero la gente no sabía lo mal que estaba, y pues mi mamá así supongo que más o menos se daba cuenta de las cosas que pasaban, porque ella es psicóloga y supongo que le daba mucha vergüenza o mucho pesar eso, pero nunca se lo he preguntado, supongo que ya podría preguntárselo desde otro lugar, pero el punto es que esos 4 años que estuve en México me pasó de todo, y yo creo que mi condición de mujer ha determinado muchísimos de los malestares que tengo porque están relacionados con el abuso sexual, porque por ejemplo yo tuve un abuso sexual a los 12 años que no le conté a nadie, por parte de un hermano marista que me daba física y química, entonces por ejemplo eso, luego en 4° de primaria nos llamaron la atención porque uno de mis compañeros estuvo tocando a las niñas, a mí no me tocó, pero hubo como toda un plática y un tema, y así en mi vida, en quinto de primaria una amiga me dijo que su padrastro la violaba, no me dijo me viola, me dijo “me pone su cosito ahí”, y son cosas que supongo nunca tuve las herramientas para manejar y entonces empecé a crear esta vida alterna o mundo alterno y cuando llego a la universidad entro a la capital de los abusadores psicológicos y sexuales, de los depredadores, y entonces pues la verdad a mí me fue muy mal, yo no sé cómo acabé esa licenciatura, pedían cosas como “desnúdate porque si no te desnudas no tienes desinhibición” o “besa a tus compañeros sin justificar nada” así como cosas super extrañas



y para mí fue como un lugar en donde se profundizó muchísimo mi trauma relacionado a la satisfacción del otro, y pues también soy la tercera de tres hijas y mis dos hermanas son la señorita perfección, o sea las amo mucho, pero mi hermana mayor leyó a los 9 años a Shakespeare en inglés, ¡y le entendió! Jajaja, era así como uy, y mi otra hermana era así como súper linda, súper tierna y amada por todo mundo y luego Gaby trepada en el árbol, y mi mamá nunca supo qué hacer, este tema del TDAH yo no sé cómo nadie se dio cuenta, después me di cuenta que esto no se diagnostica en niñas, entonces las mujeres nos damos cuenta muy tarde y hay muchas cosas relacionadas como depresión, ansiedad, e incluso cuestiones como de comorbilidad con el TLP, etc.

Entonces yo me formé en la escuela y conocí una señora que hizo una certificación como analista de movimientos, entonces yo quise eso y me fui a EEUU, la vida ahí era como hermosa porque yo utilicé de pronto esa certificación para salir de toda la violencia que viví con mi pareja, y esto fue fundamental porque cuando yo regreso, hay un chavo que se llama Roberto, bueno ya no es chavo, es Roberta, o Rob, y trabajó con Víctor, y en ese entonces era mi mejor amigo de la secundaria, y con ella viví muchas cosas y cuando la invité a ver mi obra de teatro, porque para todo esto fui a EEUU, regresé, fui a Europa, regresé, y me saltan y cuando me asaltan la persona que me estaba apuntando con la pistola era un chavito como de doce años, a mí eso me genera que me explota la cabeza, empiezo poco a poco, el mismo día que me asaltan el chico con el que estaba saliendo como que me corta porque ya no éramos nada pero me dijo “ya no vamos a salir”, que por cierto hace poquito me enteré de que se murió porque le dio un paro así súper random, pero el punto es que ese día pasa todo esto, entonces yo paulatinamente, de manera coyuntural yo estaba tomando una especialidad en lenguaje corporal y detección de mentiras y entonces nos tocó el módulo con una, creo que también neuropsicóloga, que estudia las expresiones faciales de las emociones y nos hizo un estudio donde identificaba si tu cerebro estaba bien a nivel emocional, y un amigo y yo salimos con la curva invertida, no mandó a llamar y dijo “oye esto no es normal, yo creo que deben ir aun especialista” y mi amigo y yo dijimos, no pues estoy bien, una semana después me entra un ataque de pánico, esto fue después del asalto, un mes después entro al módulo de psicopatía y entrevista y saliendo de la última clase me da un ataque de pánico marca, así, no sentía mi cuerpo, no sentía mis manos, no podía respirar, y mi mamá haciéndole caso al chamán, me frotó con alcohol y así jajaja, una cosa muy extraña porque realmente no sabíamos qué pedo conmigo y a partir de ahí no pude salir de mi casa, tuve una disociación, y apenas aprendí que se llama así, y no podía ver luz porque me lastimaba, no podía comer porque no sabía a nada, me echaba chile, comía chile, y no sentía, no me picaba, era super feo y eso generó que no pudiera salir de mi casa y a raíz de esto escribí la obra de teatro que te digo, que mi amigo fue a ver, entonces cuando mi amiga la fue a ver me dijo “tienes que invitar a Víctor”, entonces a partir de ahí nos hicimos amigos, yo no tuve que platicarle mi vida a Vic porque la vio en escena, la obra era básicamente todo lo que me pasó antes de salir de esa como crisis tan fuerte está en Youtube, por si la quieren ver se las paso y yo no actuaba, yo la dirigí y escribí. Después invité a Víctor a que fuera padrino de la obra, junto con Diana y otra chica, una amiga que se llama Dolores, y su nombre no oficial es Bernardo, yo le digo Dolores siempre, y así nos íbamos a la peda, y a raíz de eso Vic nos invita a un seminario que él estaba dando sobre discapacidad a contar nuestra historia, iba Iván, Ilse, que llegó y se fue, porque estaba muy ocupada, también estuvo un chavo Yanik, que Yanik es parte de Voz Pro Salud Mental, estuvo Mari, y estuvo el inombrable, que tú sí lo conociste Marco, ¿no?

M: es Oscar Iván, ¿no? No entiendo muy bien qué sucedió, yo entré y todo chido, y de repente ya osea, dejé de verlo participar, no sé bien qué pasó, creo que fue un desencuentro, pero no sé bien.

G: Pues yo les voy a platicar todo hoy, osea Oscar I entró y platicó, y entonces así como que nada, ni siquiera tuvimos que hablar de nuestra historia, porque justo fuimos 100% honestos, y Yanik que no está en SC pues fue más superficial, y yo empecé a hablar de abuso sexual y a mí sin filtro jajaja, y entonces les enseñé fotos y les enseñaba “es que aquí todo mundo me decía (hay una foto en la que estoy super delgada) todo el mundo me decía que me veía super bien y estaba super bonita”, nadie sabía que todos los días me cortaba, que no comía y que me sentía mal todo el tiempo, y todo el mundo decía que así tenía que mantenerme, entonces yo de muy chica, a los 12 o 13, aprendí que tenía que sentirme mal para que los demás me aceptaran, y nos contamos cosas muy fuertes en esa sesión y a partir de esa sesión fue cuando yo creo que fue el primer encuentro de SC, real, osea porque nos reconocimos y dijimos, no manches hay que juntarnos, entonces fue Víctor el que empezó con todo esto y dijo hay que integrar a Trini, pero Trini vivía en Mérida y era difícil verla., en realidad nos juntamos para hacer el foro jajaja, esto es muy cagado porque en realidad todo mundo, ya nos conocieron, todo mundo tiene muchas cosas que hacer, osea ni Vic, ni Ilse, ni yo, Iván tampoco para y cuando entra en su tripp maniaco es, osea no mamen, entra en un nivel de productividad muy cabrón, hay una etapa en la que es chidísimo y ya después es un poco complicado, pero ya es otra historia, y así dijimos vamos a hacer un foro jajaja, y lo hicimos, y ya, suena muy fanta, osea lo que yo les decía era que debíamos tener mucho cuidado, que quién sabía organizar, entonces por eso me dicen que yo soy la militar u la regañona, porque en ese momento yo era así como “wey no, tú no has hecho un puto evento, osea cállate” y yo me la pasaba callando a todo mundo, pero en realidad lo que me daba miedo era la organización, y Vic así de “vamos a hablarle a nuestros amigos de no sé qué” y yo así de ¿tienes amigos en la CNDH? Osea qué pedo, y también Ilse “aah por qué no le hablamos a los amigos de no sé cuánto”, y entonces así como que todo mundo piensa que teníamos un chingo de varo, pero la neta las camisetas, que por cierto todavía les debo las suyas, las pagué yo, así Ilse ha pagado la página web, osea todo el dinero, salvo como por ejemplo, lo que puso la CNDH las constancias eso fue lo que pagaron ellos, así, pero en general todo, incluso la comida que comieron en el encuentro la pusimos nosotros, osea la CNDH puso un pequeño coffee break, pero después hubieron unos sándwiches que creo que la mamá de Iván hizo, una cosa así, osea no recuerdo muy bien pero sí era como un rollo, y además también nuestros papás como que se metieron, ¿no?, mis papás fueron al encuentro, y mi papá antes del encuentro era así de “obviamente la depresión no existe, Gaby está loca y por eso va al psiquiatra y los psiquiatras también están locos”, como una cosa así bien absurda, y cuando mi papá vio hablar a Iván todo le hizo sentido, y pues después del foro, que podemos profundizar otro día, después del foro fue esta marcha, dejen hago memoria... ¿el foro cuándo fue?

O: En Junio o Julio de 2019.

G: Claro, antes de todo esto yo estaba en el parlamento de mujeres y los SC me ayudaron a hacer la iniciativa de ley para meter la discapacidad psicosocial en la ley general para prevenir la discriminación de la CDMX, bueno no es general, es de la CDMX, ah porque yo jajajaja, yo llegué jajaja, llegué con Ilse y Víctor y les dije “oigan hay que hacer una ley general de salud mental” jajaja, y los dos así de “ehh, por qué no mejor...”, y yo así de por qué no”, y ya hasta que Víctor me explicó por qué no, y me dijo “por qué no mejor

hacemos una iniciativa de ley” así ya sabes, como que muy formal, sin enojarse, cero confrontación, y yo le dije, ah sí hay que hacerlo, porque en esos momentos yo no sabía nada de la vida, pero pues ya Ilse me decía, Víctor me decía, y yo le escribí, realmente los que hicieron la ley posible fueron ellos, yo sólo la presenté, osea si yo hubiera sido diputada ellos hubieran sido así como el equipo técnico.

Bueno, la cosa es que justo en ese inter en el que estaba en el parlamento de mujeres, mi pareja y yo tuvimos un accidente, se nos rompió el condón, entonces yo le dije a mi psiquiatra de ese momento “es que yo quiero que me diga usted qué me tomo, porque usted me dijo que no podía tomar ningún anticonceptivo, y pues se me rompió el condón y yo no quiero ser mamá” y me dijo “es que ya estás en edad de ser mamá, ¿no?” jajaja, entonces mi pareja se emputó y empezó a decir “este wey qué pedo”, porque ya se leyó así toda Marcela Lagarde, y Amelia Valcárcel, osea de teoría feminista le puedes preguntar lo que quieras, luego de que lo haga ya es otra cosa, pero el punto es que justo eso era muy interesante, porque a Iván yo llegué a hablarle llorando diciendo “es que mi doctor me dijo así”, y dijo no, ah porque además ya me habían diagnosticado trastorno bipolar, me dijo “no, tu tienes que ir con la doctora Rosa Aurora, tu psiquiatra no sabe, además la doctora es especialista en trastorno bipolar y te va a curar” y yo así de, sí, entonces ya también mi pareja me había dicho “está de la verga tu doctor, osea ya basta” y después de eso osea sí fue una cosa bien fuerte porque fui con la doctora y me tardé tres meses en el diagnóstico neuropsicológico, fue un desmadre, fue un chingo de dinero, no sabía ni qué pedo, pero así en cuanto yo entré me dijo “te dejas de tomar el litio”, porque me estaban dando de tomar litio que ya ni siquiera es un tratamiento aceptado para personas con TBP, osea ni siquiera Trini que es así como TBP tipo 1 de libro, Trini no tomó litio, jamás, entonces como que Iván me dijo “no pues sí está como que muy mal”, total, por eso es bien importante y por eso digo que el trabajo en grupo, osea el trabajo comunitario, que ahorita no hemos podido hacer eso porque creo que ahorita a todas y a todos de los que estamos, de los que estábamos entonces en esa primera generación nos hace mucho más sentido el trabajo presencial, osea esto nos cuesta mucho trabajo, lo que nos, sí, osea es estar, pero por eso hace mucho sentido las comunidades de pares, porque si Iván nunca me hubiera dicho que eso ya ni siquiera se usaba yo hubiera seguido con ese doctor, me hubiera puesto peor, nunca hubiera llegado a mi diagnóstico y probablemente me hubiera intentado suicidar más veces, entonces creo que ahí es donde sí cambia la vida porque también Ilse me dijo que no estaba bien, Víctor me dijo “¿por qué estás tomando tanto medicamento?, ¿por qué no le preguntas a tu doctor tu diagnóstico, te lo tiene que decir y mi doctor me dio cuatro diagnósticos diferentes y ya después, ahora analizándolo pues sí estaba cabrón tan joven diera con lo que yo tenía, y sobre todo un doctor hombre que jamás iba a entender qué pasaba con el abuso sexual, osea de verdad y yo no es que sea muy pro de la psiquiatría pero sí creo que a mí sí me ha beneficiado, pero yo creo que yo soy un caso muy particular, porque yo, yo, yo, osea el trastorno de personalidad histriónico no es realmente discapacitante, lo que es discapacitante es la parte de la depresión y cuando digo discapacitante lo digo en sentido amplio, por ejemplo, yo cuando me siento mal y estoy deprimida es cuando no puedo hacer las cosas o necesito más ajustes razonables, pero en términos generales yo estoy bien y sí hay un tema muy fuerte de la maduración de mi cerebro, ahorita estoy hilando las ideas, hace seis meses no lo hacía porque me costaba mucho trabajo poner atención en las cosas que iba diciendo, y entonces ahora me doy cuenta que todo lo que yo decía “ay es que así vivimos todos”, no, no es normal que a la

gente se le olvide que tiene el celular en la mano y no en el sentido de patologizarlo, pero eso es algo con lo que mucha gente no tiene que lidiar y yo sí y entonces eso me atrasa, si no encuentro el celular o las llaves salgo tarde de casa y es como una bola de nieve, el punto de esto es que yo sí siento que el medicamento me está haciendo bien, pero en general no es la solución, eso lo aprendí con SC, y por eso las posturas tan entre comillas radicales que hay ahorita, en primera porque ya no está Iván, Trini, ella se emputaba, decía que éramos irresponsables, no sé, pero según yo en ningún momento SC ha dicho “no te tomas el medicamento” eso ya es decisión de cada uno.

Fragmento de la entrevista del miércoles 11 de enero del 2023, realizada durante una caminata en las instalaciones del hospital psiquiátrico campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno” con dos usuarios.

Entrevistados: Briseño y Alejandro.

Entrevistador: Marco Antonio (E)

Observador: Santa Bárbara (O)

Recorremos un amplio corredor dentro del hospital, dicho corredor lleva desde el pabellón número dos hacia un gran auditorio con forma de silla para montar caballos, pasa también por el comedor, que de igual manera rememora la indumentaria usada en la charrería, los pasillos son fríos y contrasta en ellos el gris del piso, techos y paredes, con el verde de los pastos a cada lado del camino, un sendero de cemento encausador del flujo corporal que lo transita. Decidimos sentarnos frente al auditorio, en unas bancas hechas, al igual que el piso, de un frío y gris cemento, que se distinguía del piso por tener una capa desgastada de pintura azul.

E: Vamos a estar platicando y yo voy a estar grabando lo que estamos platicando, ¿les parece bien?

B y A: Sí.

E: ¿No te quieres sentar acá Ale?

A: No, aquí.

E: Perfecto, entonces, yo me acuerdo Ale que la vez pasada me contaste sobre cómo llegaste aquí, ¿antes estuviste en otro hospital?

A: Primero me llevaron allá al Fray Bernardino, y luego me trajeron acá, y sí me acuerdo que te conté, que te estaba diciendo, pero pus... creo que me... como que... que se pensaron, Osea que desde, desde niño estaba presionado por el psiquiátrico, entonces eso es como una... como una, este ¿cómo se llama?, como, como una atracción vamos a decirlo a los, a... a que yo estuviera aquí, y pues ya me tocó estar aquí.

E: Entonces ¿desde niño ibas a hospitales psiquiátricos o con psiquiatras?

A: Pues yo creo que sí porque, porque uno se acuerda, uno no se acuerda muy bien de niño a dónde fue, a dónde lo llevaron sus papás, y entonces...

En éste momento uno de los entrevistados comenzó a sentirse mal y tuvimos que pausar la entrevista. Briseño se encontraba fumando un cigarrillo desde el principio de la entrevista, lo fumaba a caladas largas y apresuradas, respirando poco entre fumada y fumada, normalmente hace esto mientras fuma, respira de golpe por la nariz y sigue fumando, consume velozmente el cigarrillo hasta el principio del filtro. Esta vez se mareó por falta de oxigenación y gracias a la nicotina en el tabaco.

E: ¿Está bien?

B: Sí, sí.

Su cuerpo se torna rígido y tiembla un poco, respira profundamente y palidece de inmediato, parece que pronto se desplomará, por lo que entre el entrevistador y el observador lo sostienen y le ayudan a sentarse en una posición en la que esté con la espalda recargada. Todo sucede en un lapso de

aproximadamente un minuto y medio, dejándonos un poco desconcertados, sin embargo decidimos continuar la entrevista.

E: No se lo fume tan rápido o se va a marear.

A: Respira oxígeno.

B: Estoy bien, estoy bien, es que como le di el golpe, pero ya estoy bien.

E: ¿Continuamos entonces?

B: sí.

E: Entonces, comentabas Ale que desde chiquito... -no termina la oración, pues Ale empieza a hablar.

A: Sí, desde chiquito veía un foco rojo siempre, un foco rojo, que lo veía allá, allá, en lo que fue el pabellón, y pues ya allá... -Se detiene, mientras con la mirada encuentra un guardia a lo lejos en uno de sus habituales rondines de vigilancia, se ríe y lo señala con el dedo- Ya llegó ese.

E: Pero no pasa nada, no viene para acá, nomás anda dando la vuelta.

B: No viene, así pasa para acá, pero no viene.

A: No es que, también a la niñez la están presionando.

O: ¿a quién?

A: A la niñez, a los niños los molestan.

E: ¿Tú cuando eras niño te acuerdas si te molestaban?

A: -Tarda en responder mientras parece reflexionar en el silencio- Pues ya cuando estuve un poco más grande empezaron a molestar, quién sabe quién sería, yo siento que, quién sabe quién tuvo la culpa, porque si nos damos cuenta, te están a veces pensando en ti o en mí o en él, o en otro, entonces ya no... -Se detiene a pensar y deja inconcluso el asunto-

E: ¿Tú Briseño?

B: Ps, cuando era niño era normal, era normal, yo empecé con problemas cuando estaba en secundaria, el bullying, me agarraban entre todos, me hacían bromas, me aventaron un hueso de res y me tumbaron un cacho del colmillo... -Se ve interrumpido por Alejandro-

A: Es que debes de hacer ejercicios de respiración, también.

E: Ya ahorita se ve mejor, ya está mejor, como fumó de golpe se mareó, pero ya está bien.

B: Y luego mi mamá tenía un gallinero, y yo cuidaba el gallinero, hacía el aseo, esté, mi tío era panadero, e íbamos a Laredo Texas por harina, manteca, huevo, yo ayudaba mucho porque no teníamos dinero, una vez duré tres días sin comer, tres días, me puse malo del estómago y vomité porque me comí un queso echado a perder, me intoxicqué con queso, y mi mamá me llevó con el pediatra para una valoración, y el pediatra me dio medicamento y regañó a mi mamá, que por qué no comía yo, entonces ya después me recuperé, luego entré a la primaria, todo normal, hasta los, hasta los 18 años, empecé a oír voces, a los 16 tomé laxantes para bajar de peso y tuve insuficiencia hormonal a los 18 me dio esquizofrenia paranoide, me llevaron con un neurólogo a Monterrey, me medicó y desde los 18 años a la fecha tengo psiquiatra.

E: Desde los 18 hasta ahorita, ¿qué edad tienes?

B: A los 70, tengo 52 años con el tratamiento, 52 años.

E: Y ¿tú recuerdas cómo empezó?

B: sí, yo empecé a aislarme, no, me aislé como un autista, no platicaba con nadie, empecé a oír voces, a tener delirios y caminaba por las calles oyendo voces y con delirios, sentía que alguien me perseguía, una vez fui a la iglesia católica y me desmayé, y luego de ahí me llevaron mi mamá y mi papá con un médico, fui con un doctor de medicina general y me indicó anticonvulsivos porque decía que convulsionaba, pero no era eso, me llevaron a Monterrey, al obispado de Monterrey, un neuropsiquiatra, y luego del encefalograma me diagnosticó esquizofrenia paranoide, inclusive la cartilla yo la liberé por incapacidad, fui y me capacité, pero no fui a la ceremonia de la bandera.

E: ¿Pero recibiste todo el entrenamiento?

B: sí.

E: Y durante ese tiempo fue cuando empezaste a tener, empezaste a tener, este...

B: Alucinaciones.

E: Hmm, ajá, a los 18, y tú Ale ¿te acuerdas a qué edad empezó?

A: Híjole, pues, fue así esto de la influencia en mí, trataban de que yo hiciera esto, que yo hiciera lo otro, pero yo ya estaba en la secundaria, porque hice bien la secundaria, la primaria, también la hice bien, ya en la preparatoria ahí empezaron a aparecer más, mas, más, como más expresivos, porque ya iban directo hacia mí y me decían esto, aquello, lo otro, entonces ya no, ya no.. ya no era que yo estuviera apartado, sino que más bien estaba como, como que querían que yo hicieran lo que ellos decían, osea ya estaba yo al mandato de ellos.

E: ¿De quienes?

A: De los enemigos, de otras personas, y es que nosotros, como cuando tenemos un síntoma nos ponemos a pensar en otra persona, entonces nosotros como no podemos decir que le vamos a mejorar su síntoma porque nosotros también como pacientes, o como enfermos vamos a decirlo así, este ya sentimos lo que él siente y es lo que me pasa a mí, entonces ya yo siento eso, pues él lo hace pensando en mí, pero no es correcto porque el síntoma de él se para para acá, yo siento el síntoma, entonces, entonces yo recuerdo que me desmayé también, pero ya era como los veintitantos años, algo así.

E: ¿Antes de los 25?

A: Yo creo que sí, pero es que, pues quién sabe quién está más enfermo y el otro está menos enfermo, entonces pues ya, el otro siente lo que ese paciente al pensar, entonces se manifiesta en mí, y eso está mal.

E: ¿como si te contagiaras?

A: Ándale, y eso está mal, porque ya...

En ese momento Briseño expresa querer caminar y seguir con el asunto mientras caminamos. Nos levantamos los cuatro y continuamos la plática mientras caminamos hacia la entrada del hospital.

E: ¿Quiéren caminar? ¿Qué dices tú Ale, quieres caminar?

O: Vamos por un café, ¿quieres un café Alejandro?

Mientras avanzamos en el recorrido nos encontramos con dos edificios importantes, primero se presenta un edificio grande, de unos 6 metros de altura, lo particular de éste edificio son sus ventanales que cubren toda la pared, permitiendo la ilusión de transparencia y el creer que se sabe qué está ocurriendo dentro, pero no se ven más que pulcras oficinas adornadas con macetas pequeñas y adornos discretos que permiten que aquellos cuerpos ataviados con batas blancas y gafetes relucientes, tan sujetos como los usuarios, encuentren una expresión de su singularidad frente a lo unitario de la labor institucional. Es el edificio de consulta externa el que nos recibe invitándonos a mirar dentro de él para encontrar al cuerpo de psiquiatría, psicología y enfermería imbuidos en sus maquínicas labores, transcribiendo expedientes y escribiendo recetas, pero más allá de lo visible, en los consultorios a puerta cerrada, es donde se lleva a cabo la consulta. En la entrada un robusto oficial con radio en mano custodia el acceso y nos mira atento pasar frente a él, lo saludamos y continuamos caminando.

E: y cuándo ustedes comenzaron a presentar estos síntomas de los que me hablan, ¿en la escuela tuvieron problemas?

B: Yo no, yo tomaba medicamento, iba a la preparatoria nocturna, tenía beca, de día trabajaba y de noche estudiaba, como a las 10 de la noche yo cenaba unos tacos y un café y me tomaba el medicamento, luego entraba a clases y regresaba a la casa como a las 12 de la noche, de la nocturna, de ahí empezaba en la mañana hacía mandados, vendía refrigeradores usados, lavadoras usadas por teléfono, y eso es lo que hacía, yo les contactaba la venta y mi hermana era la que vendía los refrigeradores, lavadoras usadas, y con eso era con lo que me pasaba y tenía beca, y pasé la beca, terminé la beca, metí la facultad de comercio, igual, tomaba medicamento y estudiaba, me dio por estudiar mucho porque mi hermana y mi papá hicieron un anexo en la casa y tenía la biblioteca, yo dormía en la biblioteca y mi papá me llevaba libros porque estaba jubilado de Estados Unidos y así seguí yo.

A: A mí me acuerdo que me pasó, fue en la preparatoria, ahí empecé a oír voces y a que me presionaran, a que ya no vayas a la escuela, y que si vienes te vamos a hacer esto, si vienes te vamos

a hacer lo otro, yo dejé de estudiar como a los, como a los, este, como a los 22, 23, 24, 25, algo así, entonces ya me fue mal, yo hubiese querido terminar de perdida la preparatoria, pero no, no se podía, entonces este, no se podía, entonces, por la misma influencia de estas personas, una voz como de un hombre, como de un hombre que decía, no ya no vengas, ya no vengas, entonces dejé la escuela y ya no estudié, ya no estudié, me faltó como un año yo creo, algo así, pero sí son un problema y que si me ayudaran mejor, si fueran lo que, la que, osea pero no cambia, eso que ellos están, están siempre pensando que arruinarle la vida a los otros, entonces ya no se puede, ya no se puede...

E: y después de esto cuando dejaste la escuela ¿qué empezaste a hacer?

A: No empecé a hacer nada, estaba nomás en mi casa, estaba ahí sin hacer nada, luego se me despertó la idea de trabajar pero yo no sabía ni cómo conseguir un trabajo, ¿sí te acuerdas que te platicué que estuve trabajando con un taller de hojalatería? Ahí me pasé un año ahí, esté, en lo que era poner, esté, el periódico y masking a las puertas y los vidrios, poniendo el emplaste de la pasta de, del carro que se emplastó, con esa pasta con agua para que el maestro las pintara y sí ya después ya no trabajé, ya nada, me lo pasé, ah, pues mi papá no me decía búscate un trabajo, ocúpate, sino que dejó que yo estuviera ahí, me mantuvo quién sabe cuántos años sin hacer nada, hasta que yo cumplí más años de edad, ya no, este, ya no hacía nada, ya simplemente me la pasé así de, de parásito y ya no, y ya no, y ya no.

E: y en tu tiempo libre ¿qué hacías?

A: Este, quizá yo creo dormir, dormir, es que fijate, cuando, yo quise manejar, aprender a manejar, ya me llevaba el carro, pero ese día, osea, no sé si ya sentía yo síntomas o, o oía, o estaba muy desvelado y mi papá llegaba entre la 1 de la mañana y yo me tenía que levantar a lavar el coche o la combi o lo que fuera, no, entonces a la 1 de la mañana me estaba enseñando a manejar, pero yo no sé por qué, esté, osea no me hubiese dejado, porque me dijo, cuando andaba yo aprendiendo, me dijo mete el freno, y yo en vez de meter el freno metí el acelerador y entonces me fui contra un pinche poste de la esquina, y entonces yo recuerdo que en esa el choque salió como en 5,000 pesos y yo tuve que pagarle a mi papá la compostura, pero no recuerdo en qué trabajaba, pero sí trabajé, no recuerdo qué trabajo tenía, pero sí ganaba el mínimo, y entonces ya dije pus órale ahí está, pero si estaba enseñándome a manejar y ya no quiso enseñarme a manejar, que porque dijo que era peligroso, y ya no quiso enseñarme, y hasta ahí llegué en el aprendizaje, pero sí te digo me salió, como te diré, me salió barato porque si me hubiera salido, osea en la mera esquina estaba la casa y yo dí la vuelta en u yo como estaba el poste pus me detuvo el poste, sino contra la casa... Sí, te digo, de eso de las influencias y de los cansancios y aunque yo me alimentaba bien, yo sí compraba naranjas y huevo y me los tomaba así, tun tun, -mientras explica hace la seña de estar bebiendo algo-, y entonces, esté, pues eso para mí fue algo beneficioso, porque quizás teniendo otros problemas, pues ya no, ya no esté, ya nomás lo soportaba, que llegaran otros problemas y que llegaran, luego ya no sabía cómo resolverlos, pero no tenía ningún psicólogo, ningún psiquiatra, ningún doctor, ni enfermera, ni enfermero ni nada de eso aaah -levanta la mano y hace círculos con ella -...

Nos detenemos un momento y reanudamos el andar, mientras Alejandro camina conmigo Briseño camina con Santabárbara, todos somos partícipes de lo que cuenta Ale, caminamos y nos detenemos.

A: Y ya, después, ya, esté, pus, pus eso que dicen que, como militar dicen que sí podemos, nosotros sí podemos, fue lo que me traía a eso, aunque yo no recuerdo estar ocupado en, en, en los años anteriores, en los años anteriores a andar despertando a los pacientes para quitarle las cobijas, las sábanas jajaja y entonces estar... -su charla es interrumpida por una Doctora que lo reconoce y lo saluda, él devuelve el saludo-... Esa es como te decía, como, como que, en el campo militar cuando yo estuve 4 años, entonces este, ahí yo aprendí que, que dice ahí unas palabras o una nota de una canción que dice, que demuestre donde yo estoy, donde quiera que yo esté, que yo también puedo, que yo también puedo, y pues ahora lo que se me presenta, como te platicué que no podía dejar a Silvestre solo por la ropa, como yo ya decían que trabaje y trabaje, y eso me ayudó a despertar, y

dije bueno quieres que trabaje, voy a ayudar a esto donde estoy yo, a ayudar a quitar las cobijas, las colchas, las sábanas, y esto ya es para mí un trabajo, y ya no, esté, cómo se llama, ya nomás este, esperar a lo que me socorrian y hacer algo desde la mañana, desde las 6 de la mañana que yo era el primero que me levantaba y a tomar la medicina, y esté, pues los mismos, las mismas actividades que, este, tenía que hacer, que tengo que hacer aquí y ya es para mí bueno.

E: Es un trabajo, es una forma de hacer algo, ¿cómo fue en tu caso Briseño?

B: Yo fui a la bolsa de trabajo de la facultad y decían que solicitaban un maestro de contabilidad en una escuela privada de comercio, y entré ahí a trabajar, después de eso un maestro mío de contabilidad, me dijo que iba a abrir un despacho de contadores, que si me gustaría trabajar con él, y me dijo ya sabes de qué se trata, y le digo sí yo he practicado lo que estudié, y me dijo, no pues ya sé que tienes buenas calificaciones y vas a hacer unas auditorias internas, fui a valorar autos a la agencia Chevrolet, la Chrysler, ya muchas otras, hice inventarios, sacaba las tenencias, los pagarés, las compra-ventas y lo inventariaba y los datos los archivaba para la auditoría interna, y después hubo una auditoría fiscal general y la pasamos... Después de eso yo dejé de trabajar ahí y me invitó un amigo mío a trabajar en Laredo Texas, a un negocio donde vendían muebles de oficina, y me pagaban por hora, en dólares, me fue bien, junté mi dinero, lo metí al banco, me compré un reloj, me compré ropa, me compré un traje, me compré unos zapatos, carros, me compraba ropa de diseño y todo se quedó allá para mis sobrinos, todo lo que yo tenía, me trajeron para acá mis dos hermanas, mi cuñado, recomendado por el subdirector, el doctor De la Mora, era un psiquiatra, mi tutor era amigo de él, era amigo de mi hermana la contador, mi hermana la contadora era la administradora de una mueblería, y el señor G hacía auditorías a provincia, y conoció ahí al Dr De la Mora y habló con él, me trajeron aquí, en el 90, yo entré aquí el 26 de noviembre de 1990 y desde entonces estoy aquí, nomás que mi tutor murió y mi tutora se quedó en Cuernavaca y no quiere venir.

E: ¿cuánto tiempo pasaste trabajando antes de entrar?

B: Como 5 años y de ahí me llevaron a Tampico, Tamaulipas.

A: El día que vinieron, si te acuerdas que estaba yo afuera, cuando enseñaron a hacer pulseras, en ese momento yo, esté me agarró una pinche, un pinche, vamos a llamarle mal aire, no, y me setí así todo mal y nada más me hice para allá, pero sí me sentí mal, y ya ves que habíamos salido antes y habíamos quedado en que posiblemente íbamos a ver, a una clase de transporte en un cable para ver alrededor, y ya desde esa vez dije no, ya no voy a poder volver a salir, qué tal si me da algo allá, y me voy a poner mal, me cambia la, el estado de estar bien a sentirme mal, sentir, a nadie se lo deseo, a nadie, pero sí te digo que este, es un problema.

E: ¿Entonces te gustaría ir o no al paseo?

A: Y digo y si me pongo mal, si me pongo mal, y esté, y me siento mal.

E: ¿y si no te sientes mal?

A: No pues, ya es ventaja, ya no, simplemente ya no sé.

E: ¿Últimamente te has sentido mal?

A: Me he sentido como cansado, pero como, digamos que no estoy haciendo nada o no tengo nada que hacer, como que me gana el sueño y eso me sucede en la tarde, pero pus, me he sentido, anteriormente, osea que no es efecto de la medicina, sino que es otra cosa, entonces ya nada más busco voltearme así al lado de la pared y ya quedarme, me siento y estoy despierto, pero, cómo te diré, siento los ojos como si tuviera aquí algo, siento como en la cabeza, en la cabeza algo, es un síntoma como a veces de dolor, y, no pues como, como eso, y a veces yo tengo que soportar lo que ellos sienten, yo nomás digo, no pues yo no te puedo ayudar porque yo no soy doctor y yo estoy en esta situación también, entonces ya es que cambia la situación, y eso, de los, de los esta voz que yo escucho es de que, si tiene capacidad para leerte el pensamiento, para este, para ver lo que estás haciendo, esté para ordenarte lo que debes hacer, y eso ya para mí es ventaja porque veo lo que dice. Te voy a contar algo, cuando yo estaba allá -señala la entrada del hospital-, estaba yo formado en la línea, ahí en el batallón, y yo tenía mi arma aquí y mis cargadores, y en ese momento como que si yo trajera un rechace de bala, yo sentí ¡pam pam! Un contacto, entonces me caí, y ya no me levantaron, pero esta persona que digo, me dice yo lo mandé porque este, yo lo mandé porque



quería que estuviera bien y recibiera de comer y desayunar, y estuviera bien, y luego ya dice yo no lo quiero ver más estúpido, ¿por qué?, porque ella me dice, pues si está estúpido y luego lo quieren ver más estúpido pues no jaja, para qué, entonces esté, yo le tengo que agradecer a esta mujer.

E: ¿Ella era tu superior en el ejército?

A: Era algo así de comandante, era superior a mí.

E: ¿cuántos años tenías cuando estuviste en el ejército?

A: Yo tenía como unos, como unos 30 ya iba a cumplir como 30.

E: ¿cuántos años estuviste en el ejército?

A: 4 años, y sí me la pasé bien, pero a mí lo que no me gustó, que si se hablaba de disciplina, no había disciplina, de que, de que tenía que ser que se manifestase la lealtad hacia otros, que también me incluía yo, porque te están hablando así y no cumplen, se van a hacer problemas.

E: ¿te sentías mal con esta situación?

A: Pues algo así, sí me sentía mal, pero yo dije, no pus, primero me animaba y decía voy a continuar pero después ya no, y luego que también falté por una asistencia, menos, entonces ya namás esté, no sé cuánto dinero me socorrieron y me dieron mi cartilla que liberé, porque mi cartilla era chueca, me había liberado ahí un comandante de ahí de la defensa, entonces, pero al estar yo ahí en el campo militar ya el comandante me libero, y ya tenía yo mi cartilla liberada y ya.

E: Osea que después de esos 4 años de servicio te internaron.

A: Pues duré creo trabajando en el trabajo, pero yo no me acuerdo en qué trabajé, pero no me acuerdo, o ya no trabajé, o algo así, pero te voy a decir que, empezaron como a hacer lo que yo hacía era como que un juego de diversión para ellos, yo me acuerdo que un día estaba trabajando en una fábrica de cloro a la altura de año de Juárez, y ahí se descompuso la pinche banda, y yo me salí para afuera de la calle, y como me salí como que mentalmente o, o este, yo creo que sí fue mentalmente, porque cuando yo dije voy a ver, bueno como yo estaba trabajando dije como, como, como, como, me salí a , como que hubo un juego, como que sí me venían manejando con la memoria pero en voz bajita, y en voz con que yo no oyera muy bien entonces pues ya este, este, me fui hasta Tacubaya y dejé el trabajo, y al otro día no me levanté al trabajo ni nada, sino que no fui, y entonces al siguiente día tampoco ya quería entrar allá, porque como que sentía que me iban a decir que no y que me había pasado y yo recuerdo que ese día yo llegué como a las 8, entrábamos a las 7, y luego salió un trabajador de ahí, y pero él me dijo, ven te invito un refresco, le digo bueno pues sí, y ese refresco que me tomé luego me dijo, pues nos vemos, y él salió y me dijo que él también tenía un problema que vamos a decirlo que lo llamamos mental, así no, pero que él se había quedado trabajando adentro y yo me quedé afuera, y yo ya ni cobré mi dinero que había trabajado y que me regreso a tu pobre casa.

E: ¿Pero no pasaste a la oficina ni nada sólo te regresaste así después del refresco?

A: No, pus el refresco me lo disparó el trabajador, no pasé a la oficina ni nada, yo de ahí me rechacé yo solo a la soledad, estar sin hacer nada, valerme todo nada, y osea que un problema, un problema que en realidad querían perjudicarme más, y yo dije no.

E: ¿Por qué crees que es un problema?

A: pues sí, te digo porque, porque, yo creo que es un problema porque te maneja, este, suponte que saben de tu vida, te tratan de humillar personalmente, este, osea que entre más, más problemas tengas, es, es, para ellos es como mejor, pero a su conveniencia, porque ellos son negativos, yo te platicué que por qué yo en cuando andaba yo aquí en el camión siempre tenía problemas, un día me subí al pesero y entonces este, la voz de esta señora, de la otra señora, otra voz, dijo “esto es un asalto”, y pus en eso el chofer también oyó, el del pesero, que se enfrena wey, y yo iba subiendo, y dije órale wey pues si yo voy subiendo, pero era la broma para hacérmela a mí, y entonces también allá, la otra situación, de “y dile aquello, y dile esto, y hazle esto y hazle lo otro”, entonces yo voy sentado y otro empieza a como querer pelear conmigo, entonces es otro problema ¿por qué tengo que estar soportando la manía y la maña de lo que me quieren hacer? Que me quieren hacer enojar, me quieren causar problemas, quieren que me pelee, o, est, por qué tengo que estarlos soportando cuando les incluyen a los otros para estar moliendo acá conmigo.

E: ¿Por qué crees tú que quieran molestarte o causarte problemas?

A: No pus quién sabe, yo creo que más bien es una persona que se ocupa de que, la persona que sea hombre o mujer no progrese, no progrese, que sea uno más en el aspecto de la pobreza, que no tenga camino a lo que es la vida no, del progreso, del amor, de esté, de tener, de tener un poco de dinero y tener para comprarse unos tenis o unos zapatos, y ese es el problema, como que ya sabe cómo abrumarle la vida a las personas y eso está mal, eso está mal.

E: ¿Qué estrategias has tenido para por así decirlo combatir contra esas voces?

A: Pus esa que tú me dijiste está bien, pero yo ya lo estaba poniendo en práctica, yo le estaba diciendo “oye pus ¿yo qué te hago?”, esté tú ya me estás diciendo que yo haga esto aquí en el pabellón, y ya en serio, le estaba empezando a ponerle un detenimiento a esa persona, pero luego ya se me olvidó otra vez, y como que ya pasé de ese movi, de esa idea pasé a otra idea, osea como se me olvidó ya nada más me dediqué a soportar, a soportar, a soportar y a hacer lo que tuviera que hacer, y así nada más, de, este, ¿cómo se llama? De lo que digo de soportar y soportar y ya no les dije nada, porque yo creo que ¿sabes cómo me habrán dicho? Dice, a mí no, a mí a nosotros no nos tienes que decir nada, a nosotros no nos tienes que decir nada, y yo creo que pienso que los problemas los están causando ellos, ¿no? O que son varios, porque son varios, entonces ya no me dejan a mí, este, ya no me dejan a mí, mí, mi persona no me la dejan en paz, entonces está cañón, está cañón, entonces yo digo, noo.

E: Y cuando estabas afuera y tenías algún síntoma ¿cómo actuabas para sentirte bien o qué hacías para sentirte mejor?

A: mmmm, pus yo buscaba siempre trabajo, yo recuerdo que estaba trabajando por salto del agua y esté, pero la cosa es que me pusieron en las pinchass pastillas bien fuertes, entonces la influencia de las pastillas, la influencia de las pastillas era que yo estaba desde la mañana que me tomaba la pastilla, hasta las 11 de la mañana, 8, 9, 10 y 11, ya habían transcurrido tres horas y yo todo pasado, todo como drogado y hasta que me quitaron esas pastillas yo creo que me sentí mejor, porque dijo la doctora, dijo la doctora creo que, sí se llama Karina, me dijo la doctora Karina, no dice, Alejandro no debe tomar estas pastillas, porque, porque no son para él estas pastillas, y entonces me recetó Trilafon, Rivotril, Rivotril, Trilafon, y quizás me recetó otra pastilla y entonces pus ya, entonces este, te digo mi papá me las compraba pero luego dijo, no pues ya no vas a tomar medicamento y ya dejé de tomar medicamento, de ahí hubo cierta tranquilidad, pero yo lo que notaba cuando vine para acá, en vez de seguir saliendo y buscando la solución, yo platicaba creo todavía ayer o unos días de hoy, de esta semana que pasó, que transcurrió, me refiero al tiempo de los días, y entonces te estaba diciendo que ¿cómo se llama? Me estabas diciendo que, ¿cómo te estaba diciendo?

E: Me estabas comentando de las pastillas, que habías pensado en algo acerca de las pastillas.

A: Ah sí, entonces dejé de este, de tomar las pastillas, pero yo creo que me desmayé otra vez, y entonces ahí cuando me desmayé, que me llevan para allá, allá, al Fray Bernardino, cuando me llevan al Fray Bernardino yo iba con esas pastillas, pero como ya no tomaba pus ya, ese día para mi desgracia fue que les dejó el teléfono que me mandaran una ambulancia y que me amarraran y que me llevaran al Fray Bernardino.

E: ¿Te amarraron cuando te llevaron?

A: Ajá, entonces cuando me llevan para allá les exponen que hay una granja, osea éste psiquiátrico, y que si yo quería me traían para acá y que acá me iban a ver ¿no?, a ver, y ya que me traen para acá, que me internan, me internan, me traen para acá y ya es otro cuento para acá, y ya es otro cuento porque acá no tenían pastillas para mí, no tomaban pastillas, pero la cosa es que alguien me había diagnosticado de por vida, de por vida, y que yo debería estar aquí en el pinche psiquiátrico, entonces está cañón.

E: Entonces por un diagnóstico fue que llegaste aquí y ya de por vida te quedaste.

A: No porque el diagnóstico viene de allá, del otro hospital entonces ya, ya, ya, ya yo venía con el diagnóstico de allá, y ya pues me tocó estar aquí, pero aquí vengo a soportar voces también, osea de gente que, quería buscar problemas como torturas.

E: ¿tú has hablado con algún otro usuario de aquí que sientan cosas similares? Osea que también escuchen voces.

A: No porque luego algunas personas son, son, osea no es como que un paciente conviva con otro paciente, porque a veces el paciente tiene rechazo, en ese momento tiene rechazo hacia mi persona, entonces ya no puedo, luego el paciente trae otro síntoma aunque no tenga mi diagnóstico, tiene otro diagnóstico, entonces ya no, si tú le dices ¿qué tienes? ¿cómo te sientes? No te dicen nada, entonces ya no, ya no, ya no es propio de eso, pero es un problema también eh.

En ese momento Briseño expresa querer caminar y todos aceptamos en continuar caminando, sin embargo notamos que para este momento el tiempo planeado para la actividad había terminado y los usuarios debían regresar a su pabellón, por lo que damos por concluida esta primera entrevista y continuamos el andar en un tono más informal. Caminamos aproximadamente 5 minutos, charlamos sobre el clima y el paisaje del hospital, al llegar nos aguardaba una enfermera en la puerta, anunciamos nuestra llegada e informamos que la actividad había concluido. Al despedirnos los usuarios se mostraron entusiasmados por seguir estos encuentros, por lo que confirmamos que así seguirá. Al salir del pabellón un guardia nos toma los datos y anota cuidadosamente los datos que le proporcionamos.

#### Fragmento de la entrevista realizada el 22 de marzo de 2023.

Espacio: Hospital psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno

Participantes: Marco, Alejandro y Briseño.

Marco : Muy bien, pues a partir de este momento ya está grabando, entonces... ¿vale?. ¿Y siempre compras así como galletas con chispitas?

Alejandro: No, si ahorita son lo que he juntado, me compré un café, me compré un café, me compré un café y tantita azúcar, un café de sobre, valen \$17.

M: ¿Y a todos les dan o cada uno va viendo cómo le hace para conseguir dinero?

A: No, si, no, ¿Como que todos nos dan?

M: Ajá, o sea, unos pesos ó...

A: Algo así como que si tú haces algo y si tú le dices ¿no me socorre cinco pesos? y a veces si nos socorre y a veces no. El sábado y el domingo, el domingo y el sábado no vinieron las que venían y entonces el domingo no me dieron nada

M: mmm...

A: Y yo saque todas las cobijas y la colchas y las sábanas y la ropa sucia

Briseño: ¿trajo cigarros?

M: ¿Cómo?

B: ¿Trajo cigarros?

E: Ora solo traje cigarros, si, de veras ¿Cómo se repartieron el café después?

A: A sí

B: Si

A: me dijo, al ratito que entramos, dijo, dijo “Alejandro, Alejandro” y ya da proporcionalmente lo que traía la bolsita

M: Ajá...

A: No pues ya me lo chuté en el transcurso de la semana

M: ¿Y te lo tomaste en el transcurso de la semana ó te lo comías así de poquito en poquito?

A: No, de poquito en poquito, pues si yo hago el café en agua y me lo tomo todo y así como que digo, no pues mejor lo hago polvito y a un, a un, a un tantito que le de sabor, a un

tantito de estas situaciones que se me presenten o que tengo hambre agarro tantito y ya tantito nada más y me hago café soluble en agua ya no lo hago como me lo dan.

M: Te lo tomas rápido, si es más rápido.

Enfermero: ¿Que pasó mi Ale?

A: Buenos días

E: Buenos días

A: Él es Marcos también

M: A ¿también es Marcos?, tocayo, que ¿es enfermero?

A: Es enfermero, sí

M: ¿Y tú, tú Briseño cómo te lo tomas, si lo disuelves o de poquito en poquito?

B: Poco... poco a poco

M: Oye Briseño, la semana pasada me dijiste que te iban a cambiar la manera en la que te iban a dar el medicamento ¿no?

B: Si

M: ¿Cómo te has sentido con ese cambio?

B: Ya, ya estoy mejor

M: ¿si?

M: Si

M: ¿Qué sientes?

B: Ya no tengo tanto sueño, no duermo de noche por la pastilla que me dan, y en la mañana amanezco despierto.

M: ¿Y antes de daba sueño a cada rato?

B: Si de día, si de día

M: ¿Y te dormías?

B: Si

M: Y más o menos ¿cuánto tiempo te dormías?

B: Todo el día.

M: Vamos a esperar aquí a Ale

Enfermera: Hola, que milagro que se dejan ver.

Todos saludamos a la enfermera y continuamos la plática.

M: Hola, buenos días... oigan, ¿esta escultura cuando la pusieron?

A: ¿he?

M: Esa escultura ¿cuando la pusieron?

B: Desde que inició el hospital ese

M: Desde que era... o sea, ¿desde el principio del hospital?

B: Si...

A: Con las nuevas instalaciones

B: ¿sabe que es eso?

M: ¿Qué es?

B: Es una persona... ese es consciente, inconsciente y consciente, es una persona, esa es la escultura

M: Oh... ¿y quien te explicó el significado?

B: Un psiquiatra

M: Ah, ya, órale. Entonces, estuvo, ya no les entendí, ¿estuvo desde el principio o es nueva?

B: No, desde que hicieron el hospital "Hugo"

M: a ya, ajá...

A: Desde que tiraron los pabellones que había acá, es parte de la nueva construcción. E: Mmm, o sea que ¿aquí había pabellones en esta parte en donde está el edificio de gobierno?

A: Si, había más, era el cuatro y el cinco.

B: El cuatro y el cinco... ¿Y quienes estaban en el cuatro y el cinco?

A: Los de mala conducta, estaban en el cinco. En el cuatro estaban de otros síntomas de pacientes, eran como tratamiento de enfermedades de los viejitos.

M: ¿Ustedes llegaron a entrar al cuatro o al cinco?

B: Yo al cuatro, el cuatro era para, para... este, seniles, el cuatro, era para seniles, y él creyó que yo pase al dos, en el cinco nunca estuve

M: ¿Que es el que dice Alejandro que es para los que se portaban mal?

B: Si, yo estuve en corta estancia o pre-alta, yo estuve en prealta, antes de la corta estancia

M: ¿Antes era pre-alta?

B: Si

M: ¿Tú también vas a querer comprar Brisseño?

B: Un café

M: ¿Un café?

B: Si, está ahí

M: Vale, Entonces, entonces ahorita nos acercamos allá y, y...

B: Ahí dice

M: ¿O lo compro yo por ti?

B: Si

M: Orale, vamos... mmm ya, ¿Y había más árboles o había menos árboles?, ¿cómo estaba ese asunto?

B: Había muchos árboles había pinos y de varios tipos de árboles, luego que nos regalábamos arbolitos en una maceta negra

M: Ajá

B: Así chiquitos y lo plantaban

M: ¿Quién lo plantaba?

B: Los jardineros

M: ¿Y los regaban igual los jardineros?

B: Si

M: ¿Sabes qué estaría bien? que los dejarán practicar su oficio a ustedes ¿no?

B ¿eh?

M: No estaría mal que ustedes pudieran practicar sus oficios

B: Si

M: Si tienen algún oficio que pudieran ejercer, aún estando aquí

A: No, yo no tengo oficio ni beneficio

M: Ah cómo no ¿no te acuerdas que me hablaste que tú habías trabajado en un taller de hojalatería?

A: No, pero no, no es lo mismo, que el maestro te prepare la pasta y que le unte a que tú nomás le estés pegando con agua, creo que ya ahí fallaron conocimiento, no es un oficio completo del ayudante

M: Si, nada más es hacer una labor

A: Es ayudante... lo que podría ser, como de ayudante de bodega, de eso que te platicué, que tiene ciertas entradas y salidas, apunto lo que entra...

M: Y lo que sale

A: Y apunto lo que sale, el sellado, el sellado, el sellado el sellado... ¿este... qué más?

M: ¿Y tú trabajaste de eso?

A: Si, ayudante de almacén

A: luego cuando es el inventario, escogen según el código de la mercancía que se les da de la mercancía, que es, cuando te das cuenta es tu número, es tú código, cuántos de nosotros.

M: Ah...¿eso si lo podrías hacer ahora no?

A: Ahora no

M: Pues igual aquí en el hospital ¿no?, entran cosas, los desayunos, las cosas que vienen enlatadas, todo eso, las cosas que van a la bodega, a las diferentes bodegas que van, podría ser auxiliar de esa bodega ¿no?

A: Podría ser auxiliar, no sé, tendría que cambiar de zapatos, no, pero es muy este, es muy este, ¿como te diré?, es muy este, muy factible, muy este, de certeza que te acepten, por que te dicen: “no pues ese es el paciente de acá, no pacientes no queremos”, entonces ya, tú dices que ya no.

M: Pero o sea, a lo que me refería es que no estaría mal que lo dejaran, bueno que lo dejarán hacer eso, para...

A: ¿Un empleo?

M: Ajá, así es, como una especie de empleo, tal vez no te pagan no sé, miles, pero igual A: Te pueden dar un cierto dinero para pagarte con algo ¿no? Quien sabe, necesitarías hablar con las autoridades, a forma de que ellos...

M: Si, tendríamos que hacer muchos cambios ¿no?

A: Si

M: Ah y tú me dijiste que querías un café ¿verdad?, ¿sabes cuánto cuesta el café?. Buenos días, oiga ¿tiene café?

Vendedora de café: Café si, café negro, café capuccino, café con crema

M: ¿Cómo, cómo lo quieres?

B: De sobre, de sobre

M: Ah de sobre, ¿quieres uno de sobre?, pero ese, ¿Cómo te lo vas a tomar?

B: Allá. así

M: Deme uno de sobre por favor

Vendedora de café: Si

M: Gracias...

M: Y tú Briseño, ¿Cómo consigues dinero aquí adentro?

B: Ayudo, ayudo, les ayudo a los compañeros, les ayudo a los compañeros

M: Mmm... entonces cómo les ayudas, ellos te ayudan

B: Si

M: Está muy fuerte el calor ¿no?

A: Si, esta bien fuerte el sol

M: Esta bien fuerte el calor

B: Si, asi es

A: Ya entró la primavera ayer

B: Ajá

M: Ya entro ahora si, ¿y cómo están los calores aquí hace mucho calor cuando es temporada de, de primavera?

A: Algo muy intenso de, algo muy intenso de calor

M: ¿Y allá en el pabellón, cómo, cómo es allá adentro?

B: ¿Mande?

M: En el pabellón...

A: En el pabellón con la luz se siente más yo tengo encendidas las luces y parece que esta el sol, el sol allá adentro

M: Ah... la luz, si, si hace más caliente todo eso, nos vamos ahorita ¿hacia dónde, hacia la capilla?

B: A la capilla

M: Pero ¿no hay gente ahorita ahí en la capilla? ahí están sus compañeros ¿no?

B: No hay nadie

M: Me dijeron ahorita que estaban ahí en la capilla los demás

B: No, al auditorio

M: Ah, al auditorio, al auditorio... Oigan, todas las semanas vengo con ustedes y nada más estoy con ustedes estaría chido poder estar con los demás pacientes también, como con Walter ¿no?, Walter se ve que él también quiere

B: Si, quiere trabajar

M: Pero cómo podríamos hacerle para, para estar más personas juntas, porque ya no podríamos hacer lo que hacemos ahora ¿no?, las entrevistas y también este, que les dé cigarros ¿no? porque si no también luego todos van a querer cigarros y una no voy a tener para cigarros y dos no vamos a poder fumar todos al mismo tiempo nos van a ver, entonces estaría bien que hiciéramos otra cosa ¿no?

B: Si eh, una asamblea

M: ¿Una asamblea?

B: Si, de esas que hacen

M: ¿Y qué haríamos en la asamblea?

B: Platicar, ora si que... terapia comunitaria

M: Les late si empezamos la próxima semana

B: Si

M: Si, si hacemos una, pero es que no hay que llamar la asamblea porque van a decir los enfermeros que andamos de revoltosos

B: Si eh

M: Si... ¿Tú qué opinas de la idea Ale?

A: ¿De qué?

M: de hacer una asamblea como lo propone Brisseño y platicar

Enfermera: Hola Brisseño ¿cómo estás?

B: Bien

Enfermera: ¿Bien?, Hola Alex

M: Buenas, buenas... una asamblea y ahí platicar pequeñas cosas que creamos que son importantes ¿no? o ¿crees que sea difícil, que no sea factible?

A: La asamblea se puede hacer ahí adentro del del pabellón, y que veas, que veas... si, si, este por decir, que se confunda en el pabellón, no pues este, pues los pacientes como antes antes era, salgan salgan a... había una cancha de básquetbol ¿no? y ahí tenían un balón y se entretenían tirándole los pacientitos aquí del uno, se entretenían mientras en la asamblea que saquemos a los pacientitos y convivamos con ellos, como lo hacen entre semana o... ahorita era este de andar caminando un rato, allá el camino, de aquí hasta allá, luego de regresarnos y entrar al pabellón, o sea por eso simplemente sería un un, un este, una buena

idea, que cuando ellos no nos saquen o no lo saquen nosotros te reunamos para... pero quién sabe si los dejarán ahí en su pabellón solamente nuestro pabellón

M: Ajá

A: Te digo

M: Podríamos ir a la capilla ¿no?, y estar afuerita de la capilla

A: Si

M: O en una de esas áreas verdes

A: Está bien fuerte el calor

M: Pero, ajá, pero vamos para allá ¿no?, para no, no ir por este camino que está peligroso, está muy empinado... ¿Cómo ves la idea de este Ale, Brisseño?

B: ¿Qué?

M: Mira, cuéntale tu idea Ale

A: Que sería ver si se tratara, si se tratara, si se tratara de, ¿como se llama?, de lo que hacen en las tardes, a veces que los llevan a caminar, que se propusiera en la asamblea y que si no hay de otro pabellón, si no se puede en otro pabellón, este pues solamente en nuestro pabellón, los elementos salgan a caminar un buen rato y no estén todos los días acostados nada más

M: ¿No salen todos los días a caminar?

A: Ahorita es de caminar y ahí están allá adentro, ahorita están allá adentro ahí, con su enfermedad

M: Caminar, estaría chido, pero eso lo tendríamos que proponer en la asamblea, si hacemos la asamblea ¿no?

A: Si, pues si

M: Entonces decir: “oigan queremos caminar” y órale pues pedimos y cuando venga una vez a la semana también caminamos, y ¿dónde deberíamos poner la asamblea o dónde deberíamos estar reunidos en la asamblea?

A: En sala

M: ¿En la del pabellón?

A: En la sala del pabellón

M: ¿Adentro o afuera?

A: No, adentro

M: ¿En cuál, en cuál sala la que está dentro? a ¿la que está de este lado de la puerta?, entras

A: No, donde estaba el pacientito en el suelo, ahí, ahí es, ahí en esa puerta en donde está el ese cuate

M: Ah ¿Crees que quepamos los veintinueve ahí?

A: Yo creo que sí, solo necesitaríamos sillas

M: Necesitaríamos sillas, también, exacto... ¿pero y si las pedimos?, a ver, yo al rato le comento a a Carvajal

A: Si

M: A ver si, si se puede hacer o no se puede hacer o cómo le hacemos para empezar a hacer asambleas ¿no? porque también las asambleas a veces son algo peligroso, o bueno el hospital cree que son peligrosas

B: Ahí están

M: Ahí están ¿verdad?

B: Si

M: Oh...



B: Y ahí también  
M: Que ahí está un paciente ¿verdad?  
B: Sí  
M: A menos que nos sentemos un rato y después cuando ellos se vayan nosotros nos levantamos y fumamos  
B: No huele bien, nos quedamos ahí  
A: ¿De qué?  
M: Acá, ahorita, ahorita fumamos  
B: SI  
M: ¿Ya fumaste esta semana?  
B: No  
M: ¿No has fumado?  
B: No  
M: ¿Desde cuándo?  
B: Desde ayer  
M: Ah desde ayer, ¿y fumas uno cada día?  
B: Si  
M: ¿Y cómo los consigues?  
B: ¿Qué?  
M: ¿Cómo los consigues?  
B: Me lo da lo de limpieza, los de limpieza me los traen  
M: ¿Y le pides a uno diferente o, o al mismo?  
B: Al mismo  
M: Y tú Ale ¿fumas todos los días?  
A: Yo no fumo diario  
M: ¿Cada cuánto fumas tú?  
A: Dos a la semana  
M: ¿Cómo?  
A: Cómo dos a la semana  
M: ¿Dos a la semana?, ¿Y cómo los consigues?  
A: Estoy sentado y me los regalan yo námas por ver me los regalan, si ahorita llego y le pido uno a este, posiblemente me lo de, ¿verdad que sí?  
Personal de limpieza: Si Alex  
A: ¿Ya ves como si?  
Personal de limpieza: Ale, ¿qué tal?  
A: Si, si si, si me lo encuentro le digo “Oye mano ¿no traes un cigarro que me regales?” y si si, me lo entrega y si no “traes a la vuelta”, y a la vuelta no trae nada, se le olvidó y entonces hasta la otra vuelta  
M: Hasta la otra que le diga  
a: Aquí se siente fresquecito ¿verdad?  
M: Si ¿no?, aquí debería de haber una banquita para que se sienten  
a: Ándale para estar  
M: Para estar a gusto ¿no? porque, no, casi no hay lugares así de frescos ¿o sí?  
A: ¿De qué?  
M: Casi no hay lugares así de frescos  
B: La sombra de los árboles

A: No

M: Pero también se siente caliente ¿no? y aquí está fresquito, fresquito

A: Allá

M: Ustedes me dicen dónde se quieren sentar vale vamos a sentarnos un ratito porque caminar ya bajo el sol, también como que me mareo

A: Allá enfrente nos sentamos

M: Órale va me late ¿enfrente del Auditorio?

B: Vamos por un cigarro

A: Ahí donde nos sentamos

B: Pero ahorita, ahorita que se vaya esa doctora, ahorita en 20 minutos

B: Si

M: Mmmm ya ya ya ya, una vez más el cajero... una vez más, ¿Siempre se ha escuchado tanto el ruido de los coches?

A: Lo que ahí, la pared, no, no este, no edita los ruidos, luego me despierta, así de ruidoso, se oye hasta el pabellón, luego cuando se poncha una llanta, se oye la, la bomba

M: Y Qué hacen los pacientes ¿no dicen nada?

A: ¿Qué?

M: ¿No dicen nada los pacientitos?

A: No, no dicen nada. Si nos sentamos ahí

M: ¿En cuál se quieren sentar, en el de la izquierda o la derecha?

A: En ese

B: En ese

M: ¿En ese de acá?, vale si

B: Hay más sombra

M: Hay más sombrita... Oigan me dejó pensando mucho eso que estábamos hablando ahorita de la asamblea ¿no?, ¿qué cosas podría hacer en la asamblea o creen que pueda cambiar algo la asamblea?

B: Sí porque ahí exponen cada paciente sus, sus puntos de vista ¿no?, lo que quieren tener cómo les gustaría que estuviera todo, es la asamblea, a mi no me gusta caminar pero si voy a platicar

M: Y antes hacían asamblea entonces

B: ¿Eh?

M: Antes hacían asamblea

B: Sí

A: Antes hacían asamblea y se exponía que sería bueno esto, que sería bueno aquello, que sería bueno el otro, pero ya no tenemos doctor, ya no tenemos doctor, ya no tenemos doctor que vaya, entonces ya no, pero fijate que como yo veo, si nos atienden, yo estaba diciendo que el año pasado había una enfermera a la que nos enfrentamos, la que saludé ahorita

M: Ajá, ¿la de cabello corto?

A: Si

M: Por allá ¿no?

A: Si, si, la que nos encontramos aquí, aquí, este, este, ¿cómo se llama?... nos socorrió un taco, yo, ya sabes, que le ayudemos a todo y a mi me daba un tanto de carne y un vasito de café y luego este, este como si trajera algo ¿no?, algo que el día de recibirle la semana el viernes por que así, un regalo, una comida o una cosa como antes había, pero lo que yo estaba viendo es que sí que sí este sí hay algo de eso de las ideas que ellas influyen o que

ellas tienen porque anteriormente hacían hacían nos hacían un pastel ¿no?, ¿No te acuerdas?

B: Si

A: Que nos hacían un pastel y a todos nos tocó una rebanada, fue cuando lo trajeron en la noche ¿no?, en la noche cuando nos íbamos a acostar ¿no?

B: Si

A: En la noche, fijate que en la noche nos tocó una rebanada de pastel y un vasito de refresco yo me acuerdo que es, es algo de ellos, de ellos mismos, de convidarnos bien y, y nosotros nos equivocamos al creer que no ven nuestro eso, ¿no?, yo me acuerdo que...

M: Pero, ¿y eso lo hacen todavía, lo hacen?

A: Si

M: Pero ¿lo hacen cada cierto tiempo o una vez uh... cada mucho?

A: No, pues se supone que cada tiempo pero, este o sea que pues en el transcurso del año son varias veces, no se cuantas veces pero te voy a decir que en marzo, en marzo trajeron el pastel, ahora para su cumple de el marzo abril, mayo y junio, en el transcurso de si hay este cumpleaños en en abril o mayo, ya sería mayo, junio o julio, esos ya entre tres meses o dos meses se les compra otro pastel

M: ¿Y en esta asamblea podríamos...?

A: En esta asamblea sí podría ser que se restaure, cada año, cada, para todos los que vienen después, para todos los del pues que fuera un cumpleaños, sería parte del ejercicio saber, si porque posiblemente sería probable

M: ¿Cuándo cumplen años les hacen algo?

B: No

M: ¿No?

A: No, hace un mes, oh... pero fijate, varios años y ahora este año que llevamos dos pasteles, el mio y el de los compañeros que nos lo trajo la otra señorita, y si por eso te digo, es que a veces había una señorita que se llama Maria y la otra que se llama, que se llama Edith, ese día si también nos trajeron pastel y nos invitaron un refresco, eh, por cierto ahorita me acuerdo que fue creo que a las horas de la noche, siete o ocho de la noche y trajeron el pastel y nos convidaron, pero esa fue la única vez, no se como tú veas que que que llegó, por que al menos si se acuerdan de ustedes, si se acuerdan de ustedes ¿no?, bueno en nuestra opinión, al menos si se acuerdan de ustedes, a menos si les hacen un rato ameno, un rato de sociabilidad y de convivio ¿no?, qué es lo que te digo

M: Que es importante ¿no? el convivir, que nos dejen estar con los otros, en un ambiente...

B: Vamos a caminar ¿no?

M: ¿Quiere caminar?

B: Si

A: Yo no puedo caminar

M: Si, vamos a esperar otros cinco minutos ¿no? a que Ale, tome aire que dice cinco minutos y caminamos? por que también Brisseño tiene que caminar no? usted tiene que caminar

B: Si

A: No ha caminado, ¿tienes que caminar no?, no has caminado más que estado en el pabellón ¿no?

B: Si en el pabellón

A: Y con las patas pa arriba que veo que está ahí

B: No

A: Sí, que veo que estás así

B: No, no, duermo cruzado, duermo cruzado, me dormí temprano y de seguido, no tenía mucho sueño anoche y luego a parte que me dieron nomás la mitad de la medicina y eran pastillas y vomité la dosis y no dormí bien, entonces me repuse con el sueño final

M: ¿A qué hora te levantaste?

B: Como a las cinco

M: ¿Y a qué hora te levantas normalmente?

B: A las seis

M: Ah o sea tuviste una hora de sueño, ¿y cómo te despertaste?

B: Es que cuando desperté no tenía sueño, es que tengo olanzapina de 20 mg, y me dieron de diez, la mitad de la dosis, entonces no me noqueó, lo sentía a medias, me dolían los pies pero no me sentía mal.

M: Ajá, mm ya

A: Pues vamos

M: Vámonos pues a caminar, ¿y ustedes, por ejemplo se acuerdan de lo que sueñan?

B: Yo si

M: ¿Tú si sueñas todas las noches?

B: Tengo pesadillas

M: Ah ok

A: No pues yo no las he logrado aunque he querido recordar un sueño que me estaba yo riendo así como, como cuando te platicué que estaba dormido

M: Ajá

A: y parecía que me dijeron “aquí te traemos un cigarro” y yo me levantaba así como injurjado y me levantaba y “vamos a encenderlo, vamos a encenderlo” y me quedé así con esa idea, esa idea de...

M: De encender el cigarro

A: Es algo como un deseo, como un deseo que me has hecho y de repente como que alguien te dice “no hay nadie” y de repente vamos a encender, órale pues vamos a encender el cigarro, y cuando despiertas ya, ya no traes nada, si es algo muy feo

M: ¿Y en donde estabas en ese sueño, aquí en el hospital?

A: Sí, aquí en el hospital, ahí en la cama, no me acuerdo si fue en la tarde o fue en la mañana pero, pero aquí estaba

M: Y tú, este Brisseño, ¿de tu sueño que te acuerdas?

B: Son pesadillas

M: Pesadillas...

B: Lo que era antes

M: ¿Cómo, cómo?

B: De lo que yo hacía antes

M: ¿Qué hacías antes?

B: Estudiaba y trabajaba, mi graduación, ves que como, como se hace el desmadre en el hospital y el negativo sabe lo que se hace y no el positivo... ahí viene

M: Ah mira ahí viene

B: Está cojo, está cojo

M: No, no creo porque ahí viene, ese otro también

B: A sí

M: Ya han de ir para allá  
B: Si, van para allá  
M: Mira hay que esperar, en lo que ellos pasan, ya lo esperamos ahí  
B: Si, ya vienen por este pasillo ¿eh?  
M: Si ¿verdad?, ¿No se quieren sentar tantito?  
B: ¿Qué?  
A: No  
A: ¿No?  
B: No  
A: Me aguanto, ahorita estan fumigando  
M: Ajá, mira ahí vienen de allá, pues vamos a esperar aquí a que pasen ellos y luego ya vamos allá a la capilla, por que ellos ya se van a la capilla... hola, ¿cómo estás?, ¿cómo estás?  
Paciente 3: Bien  
M: Qué bueno, ¿cómo te va?  
P3: Bien  
M: ¿Si?, ¿Cómo has estado?  
P3: Bien  
M: Órale  
P3: Vino a ver a Brisseño y al “Gafas”?  
M: Ajá, vine platicar un rato, pero también a verlos a todos  
P3: A todos  
M: Si, también a verte a ti, a ver como has estado, ¿ahora ya te dieron esa mochila otra vez Zavala?  
P3: Si, esta la tengo desde el otro día  
: ¿Y la otra que tenías, la de lado?  
P3: Ya no la tengo  
M: ¿A quién se la diste?  
P3: Se la di al “Pollo”  
M: Ah, y ahora Pollo la tiene, ¿estabas en la capilla?, ¿qué estabas haciendo?  
P3: Pintando  
M: Vientos, ¿qué pintaste?  
P3: Era de una persona...  
Paciente 4: Hola tú  
M: Hola ¿cómo estás?  
P4: Bien  
M: Bien, vale ahorita déjame saludar a tu compadre ¿Como has estado?, ¡y, ya se me fue!... este, ¿para donde?, para allá  
P2: Para allá  
M: Mira Ale, ven, ven  
Paciente 5: Amigo, amigo ¿me prende un cigarro?  
M: No traigo cigarros mano,  
P5: ¿No tiene cigarros sueltos?  
M: Ahora no traigo cigarros  
P5: ¿No tienes cigarro suelto?  
M: ¿Cómo?

P5: Qué si me compra dos cigarros sueltos  
M: ¿Dos cigarros sueltos?  
P1: Si, dos cigarros sueltos  
M: No traigo para comprarlos  
P5: Yo ofrezco  
M: Ah ¿quieren ir?  
P5: Ya ¿no?  
M: Hijole, ¿pero cómo le hacemos?  
P5: ¿Eh?  
M: ¿Si me empiezan a buscar?  
P5: ¿Eh?  
M: ¿Y si me empiezan a buscar?  
P5: Vamos aquí en corto, no dicen nada  
M: ¿Me acompañan? ¿no?, ¿crees que nos regañen?  
A: Si  
P5: Vamos por cigarros, ya estoy aquí para que me lleve por mi cigarro, ¿si?  
B: ¿A dónde van por cigarros?  
M: ¿Cómo?  
B: ¿A dónde van a ir por cigarros?  
M: ¿A dónde van a ir por un cigarro?  
B: Ajá  
P5: Ah..., a ¿verdad?  
M: Ah canijo  
A: Vamos para allá ¿no?  
B: ¿Para allá?. si, allá están jugando  
P5: A ¿verdad?  
M: A verdad, me ibas a bromear ¿eh?. ¿Cómo estás?  
P4: Bien  
M: ¿Si, bien?  
P4: Si  
M: Chido, carnal,  
P5: ¡Ah verdad!...  
M: Hola, ¿cómo estás?  
P5: Bien  
M: ¿Bien?  
P5: ¿A que horas son, a qué horas son?  
M: Son las, son las once cincuenta  
P5: Gracias  
M: Once cincuenta  
P5: ¿Trajiste paleta?  
M: ¿Cómo?  
P5: Paleta, paleta paleta  
M: No, no traje paletas mano, no hay encendedor ¿verdad?  
B: ¿Fumaste aquí?  
M: ¿Cómo?  
B: Fumaste aquí

M: No, no prácticamente no he fumado en todo el día  
P5: ¿Trajiste paleta?  
M: No, no traje paleta mano,  
P5: Ve a la calle  
M: Ahora no, a ver si la próxima semana traigo ¿va?  
P5: El miércoles  
M: El miércoles  
P5: Si  
M: Al fin que te veo los miércoles ¿no?  
P5: Si  
M: ¿Cómo has estado?  
P5: Bien  
M: No te he visto hace rato  
P5: En la mañana almorzamos huevo  
M: ¿Huevito?  
P5: Huevito, almorcé en la mañana huevo, en la mañana huevo... metete, metete, metete  
M: Oye hay que ir para allá por que sino creo que te van a regañar, porque es verdad que tienen permiso para estar aquí conmigo y yo estaba con ellos  
P5: Ahorita te veo, ahorita te veo  
M: Ahorita nos vemos allá ¿va?  
P5: Si  
M: ¿Ese de rojo quién era?  
B: ¿Cuál?  
M: El que pasó  
B: Era el rehabilitador  
M: ¿Él es el rehabilitador?  
B: Si, es psicólogo  
M: ¿Es psicólogo?  
A: El psicólogo  
M: Ah, ya...  
B: Ahí están  
M: ¿Ahí andan?  
B: Sí ahí vienen  
M: Ah sí es cierto pues vamos a, vamos es que mira también por allá están y allá están los de seguridad, ¿ya viste Brisseño?, ¿entonces ese de rojo es psicólogo?  
B: Sí es psicólogo  
M: Y ¿él es el que les da las rehabilitaciones?  
B: Sí  
M: Ah ¿y qué hacen con él?  
B: Oír música, escuchar música  
M: Ah, ¿cómo se llama?  
B: Chucho  
M: ¿Cómo?  
B: Chucho  
M: ¿Y sólo escuchan música?  
B: Si

M: ¿No hacen nada después de eso?  
A: No  
M: Qué raro ¿no?, deberían hacer, ¿qué opinan ustedes, qué se debería hacer en la rehabilitación?  
B: Jugar juegos de mesa, terapia, musicoterapia, si, ejercicios ¿no?  
M: Pero ejercicios ¿como cuáles, así como..?  
B: para rehabilitación  
M: Mmmm  
B: Para rehabilitación  
M: ¿Ustedes cada cuánto hacen ejercicio?  
B: En las mañanas hacemos ejercicio  
M: Pero ¿todas las mañanas?  
B: Antes del desayuno  
M: Para hacer hambre, como quién dice, ¿no?, ¿y tú también haces ejercicio todas las mañanas?  
A: Si  
Personal del hospital femenino: Hola ¿tienes un cigarro que me regales?  
M: No, lo siento  
Personal del hospital femenino: ¿Tu Ale?  
A: No  
Personal del hospital femenino: ¿No?, ¿te los quitan verdad?, bueno gracias  
M: Dije que no por que sino van a decir que a que vine ¿no?... Hola  
Personal del hospital masculino: ¿Qué onda, qué onda?  
P6: ¿Qué tal?  
M: A el no lo había visto desde que fuimos a la UAM  
B: ¿A quién?  
M: A este compa que saludé...  
B: Si  
M: ¿por que ya viste de aquel lado?, si nos vamos caminando para allá  
B: ¿Me das un cigarro?  
M: Te lo doy y ya te lo fumas después ¿va?  
B: Si  
M: Pero te lo doy al rato  
B: Si  
M: Por que mira ahí, hay unos, tal vez como yo soy psicólogo no me dicen nada, mira la clásica y no, no se va a poder ¿no?... mmm ya hemos estado caminando un buen rato, ya no siento las piernas  
B: ¿Quién?  
M: ¿Eh?  
B: ¿Quién?  
M: Oye y hace rato tú no me respondiste lo que le pregunté a Ale  
B ¿Qué?  
M: Sobre hacer nuestros servicios aquí  
B: ¿Qué dice?  
M: De hacer nuestros servicios aquí, nuestras profesiones, ejercerlas aquí también  
B: Si, pero no permiten, no permiten por que no es lo mismo, yo por ejemplo se carpintería,



yo sé carpintería sé carpintería, desde la secundaria sé carpintería

M: ¿Y siguió el oficio después de eso?

B: Si

M: ¿Y qué sabe hacer de carpintería?

B: Sé hacer, uh... muebles, muebles, utensilios de, de cocina, barnicería

E: O sea que si le sabe

B: Si

M: ¿Ha practicado o ya no, lo dejo de practicar?

B: Hace tiempo no practico, no

M: Entonces ¿no lo ponían a hacer nada de eso también?

B: No, no sé como los rehabilitadores

M: Mmm, pues vamos a caminar para allá otra vez ¿no?

B: Si, ¿para dónde?

M: Para allá, para allá, para donde quieren ustedes?, ustedes díganme para donde

A: Para acá

M: ¿Para acá?

B: ¿Me das cigarros?

M: Este, sí ¿se los doy de una vez?

B: Si

M: Pero ahorita que no estemos enfrente de ellos ¿va?

A: Allá nos vamos a sentar, ahí en donde estábamos ahorita

M: Ándele ahí nos sentamos

A: ahí nos sentamos

M: Un ratito

A: No, es por acá

M: Órale va

A: ¿Ha visto a este Miguel?

M: ¿Miguel? Ahora no lo he visto

A: ¿No lo ha visto?

M: Debe estar allá en psicopediatría

A: Ah, ah sí cierto, que estaba conviviendo, ¿verdad?

M: Ajá, con los de allá, ¿Tú lo conoces, conoces a Miguel? al otro Miguel ¿al que está allá? o, o a ¿a la araña?

A: ¿Al pacientito?

M: Ándele al pacientito

A: Si lo conozco, no ubico al que dices, luego él otra vez me estaban haciendo “Alejandro, Alejandro” y este yo no sabía que me habían puesto mi nombre en ese letrero de ahí y yo volteando ahí y yo volteando

M: Ah ¿y tú volteaste, qué onda? y tu volteando

A: Chistosos

M: ¿Por el viento no?

A: Yo creo que si por el viento

M: Ese es un árbol de eucalipto y el de a lado es un pino... un pinito Igual y le pusieron también tú nombre a otro paciente

A: Mmm...

M: ¿Ustedes han hecho algún amigo aquí adentro? ¿Alguien que digan, él es mi amigo y

camarada?

A: Yo sí, porque ya sabe ¿no?, Tapía Ramírez

M: Tapia, ajá

A: Él, él, él llegó así, llegaba siempre con unrefresco y me daba la mitad, llegaba con un café y me daba la mitad y así me convidaba siempre y luego me dijo “¿me dejas este, guardar las cosas en tu locker?”, y le digo “pues, pues, ya que” y ahí estaba su cama hasta acá y luego la cambiaron para acá y está junto a mi cama así, mi cama está aquí, aquí y su cama está aquí y la otra cama está acá

M: Ajá

A: Y te digo, pues ahí convivimos un rato por que, porque este pues ahí lo mandaron y ahí lo dejaron y si si es mi amigo y si, si yo veo que esta acostado dormido yo le digo “orale ya ya, ya es la hora del comedor ya levántate” y ya se levanta, si si yo yo, soy yo el que está dormido, me me despierta

M: ¿Y con el pláticas?

A: Si si platicábamos de la enfermedad que él tenía, de que era lo que sentía y si decía que lo atormentaba en las noches, yo creo que si lo atormentaban estas voces porque, porque este, luego agarraba su radio ¡chin!, lo azotaba en el piso hasta que se descomponía, le dije “no hagas eso, dice no es que las voces me están diciendo que destruya mi radio que destruya mi radio y ahí está la pinche falsedad

M: ¿Y tu que le decias en esos momentos?

A: No pues son tus cosas, tu las compraste, así así y si

M: Mira ya se quiso ir para allá, pues vamos para... es que ahí hay más sombra no?

A: Si

M: ¿Quieres ir allá o acá?

A: Allá

M: Órale

A: Si te digo... ya están creciendo palmeras, ya están creciendo palmeras al rato van a

E: Ah sí es cierto mira

A: Van a

M: Va a crecer grandota

A: Van a sacar la raíz de la banca

M: ¿Y tú Brisseño?

B: ¿Qué?

M: ¿Tú tienes amigos acá, has hecho...

B: A Walter

M: ...amistades?

B: A Walter

M: ¿Y cómo empezaste a hacerte amigo de Walter?

B: Sí, por que lo observaba

M: A ver me voy a pasar en medio de ustedes ¿va?

B: Lo observaba como era él y lo que le hacían y de poco a poco lo recomendé con mi tutor y mi tutor lo ayudaba y luego el tutor murió

M: ¿Y cómo lo conociste? ¿quién llegó primero, él o tú?

B: Yo llegué, cuando yo llegué al cuatro, él ya estaba ahí, es lo mismo que yo, tiene como un año de diferencia de que entró, yo entre en noventa y él estuvo en el ochenta y nueve

M: ¿Y desde ahí se empezaron a hacer amigos?

B: Si... ¿tienes cigarro?

M: Si, ahorita se los doy, pero es que mira aquí nos ven, derechito allá en la puerta, pero si se los voy a dar, de todos modos no lo vas a poder prender por que...

B: No

M: Hay mucha gente que nos está observando... ¿y tú este Brisseño...quién entró primero Tapia o tú?

B: Entró Tapia, unos años antes entro

M: ¿Cómo se llama ese doctor?

B: Raúl Ángeles

A: Él es rehabilitador

B: Es veterinario

M: ¿Es veterinario?

A: Es este...

B: Si, y aparte es rehabilitador

M: ¿Cómo se llama?

B: Raúl Ángeles

A: No pero es Raúl no no...

M: Raúl Ángeles está con los de psicología ¿no?

B: Si, el es un buen de ecología, estudia ecología

M: ¿Y ahora no saben a cargo de qué está él?

B: Él está en rehabilitación

M: ¿Él es el mero mero?

B: No, es el de antes

M: ¿Y quién es el mero mero o mera mera?

B: Clemente

M: Ah Clemente

B: Barragán

M: ¿Es él que pasó allá hace rato?

B: No, ese no

M: ¿El que tenía lentes no?

B: No, es uno gordo de bigote que está por allá, ese es de psicología

M: Y regresando al tema en el que estábamos de las, de las amistades ¿ustedes creen que una amistad ayude a la cura?

B: Si, si si, por que yo lo veo por Walter ¿no?, el no puede hablar ¿no?, a parte es homosexual, el sexo que tiene el pues tiene muchos impedimentos, si luego al estar encerrado, esta peor que yo, por que el no puede decir que le pasa, luego le hacen muchas groserías, hay un enfermero que se mancha con el, viene un enfermo en la noche Loreto, le agarra el pájaro y eso esta mal ¿no?, está llorando

M: Si, esta mal

B: Está llorando, entonces yo veo eso y digo “si yo estoy mal, el esta peor”, hay que ayudar

M: ¿Y en qué le echas la mano tú?

B: Pues ahí, en que, no lo haga ese que Loreto, va en la noche, y luego dice, hasta me dice, un jueves me dice “te paso una lana si me traes a Walter en la noche”, eso dice, sí son cabrones los enfermeros y luego este, Walter digo que no y luego vuelvo a ir donde esta, que es ahí donde sucedió el problema y no puede defenderse, yo le ayudo porque como no puede hablar, le hacemos ese y le queremos estar diciendo, cómo Zavala cada cierto,

siempre lo está atacando

M: ¿Le pega o qué le hace?

B: Lo hace desatinar

M: ¿Cómo?

B: Pues solo le quita sus cucharas, le quita sus chamarras y eso hace a Walter que no se enoje, le digo a Walter que siempre tiene que estar tranquilo y que no le haga caso

M: ¿Entonces eso le ayuda a Walter?

B: Si

M: ¿Y a ti cómo crees que te ayuda eso?

B: Pues a estar con bien, no ser egoísta, por que hay veces que soy egoísta por que..

A: Cuidado eh, ahí vienen

B: Yo se que soy egoísta por que si hay alguien que está peor que yo, luego me estoy quejando

M: Te ayuda a, ¿Pero también te ayuda a ayudarles a los demás, no?

B: Si... dame cigarro

M: Si, pero ahorita, es que mira ahí están en el comedor...

B: No

M: Y están viendo hacia acá

B: No ven, no ven

M: A ti te lo voy a dar, no te preocupes

B: Si

M: Si, si te lo doy

B: Si, ¿Vamos a caminar?

M: Pero ahorita por que fue este Ale al baño ¿no?

B: Si ahorita

M: Bueno vamos a caminar

B: Ya mero es hora

M: Ya mero es hora... y ¿hay Pacientes con los cuales tú creas que no podrías ser su amigo?

B: Pues si, es que la verdad todo el mundo lo ve mal, todos tratan de atacar

M: ¿De qué, perdón?

B: Atacar

M: Ajá

B: Cuando sale uno de día, lo atacan a uno, y así se molestan

EM Ajá, sí

B: Igual pues es lo que pasa con Walter

M: ¿Él no es una persona agresiva?

B: El se la pasa, el se la pasa jugando, sus pelotas, sus muñecos, sus cucharas, toma con su café, él no ataca a nadie

M: Es más tranquilito

B: Si, es tranquilo

M: Ya veo ya veo por eso, eso te permite justamente hablar más con él, bueno tu hablar con él ¿y él cómo se comunica contigo?

B: A señas, yo le entiendo

M: ¿Tú por qué crees entender a Walter, pero los enfermeros no?

B: Es que los enfermeros vienen aquí a trabajar ¿no?, y lo que vienen a hacer es lo que

tienen que hacer

M: A ver vamos a esperar aquí a Ale, tantito

B: Que ellos me hacen algo, como decía Alejandro que un pastel o un refresco, pues es muy raro, muy raro que ellos accedan a eso, no tanto por lo que cuesta ¿no?, sino que no, no les nace hacerlo, entiendo que es por que estan mentalizados, “no pues que necesito una suplencia, que un préstamo”, luego que quiera vacaciones y no están bien aquí, no vienen a enfocarse al paciente ni a su trabajo, de hecho así lo marca la ley que van a tener que trabajar, incluso, como con pacientes

M: ¿Y por qué crees que eso pase?

B: Por que son muy inconscientes, porque también en la norma mexicana dice que tiene uno derecho a orientación, a proceso terapéutico, a muchas cosas pero ellos no lo hacen, no lo hacen y eso también es ilegal, está en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, ahí decía, en La Unión Mexicana, lo que se hace en el hospital psiquiátrico y no lo, no lo pone en práctica

M: ¿Por qué crees que no lo ponen en práctica?

B: Por que no les conviene, por decir, pues yo digo que un paciente estaría listo para que salga, ¿pues quién se lo va a llevar? No hay quien se lo lleve, procesos terapéuticos, la terapia, terapia comunitaria, todo a lo que tenemos derecho lo cierran y un paciente apto, que ya esté apto para salir ¿Quién se lo va a llevar, está en la ley eso y no lo pone en práctica

Enfermera: Hola Ale

A: Ya que se vaya con una enfermera de ellas, que nos lleve a su casa

Enfermera: Hola buenas tardes, ay Ale

M: Hola, buenas

A: Que nos lleven a su casa

Enfermera: ¿Por qué, qué pasó mi Ale?

B: Como que, ¿por que? ve, paciente y tengo una enfermera que me puede ver

Enfermera: Ah tramposillo, tramposillo, no me cuida ni a mi misma

A: Ah “no me cuida ni a mi misma”

Enfermera: Cuidate Ale, hasta luego

M: Hasta luego, que les vaya bien

Enfermera: Igualmente

A: No nos vamos a..

M: ¿Quieren ver si se puede?, es que ahí están mira, ahí están

B: No, no se puede

A: La otra también sería atrás de las oficinas

M: Es que ahí hay un grupo

B: No se puede por que están ellos ahí

M: Es que ahí había un grupo

B: Si, hay un grupo, si hay un grupo

M: Ajá, ¿quieren fijarse otra vez?

B: No, ya luego

M: ¿Se los doy?

B: Si

M: ¿Si?

A: Si danoslo

M: Órale

A: Para la noche

B: Para la noche

M: Ajá, pero aquí no se los puedo dar muchachones, vámonos para allá mira, para allá, como si fuéramos a la capilla a dar una vuelta y ahí se los doy y ya nos regresamos ¿va?

B: Si

A: O podemos ir, yo te decía acá de este lado

M: Es que ahí está como abierto, abierto el comedor y nos ven derecho, así derecho derecho ahí, entonces más pa' allá, y vaya estaba contando unas cosas muy interesantes este Brisseño

A: Si

M: Y me quedo pensando ¿no?, tal vez lo que también necesitamos es sentir y oír, ¿no?, aprender a sentir, porque justamente ellos también por el hecho de estar tan automatizados, el solo pensar en la plaza, el aguinaldo, el sueldo, las vacaciones, se nos olvida como dice Brisseño lo más importante que es la atención a ustedes y la atención más que una atención técnica debería ser también una atención...

B: Profesional

M: Ajá, si, profesional, pero además de profesional, pasional, ¿no creen?

B: Si

M: Y pasional no por que el, el, el doctor se vaya a agarrar a besos al paciente, sino que pasional porque implica que pongamos nuestros sentimientos ¿no? la amistad es como una pasión ¿no?, todo lo que viene con la amistad, todo lo que se siente con la amistad, es una pasión y eso ayuda a estar mejor, ayuda a tranquilizarse cuando uno esta en momentos de crisis ¿no?, ayuda a tener un confidente a quien contarle tus cosas, o que sienta empatía por ti, que te entienda

A: Si

M: ¿No?, como tu con Tapia o como Brisseño con este Walter, y si bien el médico no va a ser su amigazo del alma, si bien debemos entender que los sentimientos están siempre presentes y debemos tomarlos en cuenta y también trabajar con ustedes desde los sentimientos ¿no?, por que por ejemplo: ¿ustedes que sienten cuando venimos acá a fumar?

B: Yo vengo a platicar, y ya platicando, estoy platicando de lo que estoy viviendo, me la pasé bien, me la pase bien todos los días, como amanezco, como estoy, como va todo el día, todo eso, donde nos sentamos

M: Ajá

B: Así caminando, platicando

M: ¿Crees que este tiempo que hemos convivido te ha ayudado?

B: Si, si, porque de hecho yo antes de hecho era tan animado como ahorita, cuando quiero algo ya lo consigo fácilmente, antes no

M: ¿Cómo, cómo?

B: Batallaba y batallaba para conseguir para el café, el cigarro y ahorita ya casi no, por que los señores se fueron y se ocupa café y cigarro, y yo...

M: Para acá ¿no?, ¿no quieren sentarse a fumar su cigarro tranquilitos?

B: No, no me lo quiero fumar

M: ¿No, no te lo quieres fumar?

B: No

M: ¿Tu Ale, te lo quieres fumar?

A: Si  
M: ¿Tú si?  
B: ¿Qué haces?  
M: Estoy buscandolos, ¿te quieres sentar tantito?  
B: Si  
A: Si  
M: A ver Ale, te ayudo a prenderlo, ¿lo quieres prender?  
A: Si  
M: ¿Tú no verdad?  
B: No, en la tarde  
M: Oye Ale, ¿tú crees que estas caminatas y estas pláticas te ayudan en algo?  
A: Yo pienso que podríamos volver a caminar otra vez, este como antes, pienso que no le doy la vuelta así para allá y eso, pero es que no me deja la rodilla de molestar, siento que me duele y me duele, yo por más que hago los movimientos, no se me quita  
M: ¿Y ya lo platicaste con los rehabilitadores?  
A: Si, de las rodillas no, pero de mis dedos si y me dijeron: “no pues hasta que le digas a la doctora y me vio la, por segunda vez y me dijo “ no puedo más que, más que ¿eh?, más que este, que veas, que asistas a otra doctora y no vino, el trato es con la otra doctora, no puedo hacer nada por tu dedo, no me explico por que el dolor, me pone miconazol a que desaparezca y creo que sí me ha estado ayudando eso  
M: Pero ¿en la rodilla?, o sea a ti te duele la rodilla y el miconazol te lo pones en el pie ¿no?  
A: Si, sí tienes razón, no, no, no, este, ¿cómo te diré? no, no, no veo por que el dolor de la rodilla, siento como otra rodilla en mi rodilla  
M: ¿Cuándo empezó el dolor?  
A: Pues ya tiene como tres meses, cuatro meses, no, más, como medio año  
M: Cuando fuimos a la UAM ¿ya te sentías así?  
A: No, no me siento bien  
M: Mmm ¿Qué podríamos hacer?  
A: Ha, pues tu me enseñaste a una chica que baila ¿no?, ya habíamos ido allá, allá habíamos estado y no había sentido nada, pero es mucho el dolor, es mucho el dolor el que me hace mover la rodilla y es lo que yo no no no, no concibo, pues no me deja caminar  
M: No te deja estar agusto, ¿tú quisieras caminar más?  
A: Pues si, un rato, volver a a caminar otro rato, a las caminatas que ellos llevan, como ahorita, a unirme otra vez a ellos, ya los miércoles vengo para acá  
M: ¿Qué días salen ellos a caminar?  
B: No sé de días  
M: ¿No, así un día al azar?  
B: Un día al azar  
A: Si te decía, aquí en esta parte de aquí como que lo siento, si lo siento y no lo comprendo, no comprendo por que, no comprendo por qué esa necesidad  
M: ¿Te pegaste?  
B: No, a si un día un día me quedé ahí tirado, dije “ah, a soportar el dolor” y, y me recuperé y pues ya en medio año o más ya no  
M: Órale y eso te impide caminar justamente y poder estar con los demás en el paseo  
A: Y también quieren que les ayude con los demás pacientitos, imagínate la camioneta que

llevan y luego sale a uno que llevan en silla de ruedas, pues si les brindo ayuda pero, pero forzosamente, no puedes, no puedes, este, caminar por ellos

M: ¿Y por qué es forzoso, te obligan a que los ayudes?

A: Pues algo así, mentalmente puede ser que si, “no, échenle la mano a ese, échenle la mano al otro”

M: Pero se mandan ellos

A: No pues este ellos, ellos cumplen su función, como que nos sacan a caminar, a tener que, hasta hay un pacientito que tiene un, un, un como bastón y lo ponen a caminar de aquí hasta allá, de allá hasta acá, afuera del jardín también

M: Mmm...

A: Y la idea es que siempre debes estar caminando, ejerciendo el movimiento en los músculos, en los huesos, para que no se te, no se te mantenga estable, el. el, el ¿cómo se llama?

M: El hueso, el músculo, el nervio

A: El hueso, ajá, para que lo tengas en movimiento y cuando seas más viejito te sirva para caminar

M: Ajá, que no te cueste trabajo

A: Si no te cuesta más trabajo, Brisseño no sale a caminar, así, yo lo veo que está ahí en su cama y pues está ahí, ahí acostado acostado, yo por lo menos camino de aquí para acá

M: Él por que no puede, ¿no Brisseño?

A: En el transcurso del...

B: No, no podía pero ahora si puedo, lo que hago así en la noche cuando no duermo y ando, ando caminando

M: Y ahora le dan más ganas de caminar, ¿quieren, quieren seguir caminando?, miren ya

B: Ya, ya

M: Por que ya son las doce, veinte

A: Ya vamos

B: Vamos

M: Vamos para allá, ¿nos vamos por acá?

B: Por acá

M: Órale pues

A: Si, te digo, e-e-e-es que ese síntoma, se tiene que mantener caminando, caminando, caminando, para que cuando tu seas más grande ya puedas caminar, pues hay viejitos que, que tienen determinada edad y ahí los ves caminar y caminar, ¿a poco no?

M: Si, si es cierto

A: Si es cierto

M: Yo conocí a un viejito de noventa años que se iba al monte a tumbar árboles

A: SI

M: Y a, a hacer leña de los árboles

A: Pues fijate

M: Ya estaba grande y aún así partía árboles

A: Si, pues yo me hice a la tarea de este, también de ayudarle al pacientito este que lo veo, de este de sacar las sábanas, sacarle la ropa escéptico, sacar las cobijas y las colchas y yo siempre le estoy pidiendo a nuestro señor, que me, que me de fuerzas para hacer eso, aunque ya en la mañana termino por tomarme cuatro vasos de agua, cuatro vasos de agua por que me acaloro y me da un calor sofocante



M: Ajá

A: Entonces agarro un vaso de agua, agarro otro vaso y me lo llevo acá, mi vaso de agua y eso me ayuda también ¿no?

M: Si, si, yo digo que sí, también como hace calor.