



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

---

---

UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**“El quehacer institucional de Casa Azul Comunidad  
Terapéutica:  
La distancia entre su discurso y su práctica”**

**TRABAJO TERMINAL  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
**MARIA GUADALUPE ARGUELLO TORRES**

ASESORES:  
MAKOWSKI MUCHNIK SARA ESTER

MÉXICO CDMX

NOVIEMBRE 2019

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| AGRADECIMIENTOS .....  | 3  |
| INTRODUCCIÓN .....   | 4  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....  | 5  |
| RELEVANCIA SOCIAL.....   | 6  |
| ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN .....  | 8  |
| PERSPECTIVA METODOLOGICA .....   | 13 |
| <b>CAPITULO 1</b> .....  | 15 |
| 1.1 HABLEMOS SOBRE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.....                                  | 16 |
| 1.2 EL TRATAMIENTO A LA ENFERMEDAD MENTAL EN MÉXICO: AYER Y HOY.                   | 20 |
| 1.3 COMUNIDAD TERAPÉUTICA. UNA ALTERNATIVA AL MANICOMIO.....                       | 24 |
| <b>CAPITULO 2</b> .....  | 28 |
| 2.1 CASA AZUL COMUNIDAD TERAPÉUTICA S. C.....                                      | 29 |
| 2.2 APROXIMACIÓN A CAMPO.....  | 33 |
| <b>CAPITULO 3</b> .....  | 36 |
| 3.1 ANÁLISIS A NIVEL INSTITUCIÓN. ....   | 37 |
| 3.2 LA CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULOS A PARTIR DE LA PERMANENCIA EN LA<br>COMUNIDAD..... | 43 |
| CONCLUSIONES .....   | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....   | 49 |
| ANEXOS.....  | 52 |
| GUIONES DE ENTREVISTA .....  | 52 |
| EJEMPLO DE TRANSCRIPCIÓN .....   | 59 |
| EJEMPLO DE CATEGORIZACIÓN.....   | 76 |
| GUION DE NARRATIVA .....   | 84 |
| EJEMPLO DE NARRATIVA .....   | 85 |

## AGRADECIMIENTOS

*A mi mamá, hermanos y familia por creer en mí,  
por confiar plenamente en que lo lograría,  
por motivarme cada vez que el camino se tornaba gris.  
Por impulsarme a ser mejor persona y así superar  
cualquier problema que se pueda presentar.  
los amo con el alma.*

*A ti, **mi amor**, que has estado conmigo desde el inicio de mi carrera;  
por cada acto de amor; por ser mi mejor amigo, mi compañero de vida  
y mi equipo; por apoyarme en las buenas y en las malas; porque sin ser  
mi compañero de clase, te las ingeniate para ayudarme en los momentos  
difíciles; por compartir tu tiempo y el que nos pertenecía a ambos.  
Te amo infinitamente.*

*A mi asesora **Sara Makowski** quien, con ayuda  
de su sabiduría y experiencia, me guio hasta el final.  
Me dio las armas para seguir cuando lo sentía todo perdido.  
Por su paciencia y comprensión. ¡Muchas gracias!*

*A las **personas de Casa Azul** que forman parte de esta investigación.  
Por abrirme las puertas no sólo de la casa, sino también de sus vidas.  
Gracias infinitas por su apoyo y confianza que me brindaron por casi un año.*

*A **Karla, Gabriela, Bryan, Edgar y Alan**, por acompañarme en este camino.  
Les deseo mucho éxito.*

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación es el resultado de casi un año de convivir y asistir regularmente a Casa Azul Comunidad Terapéutica S.C. Mi llegada a la comunidad fue por vía servicio social.

¿Por qué nombrarla El quehacer institucional de Casa Azul Comunidad Terapéutica: su discurso y su práctica? Porque es dar la introducción con leer tan sólo el nombre, ya que mi trabajo consistió en identificar la relación que existe entre lo que se dice y lo que realmente pasa dentro de la institución.

La investigación está estructurada por tres capítulos. En el primero se aborda el tema de la salud mental en México, así como sus antecedentes históricos y sus alternativas de tratamiento. El segundo capítulo se titula “Conociendo Casa Azul” y aquí se da a conocer el trabajo que presume Casa Azul como una estancia que se encarga del tratamiento de las psicopatologías, esto desde el discurso de la misma institución y también se encuentran mi aproximación al campo.

El tercer y último capítulo es “Conociendo (viviendo) Casa Azul, personalmente, es el más importante y emotivo, ya que narra, no solo mi experiencia y descubrimientos en el campo, también se narra la vida, la relación y la experiencia de los residentes de Casa Azul que me acompañaron y ayudaron a realizar este trabajo que da lugar a mi egreso de la licenciatura. Es especial en el sentido de que fue el capítulo que más trabajo me costó escribir, ya que llegó en un momento muy difícil de mi vida. Escribir este capítulo significaba cerrar muchos ciclos: Significaba concluir y romper definitivamente con mi vínculo construido con Casa Azul; significaba terminar mi último trabajo de la licenciatura; y me sirvió como impulso para levantarme de la cama cuando ya no podía más.

Esta investigación no tiene como objetivo desvalorizar a la institución. Mis resultados y conclusiones van dirigidas a poder aportar beneficios en pro a la Comunidad Terapéutica que formó parte de mi vida por aproximadamente un año.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Casa Azul Comunidad Terapéutica S.C. tiene casi 30 años de experiencia en el tratamiento de las psicopatologías ocasionadas ya sea por un momento de crisis que atraviesa el sujeto o por el abuso de sustancias psicoactivas.

El objetivo principal para brindarles un tratamiento óptimo a los residentes es el inscribir a los sujetos en la comunidad para que así, con el apoyo del grupo, se favorezca la estabilidad emocional y se logre mejorar la calidad de vida, además de intentar reproducir una vida cotidiana real que ayude a la reinserción del sujeto a su vida fuera de CA.

El problema es que, en la práctica cotidiana dentro de la institución, pueden encontrarse elementos o situaciones que no permiten que dichos objetivos se cumplan con éxito, ocasionando que exista una idea utópica de lo que es Casa Azul en el discurso de los profesionales, pero que no está presente en la experiencia de los usuarios.

Es por esto por lo que el objetivo general de esta investigación es:

- ✚ Analizar qué articulaciones existen entre el discurso y la práctica institucional realizada en Casa Azul.

Los objetivos específicos son:

- ✚ Exponer el modelo de CT en el que se basa CA.
- ✚ Analizar el sentido que tanto los residentes como los profesionales que laboran en CA le atribuyen a la CT.
- ✚ Identificar cómo se construyen vínculos y comunidad entre los residentes a partir de la mediación de CA.

La pregunta de investigación para poder lograr dichos objetivos de esta es la siguiente:

**¿Qué discursos y prácticas atraviesan el quehacer institucional de Casa Azul?**

## RELEVANCIA SOCIAL

La relevancia de mi investigación radica en que pretendo dar una mirada del funcionamiento de una comunidad terapéutica, en donde uno de sus objetivos, es alcanzar la reinserción social de los sujetos que recurren a dicha alternativa para el tratamiento de su padecimiento, pero esto no sería posible si no me ocupó en analizar los vínculos que se construyen dentro de dicha institución y que son de valiosa importancia para lograr el objetivo principal.

La salud mental es un problema psicosocial y un tema de suma importancia, ya que, las enfermedades mentales no distinguen sexo, edad, posición socioeconómica, etnia, etc.

Su tratamiento en México aún tiene muchas fallas a pesar de que el Estado lleva años tratando de mejorar la situación no sólo de las instituciones, sino del servicio que se brinda a los sujetos que padecen dichos trastornos mentales. Por ejemplo, los resultados de la investigación “Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?” Los resultados son que:

*“Del total del presupuesto asignado a la salud, solo 2% estaba destinado a la salud mental y, de ese porcentaje, 80% se empleaba para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos. El eje de la atención de la salud mental se encontraba en el hospital psiquiátrico y existían muy pocas unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales y establecimientos residenciales, así como servicios específicos para niños y adolescentes. El acceso estaba limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos se ubicaban en las grandes ciudades. Solamente 30% de los servicios de atención primaria contaban con protocolos de evaluación y tratamiento para trastornos mentales. Finalmente, en los establecimientos de salud mental, la tasa de psiquiatras, médicos, enfermeros y psicólogos por cada 100 000 habitantes registró valores de 1,6, 1,3, 3,4 y 1,5 respectivamente”. (Berenzon; Saavedra; Medina- Mora; Aparicio; Galván, 2013:252)*

Otro problema que no podemos dejar de lado es la estigmatización que aún gira en torno a la locura por parte de los miembros de la sociedad, lo cual, en la mayoría de los casos, la solución próxima es el abandono y exclusión del sujeto, no sólo de su círculo social más

cercano (la familia), sino que es relegado a instituciones psiquiátricas, llámense públicas y privadas, que no hacen más que agravar el asunto. México es "...el segundo país en el mundo con más estigma hacia y entre las personas con padecimientos psiquiátricos, según un análisis que se publicó en 2016 a partir de la encuesta de Salud Mental que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los cinco continentes". (Camhaji, 2018)

Existen otras alternativas que trabajan para lograr la inclusión social del sujeto, como, por ejemplo, las comunidades terapéuticas, en este caso específicamente, Casa Azul. Pero me resulta importante investigar si realmente cumple los parámetros y objetivos que se ponen en juego al momento de su quehacer institucional en pro del tratamiento.

Espero que este trabajo abra paso a futuras investigaciones que permitan analizar más detenidamente el problema que gira en torno a la psicopatología y las alternativas que se emplean para su tratamiento, apostándole a la importancia a la construcción de vínculos y al apoyo comunitario.

## ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

En la búsqueda de información pertinente para esta investigación, en la que el trabajo de campo se realizará dentro de Casa Azul Comunidad Terapéutica, se encontraron tesis que se han trabajado dentro de esta institución elaboradas por miembros de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

### TESIS 1.

**Título:** Estigma de la enfermedad mental en residentes de la comunidad terapéutica Casa Azul.

**Autores:** Escalante Rodríguez Néstor Daniel/ Sosa Torres Norma Guadalupe

**Reseña:** Se habla de la noción de subjetividad y su implicación en la construcción del sujeto a partir de las instituciones, la sociedad, la historia, lo cultural y la relación con los otros. Se plantea la idea de la institución como significación, es decir, aquella institución que marca la normalidad y el sentido de la vida del sujeto en sociedad (forma su subjetividad). Se señalan las formas en que estas instituciones actúan en, por ejemplo, las normas, los valores, lenguaje, imágenes, etc.

Se trata el tema del estigma como algo que hace menos al sujeto, es decir, que lo saca de la normalidad y al ser sacado de esta, se desacredita por la etiqueta. Al estar fuera de la normalidad (en este caso por ser un enfermo mental) se generan ideas negativas en el sujeto y, a partir de esto, se pierden capacidades propias de autonomía, por ejemplo, que el enfermo es incapaz de trabajar o de vivir independientemente por efecto de este estigma.

Describe cómo era vista la enfermedad mental desde tiempo atrás. Desde que se intentó simplemente excluir a la locura en el encierro sin fin de curarla o tratarla. Posteriormente, con la evolución de la medicina y la psiquiatría, la locura era diagnosticada y tratada.

Se habla de la psicosis vista desde la perspectiva psicoanalítica. La psicosis es, en sí, la pérdida de la realidad y la sustitución de esta a través del delirio y alucinaciones. Además de que la psicosis se estructura en la restitución, ya que, el delirio contiene fragmentos de verdad de la historia del sujeto.



También, se investigan los antecedentes históricos y del modelo terapéutico de Casa Azul. Se habla de cómo fue fundada, obteniendo esta información por medio de la entrevista con el director de ese momento. En la fundación participaron un psiquiatra y dos psicoanalistas y requirió muchos recursos económicos. En cuanto al modelo se especifica que se trataba a cada sujeto respecto a su situación particular. Al llegar el paciente se determinaba cuánto tiempo estaría ahí. Cada residente contaba con un responsable terapéutico. Cada residente era evaluado para diseñar el tratamiento de este (terapia, medicación). El personal consistía en psicólogos llamados “clínicos” que son coordinadores de las unidades de Casa Azul, los trabajadores de guardia, prestadores de servicio social y talleristas. Los autores relatan que ellos como servidores sociales realizaban el rol de Acompañante Terapéutico que consistía en darle un sostén emocional al paciente realizando diversas actividades cotidianas y acompañándolos a los talleres.

## TESIS 2.

**Título:** Amor y pérdida en pacientes de Casa Azul, Comunidad Terapéutica. Dinámica de vínculos afectivos.

**Autores:** Calderón Vásquez Maricruz/ Jacinto Rodero Luz Fernanda/ Maceda Monroy Natzin Alejandra.

**Reseña:** Se plantean los problemas que surgen alrededor de la formación de vínculos afectivos, como el hecho de la pérdida de alguno de éstos, debido a su constitución psíquica partiendo de los distintos diagnósticos psiquiátricos, las normas que los regulan o el creciente sentido de individualidad y búsqueda por la “libertad”.

Los autores cuestionan los posicionamientos desde los que se piensa la experiencia de vinculación con el otro a partir de los distintos diagnósticos psiquiátricos y las propuestas de una comunidad terapéutica respecto a las necesidades de sus usuarios.

Se abordan temas como el vínculo, Comunidad Terapéutica, Acompañamiento terapéutico, la locura; lazos familiares, estructuras psicóticas, el amor, duelo y melancolía.

Dentro de este trabajo se encuentra un aparatado correspondiente al campo, donde las autoras dan un recorrido desde como entraron a Casa Azul a realizar su servicio social hasta

su experiencia durante su estancia dentro de la comunidad. También describen el funcionamiento dentro de la comunidad.

En este mismo apartado, se anexan construcciones de casos de algunos de los usuarios que son descritos por las autoras partiendo de conversaciones con los mismos o con información que los clínicos de CA les proporcionaban, en estos casos se pueden leer algunas historias de los vínculos a lo largo de la vida de los usuarios.

El análisis de la investigación se desarrolla partiendo desde tres diferentes dimensiones: la individual, la grupal y la institucional, aspectos que conforman la compleja relación sujeto-sociedad.

Analizan la relación de los usuarios con sus familiares y en algunos de los casos, como el entorno familiar es el que los enferma o los hace más fuertes ya que son una verdadera fuente de apoyo; los vínculos que se construyen dentro de la casa entre usuario- usuario, usuario- prestador de servicio social; y analizan el papel de Casa Azul como comunidad terapéutica para que estos vínculos lleguen a construirse y, sobre todo, sean sanos y duraderos. También, analizan el delirio como forma de dar sentido y soporte a la realidad del usuario.

### TESIS 3.

**Título:** El manejo de la transferencia por parte de los acompañantes durante el acompañamiento terapéutico a pacientes psicóticos en casa azul.

**Autores:** González Méndez Cristina/ Salas Contreras Rocío

**Reseña:** Se aborda la construcción subjetiva de los sujetos, partiendo del análisis de Lidia Fernández con respecto a las teorías de Freud y Lacan.

Uno de los temas que se desarrollan son las funciones del acompañamiento terapéutico. Se hace un listado de las funciones tomando como referente teórico a Susana Kuras, haciendo hincapié en el carácter particular de los casos y la difícil definición exacta de las funciones por su carácter cambiante a lo largo del tratamiento. El listado que se hace es: 1) Contener al paciente, 2) Brindarse como modelo de identificación, 3) Prestar el Yo, 4) Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente, 5) Brindar su información para la comprensión global del paciente, 6) Representar al terapeuta, 7) Actuar como agente

resocializador, 8) Servir como agente catalizador de las relaciones familiares. También, se describen los tipos de acompañamiento terapéutico.

Otro tema es la teoría del vínculo desde Enrique Pichón Rievire, habla de la multiplicidad de vínculos existentes entre el sujeto y su entorno, también aborda los puntos centrales de la psicoterapia relacionados con la psicosis transferencial. Otro punto es la diferenciación de los vínculos internos y externos.

Se define el papel y el manejo del acompañamiento terapéutico durante su práctica, nos hablan del vínculo social y como en la relación de objeto queda implícita la personalidad, el aparato psíquico y las estructuras, haciendo hincapié en los diversos significados y el carácter particular de los vínculos en cada caso.

Se define las transferencias entre los sujetos con una estructura neurótica y una psicótica, desde la posición freudiana y su capacidad de análisis, se hace énfasis en la necesidad de entender el funcionamiento de las transferencias con la estructura psicótica. Desde esta teoría se expone el descubrimiento y desarrollo de este concepto, completando esta definición con autores como Radosh, con el fin de mostrar la importancia de la transferencia en el acompañamiento terapéutico.

Se menciona la importancia y el cuidado que se debe tener durante el acompañamiento terapéutico para evitar trabajar desde el deseo de los participantes y nos habla de dos polos de la transferencia como positiva (sentimientos amorosos) y negativa (emociones hostiles y la erotización de los sentimientos amorosos). También argumenta la posibilidad de análisis transferencial en el caso de ambas estructuras, en contraposición con algunas teorías.

Se describen los elementos que se juegan durante el tratamiento terapéutico con respecto a la transferencia y cómo actúan de forma diferente en cada uno de los participantes y las dificultades que podrían significar de no llevar un trabajo cuidadoso, para esta sección usa como referente teórico a Pulice, esto para exponer el papel y desempeño de la transferencia positiva, y para su contraparte negativa se apoya de E. Fernández. También menciona el papel de la transferencia como “afectos” desde Gustavo Racca, estos impulsan la relación. A continuación, menciona como la relación durante el acompañamiento terapéutico, a medida que avanza, se va haciendo más estrecha, pero también menciona la importancia del papel

del acompañante para ser consiente del juego transferencial para mantener la estabilidad, esto lo argumenta apoyándose en Macías, en pocas palabras describe los riesgos y los márgenes entre los cuales se ha de mover el acompañante para el buen funcionamiento de la relación durante el acompañamiento terapéutico.

## PERSPECTIVA METODOLOGICA

Considero que cuando se es parte de una investigación o práctica científica, se debe de utilizar un método que sea pertinente y adecuado para poder realizarla. Muchas veces en las ciencias sociales el objeto de estudio implica entidades abstractas como lo son procesos históricos, valores, culturas, la construcción de ideologías, etc. Los métodos de las ciencias sociales no siempre incluyen mediciones o experimentación como lo hacen las ciencias duras que siguen con rigor un solo método. Al reflexionar sobre qué metodología utilizaré como psicóloga en formación, llegué a la conclusión de que la metodología cualitativa es en la que me basaré, ya que, con ésta, como dice Margarita Baz, “se pueden producir datos descriptivos que buscan una comprensión más profunda del tema a investigar. Los métodos cualitativos nos permiten, de cierta manera, construir y describir el comportamiento de los sujetos de nuestra investigación y nos permite ver a dichos sujetos en su contexto”. (Baz, 2002:76)

Entender las diferencias entre las metodologías cuantitativas y cualitativas, me permite entender con más claridad que al escoger la metodología cualitativa, estoy escogiendo un método que es interpretativo. Si bien, en una investigación, por lo regular, se debe ser objetivo en cuanto a lo cuantificable, al elegir una metodología cualitativa, estoy interviniendo en mi campo de estudio, y es imposible mantener una postura 100% objetiva porque todo lo que estoy haciendo es interpretar la información que logre producir a partir de los vínculos construidos a partir de mi posición como investigadora con los sujetos que colaboren en este trabajo.

En la realización de esta investigación, la entrevista a profundidad es una de las herramientas que me pareció pertinente de utilizar, debido a que me permitirá ahondar en el discurso del sujeto. En esta metodología se reconoce que el entrevistador no se puede aislar del fenómeno, como pretenden las herramientas de corte positivista, en este caso, en la dinámica se está consciente del papel recíproco entre los interlocutores, utilizándolo como una ventaja y no como un detractor que podría entorpecer o comprometer la validez de la práctica, como menciona Taylor, S.T/ Bogdan, R:

*“El instrumento de trabajo del entrevistador es él mismo, su propia personalidad, que entra indefectiblemente en juego en la relación interpersonal; con el agravante de que el*

*objeto que debe estudiar es otro ser humano, de tal manera que, al examinar la vida de los demás, se halla directamente implicada la revisión y examen de su propia vida, de su personalidad, conflictos y frustraciones”.* (Taylor; Bogdan, 1996:100-132)

A raíz de este método, pude interpretar el discurso del sujeto. Lo que nos ofrece la entrevista a profundidad, es una mirada del mundo a través de los ojos de otra persona que habla por sí sola, pero también habla por los demás sujetos que la han hecho el sujeto que es. El discurso da cuenta de su subjetividad.

La muestra fueron seis entrevistas al equipo de trabajo de CA y dos a prestadores de servicio social.

Otra herramienta metodológica fue la observación participante, que “consiste en dos actividades principales: observar sistemáticamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea, y participar, tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella”. (Guber, 2009:172) Esta se llevó a cabo, durante y después de la realización del servicio social en CA. Esta condición de prestadora de servicio social y, además, mi posicionamiento como psicóloga social egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, me ayudó a tener una visión crítica que me permitió incidir en los procesos psicosociales, grupales, comunitarios, e institucionales para la transformación y el desarrollo de nuestra sociedad. También, es importante tomar en cuenta la construcción de vínculos con los otros que me acompañaron a lo largo de esta labor de investigadora. Porque así es la manera en la que nos construimos como sujetos a lo largo de nuestras vidas, a partir del vínculo con los otros, con las instituciones, etc.

# **CAPITULO 1**

## **SALUD MENTAL**

## 1.1 HABLEMOS SOBRE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

La salud mental es, según la OMS, “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”<sup>1</sup>. Por otra parte, la American Psychological Association (APA) describe a la salud mental como “la forma en que sus pensamientos, sentimientos y conductas afectan su vida. La buena salud mental conduce a una imagen positiva de uno mismo y, a su vez, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas. Tener una buena salud mental le ayuda a tomar buenas decisiones y afrontar los desafíos de la vida en el hogar, el trabajo o la escuela”<sup>2</sup>. Con lo anterior, ¿Qué tan lejana se ve la idea de una salud mental plena en nuestro país?

México actualmente y desde hace ya varios años, atraviesa una gran crisis social causada por diferentes factores, uno, es la violencia que se manifiesta día a día, la desigualdad que existe principalmente en la condición socioeconómica ocasionada por el abandono que aqueja a determinados sectores de la población y, por último, la inseguridad ante la idea de un futuro incierto ya que el Estado no le brinda a la población mexicana suficientes oportunidades de empleo, vivienda, educación y salud.

La salud es una de las necesidades básicas del ser humano, se busca que sea eficiente y que esté al alcance de toda la población, pero en muchos casos, no es así. “Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes”<sup>3</sup>. La salud física es importante, pero no es la única, se necesita poner énfasis a la salud mental.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Consultado el 28 de diciembre del 2018 en: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

<sup>2</sup> American Psychological Association. Consultado el 31 de octubre del 2019 en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie>

<sup>3</sup> Sandoval, Juan. La salud mental en México. División de Política Social. Servicio de investigación y análisis. Pp. 10. Consultado el 29 de octubre del 2019 en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf?fbclid=IwAR3HGofno1eJ7YHf8FEcquv3U\\_-Boy9FoSqM5aXdVdb-oihZ9i\\_J9vhjSuo](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf?fbclid=IwAR3HGofno1eJ7YHf8FEcquv3U_-Boy9FoSqM5aXdVdb-oihZ9i_J9vhjSuo)



Tras mencionar los problemas que se presentan en nuestro país, es pertinente hacer la observación de que la salud mental de los sujetos no sólo está determinada por factores biológicos, sino que también influyen factores sociales, ambientales, psicológicos y culturales. Por eso, debemos tener en cuenta que:

*Dependiendo del contexto social, algunas personas pueden tener un riesgo mayor a sufrir problemas de salud mental, como es el caso de las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o abandono, las personas que por su condición de preferencia sexual u origen cultural estén sometidas a discriminación, o las personas víctimas de desastres naturales o emergencias humanitarias. Además de elementos macroeconómicos como la crisis financiera, que aumentan las dificultades de muchas familias generando trastornos mentales relacionados al maltrato, violencia y exceso de trabajo. (Secretaría de salud, 2014:19)*

El problema de la salud mental resulta ser un gran problema en muchos países del mundo, ya que, las políticas públicas dan mayor prioridad a otros padecimientos, ocasionando que el presupuesto que se designe para su atención sea poco o insuficiente. Por ejemplo: “En México, aunque en el periodo 2010-2015 el presupuesto aprobado para salud mental presentó un comportamiento creciente y pasó de menos de 1 a 2.2% del total destinado a salud –2 586 millones de pesos para 2017–, los porcentajes y cifras absolutas son aún muy lejanas a las recomendadas por la OMS”. (Katz; Lazcano; Madrigal, 2017:351)

Con el objetivo de mejorar los sistemas de salud mental de un país o región, la OMS desarrolló el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) que sirve como herramienta para la recopilación de información que permite evaluar y fortalecer los servicios que se brindan en todo el mundo. En México, se implementa entre 2009 y 2010, “con el objetivo de tener un conocimiento más acabado de la estructura y la distribución de los recursos de atención en materia de salud mental”. (Berenzon; Saavedra; Medina- Mora; Aparicio; Galván, 2013: 253)

Actualmente, en el documento del Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018, se exponen estrategias, acciones y metas que busca una mejor organización de los servicios de salud mental. Dicho programa:

*Contempla la necesidad de contar con un sistema útil de información epidemiológica en salud mental que proporcione datos de la realidad nacional, así como el desarrollo de investigación en las causas de los trastornos mentales, los tratamientos e intervenciones que puedan beneficiar de mejor forma a la población mexicana que lo requiere, aplicando en los servicios el conocimiento científico y tecnológico disponible en salud mental, tanto en tratamientos farmacológicos como psicológicos.* (Secretaría de salud, 2014:31)

El programa se sustenta del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental el cual “pretende homogenizar la calidad de atención, a través de la red existente y el incremento de los servicios de salud mental, integrando la red de servicios, a la red general de servicios de salud”. (Secretaría de salud, 2014:32) Su formación retomó elementos de las reformas psiquiátricas española, italiana y mexicana.

En dicho programa de acción, también se expone que el reto principal es la erradicación de la violación de los derechos humanos y de las prácticas de tortura a los usuarios (as) hospitalizados en unidades psiquiátricas. Pero también, se apuesta a Programas de Rehabilitación Psicosocial, esto con el fin de brindar autonomía y lograr la reinserción social a sujetos con padecimientos psiquiátricos. Se busca fortalecer la promoción de la salud mental, incrementar acciones que favorezcan la detección temprana de los trastornos mentales. Pero para lograr todas las metas anteriores, se espera que la inversión en salud mental aumente y se pueda ver reflejado en propuestas para transformar el abordaje y las modalidades para su atención.

Lo que se pretende con dicho modelo, resulta bastante aceptable para lograr una mejor atención y servicio a personas con padecimientos mentales, pero aún no hay suficiente evidencia empírica sobre su funcionamiento. En el 2010, la autoridad federal que se hacía cargo del modelo Hidalgo, les explicó a investigadores de la DRI (Disability Rights International) y de la CMDPDH (Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos) que “... en los últimos diez años, había sido imposible conseguir el apoyo político de las autoridades en salud mental, necesario para permitir a los programas del modelo Hidalgo transferirse completamente hacia la comunidad”. Se les negó el acceso a los investigadores a las villas Hidalgo, por lo que les resultó imposible examinar la

operación del programa. No se cuenta con registros empíricos que garanticen la eficacia de dicho modelo y que realmente apoye a todo aquel que lo requiera, ya que, "... en términos de accesibilidad, el sistema de salud mental en México se caracteriza por ser desigual e inequitativo; tanto geográficamente como para ciertos grupos sociales (indígenas, minorías religiosas); [...] subyace una dramática situación de desconocimiento y violación de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos". (Makowski, 2013:290)

Otro problema que es frecuente que se registre, es el "[...] abandono social y familiar, el cual, es una constante para las personas con trastornos mentales, quienes muchas veces se ven relegadas el resto de sus vidas a instituciones psiquiátricas. Es así como, en estos casos el retorno a la comunidad es inexistente". (Makowski, 2013:291)

Como medida clave, se piensa en instituciones, políticas públicas y planes que brinden la oportunidad de apoyar al sujeto con trastornos mentales para poder integrarse de nuevo a la vida cotidiana en su contexto social. Para eso, existen alternativas para el tratamiento de las enfermedades mentales, algunas suelen ser instituciones privadas que buscan que, junto con el tratamiento, el sujeto pueda ser reinsertado a la sociedad. Dentro de estas alternativas, podemos destacar a las comunidades terapéuticas (CT), que se definen como "Un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o restauración. Es un modelo de trabajo radicalmente distinto al de la institución de salud tradicional, sin dominación de técnicas y/o profesionales". (Palacios, 2013:6)

## 1.2 EL TRATAMIENTO A LA ENFERMEDAD MENTAL EN MÉXICO: AYER Y HOY.

Es en la época Colonial, cuando se fundan en México los dos primeros hospitales para la asistencia de enfermos mentales. En 1567, Bernardino Álvarez abre sus puertas el Hospital de San Hipólito “...para recibir a los más desprotegidos según su propia experiencia: los convalecientes, los ancianos y los locos, [...] los dementes eran como «piedras vivas» pues incapaces de bastarse a sí mismos, morían si les faltaba el sustento”. (Sacristán, 2005:14)

Posteriormente, en 1687, gracias a José de Sáyago quien “... acogió en su casa a una prima de su esposa al parecer demente, hecho que despertó en él cierta sensibilidad motivándolo a recoger a cuantas mujeres, en apariencia locas, encontró deambulando por las calles” (Sacristán, 2005:14) se funda el hospital del Divino Salvador con ayuda del, en ese entonces arzobispo de México, Francisco de Aguiar y Seijas, ya que, en la casa de José ya no había el espacio suficiente para seguirlas albergando.

Dichos hospitales se mantuvieron en funcionamiento hasta 1910, año en el que se inauguró el Manicomio General La Castañeda con motivo de los festejos del centenario de la Independencia de México. La apertura de este llegó con los proyectos de modernización y otros proyectos arquitectónicos (manicomios y cárceles), como, por ejemplo, El Palacio de Lecumberri con el fin de reproducir los modelos europeos bajo el mandato de Porfirio Díaz. Esto reproducía el modelo parisino asilar de atención psiquiátrica para enfermos mentales. El principal propósito de estos modelos arquitectónicos, más que la rehabilitación y reinserción social, era el aislamiento de todo sujeto que no entrara en el paradigma de ciudadano “ideal” dentro de la modernización (vagabundos, personas con padecimientos mentales, criminales, drogadictos, prostitutas, homosexuales). En esta época “las autoridades definieron a la locura como una enfermedad que distorsionaba y obstaculizaba el funcionamiento de la mente, quienes la padecían manifestaban incoherencia en el lenguaje y desequilibrio moral expresado en los desórdenes físicos del cuerpo”. (Becerra, 2014:240)

Dentro de La Castañeda, no sólo se propuso “... la separación entre hombres y mujeres, niños y criminales, indigentes e internos que pagaban, sino también [...] la construcción

de pabellones, que servían para agrupar a los internos que sufrían las mismas enfermedades mentales”. (Rivera, 2010: 39) Eran doce los pabellones en función dentro del manicomio; uno para observación y otro para clasificación, los otros diez, eran destinados para “... degenerados, internos pacíficos, internos ancianos, internos semiagitados, internos agitados, idiotas, epilépticos, furiosos, criminales e internos enfermos...”. (Rivera, 2010: 39)

En ese periodo, debido al poco conocimiento de la medicina psiquiátrica, los tratamientos llevados a cabo en La Castañeda eran de naturaleza experimental y no se esperaba llegar a una meta de reinserción del paciente a la sociedad. En su mayoría esto remitía simplemente al enclaustramiento del paciente, lo cual representaba una agravante en su condición mental, ya que, “... se carecía de conocimientos y recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental era consecuencia natural, inexorable, del avance de su enfermedad y no, como ahora sabemos, resultado en buena parte del aislamiento y el abandono”. (De La Fuente; Medina- Mora; Caraveo, 1997:149)

La Castañeda continuó sus actividades hasta finales de la década de los 60's. En 1968, llega a su cierre y posterior demolición con la así llamada “Operación Castañeda” la cual, formaba parte de los preparativos para los juegos olímpicos celebrados en México en ese año por mandato del expresidente Gustavo Diaz Ordaz.

Como consecuencia de esto y en la búsqueda de trasladar a otro sitio a los pacientes de La Castañeda, se programó la construcción de nuevas instituciones para el tratamiento de la salud mental llamados hospitales campestres y hospitales generales. Entre estos se encontraban el Fray Bernardino, Hospital Juan N. Navarro, la granja de San Pedro del Monte.

Para la década de los 70's el fundador de la psiquiatría moderna en México Ramón de la Fuente Muñiz implementó el servicio abierto de psiquiatría en el Hospital Español de México.

Posteriormente y a partir de lo anterior, se generaron avances en la medicina implementados en México a partir de su desarrollo en los países europeos. Esto influyó en

las políticas de salud mental estructuradas en el país. Como la Ley Federal de Salud en 1984 que planteaba proteger los derechos de los enfermos mentales.

A inicios del nuevo milenio se propuso un nuevo programa en materia de salud mental llamado “Miguel Hidalgo”. Este proyecto apunta a la reinserción de las personas a la vida social. Con este modelo se pretende evitar la anulación del sujeto como un ciudadano y apostar por su reinserción a la vida social. Pero, actualmente

Luego de que, en el 2000, la Disability Rights International y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, documentaran, las condiciones tan degradantes y de abuso en las que vivían los sujetos con padecimientos mentales en las clínicas psiquiátricas en México, siendo el peor de los casos la clínica de Ocaranza en el Estado de Hidalgo, se buscó el apoyo del, en ese entonces, jefe de psiquiatría en el Hospital General de San Francisco, Robert Okin.

El doctor Okin con apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud mental:

*“...recomendó que la institución entera fuera abandonada y reemplazada por pequeñas casas en la comunidad para pacientes de estancia prolongada. Para pacientes psiquiátricos agudos, recomendó que un pabellón fuese abierto en el Hospital General de Hidalgo. Este último debía admitir a hospitalización a personas con crisis psiquiátricas, dentro de un contexto menos estigmatizado, más cercano a donde vivían y con los mismos derechos y privilegios que otros pacientes”.* (Disability Rights International, 2010:33)

Al cabo de poco tiempo, se crea el modelo Hidalgo, con el cual se cierran las puertas de la institución de Ocaranza y se trasladan a los 144 sujetos que ahí residían, a otras instituciones de la Ciudad de México y se construyen doce casas (villas de Ocaranza) en los terrenos del que era el psiquiátrico de Ocaranza.

De acuerdo con el doctor Okin:

*“Los efectos en esta gente que fue puesta en la comunidad o en las “villas” fueron inmediatos y espectaculares. Gente que había vivido por años en las más estériles e inhumanas condiciones institucionales, sin nada que hacer sino ver pasar sus vidas*

*en un estado de completo aburrimiento e inactividad, ahora participaban en la vida de casa, cocinando, limpiando y lavando sus ropas. Gente que no había tenido ropas o zapatos propios, que con frecuencia andaba por ahí desnuda y descalza sobre orinas y heces, de repente estaba vestida. Gente que no había tenido privacidad en sus espacios para dormir, que siempre se había duchado en grupos, que nunca había tenido la privacidad de una puerta en el retrete, que a veces tenían que arreglárselas sin papel para limpiarse, que fueron forzados a vivir sin un poco de dignidad, esta gente estaba ahora viviendo en pequeñas casas para doce personas, tres personas por habitación, con estancia, cocina y comedor. Ahora tenían sus propias ropas, sus propios zapatos, sus propias cobijas”. (Disability Rights International, 2010:34)*

El origen de dicho modelo era visto únicamente como una alternativa temporal emergente para los residentes de Ocaranza que vivían en condiciones inhumanas. En el 2010, a los investigadores de DRI y de la CMDPDH se les fue negado el acceso al programa, por lo que en los resultados arrojados no pudieron constatar que el modelo aún siguiera vigente.

## 1.3 COMUNIDAD TERAPÉUTICA. UNA ALTERNATIVA AL MANICOMIO.

Cuando decimos no al manicomio, decimos no a la miseria del mundo y nos unimos a todas las personas que en el mundo luchan por una situación de emancipación. En ese momento nosotros no somos más una sociedad de psicodrama, ni una sociedad de psiquiatría social, somos personas unidas que luchan por una libertad real en el mundo.

**Basaglia Franco.**

La reforma psiquiátrica rompe con la idea del encierro en los manicomios como modelo único de tratamiento de trastornos mentales, ya que era ineficiente y violaba los derechos humanos de los sujetos. “El modelo comunitario, por su parte, creó la necesidad de ampliar el eje clínico a un eje social y a un eje político”. (Desviat, 2008:240)

El encierro y abandono en las instituciones psiquiátricas repercute en el sujeto en todos los aspectos biopsicosociales. Una alternativa para el tratamiento de las enfermedades mentales es la Comunidad Terapéutica la cual es:

*“... un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte o todo el día (aunque siempre se pernocta ya que “se reside” en la misma) y donde los internos conviven de manera continua con miembros del equipo técnico. Sin embargo, el equipo no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del partido técnico presentes en centro, la presencia continua del equipo no tiene por finalidad “controlar a los residentes”, sino que forman parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar dicho equipo técnico”.*  
(Comas, 2008:240)

Esta definición sigue el esquema propuesto por Maxwell Jones, quien fue pionero en el establecimiento de la comunidad terapéutica como alternativa al modelo psiquiátrico instituido ya que “El concepto nace con el Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés, en las primeras décadas del siglo XX a partir de su trabajo con pacientes psiquiátricos crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton”. (Palacios, 2013:4)

Es a mediados del siglo XX, posterior a la Segunda Guerra Mundial, surgen las primeras Comunidades Terapéuticas con la finalidad de atender a los combatientes que retornaban del



campo de batalla con el objetivo de que pudieran regresar a su cotidianidad poniendo atención a los posibles daños psicológicos que la guerra bélica les pudo haber provocado. Posteriormente, sufrió un declive por considerársele menos relevante gracias al discurso ya instaurado de la psiquiatría.

Es en la década de los 60's, que surge el movimiento antipsiquiátrico que demandaba los métodos utilizados por la psiquiatría tradicional, por ejemplo, el enclaustramiento, el uso de la fuerza, métodos quirúrgicos y farmacológicos experimentales, exclusión y aislamiento.

*“En contraposición y como respuesta a estas realidades se proponen comunidades terapéuticas con diferentes sistemas de tratamiento y enfoques sociales, que modifican sustancialmente el abordaje de esta problemática de salud pública, pero aun así habrá que considerar que las comunidades terapéuticas no son la panacea y tienden a reproducir, aunque en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental: su control, manejo e inserción social”.* (Sandoval:10)

Posteriormente a lo largo de los años 70's y 80's el tratamiento de la comunidad terapéutica se enfocó en el tratamiento de las toxicomanías con el auge del consumo de heroína. En este punto es pertinente hacer mención que existen dos modelos de CT que se desarrollan paralelamente, por un lado, el modelo en el campo de las adicciones y por el otro, el modelo referente al de la enfermedad mental.

Es también a mediados de los 80's que se oficializa el término que definirá como tal a la comunidad terapéutica, si bien este hecho podría parecer más superficial por tratarse sólo de un título, es importante recordar la relevancia que tiene esta denominación para considerarse una práctica instituida formalmente y reconocida por las demás instancias relacionadas a la salud. Para ser más específicos: “El término de CC. TT profesionales en España surgió en la literatura en el año 1985, para definir algunos centros de internamiento para toxicómanos con una finalidad de reinserción social, y distinguirlos de centros que se configuraban como meros lugares de exclusión y control”. (Llorente)

A lo largo de los 90's, la práctica de las comunidades terapéuticas continuó su avance con la finalidad de tomar un enfoque más profesional e institucionalizado. Esto devino en una

articulación de ambos modelos (el modelo relacionado a la salud mental y el relacionado con las toxicomanías) que culminó en lo que es la comunidad terapéutica actualmente.

En la actualidad la praxis de la comunidad terapéutica sigue la misma lógica metodológica propuesta desde sus inicios con Maxwell. Dicha metodología se basaba en ciertos componentes como, por ejemplo, la hostilidad de los pacientes, selectividad en la elección de los pacientes, especificación del tratamiento, tiempo de internamiento, revisión continua de los avances que presenta el paciente, dinámica cotidiana de la terapia (simulación de la vida normalizada) como práctica para desempeñarse fuera de la institución, etc.

Algo importante de rescatar de esta alternativa es la Rehabilitación Psicosocial (RPS) que es una estrategia al tratamiento de la enfermedad mental.

La RPS “suele comenzar a percibirse como una prioridad relacionada con la metodología de desinstitucionalización, para bloquear los procesos de institucionalización y para devolver a la comunidad a las personas institucionalizadas”. (Guinea, 2015:15) Por otro lado, podemos definirla como “el proceso cuya meta global es ayudar a las personas que por sufrir un TMG (trastorno mental grave) necesitan apoyo para reintegrarse en la comunidad de un modo normalizado, promoviendo la mejora de su funcionamiento psicosocial y desarrollando aquellos dispositivos necesarios para su consecución”. (Secretaría General de Asuntos Sociales, 2003:22)

Hoy en día uno de los obstáculos con los que se enfrenta la RPS son los estigmas hacia los pacientes psiquiátricos, nuestro país ocupa el segundo sitio en el mundo en discriminación hacia los enfermos mentales. La eficacia de las RPS requiere “... del trabajo en el contexto para la integración, lo que implica trabajar en red para favorecer el intercambio; [...] es necesario ir más allá de las prácticas establecidas, para aproximarse a la reconstrucción de un sentido en el marco de la vinculación del sujeto en su entorno”. (Ruíz- Velasco, 2015:215)

La meta es poder darles a las personas un tratamiento y herramientas que les permitan mejorar su calidad de vida, que puedan actuar en la comunidad, pero, sobre todo, poder actuar con autonomía en su entorno social.

A continuación, se enuncian los objetivos principales de la RPS (Secretaría General de Asuntos Sociales, 2003:23):

- ✚ Favorecer y posibilitar el desarrollo de todo el potencial de la persona, mediante la adquisición o recuperación de la competencia necesaria para el funcionamiento ocupacional adecuado dentro de la comunidad, en términos de normalización y calidad de vida.
- ✚ Potenciar la integración social dentro de la comunidad y con la comunidad, fomentando un funcionamiento autónomo, integrado e independiente del individuo y generando una cultura de normalización en el entorno.
- ✚ Ofrecer el seguimiento y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad de forma autónoma y normalizada.
- ✚ Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro personal, marginalidad y/o institucionalización.

# **CAPITULO 2**

## **CONOCIENDO CASA AZUL**

## 2.1 CASA AZUL COMUNIDAD TERAPÉUTICA S. C.

El abordaje terapéutico parte del respeto por la singularidad y de la consideración de la crisis como oportunidad de reparación. La escucha, el humor, la imaginación y el impulso de las capacidades desde el propio deseo, son algunos de nuestros principales recursos.

**Casa Azul Comunidad Terapéutica S. C.**

Casa Azul Comunidad Terapéutica S.C. (CA) fue fundada con el nombre de “Comunidad Terapéutica Xochicalco” el 20 de noviembre de 1989 por el psicoanalista **Miguel Ángel Zylberstein, quien actualmente es el director de la institución.**

CA es una institución privada que se encarga del “tratamiento de las situaciones humanas expresadas de manera diversa que afectan el estado de salud mental de las personas; ya sea por un trastorno de la personalidad, una crisis del ciclo de la vida o causadas por el consumo de sustancias psicoactivas; limitándoles en su nivel de funcionalidad y relación social”<sup>4</sup>, lo anterior desde un enfoque psicoanalítico, aunque cabe mencionar que no todos los que laboran dentro de la institución son psicoanalistas. Brinda atención las 24 horas del día, todos los días del año. “Brinda un servicio de internamiento a diferentes niveles, con los apoyos individualizados que precisa cada persona. Se le proporciona al residente, un conjunto de herramientas para la vida diaria, fomentando el desarrollo de sus capacidades creadoras para construir un proyecto de vida que propicie su inserción social. Es una forma de alojamiento tutelado de orientación comunitaria que favorece el mantenimiento de los lazos sociales y familiares previos”<sup>5</sup>.

Actualmente cuenta con dos establecimientos residenciales ubicados en calle Mitla 312 y La Quemada 350, en la colonia Narvarte, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México. En “Mitla” residen nueve usuarios y en “La Quemada” quince, aproximadamente. Entre dichos usuarios, se encuentran adultos y jóvenes de ambos sexos.

---

<sup>4</sup> Definición encontrada en el reglamento para los prestadores del servicio social, escrito por las autoridades de Casa Azul.

<sup>5</sup> Casa Azul, Comunidad Terapéutica. Sitio web oficial. Consultado el 17 de octubre del 2019 en: <http://www.casa-azul.org.mx/comunidad-terapeutica-casa-azul.html>

El equipo de trabajo está conformado por un grupo interdisciplinario de profesionales. Los denominados como “clínicos”, son los psicólogos que se encargan de organizar las actividades diarias con los residentes, los acompañan en las comidas y son los que están al pendiente de sus necesidades a lo largo del día. En cada una de las casas hay de uno a dos clínicos durante el día en dos turnos diferentes. Al equipo se integran los cuidadores, en cada una de las casas hay un cuidador que labora las 24 horas al día, entra a las 8:00 hrs. y sale a las 8:00 hrs. del día siguiente y es relevado por otro cuidador. Hay una enfermera para ambas casas, se encarga de administrar la dosis de medicamentos para cada uno de los usuarios y a revisarlos cuando tienen alguna molestia física menor. Algunos de los residentes cuentan con un acompañante terapéutico que les apoya en las actividades que deban realizar fuera de la casa. La subdirectora, es también analista dentro de la institución. También hay una administradora que se encarga de llevar un control de los gastos que se realizan y deben realizarse en ambas casas. Laboran dos cocineras, una para cada residencia; así como personal de limpieza. Es importante mencionar que a la institución llegan prestadores de servicio social que también se integran al equipo de apoyo para los residentes dentro de las casas y en las actividades que se organizan fuera de ellas.

Según el sitio web de CA, una comunidad terapéutica “es un centro residencial, en el que se permanece la mayor parte o todo el día y donde los internos conviven de forma continua con miembros del grupo de trabajo. La propia metodología prevé diversas formas de participación progresiva en la sociedad externa”<sup>6</sup>.

Entre sus principales objetivos como CT, se encuentran los que a continuación se enlistan:

- *Facilitar el mantenimiento del residente en la comunidad en las mejores condiciones posibles de normalización y calidad de vida.*
- *Favorecer la estabilidad emocional incrementando la cohesión de grupo y el apoyo mutuo a través de la convivencia.*
- *Promover la adhesión al tratamiento terapéutico, garantizando continuidad en los cuidados.*

---

<sup>6</sup> Ibid.

- *Orientar a las familias de los residentes, mejorando sus capacidades y recursos de afrontamiento.*
- *Proporcionar un tratamiento integral: médico psiquiátrico, psicoterapéutico y de rehabilitación psicosocial<sup>7</sup>.*

Debido a que la institución trabaja desde el psicoanálisis, a la mayoría de los residentes de CA se le brinda apoyo y terapia psicoanalítica. “El tratamiento psicoanalítico requiere que el sujeto tome en sus manos su propia cura y comprometa en ella su propio deseo” (Apollon; Bergeron; Cantín, 1997:60), lo cual puede reforzar la misión que CA tiene de incluir al sujeto enfermo y a su familia en el tratamiento.

CA, les brinda a sus usuarios actividades (talleres) con la finalidad de que entre los usuarios existan espacios de recreación y formación. Son visualizados como herramienta terapéutica para trabajar diversas problemáticas dentro del grupo de residentes y que favorezcan la inserción social- cultural de los sujetos. Entre los talleres que la institución ofrece se encuentran el taller de pintura, música, ajedrez, dibujo, baile, oleo, bisutería y periódico; se realiza activación física dos días a la semana en Viveros de Coyoacán y en Parque Las Américas; tres días a la semana tienen clases de box; los fines de semana se organizan salidas culturales, ya sea a museos, teatro, cine, conciertos, etc. Todo lo anterior está organizado estrictamente por días y horarios. Es importante mencionar que una vez a la semana se lleva a cabo la asamblea, en la cual participan tanto los residentes como el equipo de trabajo, incluyendo al director.

Además de la organización de talleres y actividades recreativas, dentro de CA se organizan otros aspectos de la vida cotidiana, es decir, existen horarios específicos para despertar, asearse, ordenar las habitaciones, consumir los alimentos y tomar descansos para finalmente, ir a dormir. Lo anterior, tiene una finalidad y el director de CA la menciona en la entrevista que se le realizó:

*“...si queremos que un paciente salga adelante debemos ordenarle su vida cotidiana, y ordenar a partir de ahí la subjetividad, la cabeza... se divide el horario de dormir, horario de estar despierto, horario de alimentación, tener una alimentación*

---

<sup>7</sup> Ibid.

*adecuada... entonces, vamos poniendo orden en cada cosa que el paciente requiera, ¿no?, y tratar en lo posible de reinsertarlos socialmente en trabajos, en estudios, en lo que más se pueda, ¿no?, a partir de los intereses que ellos tengan, se trata de que accedan a un deseo y como tal, que el deseo se ajuste a la realidad”<sup>8</sup>.*

Se espera que al llevar una organización de las actividades del día a día se pueda reproducir una vida cotidiana semejante a la que se vive fuera de la institución, con la finalidad de prepararlos y puedan regresar de nuevo al exterior, con su familia y los demás grupos sociales de afuera que les esperan.

Todo lo anterior no podría lograrse sin la organización y trabajo en conjunto de todo el equipo de trabajo. Para llevar un seguimiento del tratamiento de los usuarios y este sea óptimo, existen procedimientos a seguir por el equipo y así abrir paso al intercambio de información que lleva a la toma de decisiones dentro de CA. En primer lugar, se cuenta con historiales de todos y cada uno de los residentes; segundo, se llevan a cabo reuniones una vez a la semana entre el equipo de trabajo para evaluar situaciones que se presenten durante la semana y se requiera que se discutan entre todos para poder tomar una decisión; tercero, escribir en la bitácora, cada uno de los clínicos tiene la obligación de escribir en una libreta todo lo que ocurrió en su turno, para que sea más fácil tener un registro y así comunicarle al clínico que será su relevo lo que pasó con los usuarios durante el día; cuarto, información cruzada, es decir, los clínicos en el cambio de horario tienen unos minutos para hablar en privado sobre lo que ya escribieron en la bitácora y así tener mejor comunicación entre ellos; por último, se tiene presente el organigrama para tener claro las responsabilidades de todos y cada uno de los miembros del equipo. Con estos procedimientos se espera evitar conflictos mayores dentro de la Comunidad Terapéutica y así, cumplir con la meta y objetivos esperados en pro de la comunidad.

---

<sup>8</sup> Discurso extraído de la entrevista realizada a **Miguel Ángel Zylberstein**, director general de Casa Azul.



## 2.2 APROXIMACIÓN A CAMPO.

Mi primer acercamiento a Casa Azul Comunidad Terapéutica S. C. fue como prestadora de servicio social, esto debido a mi interés por las psicopatologías. Para poder realizar mi servicio, me inscribí al proyecto “Acompañamiento clínico a pacientes con patología grave”<sup>9</sup> con clave 40.10.04, autorizado por la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Una vez estando dentro de la institución, decidí realizar allí mi investigación final de la licenciatura, así que hablé directamente con la subdirectora de la institución sobre mi interés de realizar en algún momento una investigación donde Casa Azul y los sujetos que ahí habitan se verían involucrados. La respuesta fue afirmativa, me dijo que podría trabajar mi investigación dentro de la institución sin importar el tema que eligiera, ya que le parece que

---

<sup>9</sup> La idea del proyecto era trabajar con los residentes como acompañante terapéutico (AT). El AT “es una herramienta eficaz que brinda – desde el cuerpo y la palabra- el sostén necesario para aquellos que padecen determinadas enfermedades mentales. [...] consiste en ofrecer al paciente un dispositivo a base de actos y palabras que le permitan aliviarse, sentirse contenido, acompañado, y además como escenario posible para el desarrollo de sus intereses, capacidades y proyectos. [...] Se trata de prestar el cuerpo propio como sostén, de prestar una mirada nueva sin quedar alienados por la enfermedad ni por la compasión, como así mismo ofrecer significantes que permitan re- construir la historia de vida de un paciente convocando la irrupción de algo nuevo”. (Vitelleschi, 2012: 15-17) Al iniciar el servicio, me dijeron que iban a haber para abordar el trabajo que debía realizar como acompañante terapéutico. La coordinadora de servicio social era la encargada de darnos las herramientas para poder trabajar de manera eficaz el proyecto, pero realmente nunca recibí tal capacitación, de hecho, un día ella dijo que no éramos acompañantes terapéuticos, que eso era algo que necesitaba tiempo de preparación y que nosotros sólo éramos unos jóvenes que buscaban la manera de realizar el servicio social. Entonces, ¿cuál era la finalidad realmente del proyecto al que me había inscrito? A lo largo de mi estancia como prestadora de servicio, me fueron dadas copias de lecturas pertinentes a la locura desde un enfoque psicoanalítico, principalmente por autores como Freud y Lacan; por otro lado, también había material correspondiente al tema de AT, pero no fue revisado en su totalidad en los días asignados para las asesorías.

cualquier tema que se aborde de la institución, puede ayudar a cambiar o mejorar aspectos importantes para su funcionamiento.

Mi experiencia en el campo de las psicopatologías era nula, nunca había tenido un acercamiento real a la locura, mis ideas y expectativas se basaban únicamente en teoría, por lo tanto, mis ideales de realizar la investigación iban más encaminados a quizás estudiar la estigmatización que provoca un diagnóstico psiquiátrico, porque era la idea con la que yo estaba entrando; pensaba que el único problema que se presenta en el campo de la locura era la estigmatización. Tenía en mente llegar, ganarme la confianza de los pacientes y poder conocerlos partiendo de su historia como sujeto diagnosticado, pero al pisar terreno me di cuenta de que no era tan fácil como imaginaba. Tenía que dejar de lado cualquier idea prototípica que me había generado tras mi inexperiencia.

Comencé a experimentar muchas dudas e incluso angustia por no saber ni siquiera lo que se puede o no hablar con los usuarios, no sabía cómo iniciar una plática con ellos, nunca tuve una introducción por parte de CA para conocer un poco a los sujetos que viven allí, realmente no sabía nada, y en un primer momento pensé que ese era un problema y una limitante para poder realizar una investigación. Pero conforme fueron pasando las semanas, empecé a construir vínculos con algunos de los residentes, lo que me ayudó a realmente entrar al terreno institucional.

Justo en la convivencia diaria y pláticas, empecé a darme cuenta de que algunos de los usuarios que asistían a las actividades o talleres no estaban a gusto, que tenían otros intereses, pero de alguna manera no podían negarse a participar en las tareas porque, aunque el equipo de trabajo tenga una visión positiva de dichas actividades y talleres, tal vez a los usuarios no les queda claro el por qué hacerlos o en qué los ayuda.

A partir de esto, me di cuenta de que “observar una institución significa —psíquicamente— ingresar en el mundo de los adultos e intentar develar sus secretos. [...]. Un paso más allá, investigar instituciones significa levantar el manto mitificador que oculta no sólo los orígenes reales de la organización sino también su falta, sus fallas actuales, sus imperfecciones, sus intereses no confesados”. (Varéla, 2004: 224) Ya estaba dentro de la institución, era momento de empezar a observar no solamente lo que ocurría entre los

residentes, sino tomar en cuenta el papel que juega la institución en la vida y relación de los sujetos que la conforman.

Una de mis tareas como prestadora de servicio, fue el revisar expedientes de los usuarios. En el proceso me encontré con algo que llamó mucho mi atención, algunos de los expedientes se encuentran vacíos, no cuentan con evoluciones clínicas de la enfermedad de los pacientes, no tienen la información necesaria para conocer lo que hacían o su estado de salud antes del ingreso a Casa Azul. Lo anterior me hizo pensar en la problemática de la inscripción institucional, ¿realmente la institución logra inscribirlos a la comunidad? ¿ellos se sienten parte de una comunidad?

Después de pensar y analizar estas fallas que encontraba dentro de la institución, mi interés fue tomando forma en identificar cómo se construyen los vínculos afectivos entre los residentes de la comunidad terapéutica, así como la importancia que juega la institución para que esto se haga posible. ¿Qué hace lazo dentro de la institución?

# **CAPITULO 3**

## **CONOCIENDO (VIVIENDO) CASA AZUL**

### 3.1 ANÁLISIS A NIVEL INSTITUCIÓN.

La institución es “el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros: se inscribe en la pertenencia”. (Käes, 1998:22)

Casa Azul Comunidad Terapéutica es una institución que tiene como finalidad el tratamiento de las enfermedades mentales, eso la identifica y distingue. Está dirigida a “clientes” con un patrón

Al llegar a la institución, me presenté como prestadora de servicio social sin posicionarme aún como investigadora, la primera tarea considero que era la de entrar a la institución y conocerla (vivirla), para poder entonces entenderla. Era ver cómo funcionaba realmente desde la experiencia de los residentes y la de las autoridades (clínicos- directivos). No quería hacer una investigación detectivesca, y forzosamente encontrar una falla, realmente no tenía la idea de que eso fuera una certeza, pero a veces en las instituciones se “suele producir un tropiezo con el escalón, con el desfase, que existe entre lo que ellas son y lo que dicen ser.” (Varéla, 2004: 226)

El primer desfase que identifiqué fue el del tiempo de estancia en la CT. En su página web CA argumenta lo siguiente:

**“La permanencia en el centro tiene una duración determinada, definida de antemano por criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos. En general se considera que los periodos de estancia demasiado largos son contraproducentes y reflejan la falta de eficacia metodológica”.**

Dentro de las casas, hay algunos residentes que suman ya más de 15 años viviendo en la CT. Con esto, no quiero exponer que la institución no esté siendo congruente y eficiente en su trabajo, sin embargo, refleja una falla en el plan de egreso y, sobre todo, de la reinserción del sujeto a la sociedad. Pienso, que pierde su esencia de comunidad terapéutica y se asemeja más un centro de rehabilitación o un asilo.

Incluso el tema del tiempo de estancia es algo que preocupa a los residentes que llevan una corta estadía en la institución. Piensan en que ellos también podrían quedarse allí por años y nunca regresar a sus vidas de afuera.

*“Todos me dicen que en cuanto me sienta bien voy a poder salir, pero entonces ¿Por qué Don Jorge lleva tantos años aquí?”*

-Tobi. (Residente)

*“ojalá que el tiempo que estén aquí sea corto... porque yo ya me quiero ir, hay mucha gente que lleva muchos años, lleva mucho tiempo, siento que eso no es bueno, siento que es mal augurio”.*

-B. (Residente)

La falla también puede ir encaminada a que la “institución responde más a las propias necesidades de autorreproducción que a las necesidades de los clientes” (Arango, 2006:262)

Aunque también, este problema no es sólo responsabilidad de CA, también está involucrada la familia, que muchas veces suele usar este medio para deslindarse de su familiar.

*“...la familia casi abandona al paciente, ¿no?, también eso es un problema”.*

- Miguel. (director)

*“...otro obstáculo es que las familias, de alguna manera, saben que los pacientes están bien, [...] y por lo menos saben que están bien en bastantes aspectos, entonces, pueden vivir sus vidas y a veces las viven tan bien que se olvidan del paciente, entonces, como no ha sido parte de la cultura institucional generar un involucramiento del ingreso de los pacientes, pero que los familiares se involucran, que sé yo, poniendo un domingo al mes, un día de convivencia o haciendo un abordaje desde un trabajo social o desde una psicología sistémica, en este momento es difícil conseguir que algunas familias se acerquen, a pesar de que uno les diga -es que tiene problemas de memoria, sería bueno que le trajeran fotografías, que lo visitaran, que lo llamaran un poco, mándenos fotos para hacer un collage- bueno, esas cosas pasan”.*

-Mercedes. (subdirectora)

La institución asegura que el involucrar a los familiares en el tratamiento es una pieza fundamental en su modelo de CT, pero se ve reflejado que no tiene una regulación para que esto sea posible.

Este problema desencadena otra problemática que aqueja a los residentes. Algunos de los usuarios, consideran que Casa Azul no los da de alta porque eso significaría perder el pago correspondiente a su estancia en la institución, el cual oscila entre los \$30,000 a los \$50,000 pesos mensuales.

***“Es una estafa. Yo salgo a trabajar y me siento mucho mejor.  
Son mentirosos y buscan sacar dinero.  
Ahora que se muera mi papá, a ver quién les paga”.***

-C. (Residente)

***“Aquí no me gusta, cobran demasiado y ni siquiera tienen  
alberca como en Monte Fénix”***

-Dwaro. (Residente)

***“Me gustaría estar con mis papás porque yo no  
estoy mal... siento que yo no estoy mal, que se nota a  
simple vista y que sólo me retienen para evaluarme  
(signos monetarios con la mano) a simple vista se dan  
cuenta de que yo no estoy mal y aun así me  
retienen”.***

-Anónimo. (Residente)

El mensaje que deberían de recibir los sujetos que habitan en Casa Azul es de certeza de un bienestar propio. No se sentirían encerrados y mucho menos estafados, si la institución los hiciera sentir seguros y en buenas manos para mejorar su calidad de vida.

Los martes se lleva a cabo la asamblea, donde participan los residentes, clínicos y el director de CA. Está organizada para que los residentes propongan actividades, salidas, se

discutan temas importantes, dudas, inquietudes, para reportar inconvenientes, etcétera, todo esto en presencia del director, quien es el que autoriza las propuestas.

Tuve la oportunidad de entrar a dos de las asambleas, estas se realizan en el horario vespertino después de la comida. Noté que no todos los residentes hablan y proponen, en las dos veces que participé eran las mismas personas las que intercambiaban diálogo con las autoridades (directivo- clínico). Pareciera que “estas reuniones dirigidas a “hablar los problemas” se convierten en rituales vacíos”. (Enríquez, 1998:107)

Enríquez (1998) menciona que, aunque existan estos espacios para hablar, rara vez se logran abordar los problemas verdaderos, para así evitar resultados conflictivos.

En alguna ocasión platicando con Gerald (residente), me decía lo siguiente:

***“Yo quiero ir a un partido de beisbol. Lo quería decir en la asamblea, pero el doctor Miguel sólo le hace caso a sus consentidos”.***

***“A mí no me gusta estar en las asambleas porque nunca me hace caso el doctor”***

-Isabel

**Y:** *-Yo quiero ir al museo que está en Coyoacán.*

**I:** *- Puedes proponerlo en la asamblea.*

**Y:** *-No, a mí no me gusta ir a la asamblea.*

*Dicen puras tonterías y no te hacen caso.*

-Diálogo que tuve con Y. (Residente)

Otra situación que se presenta en el funcionamiento institucional de CA es el “fantasma de los primeros fundadores”. Uno de los papeles que desempeña este fantasma es el de “mantener el poder de los fundadores, es decir, que siguen siendo considerados como polos ideales y puntos de referencia identificatorios, aun cuando, teniendo en cuenta la evolución de la institución, el mito o la ideología que proponen tienen posibilidades de ocultar la realidad de la situación presente”. (Enríquez,1998:107)

Cuando el director Miguel Zylberstein fundó Casa Azul, menciona que no tenía un plan claro:



***“...para mí fue muy importante el acercarme a los textos Lacanianos sobre la psicosis, son los más esclarecedores y a algunas experiencias aisladas en instituciones, pero aisladas porque la verdad que no teníamos a mano mucho y básicamente a través de algunos textos teníamos que sacar las cosas, ¿no?, es una forma un poco original de trabajar, del día a día con los pacientes, la lectura y el trabajo está orientado por básicamente por las enseñanzas de Lacan y otros seguidos, a mí me enseñaron mucho en cómo abordar estas patologías graves”.***

-Miguel. (director)

Actualmente, las bases para el funcionamiento de CA son dadas por el director. Creo que es importante que entre todo el equipo de trabajo se pueda apoyar para mejorar el funcionamiento de la institución, pero esto no es posible, si se siguen tomando como referencia las mismas técnicas y teorías de varios años atrás.

***“Creo que algo que impide cambios, es la postura que tiene el director de la institución. Al ser también una persona grande, pues es justamente, o sea, digamos que hizo la institución a su formación y eso fue hace muchos años, ya es un psicólogo grande, entonces yo creo que eso es el mayor impedimento para que pueda funcionar de mejor forma la institución...”***

-Prestador de servicio social.

La subdirectora Mercedes Quiroz, se integró hace poco más de un año a la institución. Ella ha intentado cambiar un poco el funcionamiento de CA a partir de cambiar talleres, quitando algunos que ya llevaban muchos años y no reflejaban un verdadero éxito para la terapia de los pacientes. Además, ella cree que el abordaje de la psicopatología únicamente desde el enfoque psicoanalítico no es la opción más razonable. En la entrevista que se le realizó menciona sus aportes a la institución:

***“...lo deseado es que haya como compromiso de que todos los días pudiéramos hacer una actividad de trabajo intelectual, otra de trabajo emocional y otra de trabajo físico; hay que mantener el equilibrio, [...]si bien la apuesta de la institución es psicoanalítica, no hay cuerpo que se sostenga, mejor dicho, no hay subjetividad que se sostenga sin cuerpo y el cuerpo pues tiene muchas aristas, entre esas, no solo lo que pueda acontecer al nivel del funcionamiento de órganos, sino también a nivel neurológico y, a nivel neurológico, interesa lo estructural y lo funcional, y dentro de eso la química cerebral y la eléctrica, no porque desde el psicoanálisis vayamos a abordar eso, pero de pronto como querer acceder a la subjetividad si alguien tiene un deterioro cognitivo que le impide dar un discurso o porque es tan difícil generar proceso de realidades sociales y de manejo de la higiene personal en alguien que***

*tiene alterado sensaciones, percepciones o procesos cognitivos que le impiden generar una memoria de trabajo y saber que todos los días tiene que llegar, levantarse y hacer una rutina ¿no?, (...) leer o interpretar ciertas cosas pero hay otras que no están en el nivel de la subjetividad, ¿no?, entonces, sí, desde la institución tiene que haber una oferta integral de lectura y abordaje y bueno, eso no ha sido como muy fácil, ya lo van entendiendo, quienes no le entendieron al principio se fueron, renunciaron, hay otros que están en ese camino también, o que les ha servido para pensar que tienen que estudiar más y se metieron a hacer estudios...”.*

Considero que es bueno realizar cambios a nivel institucional, para mejorar algunos aspectos fallidos presentes en el funcionamiento. Abrir paso a nuevas teorías y técnicas, podría ayudar a cumplir eficazmente los objetivos que CA expone para el tratamiento eficaz de su comunidad.

### 3.2 LA CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULOS A PARTIR DE LA PERMANENCIA EN LA COMUNIDAD.

En el apartado anterior, analicé el funcionamiento institucional de Casa Azul y algunas lejanías que existen entre su discurso y práctica. Ahora bien, es momento de prestar atención a su papel mediador para la construcción de los vínculos dentro de su comunidad.

La finalidad primordial de una institución “es colaborar con el mantenimiento o renovación de las fuerzas vivas de la comunidad, permitiendo a los seres humanos ser capaces de vivir, amar, trabajar, cambiar y tal vez crear el mundo a su imagen”. (Enríquez, 1998:84)

Para Tonnies, la comunidad “representa el lugar de la intimidad personal, de la profundidad emotiva, del compromiso moral, de la cohesión entre sujetos que revisten roles prioritariamente homogéneos”. (Rossi; Boccacin, 2007:175)

Por otra parte, Arango (2006), cita a Blanco (1983) y su concepto sociológico de comunidad:

*“Si despojamos al concepto de comunidad de la carga romántico- idealista que adquirió a finales del siglo XIX, si somos capaces de elevarnos por encima de sus peligrosas connotaciones nostálgicas, es posible que encontremos en él alguna luz que alumbre la comprensión e incluso justificación, desde la psicología social actual, de lo que es una perspectiva comunitaria en el campo profesional. Cuando en él se emplea el término comunidad, y excluidos ya conceptos como amor, amistad, lealtad, intimidad, etc., parece que nos referimos a una pluralidad de individuos que se congregan en torno a una estructura normativa, valorativa e incluso comparten algunos modelos de conducta”.*

Se espera que la comunidad se concrete en torno a un espacio físico- ambiental, una estructura y organización social; un modelo de relación social y un sentido de pertenencia o sensación de compartir algo en común. (Arango, 2006:324)

En este punto de análisis, vuelvo a retomar la idea del desfase que existe entre lo que la institución dice ser y lo que en realidad son, pero ahora partiré desde el papel mediador para

hacer lazo entre los residentes, y no sólo entre los residentes, considero que la comunidad debe incluir a los profesionales.

En las entrevistas realizadas a los clínicos y directivos, se les preguntó sobre su concepción de comunidad y en qué momentos creían que esta se hacía presente, estas fueron algunas de las respuestas:

***“...nunca es uno solo, es con otros, por ejemplo, en la asamblea, por ejemplo, hacer cosas en común, eso hace lo comunitario, discutir temas de la comida entre varios, planear actividades entre todos, eso es lo que lo hace comunidad; hacerse cargo de algunas funciones de la comunidad, [...] eso es lo que hace lo comunitario, o sea, hacerse responsables de las cosas de aquí”.***

-Miguel (director)

***“...yo creo que se produce comunidad cuando viene una persona a centro de día, se le olvidó que hoy había defensa personal y un compañero va a su, y le ofrece una playera y va a su habitación y la trae, ¿no?; se produce comunidad cuando alguien sale corriendo que se va a escapar y hay otro paciente que ayuda al clínico porque dice “no se puede ir solo, ¿a dónde va a vivir?” y se va corriendo, ¿no?; cuando hay momentos como de solidaridad, de ayuda, cuando ha habido momentos de adversidad”.***

-Mercedes (subdirectora)

***...la comunidad no es un ente hay que ver a la comunidad como una experiencia de construcción de lo común... conocer la comunidad a partir de lo similar se arma la institución, entonces todos somos iguales, pero cuando hay más comunidad, a partir de la diferencia... entonces la comunidad para mi es terapéutica en tanto la posibilidad de esto de, le llamo, como hacer política con ellos, ponernos de acuerdo, comentar las diferencias, incluso también expresar cierto malestar...***

-Óscar (clínico)

***“A mí lo que me gusta de esto es como que llegan a tener este ambiente como de familiaridad, y eso me parece que, si es de ayuda, ¿no? A veces las mejores intervenciones las hacen sus propios compañeros, ¿no?, o sea, no las hacemos nosotros, las hacen ellos, porque justo viven en este tipo como de comunidad. Me parece que hay veces que si se llega a dar como esta comunión de ellos; se apoyan unos a otros o notan la falta del otro y eso, pero ellos intentan como ayudarlos, ¿no?, y eso está padre, eso es parte de lo que me gusta”.***

- Carolina (Clínico)

Se puede ver claramente que el equipo de trabajo de la institución considera que la comunidad es parte del día a día dentro de CA, pero el contraste de esta idea utópica de comunidad no está presente en las narrativas que construí a partir del discurso de los residentes.

Por ejemplo, un punto para que la comunidad se concrete es el sentido de pertenencia, esto permitiría sentirse parte de un grupo y trabajar cohesivamente, pero algo que yo note es que, a la hora de las comidas, durante los talleres y actividades recreativas, la cooperación, la convivencia y el trabajo comunitario era prácticamente nulo. Considero que los talleres y actividades recreativas que se realizan en la institución ayudan a que los residentes pongan en práctica sus habilidades y, según la institución, tienen como objetivo la socialización con el otro, pero algo importante de resaltar es que estas actividades no se realizan grupalmente, sino que se trabajan de manera individual, no se discuten y no abren paso al diálogo entre los usuarios. Se asume que como parte de una comunidad debe de a ver un enfoque en las relaciones y en los vínculos entre las personas y estas deben ser objeto central de la intervención “hay que insistir en conceptos como participación, fortalecimiento de vínculos y desarrollo de capacidades. [...] implica desarrollar un procedimiento para conseguir toda la dinámica que haga posible que haya unos vínculos, la coordinación dentro del grupo de lo que es sentimiento de identidad grupal”. (Arango, 2006:327)

Una pregunta clave para la construcción de las narrativas fue la siguiente: ¿Qué papel juegan tus compañeros al momento de estar en algún taller o actividad? Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

***“Nadie me ayuda”***  
-Gerard.

***“Pues mira, ellos hacen su trabajo y yo el mío”***  
-Tobi.

***“no, no me ayudan, yo me tengo que sentir mejor, de hecho, a veces me quitan mucha energía, a veces interactuar con los demás, a mí, me quita mucha energía porque estoy muy acostumbrada a estar sola, a meditar, a hacer actividades sola, entonces a veces sí comparto y estoy bien, pero si me siento mal, necesito estar sola normalmente”.***

-B.

Para que la convivencia sea posible, dentro de CA deben trabajarse la construcción de vínculos.

El vínculo “es la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento”. (Pichon-Riviere, 1985:22).

Regresando al tema de los talleres y actividades como parteaguas de la vinculación y la contención del sujeto podemos resaltar que al momento de que se le impone al residente participar en dichas actividades el sentido y objetivo de dichas actividades, se ven obstaculizadas por el no vinculo.

*“Existe la hipótesis de que la gran parte de los problemas del comportamiento se explican por la ausencia de vínculos comunitarios, falta de calidad de las relaciones de colaboración y ayuda mutua de las personas, o por efecto del proceso de desintegración de la vida comunitaria. Es decir que, si se trabajase en un sentido de fortalecer los vínculos y lazos de colaboración y ayuda mutua, se estaría realizando un trabajo de prevención de estos problemas”.* (Arango, 2006:355)

Estos problemas que se mencionaron en la cita anterior es una realidad dentro de CA.

Cuando a los usuarios se les entrevisto y se les pregunto sobre la relación de sus compañeros y lo que pensaban de ellos, algunas de las respuestas fueron las siguientes:

***“Bola de egoístas, ignorantes...  
yo pregunto algo y nadie me contesta”***  
-Gerard.

***“...siento que estoy perdiendo mi medio social, estoy muy lejos de mi casa, tengo un departamento, el que me vengan a ver ha sido cada vez es difícil... no sé si estoy perdiendo la oportunidad a lo mejor de conocer a alguien, de estar más cerca de mis amigas, de estar más cerca de la gente que me gusta estar con ella”.***  
-Alina.

***“...muy egoístas, muy personalistas, muy egoístas...  
sólo ven lo que de sí mismos...”***  
-Alina.

Algo importante para mencionar es que dentro de la institución no se habla sobre la enfermedad mental, es algo que no se nombra ni por el equipo de trabajo ni entre los usuarios. Incluso, es común escuchar de los propios residentes la imposibilidad de generar una amistad con sus compañeros porque están locos y los pueden contagiar.

Isabel menciona cuando ella entró a CA, la regla impuesta por el director era que no debían preguntarse el por qué estaban allí y considera que eso ocasionó que no se pudiera hacer vínculo entre los propios compañeros.

Parece que, aunque CA se encargue del tratamiento de la enfermedad mental, dentro de la institución es mejor no nombrarla.

## CONCLUSIONES

Los resultados al final de esta investigación no tienen como objetivo desvalorizar el trabajo que realiza Casa Azul Comunidad Terapéutica como alternativa al tratamiento de las psicopatologías.

Opino que exponer los desfases existentes entre el discurso y la práctica en el quehacer institucional de CA, fue de alguna manera importante para comprender el funcionamiento dentro de la CT. Considero que las fallas no sólo son responsabilidad del personal que labora en las instalaciones, también los sujetos y sus propias experiencias son piezas clave para la construcción del vínculo y la comunidad a partir de la relación con los otros.

Otro punto clave que considero debe de ser resaltado, es el constante cambio de personal, así como la falta de este, opino que es necesario implementar un modelo operativo que les permita a los clínicos poder crear estrategias y que se les pueda dar continuidad en caso de que alguien falta, ya que pienso que alguien se va queda inconcluso el avance que esa persona había logrado con los residentes. Al mismo tiempo, que los clínicos se tengan que enfocar más a sus actividades inherentes a su puesto, y buscar personal que resuelva los problemas administrativos de CA. Eso ayudará a poner mayor atención a los residentes para mejorar la convivencia.

Es necesario que se considere más la participación de los residentes en la toma de decisiones en las actividades que realizan a diario porque al final es para ellos y por ellos que se busca tener espacios recreativos. Además, es necesario que se creen espacios y actividades que fomenten el trabajo en equipo entre los residentes ya que esto ayudaría a crear mejores vínculos y sentido de pertenencia hacia la institución y dentro de la comunidad misma.

Es indispensable que Casa Azul considere desarrollar un plan real de reinserción a la sociedad fuera de la institución y realmente una estancia de medio camino. Además, buscar involucrar más a la familia en las actividades y vida de los residentes para mejorar para mejorar su estadía y principalmente, su salud mental.

Creo que los resultados podrían abrir paso a pensar la metodología que se emplea dentro de CA y así cambiar y mejorar algunos aspectos importantes en pro de la comunidad en general.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Apollon, Willy; Bergeron, Danielle; Cantin Lucie. *Tratar la Psicosis*. Polemos. Buenos Aires. 1997.
- Arango, Carlos. *Psicología comunitaria de la convivencia*. Programa Editorial Universidad del Valle. Colombia. 2006.
- Baz, Margarita. *Encrucijadas metodológicas en ciencias sociales*. Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. México. 2002.
- Becerra, Omar. *La Salud mental en México como una perspectiva, histórica, jurídica y bioética*. *Persona y bioética*. 2014. 18 (2).
- Berenzon, Shoshana; Saavedra, Nayelhi; Medina-Mora, María Elena; Aparicio, Víctor; Galván, Jorge. *Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?* Revista Panamericana Salud Pública. 2013. 33(4).
- Blanco, Amalia. *La Psicología Comunitaria, ¿Una nueva utopía para el final del siglo XX?* 1993. Tomado de: Arango, Carlos. *Psicología comunitaria de la convivencia*. Programa Editorial Universidad del Valle. Colombia. 2006.
- Comas, D. *La metodología de la Comunidad Terapéutica una puesta de futuro*. En: Revista Española De Drogodependencias. Editorial. 2008
- De La Fuente, Ramón; Medina- Mora, María Elena; Caraveo, Jorge. *Salud mental en México*. FCE. México. 1997.
- Desviat, Manuel. *Clínica, reforma psiquiátrica y salud mental*. Tramas 42. UAM- X. México. 2014.
- Disability Rights International; Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. *Abandonados y desaparecidos: Segregación y Abuso de Niños y Adultos con Discapacidad en México*. DRI- CMDPDH. 2010.
- Guber, Rosana. *La observación participante: nueva identidad para una vieja técnica*. El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Paidós. Buenos Aires. 2009.
- Guinea, Ricardo. *Rehabilitación psicosocial, perspectivas en el mundo*. Tramas 43. UAM- X. México. 2015.
- Käes, René; Bleger, José; Enríquez, Eugene; Fornari, Franco; Fustier, Paul; Roussillon, René; Vidal, Jean- Pierre. *La institución y las instituciones*. Paidós. Buenos Aires. 1998.

- Katz, Gregorio; Lazcano-Ponce, Eduardo; Madrigal, Eduardo. *La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos*. Salud Pública de México. 2017. 59(4).
- Makowski, Sara. *Interferencias: una radio realizada por personas con sufrimiento psíquico en México*. Revista CS. 2013. (11).
- Palacios, Juan. Comunidad Terapéutica. *Una definición operativa*. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. 2013.
- Pichon-Riviere, Enrique. *Teoría del vínculo*. 1985. Nueva visión. Buenos Aires.
- Rivera, Cristina. *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio general. México, 1910- 1930*. Tusquets Editores. México. 2010.
- Ruíz Velasco, María Eugenia. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Tramas 43. UAM-X. México. 2015.
- Sacristán, Cristina. *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna*. FRENIA. México. 2005. Vol. V-1.
- Secretaría General de Asuntos Sociales. *Rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave*. Madrid. 2003.
- Taylor, Steve; Bogdan, Robert. *La entrevista en profundidad*. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. (1996) Paidós. México. 1996.
- Várela, Cristian. *La entrada al terreno institucional*. Tramas 21. UAM-X. México. 2004. P. 219-237.
- Vitelleschi, B; Audisio, S. *El acompañante terapéutico en la clínica de lo cotidiano*. Bonum. 2012.

## RECURSOS ELECTRÓNICOS

- American Psychological Association. Consultado el 31 de octubre del 2019 en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie>
- Casa Azul, Comunidad Terapéutica. Sitio web oficial. Consultado el 17 de octubre del 2019 en: <http://www.casa-azul.org.mx/comunidad-terapeutica-casa-azul.html>

- Camhaji, Elías. Estigma, tabú y falta de recursos: el laberinto de la salud mental en México. *El País*. México. 2018. Consultado el 07 de enero del 2019 en: [https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169\\_873780.html](https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169_873780.html)
- Llorente, Juan. Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. Foronda Osakidetza. Consultado el 25 de octubre de 2019: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/612/601>
- Organización Mundial de la Salud. Consultado el 28 de diciembre del 2018 en: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Sandoval, Juan. *La salud mental en México*. División de Política Social. Servicio de investigación y análisis. Consultado el 29 de octubre del 2019 en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf?fbclid=IwAR3HGofno1eJ7YHf8FEcquv3U\\_-Boy9FoSqM5aXdVdb-oihZ9i\\_J9vhjSuo](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf?fbclid=IwAR3HGofno1eJ7YHf8FEcquv3U_-Boy9FoSqM5aXdVdb-oihZ9i_J9vhjSuo)
- Secretaría de salud. *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. Programa Sectorial de Salud. México. 2014. Versión electrónica: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especifico-salud-mental-2013-2018>

# ANEXOS

## GUIONES DE ENTREVISTA

### GUIÓN DE ENTREVISTA PARA DIRECTOR

#### ENCUADRE :

- Soy alumna de la UAM- Xochimilco. Estoy cursando el último año de la licenciatura en psicología social. Realizo el proyecto final.
  - La sesión durará de 40-60 minutos.
  - La entrevista será grabada en formato de audio para su futura transcripción con fines meramente académicos.
  - Es completamente confidencial y al material solo tendrá acceso mi asesora de investigación, la profesora Sara Makowski y yo.
  - Me interesa conocer las actividades que desempeña como director dentro de Casa Azul, un poco de la historia de la fundación de CA, el funcionamiento de la institución y hablar sobre la comunidad.
- 
- **TEMA 1: CASA AZUL/ MODELO C.T.**

1. ¿En qué año fue fundada Comunidad Terapéutica Casa Azul?
2. ¿Cuáles fueron los motivos que le inspiraron para su fundación?
3. ¿Por qué se llamó Casa Azul?
4. ¿Por qué se pensó en un modelo de Comunidad Terapéutica? ¿Qué experiencias o modelos inspiraron Casa Azul?
5. ¿Había antecedentes en México de comunidades terapéuticas?
6. ¿Qué metas tenía en mente al iniciar el proyecto “Casa Azul”?
7. ¿Hubo obstáculos para cumplir esas metas?
8. ¿Qué profesionales participaron en el inicio de Casa Azul? ¿Cómo estuvo constituido el equipo de profesionales?
9. ¿Qué modelo de C. T. se emplea en C.A.?
10. ¿Con base en ese modelo, se puede decir que se implementa en su totalidad o hay variaciones?

11. ¿Qué ventajas tiene C.A. en contraposición a otros modelos de atención a la psicopatología?
12. ¿Considera que el modelo de Casa Azul realizó aportes a la atención en Salud Mental en México? ¿Qué aportes?
13. Actualmente, ¿han cambiado esas metas?
14. ¿Cuáles son algunos de los obstáculos que pudieran existir para el funcionamiento en C.A.?
15. ¿Cómo cristaliza la idea de comunidad en Casa Azul? Dar ejemplos en que la idea de comunidad toma cuerpo en Casa Azul
16. Si hoy tuviera que fundar una nueva Casa Azul, ¿qué cosas haría distinto y por qué?

- **TEMA 2: FUNCIONAMIENTO DENTRO DE CASA AZUL**

17. ¿Cuál es la finalidad de la terapia que se lleva a cabo en C.A.?
18. ¿Qué herramientas se les brinda a los usuarios para la vida diaria dentro de C.A. y de ser el caso, para su alta de C.A.?
19. ¿Qué actividades recreativas realizan los usuarios dentro de C.A.?
20. ¿Cómo son pensadas y asignadas estas actividades?
21. ¿Cuál es el objetivo principal de estas actividades y su asignación por usuario?
22. ¿Cómo funciona el equipo de trabajo y, por quienes está conformado?
23. ¿Qué pilares considera que son indispensables para un tratamiento integral?
24. ¿Qué papel juega la familia en el tratamiento del usuario?
25. ¿Qué papel juega el clínico en el tratamiento del usuario?
26. ¿Qué papel juega usted como directivo en el tratamiento del usuario?
27. ¿Cómo consideras que es la inscripción del usuario a la comunidad?
28. ¿Cómo podría describir la relación usuario/directivo; usuario/clínico; usuario/usuario?
29. ¿Cómo considera que es la convivencia dentro de C. A.?

## GUIÓN DE ENTREVISTA PARA SUBDIRECTORA

### ENCUADRE:

- Soy alumna de la UAM- Xochimilco. Estoy cursando el último año de la licenciatura en psicología social. Realizo el proyecto final.
- La sesión durará de 40-60 minutos.
- La entrevista será grabada en formato de audio para su futura transcripción con fines meramente académicos.
- Es completamente confidencial y al material solo tendrá acceso mi asesora de investigación, la profesora Sara Makowski y yo.
- Me interesa conocer las actividades que desempeña como subdirector dentro de Casa Azul, un poco sobre los talleres, el funcionamiento de la institución y hablar sobre la comunidad.

1. ¿Cuáles son las actividades que desempeña dentro de C.A.?
2. ¿Qué propósito tienen como actividad terapéutica para los usuarios?
3. ¿Cuál es la finalidad de la terapia que se lleva a cabo en C.A.?
4. ¿Con qué iniciativas ha contribuido para la mejora del funcionamiento en C.A.?
5. ¿Cree que existan obstáculos para la realización de esas iniciativas? ¿Cuáles son?
6. ¿Cómo benefician estas iniciativas a los usuarios?
7. En contraposición a otros modelos de atención a la psicopatología, ¿qué ventajas tiene C.A.?
8. ¿Qué cambios ha notado desde su llegada a C.A. hoy en día?
9. ¿Cuál/ cuáles son los objetivos que se buscan alcanzar en cuanto al tratamiento del usuario?
10. ¿Cuál es la finalidad de la terapia que se lleva a cabo en C.A.?
11. ¿Qué herramientas se les brinda a los usuarios para la vida diaria dentro de C.A. y de ser el caso, para su alta de C.A.?
12. ¿Qué actividades recreativas realizan los usuarios dentro de C.A.?
13. ¿Cómo son pensadas y asignadas estas actividades?
14. ¿Cuál es el objetivo principal de estas actividades y su asignación por usuario?
15. ¿Cómo funciona el equipo de trabajo y, por quienes está conformado?
16. ¿Qué pilares considera que son indispensables para un tratamiento integral?
17. ¿Qué papel juega la familia en el tratamiento del usuario?

18. ¿Qué papel juega el clínico en el tratamiento del usuario?
19. ¿Qué papel juega usted como directivo en el tratamiento del usuario?
20. ¿Cómo considera que es la inscripción del usuario a la comunidad?
21. ¿Cómo podría describir la relación usuario/directivo; usuario/clínico; usuario/usuario?
22. ¿Cómo considera que es la convivencia dentro de C. A.?
23. ¿Cuándo diría usted que se produce comunidad en Casa Azul? Dar ejemplos y explicar por qué.

## GUIA DE ENTREVISTAS PARA CLÍNICOS

### ENCUADRE:

- Soy alumna de la UAM- Xochimilco. Estoy cursando el último año de la licenciatura en psicología social. Realizo el proyecto final.
- La sesión durará de 40-60 minutos.
- La entrevista será grabada en formato de audio para su futura transcripción con fines meramente académicos.
- Es completamente confidencial y al material solo tendrá acceso mi asesora de investigación, la profesora Sara Makowski y yo.
- Me interesa conocer las actividades que desempeñas como clínico dentro de Casa Azul, el funcionamiento de la institución y hablar sobre la comunidad.

1. ¿Cuánto tiempo lleva laborando en C.A.?
2. ¿Cómo entiende Usted la comunidad terapéutica?
3. ¿Considera que las actividades que se realizan en Casa Azul se apegan al modelo de C.T.?  
¿En qué sentido?
4. ¿Cuáles son las actividades que desempeña dentro de C.A.? ¿Qué efectos ha observado en los pacientes de este modelo de comunidad terapéutica de Casa Azul?
5. ¿De qué forma cree que estas ayudan al usuario que habita en C.A.?
6. ¿Cuál es la finalidad de la terapia que se lleva a cabo en C.A.?
7. Desde la perspectiva del clínico, ¿cuál es su definición de esta práctica?
8. ¿Qué obstáculos se pueden llegar a presentar en su tarea como clínico?
9. En contraposición a otros modelos de atención a la psicopatología, ¿qué ventajas tiene C.A.?
10. ¿Cómo funciona el equipo de trabajo y, por quienes está conformado?
11. ¿Qué pilares considera que son indispensables para un tratamiento integral?
12. ¿Qué papel juega usted como clínico en el tratamiento del usuario?



13. ¿Qué papel juega la familia en el tratamiento del usuario?
14. ¿Qué papel juega el directivo en el tratamiento del usuario?
15. ¿Cómo consideras que es la inscripción del usuario a la comunidad?
16. ¿Cómo podría describir la relación usuario/directivo; usuario/clínico; usuario/usuario?
17. ¿Cómo considera que es la convivencia dentro de C. A.?
18. ¿Cuándo diría usted que se produce comunidad en Casa Azul? Dar ejemplos y explicar por qué.

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

### ENCUADRE:

- Soy alumna de la UAM- Xochimilco. Estoy cursando el último año de la licenciatura en psicología social. Realizo el proyecto final.
- La sesión durará de 40-60 minutos.
- La entrevista será grabada en formato de audio para su futura transcripción con fines meramente académicos.
- Es completamente confidencial y al material solo tendrá acceso mi asesora de investigación, la profesora Sara Makowski y yo.
- Me interesa conocer las actividades que desempeñas como prestador de servicio social dentro de Casa Azul, un poco sobre la opinión que tienes del funcionamiento de la institución y hablar sobre la comunidad.

1. ¿Cuáles son tus principales actividades para realizar en Casa Azul?
2. ¿De qué forma crees que estas ayudan al usuario que habita en C.A.?
3. ¿Qué papel crees que juegas como prestador de S.S. en el tratamiento del usuario?
4. ¿Cómo podrías describir la relación usuario/clínico; usuario/usuario?
5. ¿Cómo consideras que es la convivencia dentro de C. A.?
6. Con base en tu convivencia diaria con los usuarios, ¿Cómo crees que se produce comunidad en C.A.?
7. ¿Qué opinas de las actividades que se realizan en C.A.?
8. ¿Cómo crees que estas ayudan al tratamiento del usuario?
9. ¿Crees que debe de haber un cambio para poder apoyar de manera más optima a los usuarios?
10. ¿Cuál fue tu impresión de la institución al entrar como prestador de servicio social?
11. ¿Cómo consideras que es la inscripción del usuario a la comunidad?

## EJEMPLO DE TRANSCRIPCIÓN

- **Entrevista 4: Carolina**

**I: ¿Cuánto tiempo llevas laborando en Casa Azul?**

**C:** Cuatro años y medio.

**I: ¿Cuáles son las actividades que desempeñas dentro de Casa Azul? y ¿cuáles crees que son los efectos que has observado en los pacientes?**

**C:** En el puesto como tal, es psicólogo clínico, ¿no? Yo diría que eso abarca muchas cosas aquí. ¿no? No es tal cual como solo el psicólogo clínico que conocemos, sino que estamos con ellos todo el día, ¿no? Y es hacer actividades día a día, ¿no? El caso es que tiene la ventaja que ya tiene demasiado estructuradas las actividades del día a día, entonces, es como acompañarlos en todo eso, ¿no? Y, ¿qué más preguntaste?

**I: Pues eso, que ¿cuáles son las actividades en general que tú haces? y ¿cuáles crees que sean, como en qué forma crees que ayudan a los usuarios en sus actividades?**

**C:** Pues... Bueno, ahí yo creo que hay distintos beneficios, ¿no? Desde... (voces de interrupción)

Yo creo que ahí hay toda una onda, ¿no? Porque, por ejemplo. En el bloque de la mañana, pues toca la parte de los ejercicios y todo eso, ¿no? Si hablas de beneficios, pues hay beneficio tanto físico como ocupacional. Lo que hemos visto, es que hacer cosas si les sirve, más que no hacer cosas, ¿no? Quedarse solo con el delirio. Este... por otro lado, también están los otros talleres como el de pintura, ir a los museos, el taller de ajedrez, ¿no? Que también trata de que estimulen otras cosas distintas, ¿no? En el caso del taller de pintura, me parece que aparte de desarrollar habilidades, si hay como una manera en la que ves reflejado algo de ellos, o sea, algo, ya sea del delirio de la personalidad de una temática que ellos cargan, lo que se concentra ahí, se ve algo ahí, o sea, independientemente de las habilidades que puedan estar aprendiendo. Creo que pasa mucho con los talleres, que llegas a ver otras cosas que también hablan de eso que ellos tienen, pero de una manera distinta, porque están en un ambiente distinto, tratando de concentrarse en hacer “x” actividad, ¿no? O sea, el... es muy típico en Viveros, en el parque, ¿no? Los somáticos ahí te sacan el “es que no puedo porque

me duele”, “que mira que acá, me canso mucho”, todo eso empieza como a salir, ¿no?, entonces, sale como una característica de ellos, ¿no? En pintura se nota mucho toda esta parte de organización del cuerpo y todo eso que es algo que el psicótico tiene muy marcado, ¿no? una desorganización del cuerpo, ¿no? Es una manera distinta de ver el cuerpo, ¿no? A lo mejor sin límites, a lo mejor que no pueden dibujar con exactitud un rostro porque hacen cosas que así, ¿no?, que no tiene como mucho sentido estético a veces, pero tiene un sentido para ellos distinto y todas esas cosas las alcanzas como a leer entre esas actividades que tus ves ahí, ¿no? Incluso, para algunos, yo creo que, si es como liberador tener un espacio donde puedan hacer eso, donde pueden hacer algo que es estético, bello y que además refleja algo de ellos, ¿no? Incluso, el hecho de poderse dar cuenta que ellos pueden hacer cosas que antes no hacían, ¿no? El taller de ajedrez también tiene como su chiste, ¿no? Porque... todos entran así de “no, yo no sé, es que está muy difícil”, el maestro pues ya ves que como que los sabe envolver muy bien y sabe explicar muy bien, ¿no?, entonces, aparte de ganar una habilidad que sería jugar ajedrez, me parece que hay otras cosas que se juegan ahí. Igual con los museos. Me encantan los museos... cuando se entremezclan con la gente, o sea, ¿quién se da cuenta de que vienen de aquí, no? Hay un punto donde llega ahí a la normalidad, ¿no? Y preguntan cosas que cualquiera podría preguntar dentro de un museo, ¿no? Y la gente... interactúan con gente que no todos los días están o no los conocen, y se llega como un punto donde se disfrazan ahí entre la multitud, entonces siempre me ha gustado, ¿no?, que no lleguen con la etiqueta así del “ay, el que viene de Casa Azul o el que tiene no sé qué enfermedad, el que no sé qué, ¿no?” o sea, el que lleguen y se puedan perder entre ellos (inaudible) y tengan ese trato, ¿no?, o sea, ese día no están advertidos que es un grupo así y me gusta más, ¿no?, que se pierdan ahí entre todos.

**I: Ok. ¿Nada más?**

C: Mmmhhh

**I: Bueno, ¿tú cómo entiendes la comunidad terapéutica?**

C: Mmm... pues es que creo que hay una cosa muy distinta de a los orígenes de las comunidades terapéuticas, ¿no?, de así, de los canadienses, ¿no?, de que llegara el paciente por su propio pie y se quisiera internar ahí y apoyarse unos a otros y todo eso. Me parece que como pasa con todo lo que se lleva a otro país, pues se termina haciendo de una manera que

es posible dentro de ese país, ¿no?, y aquí en la manera en que es posible, es muy distinta a esa onda, ¿no? O sea, aquí no...creo que al menos contados son los que vienen aquí y se internan voluntariamente, ¿no?, pero fuera de eso, casi siempre vienen referidos por algún psiquiatra, o vienen por problemas de “x,y,z”, o porque la familia o porque bla, bla, bla, o el psicólogo que los está tratando, piensa que están más como para una comunidad que para estar solos, ¿no?, cosas por el estilo. Me parece que se pierde un poco ahí la línea, ¿no?, de lo que había empezado, ¿no? Eso no significa necesariamente que sea malo, o sea, pues uno trabaja lo que hay, en el lugar donde está y la manera en que se puede dar en ese lugar. Pero si hay como una diferencia en eso. También este... la estructura de las instituciones es súper distinta, ¿no? Por ejemplo. El tipo de organización de un psiquiátrico o algo así, pues implica mucho más, ¿no? Está totalmente distinta la estructura. Aquí todavía es un negocio pequeño entre comillas, entonces, parte de la estructura organizacional y todo eso pues no funcionaría como en esos lugares. A mí lo que me gusta de esto es como que llegan a tener este ambiente como de familiaridad, y eso me parece que, si es de ayuda, ¿no? A veces las mejores intervenciones las hacen sus propios compañeros, ¿no?, o sea, no las hacemos nosotros, las hacen ellos, porque justo viven en este tipo como de comunidad. Me parece que hay veces que si se llega a dar como esta comunión de ellos; se apoyan unos a otros o notan la falta del otro y eso, pero ellos intentan como ayudarlos, ¿no?, y eso está padre, eso es parte de lo que me gusta.

**I: Ok. ¿Sabes cuáles son los protocolos para el ingreso de los usuarios?**

**C:** Mmmhhh. De hecho, a mí me ha tocado hacer ingresos. Casi todos los clínicos de aquí, por lo menos un ingreso les ha tocado. A mí me ha tocado menos, porque en el horario que yo estoy, está Xavier y están otras personas que normalmente hacen los ingresos, ¿no?, pero si me ha tocado hacerlos. O sea, hay todo un formato de ingreso, se les pregunta el historial del paciente, tanto el historial médico como referente a la enfermedad que le hayan diagnosticado, todo esto. Este... también pues están un poco cosas más de trámite como “quién será el responsable, direcciones, números de familiares”, cosas por el estilo, ¿no? Todo eso se pregunta ahí y también un poco como los acuerdo de acá, si va a comer o no comer ciertas cosas. No sé, si van a tener su celular, si va a usar la computadora, si en ese momento no puede recibir visita, todo eso viene como en ese formato.

**I: Ok. Y, ¿cuál crees que sería el perfil para darlos de alta?**

**C:** Eso es muy interesante, ¿no? Porque uno podría decir, cuando esté estable el paciente, cuando este bien, cuándo demuestre que puede llevar una cierta vida sin tanta ayuda, ¿no? Porque la mayoría de ellos, aunque salgan de aquí, si necesitan, aunque sea a alguien que vaya y los visite, los vigile de algún modo, ver cómo van, porque en algún momento, puede surgir el delirio, y aunque esté viviendo solo en su departamento funcionalmente, a lo mejor por un año, a lo mejor un día de esos, ¡pum!, algo pasó y se viene todo abajo, ¿no?, que nos han tocado varios casos así. Pero mucho del dilema que hay aquí con lo de las altas, tiene que ver con que no tienen a donde irse. O sea, se van...hay muchos pacientes que se dan de alta, y tienen una familia que los va a recibir, a lo mejor no pueden vivir con ellos, pero deciden ponerles algún lugar donde puedan estar y alguien que los apoye, a lo mejor pueden tener como más opciones y de reintegrarse a una vida, pues como más normal, ¿no?, no estar simplemente en una comunidad. Pero pues hay otros que tenemos aquí, que, pues no tiene la oportunidad de irse a otro lado, ¿no? O sea, hay gente que a lo mejor su único pariente vivo, es un señor que le lleva 5 años más, ¿no?, entonces, son dos viejitos que se intentan cuidar a sí mismos, y pues eso ya es algo como que no funciona, ¿no?, o simplemente por el pasado de la persona, que a lo mejor no tiene una buena relación familiar, o que la familia todavía está molesta con él o cosas por el estilo, pues no hay nadie que levante la mano para decir, yo lo recibo en mi casa o ya me la juego con él, o yo le pongo un departamento. O sea, hay veces que no hay a donde más irnos, ¿no? El criterio supondría que tendría que ser, pues como la estabilidad y pues, obviamente, pues vivimos en un mundo funcional, entonces, pues la funcionalidad que tenga esa persona para que pueda vivir independientemente. Realidad contra teoría, ¿no?

**I: Ahora, regresando un poquito como a las actividades que haces aquí en Casa Azul, ¿crees que se apegan al concepto de comunidad terapéutica que se maneja aquí en Casa azul?**

**C:** Pues yo creo que en los talleres ha habido una mejora, en varios sentidos, ¿no?, ahora se les exige más a los talleristas y tratan de que sea más funcional, o sea, que aprendan algo verdaderamente que no los dejen nada más como una actividad lúdica digamos, o algo así, sino que si se aprenda como algo dentro de esa actividad, ¿no?, y yo creo que esa...o sea, el

modelo que usa Casa Azul, no necesariamente podría haber talleres o no, sin embargo, es algo que Casa Azul tiene porque es algo que funciona. Entonces, yo diría que desde ahí ya están pensados, ¿no?, que estas actividades que ocupan cierto tiempo y que los llevan a algo, están planeadas justo para que ellos saquen algo de sí, y no solo quede como... “ay, en el taller hoy tocamos la flauta, ¿no?, y el que no sabe tocar la flauta, pues ese chiflo, ¿no?, y así”, sino que si tengan esa habilidad, y que también les sirva entre terapia ocupacional y que también aprendan una habilidad y todo eso. Me parece que eso si se ha estructurado desde hace unos años y pues ha funcionado, ¿no?, ha mejorado en el sentido de que ellos también sienten que están aprendiendo algo en serio, ¿no?, no nada más así por usar el tiempo, por entretenerlos...

**I: Ok, y entonces, hablando ya del tratamiento de los usuarios, ¿cuál crees que sea la finalidad realmente?, de que ellos estén aquí, que convivan con sus demás compañeros, que hagan sus actividades, o sea, en un futuro a lo mejor a corto plazo, ¿cuál crees que sea esa finalidad?**

**C:** O sea, ¿el hecho de las actividades, convivir con ellos, o sea, todo? Híjole, pues está difícil ponerle una finalidad, ¿no? Porque, o sea, pasa lo que te digo. A lo mejor tú pones un taller, pensando que de ahí va a salir “x, y, z”, pero a veces sale “x, y, z” y otra cosa que no esperabas. Entonces, yo lo que siento, es que a ellos les sirve, pues tanto como para ocupar ese tiempo, aprender algo y todo eso, pero podrías tener una comunidad en realidad sin esos elementos, pero tendrías que tener otras cosas que estén ahí trabajando otro rollo, dependiendo hacia dónde los quieras llevar. Como te digo, es medio complicado encontrarle un objetivo general a todo eso, o sea, se les intenta meter como en ciertas actividades que les ayuden a la funcionalidad de sus vidas, en caso de que salgan de aquí. O sea, por eso van al super, ¿no?, por eso cuando había taller de cocina, la idea era que aprendieran algo práctico para cocinar que, aunque sea supieran hacerse un huevo o algo por el estilo, porque pues, también hay ciertas funciones de la vida diario que, pues ellos las tiene como borradas, ¿no?, la idea es eso. Las veces que se ha trabajado con gente que, si se planea que ya va saliendo de aquí de Casa Azul, que a lo mejor ya van a vivir solos, que van a estar del otro lado; justo el trabajo es un poco eso. O sea, estar yendo al departamento donde va a estar y ver cómo funciona ya en ese ambiente, ¿no?, sin el apoyo ya de una comunidad, tú solito contra el

mundo a ver como funcionas, ¿no?, y tratar de corregir un poco eso que... o sea, las cosas que no hacen bien, tratar de corregir eso haya para que puedan llevar una vida como más normalizada, pero en el caso de los que están aquí, a lo mejor eres el mejor artesano de cerámica aquí, y de todos modos no tienes el apoyo ni el modo para salir, y pues no puedes decir que el objetivo es esa funcionalidad de la vida diaria, porque a lo mejor nunca va a salir de aquí, ¿no?, eso es un grave, grave, problema, pero pues así está la cosa.

**I: Bueno. Y, ¿qué obstáculos se llegan a presentar en tu tarea como clínico?**

**C:** Yo creo que uno de los grandes problemas de aquí, es que justo por el tamaño de la institución, no te toca solo ser clínico, o sea, sí a lo mejor solo tuviera que enfocarme a los pacientes, a lo mejor sería mucho más fácil, pero me tocan funciones administrativas, funciones organizativas, ¿no?, o sea, si solo llegara a hacer psicología clínica, pues estaría fácil, pero te toca hacer de todo. Entonces, a veces se cruza eso, ¿no?, que estás a lo mejor en una actividad con ellos, pero también tenías que entregar no sé qué cosa a la administración, pero también tenías que hacer un reporte de no sé qué, ¿no?, entonces, de repente ya (...) para andar cubriendo tantas cosas, entonces, yo digo que es parte de la problemática, ¿no?, o sea, más que (...) con ellos, hay cosas que conforme los vas conociendo, dices “esto le cuesta trabajo a éste, pero si le hablas así, pero si haces esto otro el de acá accede”, vas como aprendiendo como manejarlos a ellos para que hagan las cosas y las hagan bien, ¿no?, pero hay veces que tienes como eso y, además, otras tres cosas que hacer, que no están relacionadas con eso, para mí es como...el desastre; también las cuestiones de recursos o cosas así, a veces pues sí, no siempre no las aprueban, pero pues yo creo que eso pasa en todos lados.

**I: ¿Nada más esto crees?**

**C:** Yo diría que esas son mis mayores dificultades.

**I: Y con los usuarios, ¿crees que haya obstáculos?**

**C:** mmmhhh, de inicio los normales, o sea, es como... todos los pacientes, llegan y llegan con sus reservas, ¿no?, o sea, llegas a un lugar nuevo donde no conoces a este cuate, ¿no?, si sean buena onda, mala onda. Todos, todos tenemos esa barrera de inicio. Ustedes mismos de servicio social llegan, y llegan con una barrera aquí, ¿no?, llegan con el libro así de Freud



aquí en la mano, y así como que los quieren ver a través de sus ojos, ¿no?, y entonces uno... ya que están aquí, te das cuenta de otras cosas, ¿no?, funciona más conocerlos como si fueran cualquier otra persona, que no necesitas verlos así con el ojo clínico las 24 hrs. del día, hay veces que simplemente... esa es la diferencia de los de servicio de los que van llegando contra los que se van, ¿no? Que ya pasaste tanto tiempo con ellos, que hasta se te olvida que tienen un diagnóstico, ¿no?, o sea, este es Ernesto, este es Chuy, este es fulano, o sea, el diagnóstico qué, ¿no?, o sea, ésta es su personalidad, además puedes decir, todos estos tienen el mismo diagnóstico y son tan distintos, ¿no? Pero pues no me cuesta tanto trabajo, como con ellos, digamos, o sea, a fin de cuentas, uno va descubriendo como modos de ir sobrellevando a los pacientes y ellos de irse adaptando aquí, ¿no?, y eso siempre ayuda mucho, yo diría que más preocupa lo administrativo, que siempre siento que no me alcanza el tiempo aquí, pero fuera de eso...

**I: Ok. Y en contra posición a todos modelos de atención psicopatológica, ¿qué ventajas crees que tenga Casa Azul?**

**C:** Yo creo que, o sea, mmm... es que yo diría que la clínica que se hace aquí en C. A., es muy específica a la que se hacía, o sea, digo, ha habido ciertos cambios y eso, pero todos los de la vieja escuela de aquí de C. A., que ya casi no hay ninguno, están muy entrenados por el Dr. Miguel, y el Dr. Miguel es como más flexible dentro de los clínico, ¿no?, entonces, es así como de, ok, si está ésta regla, pero todos ellos son bien distintos y cada uno de ellos va a reaccionar distinto a esta regla, ¿no?, entonces, nosotros vamos a tener la delicadeza de cuidar eso con cada uno, ¿no?, que a lo mejor de este lado la regla va a ser un poco más así, que de este otro modo; para este hacer más ésta regla, porque si le aflojas le va peor, ¿no?, entonces, ir como midiendo con cada uno; eso me gusta de la clínica que se hace aquí, pero es, además, una clínica muy específica. O sea, si yo me fuera de aquí a otra comunidad terapéutica, ahí aplican cosas distintas de lo que se aplica aquí; ese tipo de escuela es el que a mí me tocó, ¿no?, el Dr. Miguel, pues tiene eso, de que es así como más flexible y eso a mí me gusta, o sea, que no sea solo la regla impositiva porque si, ¿no?, o sea, es como de... alguien no puede con eso, entonces, ¿qué hacemos si no puede con eso?, ¿lo sigues forzando a eso que no puede hacer?, ¿le pones un castigo por no hacerlo, no?, o sea, hay muchos modos de implementar la clínica, y al menos, aquí yo siento como esa flexibilidad de que puedes

tomar alguna decisión de hacer las cosas distintas a esa línea; no digo que sea la regla para todos, ¿no?, o sea, a lo mejor es día le permites, no sé, no dar la vuelta a Viveros, porque tú la estás viendo, ¿no?, a lo mejor está muy delirante, está en otra cosa, o sea, dices: “ok, éste día te doy chance” y no pasa nada; o sea, eso a mí me parece bien, que no sean tan restrictivos, que puedas ir como flexibilizando la cosa, porque a lo mejor en ese momento forzar a hacer eso, solo va a parar en desastre, ¿no?, entonces, ir como midiendo eso, es parte de lo que me gusta que se hace aquí, en otros lugares pues no, ¿no?, o sea, “todos tenemos que hacer esto, y todos lo hacen y pase lo que pase”, ¿no?, y si te pones mal, pues ahí te meterán tus veinte changos y te tendrán amarrado dos días; pero, o sea, si es como lo que a mí me gusta de acá. Si, porque en otros lugares si son distintas las reglas, son como más estrictos, como más tirándole al psiquiátrico, muy así.

### **I: Y, ¿cómo funciona el equipo de trabajo de Casa Azul?**

**C:** Pues ahorita, es difícil, porque como justo ha habido muchos cambios de personal y todo eso, pues el equipo como yo lo tenía al inicio, pues ya estábamos muy adaptados, porque pues también mis compañeros llevaban mucho tiempo en la institución y casi casi ya ni nos hablábamos, ¿no?, o sea, “ya sabías que a tal hora tienes que estar, ya tengo aquí las colaciones, ya sé que tú no tienes melones, pero yo traje ”¿no?, o sea, ya estaba como que muy muy armado. Y, por ejemplo, ahorita que ya ha habido cambios de personal y todo eso, pues sí ha costado un poco más de trabajo la organización y todo eso, ¿no?, porque pues es llegar, conocer pacientes que nunca había visto en tu vida, ver como son, y luego aquí que justo, como no eres solo el clínico, sino que eres desde “el que pasa el cigarro, el que lo pasa al baño, el que no sé qué”, ¿no?, tienes que aprenderte casi casi todo, ¿no?, o sea, “éste come lácteos, éste no come lácteos, éste sale al sol, éste maneja su dinero, éste no lo maneja”, ¿no?, son un montón de cosas, entonces, yo entiendo a la gente nueva que llega y pues no...no está fácil llegar de inicio, y más a ellos que les encanta chamaquear a los nuevos...” no, sí, yo salgo solo, ¿cómo no?, yo manejo mi dinero, a mí siempre me han comprado la coca de a litro, o sea, así”, todas esas cosas, son así como muy delicadas, cuando menos te das cuenta, ya le ganaron, ¿no?, si ha sido medio pesado intentar volver a coordinar, pero pues creo que ahorita está Adriana, que sería mi otra compañera, si... la siento como interesada en tratar de agarrar todos estos pequeños detalles, ¿no?, y como más flexible en cuestiones de aprender

y todo eso, o sea, yo siento que, si escucha como lo que le digo, o sea, así de “no, es que tal cosa no se le dice así o se le dice de éste otro modo, no le preguntes así, no le digas esto”, ¿no?, o sea, ella si esta como que muy atenta a lo que le decimos, ¿no?, porque pues ella sabe qué pues ya llevamos más tiempo de conocer a los pacientes, entonces, como que ella si escucha todo eso y, eso facilita mucho las cosas. Por ejemplo, con éste Xavier, él tiene la coordinación y todo eso, entonces, me trato de ayudar cuando él está acá, pero pues no siempre está, también tiene muchos rollos administrativos que atender, y pues no siempre se puede, o sea, yo trato de planear mi día pensando que no está, o sea, si está, que padre que está, pero yo trato de planear eso, porque pues no es algo seguro, ¿no?, no es algo que él esté. En el tema de la administración, con Verónica, pues la verdad, yo nunca he tenido así problemas con ella, ni nada por el estilo; a mí, la verdad siempre me ha tratado bien, yo lo que le he dicho de “hace falta esto, hace falta el otro, hace falta tal cosa o esto está descuidado, no podemos comprar esto u otro, fijate que fulano, que mengano...”, ella me parece que siempre ha sido amable y ha tenido las cosas que te estoy mencionando, ¿no?, ahora sí que lo que no llega a hacer, es porque no se lo autorizan, pero me parece que siempre ha actuado como de buena manera, incluso tiene buena relación con los pacientes, entonces, hasta inclusive eso a veces te ayuda, ¿no?

¿Con quién más?, pues con el Dr. Miguel, yo creo que no es como que lo veamos muy seguido ni nada por el estilo, entonces, como que las relaciones no son como que muy cercanas ni nada de eso, pero pues si, en los jueves de las juntas y eso, si te sirve pues exponer los problemas y todo eso que tienes con los pacientes, “o a lo mejor algo que de plano no puedes resolver tú, o que intentaste o no, pero nada funcionó”, ¿no?, el siempre... pues justo con la experiencia que tiene, ve todo desde otra perspectiva, y te dice “pues no, yo lo que aquí veo es esto y esto y esto, por eso no funciona esto otro, ¿no?”, o sea, te va ayudando bastante. Y, pues con mis compañeros de la tarde, los veo relativamente poco, pero me llevo bastante bien con ellos; casi siempre es dejarles los pendientes que quedaron en la mañana, y pues ellos tienen sus propias actividades de la tarde. Enfermería, pues la verdad, siempre ha marchado bien, casi nunca he tenido ningún inconveniente con las enfermeras ni nada de eso. El turno nocturno con los cuidadores, pues solo con Javier hemos tenido algunos problemas, pero parece que ya todo bien, hablaron ella y todo a gusto. No sé, ¿quién más me

falta de la lista?, con César, pues es mi mano derecha, porque sin él, yo creo me muero, porque aquí es doble de chamba, ¿no?, pero fuera de eso...

**I: Y, ¿cuáles son los pilares que consideras indispensables para el tratamiento integral de los usuarios?**

**C:** Mmm... tratamiento integral, tricky... no, o sea, es este.... medio tramposo, ¿no?, tratamiento integral, o sea, ¿qué es lo integral?, porque lo integral puede abarcar desde todo, o sea, justo se ha intentado que sea más integral Casa Azul en ese sentido, o sea, el hecho de que hayan metido a una nutrióloga, los talleres ya no sean como lo que había antes, o sea, todavía faltarían muchas cosas para lograr lo integral, ¿no?, que yo veo muy difícil abarcar lo integral, ¿no?, así...(lenguaje corporal), entre comillado, porque quien sabe que es lo integral, porque lo integral debería abarcar todo, ¿no?, o sea, todo en la vida, “desde que se le rompe una uña, que sepa lavar calzones, que duerma sus ocho horas, que se tome sus chochos, o sea, abarcamos un buen de cosas, pero yo no sabría decir si eso es lo idea de lo integral. O sea, por un lado, ya tienen lo de la alimentación, que está más controlado, por otro, ya tienen lo de los talleres, que se busca que, si haya un aprendizaje en ello, por otro lado, tienen la convivencia con sus compañeros, que siempre les ha venido bien, y, por otro lado, también está la parte de la institución que tiene otras cosas. Por ejemplo, Jenny, que sostiene todo lo de enfermería, o sea, ni siquiera tiene que ver con exactamente curar enfermos, sino con esto de “hay me duele no sé qué, pues te doy un té de manzanilla, y ya me siento de maravilla”, o sea, a veces es más como un cuidado la atención, ¿no? Y, por ejemplo, nosotros como institución se ha mencionado varias veces entre nosotros, que a lo mejor poner un médico general, para que todos tengan... o sea, “si te dio gripa, si te dio tos, si te dio diarrea”, o sea, que pudiera haber alguien que los pudiera checar y así, pero, por ejemplo, no hemos tenido un médico así, sino más bien, se refieren con sus médicos aparte. También, si habláramos de integral, tendría que haber un oftalmólogo, ¿no?, o sea, así, te vas yendo y te vas yendo y, cada vez serían más especialistas, que tuvieran que atenderlos directamente y, o sea, obviamente lo que se usa. Pues es como nosotros en la vida normal, pues no estás yendo al médico veinticuatro horas al día, ¿no?, de repente me enfermé de algo que sí no sé qué sea, me rompí un hueso, pues vas con ese especialista, pero pues digamos que es un poco así, si quisiéramos que fuera más integral, tendríamos que abarcar más cosas

y, no creo que la institución de en este punto para abarcar tantas cosas, porque si he visto instituciones así, o sea, la OCE, que es para... es una institución judía, es para ancianos, o sea, ellos si tienen así todo lo necesario, o sea, simplemente para ingresar a un paciente, lo pasan por todas esas áreas y ya todo eso va en su informe, o sea... pero imagínate de que tamaño está esa institución, para que tengan todo eso, ¿no?, o sea, otro mundo.

**I: Entonces, ahora. ¿qué papel crees que juegas como clínico en el tratamiento del usuario?**

**C:** ¿qué papel juego yo?, que buena pregunta. Mmm... no sé, fíjate que, mmm... no sé cómo decirlo. O sea, no sé qué tan importante sea mi papel, porque a fin de cuentas soy reemplazable, o sea, puede llegar otro clínico y hacer el mismo trabajo. Yo no siento como que sea así, ¡uy!, un pilar importante y eso, ¿no? Que se crea un vínculo con ellos y eso facilita las cosas, qué el modo en el que los trato, a ellos les gusta y por eso hay como una reciprocidad entre nosotros, o sea, si creo que eso funciona, pero yo no diría que mi papel es crítico, yo no vine a salvar el mundo, ¿no?, o sea, tampoco nada más porque este yo la psicosis se fue, ni nada por el estilo, ¿no?, o sea, yo siento que somos más como facilitadores que vamos más allá, o sea, a veces, como decirlo... no es tan pensado, a veces el simple hecho de la presencia, ayuda más que intervenir simplemente por intervenir, o sea, a veces no se trata de estar hablando con ellos, a veces no se trata de darles el consejo que les daría el psicólogo, a veces es puro sostenimiento emocional, a veces... o sea, todo eso es como lo que yo creo que facilitamos nosotros. A veces, solo hacen las cosas porque tú se las estás pidiendo, porque tú eres su amigo, porque tú les caes bien, ¿no?, entonces, a veces, simplemente eso hace que den un paso más, ¿no?, a lo mejor, no sé, por ejemplo, Jaime que no quería entrar a pintura, pero como Mercedes le dijo que entre a pintura, pues ahí va a entrar a pintura, o sea, hay cosas que hacen más por una cuestión de vínculo, que por una cuestión de que el clínico, psicólogo clínico se lo dijo. Habrá quien si le funcione que una figura de autoridad le diga “tienes que hacer esto”, pero habrá quien lo haga nada más porque “tú eres amiga y tú me caes bien, tú me lo dijiste”, o sea, hay muchas veces que eso se juega más y que eso les ayuda a hacer una cosa que no habían hecho, y que a lo mejor mejoran alguna habilidad y de ahí pasan a un paso más adelante, a lo mejor logran hacer algo que nunca habían hecho en sus vidas, o sea, eso yo creo que es a lo que nosotros les terminamos ayudando, ¿no?, o sea, no

creo que sea así tan importante mi papel, pero creo que eso es a lo que yo les ayudo y, de hecho es lo que uno se lleva de satisfacción, ¿no?, o sea, a fin de cuentas... a lo mejor empezó así, pero fuimos haciendo esto otro juntos y logró hacer esto, o sea, ir como avanzando juntos con ellos, es lo que te deja satisfecho al final del día, es lo bonito del trabajo.

**I: Y, ¿qué papel crees que juega la familia en su tratamiento?**

**C:** ¡Uy! El papel de la familia es super importante, pero la mayoría de ellos tienen muchos problemas familiares, ¿no?, nadie se vuelve loco solo, hay quienes tienen familias super enloquecidas que dices “no, no, que vaya a su casa, no, que viva aquí, porque si va a su casa, se va a desbordar”, porque su papá, porque su mamá, porque el hermano, porque la familia en general, tiene ciertas características que dices “son enloquecedoras sus familias” y, por otro lado, tienes a los que tienen sus familias que dices, “son muy tranquilas, son muy normales y lo que sea, pero no quieren a esa persona ahí porque en su pasado ellos hicieron cosas... siempre les digo “siempre cuentan las historias en las que le hicieron, pero no lo que ellos hacen, dicen, ay, mi hija que no me viene a ver”, pero no dicen que cuando él estuvo joven y esa niña estaba chiquita, se fue de viaje por todo el mundo y no le importó esa niña, ¿no?, o sea, todas las cosas que ellos de repente cuestionan, todas tienen un origen y la relación familiar también tiene su propia dinámica de “porque se partió, porque se rompió, porque lo aislaron, porque nadie le quiere hablar, porque otros si son aceptados, porque otros no”, a veces inclusive es peligroso que sean aceptados con alguno, porque a lo mejor están muy pegados con algún pariente y o sea, los dos se dan cuerda; son muy complicadas las relaciones familiares aquí. Lo que yo creo, es que tratan de ser aceptados dentro de su propia familia, ¿no?, a pesar de lo que sea que haya pasado, habrá familias que entiendan mejor, habrá familias que no, ¿no?, que dicen, bueno, era un momento donde estaba mal esta persona, pues mira, ya con sus chochos encima, se porta super bien, es super buena onda, puedo platicar con él a gusto y les dan chance de reintegrarse a esa familia y a ellos les ayuda muchísimo el no sentir que los abandonaron, ¿no?, porque es ese sentimiento en realidad, de “mi familia me dejó aquí, ¿no?, jamás quiso saber de mí”, y es muy común.

**I: Y, ¿qué papel crees que juega el Dr. Miguel?**

**C:** ¿En el tratamiento?, yo no diría que tiene una influencia directa en todos los tratamientos, ¿no? Hay quienes van a análisis con él y esos tendrán alguna relación más cercana con él y

algo de lo que él les dice, les funcionará, ¿no?, pero habrá otros que dicen “ese es el señor que viene a la asamblea, el director de la institución; tendrá... tiene muchas caras, digamos eso. O sea, para muchos es solo el director de la institución, pero de ahí en fuera, no lo conocen. (...) porque si hacen una diferencia, las asambleas, nos ayudan bastante en ese sentido, porque a lo mejor hay un anuncio oficial de algo, ¿no?, “esto se va a hacer de “x” manera” y entonces, si lo anuncian en la asamblea, que es como darles la validez del Dr. Miguel, ellos siguen las indicaciones pues, porque pues “lo dijo el Dr. Miguel, él es el Director de la institución”, tiene toda una investidura de la institución; son cosas que te digo, simplemente las hacen, porque él dijo que así va a ser la regla, entonces, es mucho más fácil, para nosotros que si el ya dio la autorización de eso, si el ya aclaro que eso va a ser así, es mucho más fácil que nosotros les digamos “acuérdate que en la asamblea, dijeron que tatata...o sea, y si tienes algún problema, ve y exponlo en la asamblea”, ¿no?, “entonces, a mí no me digas a mí esto, sino dijiste nada cuando dieron esa regla en la asamblea, entonces, a mí no me vengas ahorita con que no”, ¿no?, y eso facilita mucho las cosas. Obviamente los que van a terapia con él y eso, pues tiene una conexión más cercana con ellos, si tienen a lo mejor una relación más personal, luego también le tienen más cariño, igual los que llevan mucho tiempo en la institución, le tiene mucho más cariño, y pues, cuando... como el pertenece a la comunidad judía, pues cuando hemos tenido pacientes judíos, se sienten más cercanos a él, ¿no?, obviamente por una cuestión religiosa y por un modo de ser de los judíos, justamente, pero pues sí, yo diría que ese es su papel y para nosotros, para los clínicos, aparte de ser el jefe, a mí sí me parece que es esta guía que a nosotros nos ayuda, ¿no?, así de “es que ya intenté todo; es que ya hice esto”, o sea, es como un segundo apoyo en cuestiones clínicas, en cuestión de exposición de casos, digamos, ¿no?

**I: Ok. Ahora, ¿me podrías escribir la relación entre usuario con el directivo, usuario con el clínico y usuario y usuario?**

**C:** a ver, el primero es usuario-directivo. Mmm... usuario-directivo... pues sería un poco lo que yo te dije, o sea, los que tiene terapia con él, pues si tiene una relación más cercana con él, incluso a veces hasta más amistosa y, para los otros que no tiene terapia con él y así, o sea, pues hay como una relación de, pues eso, “este es el director, este es el mandamás, yo me atengo a lo que él diga, cosas por el estilo”, pero yo diría que, hasta ahí, no hay como

más... hasta eso si les da gusto, por ejemplo, cuando hacemos eventos y viene él, como que, si les da gusto, como que si sienten que es algo como que está validado por él, no sé, pero si le pone un peso extra.

**I: Y, ¿usuario con clínico?**

**C:** Usuario con clínico, yo diría que es la relación más cercana de ellos, ¿no?, y es bien ambigua esa relación, porque, o sea, es como Ernesto, puede estar super enojado porque no le diste no sé qué y al rato eres su super amiga, o sea, si es una relación medio extraña, diría yo, pero a fin de cuentas, yo creo que nos funciona y les funciona, ¿no?, o sea, no siempre dejarlos hacer lo que ellos quieren es lo mejor para ellos, entonces, también eso si les ayuda. Y yo creo que también dienten... yo creo que es mucho de confianza, o sea, el hecho de que vengán y que expongan ciertos problemas que piensan, que sienten, que se les ocurre, el simple hecho de que tengan cierta confianza para decir lo que ven, lo que sienten, lo que piensan, ¿no?, sentir que pueden ser ayudados de alguna manera y, a veces, no es que siempre tengas la respuesta, a veces es ser un poco más empático, es a veces poner un límite, es a veces ese recordarle una regla, es a veces... ¿no?, o sea, son como muchas cosas, pero justo como estamos con ellos tanto tiempo y pasamos mucho tiempo con ellos, o sea, yo siento que esa relación les viene muy bien, incluso ahorita puede llegar Anita y decir “oye, todos me están queriendo matar” y, entonces, te acercas a ella y ya pláticas sobre eso y, ya de repente la haces reír y ya se le va esta onda, o a veces, la apapachas un poquito y con eso tiene; tiene que ver más con esa cosa de la relación, casi casi familiar, les digo, es que aquí son casi familia, ¿no?, o sea, ven más a las personas de aquí, que, a sus propios familiares, entonces, a veces así y, eso no significa que a veces no haya una relación donde hay un supuesto clínico que pone el orden... es una cosa muy ambigua, pero pues creo que a veces también funciona por eso, o sea, así como tu mamá te decía, a esa fiesta no vas, te querré mucho, pero a esa fiesta no vas, pues así. Si yo dijese que es la relación más ambigua de toda la institución, como que los otros puestos tienen su relación muy... que solo ellos pueden definir... pero aquí si es una mezcla como que muy extraña. Creo que a los de servicio también les pasa un poco, ¿no?, es así como de, me encargaron que no hiciera esto, pero me dice que me quiere mucho y no sé qué... es una relación un poco extraña. Y ¿qué otra querías?

**I: La relación entre los usuarios, usuario-usuario**



**C:** Mmm... yo creo, que como en todos lados, la convivencia con algunos es mejor y con otros no, así como no te caían bien unos en tu salón de clase, pues igual acá, ¿no?, hay unos que pueden ser muy afines y que se llevan bien y habrá otros que se llevan mal estando juntos, ya sea por cuestiones de personalidad, por lo mismo del tipo de delirio de la otra persona, hay como muchos puntos ahí que pueden hacer que se unan o se separen y, no necesariamente la edad es un factor, porque luego uno se puede ir con la idea de “estos son los pacientes jóvenes y de seguro se van a querer juntar todos ellos y, estos son los pacientes viejos y de seguro se van a juntar ellos; eso no es cierto, o sea, termina siendo una cuestión de afinidad que otra cosa. O sea, nos pasó... ¿cuándo fue?, hace tiempo, cuando íbamos a ir a un café, pero eran muchos, entonces, se querían dividir y entonces dijeron, así como de, los jóvenes acá y los viejos acá, y empezaron, así como de “yo me quiero ir con Becky, porque a mí me gusta Emanuel y ella quiere cantar Emanuel, entonces, nos vamos juntos” entonces, terminó siendo más una cuestión más de afinidad. Por ejemplo, Andy, o sea, estaban los más chamacos y nunca se llevó con los más chamacos, o sea, el también andaba en su rollo y se llevaba más con otros que con los que eran como de su edad, ¿no?, termina siendo un rollo más de afinidad. También les ayuda mucho que algunos de ellos estuvieron juntos en la primaria, este Lalo, Jaime, Ernesto, son de la misma escuela, entonces, si hablan de alguien, lo conocen; con los demás primos, hermanos de la familia y todo eso, y cuando llegan a visitarlos, saludan a los tres, porque los tres son de la misma escuela y se conocen entre ellos y todo eso, ¿no?, entonces, ahí, pues también hay un punto. Hay otros que se conocen de instituciones anteriores, entonces, también eso, ¿no? Hasta andan criticando juntos a la Florida, criticando juntos La Quinta, o sea, todo eso crea puntos de afinidad, entonces, son las dos cosas, ir como descubriendo que sí, que no y, también los hábitos de cada uno se vuelven como algo que ellos mismos identifican; está bien chistoso, porque a veces, no ven la locura de sí mismo, pero ven la del otro, ¿no?

**I: Entonces, en general, ¿cómo crees que sea la convivencia entre ellos, hablando...**

**C:** Yo diría que buena. O sea, en general, si tratan de apoyarse, o sea, tan... obviamente hay unos que se preocupan más por los demás que otros, como pasa en la vida cotidiana, habrá quien diga “yo solo me preocupo por mí, por qué tengo que andar pensando en los demás y habrá quien diga, yo si me preocupo por toda mi familia y rezo todos los días para que les

vaya bien”, igual aquí, o sea, habrá gente a la que si le importan sus compañeros, habrá gente que le importa menos; o hay quien tiene su grupito de amigos y solo ese grupito de amigos le importa y los demás no le interesan tanto, ¿no?, que no parece algo que sea extraordinariamente un hecho social anormal, ¿no?, parece que ocurre como en todos lados; en la primaria no estabas al pendiente de los 50 niños que iban contigo, ¿no?, estabas pendiente de tus tres amigas y ya luego te enterabas que fulano se cayó, que a mengano le pasó esto, pero no estabas como tan así, igual aquí, yo diría que la convivencia es buena, en tanto que ellos si se buscan como entre ellos para ciertas cosas, buscan apoyarse entre ellos y no son indiferentes a los sentimientos de los otros, ¿no?, no sé si has visto cuando Lalo calma a Carlos, le hace así como “ya Charles, no sé qué...”, ¿no?, y a mí me parece excelente eso, porque es una intervención desde una posición bien distinta a la de un clínico, y a veces, más efectiva porque te lo está diciendo tu amigo, no te lo está diciendo el clínico, a mí me parece que es bueno. O sea, fuera de las viscidudes que llega a haber, a veces, personajes de aquí que llegan a estar peleando o así, llega un punto en el que se reconcilian y se llevan bien; no necesariamente te tienes que llevar bien con todos, pero yo diría que la mayoría se lleva bien.

**I: Y, ¿cuándo dirías que se produce comunidad aquí?, ¿me podrías dar algunos ejemplos?**

**C:** Que se produce comunidad... mmm... hójole, yo creo que, es que es imposible decir que no se está produciendo algo todo el tiempo, ¿no?, pero yo diría que incluso... o sea, es más notorio cuando hacemos eventos, porque se nota la unidad que tienen ellos, pero yo no diría que en el día a día, no se está formando algo de eso, ¿no?, porque no se notaría... si eso no se formara en el día a día, no se notaría en un evento donde hacemos equipos y competimos entre nosotros; seríamos un montón de desconocidos que están intentando ganar “x” premio, pero pues, no es eso, porque a fin de cuentas, ellos mismo quieren estar en este equipo o en este no o en este si para estar con su amigo, para estar con el que es el bueno, o sea, ellos mismos identifican (...); te digo, yo creo que es más notorio en ciertas situaciones que ellos ya están integrados como una comunidad, pero a fin de cuentas eso está formando en el día a día, ¿no?, o sea, desde las amabilidades no sé, por ejemplo, Ana y Bety, que son bien lindas la una con la otra, que son así de “Ay, oye, ya te desocupe el baño para que te metas a bañar”,

o son así de “ay, te presto una libreta, o vi que se te cayó esto o ya viene el cumpleaños de fulano, hay que hacerle su tarjeta”, o sea, son así como que todos tienen esos detalles con otros que hacen que se sientan bienvenidos y se sientan como en esa comunidad, ¿no? Te digo, a veces es más fácil notarlos cuando hay un evento, que ellos están así como “ay, la fiesta, el cumpleaños de fulano; navidad, no sé qué...”, o sea, tiene como este ambiente festivo, pero pues ese ambiente festivo no se lograría si fueran un montón de desconocidos, o sea, justo se vuelve agradable para ellos todos esos gestos, porque están pasando un momento agradable con sus amigos, con esa gente que conviven, con esa gente que ellos viven, entonces, se la pasan bien en ese sentido, ¿no?

**I: Y, Casa Azul, pensándola como una institución, ¿cómo crees que inscriba al sujeto cuando llega a la comunidad?**

**C:** pues yo diría que nosotros como institución, no lo hacemos. Más bien, ellos son los que se dan la bienvenida. La mayoría de ellos son muy abiertos y como están acostumbrados a que venga gente de servicio, a que venga fulanito, a que venga el doctor, el tallerista, el que no sé qué, son muy abiertos y reciben muy bien a las personas. Yo siento que, aunque tu hayas hecho el papel de ingreso y les digamos “ah, este es tu cuarto, esta es la cocina, este es mengano, este es zutano, comemos a tal hora”, eso no va a hacer que el sujeto se sienta parte de aquí, ¿no?, o sea, a fin de cuentas, ellos son los que terminan inscribiendo a la persona a la dinámica de la casa. Incluso a veces ellos son los que le terminan explicando “ah, no, es que esto se hace así; la ropa se entrega el miércoles, no se entrega hoy; o esa actividad la hacemos solo los días tales”, ellos son los que terminan, como haciendo la bienvenida, ¿no?, porque yo diría que si hay como pues esta... pues, la bienvenida de una institución es mucho más seca, es de trámite, pero lo que termina haciendo que, pues se sientan bienvenidos, es eso, que los que ya están aquí les den la bienvenida y que siempre están como abiertos a que lleguen ellos.

**I: Bueno, ¿alguna pregunta, alguna duda o algo que quieras comentar?**

**C:** No, sería todo.

EJEMPLO DE CATEGORIZACIÓN

| CATEGORÍA       | CITAS DE ENTREVISTAS   | ENTREVISTADO        |
|-----------------|--|---------------------|
|                 | <p>...se trata de que haya una relación, ehh, a los clínicos un poco una autoridad, pero al mismo tiempo son compañeros, son como amigos, entonces, como el hermano mayor, yo soy como el papá digamos, yo soy la gran autoridad para ellos, pero bueno, todo esto sirve porque arma esto una micro sociedad.</p>  | <p>Director</p>     |
| <p>Vínculos</p> | <p>...que se sientan escuchados, valiosos, el sentido de utilidad para cualquier persona es valiosa, saber que soy importante para alguien y que soy bueno en algo, eso tranquiliza mucho y da arraigo.</p>  | <p>Subdirectora</p> |
|                 | <p>...ha sido difícil creo yo, o no tenían como, bueno, yo me topé con que no había como mucha claridad de que es necesario hacer equipo, es decir, está el grupo de personas que trabajan de manera conjunta, pero la visión de equipo no la habían tenido como muy presente ni muy desarrollada...</p>   |                     |
|                 | <p>...sobre todo lo veía en las asambleas, lo enojado, y se lo señalé muchas veces, -la respuesta que le diste a menganito o a zutanito en la asamblea sonó feo, sonó mal, se vio mal, se escuchó agresivo, por esto, esto y esto- corrigió esa parte, no creo que porque yo se lo dijera, sino porque yo creo que se percató de que algo le estaba, creo que ha estado muy solo en el tema de la institución, así lo ha dicho; entonces los pacientes lo veían como, por ejemplo, en las asambleas siempre eran en Mitla, entonces, ¿por qué no pueden ser en la otra casa o de manera alternada?, ahora últimamente han sido aquí, porque tenía la idea de que al director no lo veían, siempre estaba en la otra casa porque allá atendía pacientes, y los pacientes de aquí iban para allá, pero los que no se atienden con él, pues no lo veían nunca, ¿no?, entonces era como, sí como una estrella fugaz, aunque me parece que cuando él se hacía presente es como la novedad, ellos tienen claro que es el director y les hace gracias que venga, que participe en las cosas sociales como cumpleaños, la navidad, cosas de esas, sería como el invitado especial.</p> |                     |
|                 | <p>Entre los pacientes y los clínicos, me parece que la relación no es mala pero a veces pasa por procesos de desgaste, donde sí hay como un fastidio de ambas partes, entonces, está el paciente que constantemente se está quejando del mismo clínico o de todos los clínicos de la misma manera, y está el clínico que te dice “es que yo ya no puedo más con perengano de tal, ya me dice y como que se me cierra el oído porque ya hay como una especie de hastío”; aunque también, algunos pueden haber buenos momentos pero hay también</p>   |                     |

|  |   |              |
|--|---|--------------|
| Vínculos   | <p>otros momentos donde pues es que pasas más tiempo aquí que con tu pareja, que con tu familia, entonces yo creo que hay un desgaste natural...</p>  | Subdirectora |
|  | <p>...aquí en Quemada, la mayoría de los pacientes se llevan bien, salvo que alguien esté desestabilizado puede tener como ciertos pensamientos delirantes, “es que quieren más a aquella”, “aquella me volvió a ver más”, o “ustedes me están enfermando, no quieren que yo me cure”, pero si no es en un momento de crisis como eso, se llevan bien; en la otra casa, también se llevan bien, nada más que son pacientes más funcionales y entonces más carrilleros y a veces el trato es pesado, puede ser esta violento verbalmente, y después hay resentimientos, enojos, llantos, etcétera.</p>   |              |
|  | <p>Sí hay algo que a mí me llama la atención, es que por ejemplo dicen, “aquel está loco, pero no se ha dado cuenta” ...para ellos, el otro está más jodido...</p>  |              |
|  | <p>Algo que me llama la atención es que falleció Marce, la señora que tú conociste, yo ese día no estaba, pero bueno, me dijeron que todos estaban, así como super impresionados, y que no sé qué, por las circunstancias, ¿no?, pues estaba comiendo y falleció, y tú vienes y te dicen “Marce...” pero te hablan como si no la conocieras, “...te acuerdas de la señora, una señora muy blanca...” pues si vengo todos los días como qué, pero después que como que una (...) pronta y después, lo que sigue. El domingo, que se despide Inés, pues es así como que la tarjeta y todo eso y pues “¡ya partamos el pastel!”, como que a veces hay una como un no apego, eso me llama la atención del paciente.</p> |              |
|  | <p>...yo creo que cuando uno apuesta, es decir hace una apuesta por otro, y ese otro pesca algo de eso y hay como una congruencia de, porque tal vez no podemos esperar que el otro venga como sujeto deseante, sino que uno pone una palabra, una mirada, un gesto amoroso y cálido, pone de su propio deseo y de su propia energía pulsional a favor de alguien y el otro puede pescarlo, yo creo que ahí hay comunidad y hay una inscripción de ese otro... yo creo que cuando uno pone un deseo y el otro lo toma, esa apuesta de uno, sí se genera una inscripción; es decir, ese otro es importante para mí y yo también ocupo cierta importancia para él, para eso.</p>                                      |              |
| <p>...justo estar en un lugar, implica ciertas reglas ¿no? Pero implica ser uno entre otros y ser uno entre otros implica tener como cierto terreno en común, es un conjunto de acuerdos que basas en algo, ejemplo de ellos</p> |   |              |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
|  | <p>es Katy, es un ejemplo así súper puntual, porque Katy es como todo lo quiere hecho a la medida, con trato personalizado: “no, no me digas, no me presiones” ¿no? O sea, pero en cierto momento, la podemos ayudar a estar de otra manera y lo que la ayuda a estar de otra manera es el vínculo, el vínculo que nos fuimos, día a día, con ellos la confianza que llegan a tener es lo que los ayuda a estar ahí: “ah bueno, esto que me estás diciendo no es una imposición, lo dices por mi bien”. Katy dice mucho eso: “Ah, pero lo haces por mi bien ¿verdad?” “sí Katy”. Entonces ya como que se va integrando.</p>  | <p>Óscar</p> |
|  | <p>...a veces están, así como que todos apáticos, pero si llegas con todas las pilas, pues jalas ¿no? igual en las fiestas, yo no sé bailar y no me gusta, pero es cosa de poner música y ya hago como que le bailo y como que se integran un poquito más. Yo le hablo mucho a los chicos de servicio social, porque también son como la diferencia en esta constancia ¿no? que es: “Diario vemos a Óscar, de lunes a viernes y sábados y domingos”. Pues chido, pero, no tiene el mismo impacto en cierto sentido a que los chicos de servicio que llegan y se les hace como más ligero ¿no? y a la vez el vínculo que tienen con cualquier clínico les ayuda a sostener también las cosas, entonces si es como, o sea si la repetición te da seguridad, pero también tiene que estar como una irrupción ahí de lo nuevo para que no se vuelva algo así como crónico.</p> |              |
|  | <p>...definitivamente yo creo que el acompañamiento visto, con esta perspectiva como esta estructura, esta integración social, no solamente estar ahí a un lado, sino, hacerse presente frente a ellos, subjetivar ¿no? te presentas como sujeto y lo reconoces entonces es subjetiva, por eso te digo que es como político, es como reconoces al otro, en qué lugar te posicionas respecto a él, si es horizontal, si es como vertical, creo que eso es básico, un posicionamiento ético, por el que, por que también no es solamente frente a ellos, porque luego las intervenciones que haces con ellos, también recaen sobre ti.</p>   | <p>Óscar</p> |
|  | <p>Es chistosa ¿no? digo porque siempre están como atravesadas por uno u otro eje, al menos 3 que puedo distinguir ahorita ¿no? primero: el director, esa es una ¿no? entonces pasan varias cosas, a los usuarios les da bastante confianza ¿no? por qué es acá, el gran jefe, el papá, entonces cuando viene, todos así de ahhh que buena onda, se quedan a platicar con él y todo esto, esa es una parte. La otra también es persecutoria, dicen: “no es que este hijo de la chingada, ni le importamos” y así ¿no? cuando a lo mejor hace rato lo vio y se llevó súper bien con él, pero es algo que aparece, porque igual y a lo mejor y no es con él, es este gran Otro persecutorio. Pero si les ayuda como a cierta estabilidad y le tienen aprecio y respeto.</p>  |              |

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
|  | <p>A veces, solo hacen las cosas porque tú se las estás pidiendo, porque tú eres su amigo, porque tú les caes bien, ¿no?, entonces, a veces, simplemente eso hace que den un paso más, ¿no?, a lo mejor, no sé, por ejemplo, Jaime que no quería entrar a pintura, pero como Mercedes le dijo que entre a pintura, pues ahí va a entrar a pintura, o sea, hay cosas que hacen más por una cuestión de vínculo, que por una cuestión de que el clínico, psicólogo clínico se lo dijo. Habrá quien si le funcione que una figura de autoridad le diga “tienes que hacer esto”, pero habrá quien lo haga nada más porque “tú eres amiga y tú me caes bien, tú me lo dijiste”, o sea, hay muchas veces que eso se juega más y que eso les ayuda a hacer una cosa que no habían hecho, y que a lo mejor mejoran alguna habilidad y de ahí pasan a un paso más adelante, a lo mejor logran hacer algo que nunca habían hecho en sus vidas, o sea, eso yo creo que es a lo que nosotros les terminamos ayudando, ¿no?, o sea, no creo que sea así tan importante mi papel, pero creo que eso es a lo que yo les ayudo y, de hecho es lo que uno se lleva de satisfacción, ¿no?, o sea, a fin de cuentas... a lo mejor empezó así, pero fuimos haciendo esto otro juntos y logró hacer esto, o sea, ir como avanzando juntos con ellos, es lo que te deja satisfecho al final del día, es lo bonito del trabajo.</p> | <p>Carolina</p> |
|  | <p>... usuario-directivo... pues sería un poco lo que yo te dije, o sea, los que tiene terapia con él, pues si tiene una relación más cercana con él, incluso a veces hasta más amistosa y, para los otros que no tiene terapia con él y así, o sea, pues hay como una relación de, pues eso, “este es el director, este es el mandamás, yo me atengo a lo que él diga, cosas por el estilo”, pero yo diría que, hasta ahí, no hay como más... hasta eso si les da gusto, por ejemplo, cuando hacemos eventos y viene él, como que, si les da gusto, como que si sienten que es algo como que está validado por él, no sé, pero si le pone un peso extra.</p>  |                 |
|  | <p>...yo creo que es mucho de confianza, o sea, el hecho de que vengan y que expongan ciertos problemas que piensan, que sienten, que se les ocurre, el simple hecho de que tengan cierta confianza para decir lo que ven, lo que sienten, lo que piensan, ¿no?, sentir que pueden ser ayudados de alguna manera y, a veces, no es que siempre tengas la respuesta, a veces es ser un poco más empático, es a veces poner un límite, es a veces ese recordarle una regla, es a veces... ¿no?, o sea, son como muchas cosas, pero justo como estamos con ellos tanto tiempo y pasamos mucho tiempo con ellos, o sea, yo siento que esa relación les viene muy bien, incluso ahorita puede llegar Anita y decir “oye, todos me están queriendo matar” y, entonces, te acercas a ella y ya pláticas sobre eso y, ya de repente la haces reír y ya se le va esta onda, o a veces, la apapachas un poquito y con eso tiene; tiene que ver más con esa cosa de la relación, casi casi familiar, les digo, es que aquí son casi familia...</p>  | <p>Carolina</p> |

|  |  |                |
|--|--|----------------|
|  | <p>Creo que la comunidad ayuda a empezar a hacer vínculo y una vez que ellos pueden hacer vínculo con otras personas, que pueden socializar más, pueden encontrar una oportunidad allá afuera también obviamente con limitaciones algunos más algunos menos, hay quien podrá solo, hay quien se le dificultará, pero creo que la idea es que el residente también salga este deseo de querer hacer algo.</p>   | <p>Ricardo</p> |
|  | <p>Un poco la escucha; escucharlos a ellos en sus dificultades y a veces también no escucharlos porque a veces se les abre muchos espacios de escucha y tampoco no esta tan bien, pero intentar ir con ellos tratando de resolver las cosas. Lo subjetivo; ver lo subjetivo con cada uno o sea cada uno de ellos es diferente, cada uno de ellos tiene su problemática diferente entonces entender eso, que no puedes tratar de la misma forma a uno que al otro, con cada uno tienes que irle buscando la forma de cómo escucharlo, como ayudarlo, la forma que él te escuche eso también es importante, que ellos puedan escuchar lo que tú puedas decirles pues creo que esos son las bases, igual conocerlos y hacer un vínculo con ellos, un vínculo de amistad creo que eso es algo que hay que promover. Yo siempre he dicho, nosotros como clínicos trabajamos con el vínculo, gracias a eso ellos te escuchan, gracias a ello te toman la palabra y te dicen “sí” “no” “a ti no te escucho” “a ti sí” entonces el vínculo con ellos creo que es un pilar bastante fuerte.</p> |                |
|  | <p>...ellos nos ubican perfectamente y ubican perfectamente la figura de autoridad del director, por ejemplo, a mí me ha tocado con el vínculo que trabajamos no es lo mismo que yo le diga algo a un residente a que el director se lo diga para muchos de ellos toman la palabra del director como una ley prácticamente entonces creo que es fundamental para el funcionamiento y la estructura también de la comunidad, que exista una autoridad.</p>  |                |
|  | <p>Bueno la relación del residente con el clínico es totalmente un vínculo que es día a día, ya te digo, desde la dificultad de ¿Que voy a hacer el día de hoy? ayudarlo a armar eso o hasta algún problema subjetivo en ese momento que llega a surgir con la familia, con algún residente, algún problema emocional en ese momento que salga, creo que esa es la relación estrecha de la cotidianidad. Con el director, me parece que también es un vínculo cercano, en casa azul se hace una asamblea en la cual ellos tienen un contacto directo con el director semana a semana, lo cual eso ayuda a que ellos puedan expresar las cosas que les molesta a veces de la comunidad, desde lo que es la comida, las personas de aseo, lo que está mal en la casa hasta llegar a una queja personal que bueno las quejas personales ya se atienden a parte pero la asamblea es precisamente abrirles la puerta a un vínculo con el director que finalmente sigue presentándose como una autoridad y eso</p>   |                |



|  |   |       |
|--|---|-------|
|  | <p>me parece que está bien. La relación de residente con residente pues esto parece precisamente una relación social, en la cuál es la relación que se trabaja día a día con ellos entre ellos y los clínicos a lo mejor también, ellos expresan su sus envidias, sus enojos, siempre sacando a al otro residente “es que el otro residente tiene esto” “es que otro hizo esto” entonces ahí se ve precisamente el conflicto social en el que cada uno tiene y eso es lo que nosotros trabajamos igual cotidianamente ¿Por qué pasa esto con este residente? ¿Por qué con este tiene celos? ¿Por qué que con este tienes envidia? ¿Por qué con este te llevas bien? pues precisamente creo que ahí es donde la comunidad cumple esa función de comunidad terapéutica en la relación entre ellos mismos.</p> |       |
|  | <p>Yo, platicando con varios residentes, me comentaban que luego ni siquiera querían estar en las terapias con sus analistas, ¿no?, entonces, también no era muy funcional. Decían que uno de... bueno, uno de los residentes, con su analista, decía que no le gustaba, porque justamente al ser un análisis pues el psicoanalista, no daba pauta a la plática, simplemente era escuchar, escuchar y, eso era algo que no le gustaba mucho a ese residente, entonces, pues ahí tampoco veo como que sea algo benéfico para ellos.</p>  |       |
|  | <p>era justamente hacer cuerpo, mantenerlos fuera de su delirio, apoyarlos en su día a día... también el papel de la escucha, porque eso era lo más importante, porque ellos si necesitaban en verdad que los escucharan, había cosas que no platicaban con los clínicos y tú, al entablar un vínculo con ellos, pues les generabas confianza y, había temas que te comentaban a ti y que a veces a los clínicos no; eso fue algo que me causó un poco de conflicto, porque pues también está la privacidad de ellos, ¿no?, al contármelo, la confidencia, pero también en la comunidad, al ser prestadores de servicio, tenemos que estar en contacto con todo el demás equipo de trabajo de ahí, entonces, me generaba un conflicto porque no sabía si contarles o si sí debía contarles.</p>             | Bryan |
|  | <p>...creo que entre usuario-usuario, creo que como en todos lados llega a haber roses y, más siendo tantos en dos casas, pues el espacio tampoco es tan grande para tanta gente, entonces, lo veo bien como tal, si hay vínculos dentro de la institución entre los residentes, pero como te digo, en todos lados llega a haber roces, ¿no?, pero si surgen pues situaciones incómodas, por decirlo así, pero con la mayoría, el vínculo es muy bueno, muy fuerte, se puede ver en su trato, ¿no?, su apoyo que se brindan uno al otro, eso es muy bueno. Y, principalmente porque al final, terminan siendo como su familia todos ellos.</p>  |       |

|  |   |              |
|--|---|--------------|
|  | <p>Entre usuario clínico, ahí lo veo un poco más variable, porque al escuchar los discursos de residentes, pues no todos los clínicos son de su agrado ¿no? claro que a unos les tiene más confianzas a otros no y, pues, de hecho, se ve muy tajante como con ellos quieren entablar conversación, entablar algo ahí con ellos y, pues ahí, pues es más variable. La mayoría de los residentes se llevan bien con los clínicos y los buscan para que los escuchen, para que los apoyen, pero te digo que hay varios que no terminan de hacer un vínculo.</p>   | <p>Bryan</p> |
|  | <p>Y entre usuario-directivo, creo que nunca vi... Nunca vi un trato como tal, siempre estaba fuera de la institución, a menos que tuviera consultas, Bueno en la institución, pero pues aparte los residentes, entonces solo iba a consultas, yo no lo veía más tiempo, no veía como que interactuara con los residentes cuando llegaba a ir, era como “buenos días” y ya, no, se metía a su consultorio y salía de rápido igual Y se iba, nunca vi un trato y, por eso te digo que es lo peor, que no se ve como que el siendo el director, quiera hacer cambios en lo que pasa.</p>  |              |
|  | <p>La convivencia como comunidad..., pues te digo que es muy buena, principalmente por los clínicos, te digo que si bien hay roces, los demás clínicos saben cómo sobrellevar la relación con ellos, entonces, es una comunidad unida, por decirlo así, si se generan vínculos muy fuertes por lo mismo del día a día, tanto tiempo que llevan ahí, años, llevan muchísimos años, entonces, eso ha hecho que sea una comunidad fuerte, en cuanto a los lazos que se han hecho.</p>  |              |
|  | <p>con el directivo creo que es una relación un poco más distante, porque no se encuentra todo el tiempo el director, lo que no significa que el los trate de manera superior o algo así, me parece que su entrenamiento como psicólogo también le permite tener esa parte de poder vincularse de una manera más amable con ellos, inclusive algunos lo ven con mucho cariño es algo que si es como muy constante en la institución el ejemplo creo que en el que es más evidente es en los cumple años. Pero si le guardan cariño, si es un poco más distante la relación con él y por estar en la figura de autoridad, pues, a veces si es un poco más difícil que ellos se relacionen, aunque se trata de que no lo sea.</p> | <p>Alan</p>  |
|  | <p>Entre los residentes, creo que el trato es muy fraterno, dado a que son los que están conviviendo en todo, en todo momento y como en toda relación social hay con quienes se llevan muy bien y con quienes no se... no suelen platicar mucho o convivir mucho, porque simplemente no hay esa vinculación con esa persona, como en toda relación puede haber que no se agraden o que se agraden, pero al final del día, también, está esta</p>  |              |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>parte de respetar y la convivencia, generalmente, transcurre sin mayores dificultades, se saludan todos, son muy cordiales, se celebran sus cumpleaños, en algunos, obviamente, si hay más fraternidad que en otros, pero creo que eso resolvería como la vinculación en la institución, es una relación bastante fraternal, no podría decirse que son solo figuras de autoridad y figuras de reprimidas, sino que están... se trata de que es una relación más horizontal en la que puedan confiar en ti, pero también, te hagan caso a ti, puedas imponer ese límite, pero sin necesidad de entrar en conflicto, en general, la mayoría de los residentes lo aceptan bien, no en todo momento, como toda persona, a veces, no está en condiciones ¿no? no toleran fácilmente la frustración, pero en general la convivencia y la vinculación es bastante cercana, muy fraterna vuelvo a decir.</p> |  |
|--|---|--|

## GUIÓN DE NARRATIVA

1. ¿Cuánto tiempo llevas viviendo en CA?
2. ¿Qué son ustedes aquí en CA?
3. ¿Cómo les dicen los clínicos?
4. ¿Qué sentiste/ cuál fue tu impresión cuando llegaste a vivir aquí?
5. Actualmente, ¿Qué se siente vivir en CA?
6. Si una persona que quiere venir a vivir aquí te dijera que le cuentes sobre tu experiencia dentro de CA, ¿qué le dirías?
7. ¿Qué es lo que más te gusta de CA? ¿Qué es lo que menos te gusta?
8. Plátame sobre tu experiencia más feliz y la menos feliz dentro de CA.
9. ¿Cómo les dices a las personas que viven aquí en CA? ¿Qué significan para ti?
10. ¿Con quién te llevas mejor? ¿Por qué?
11. Cuando no te sientes bien, ¿cómo te ayudan tus compañeros para que te sientas mejor?
12. ¿Qué haces cuando ves que alguien no se siente bien?
13. ¿Cuál es tu actividad favorita dentro de CA? ¿por qué?
14. ¿Qué papel juegan tus compañeros al momento de estar en algún taller o actividad?
15. ¿Qué es lo mejor de tus compañeros y qué es lo que menos te gusta de ellos?
16. ¿Cómo crees que sea la convivencia entre todos tus compañeros?

## EJEMPLO DE NARRATIVA

### **Alina<sup>10</sup>**

Lleva tres años viviendo en Casa Azul. Dentro de la institución, ella considera que es una paciente o residente, pero sobre todo ella dice: “...*somos quien hace que funcione la casa como lo que es... sí creo que es una comunidad terapéutica, una casa que funge como comunidad terapéutica porque tenemos ayuda todo el día...*”. Los clínicos la llaman por su nombre.

Casa Azul fue una opción para la familia de Alina ya que menciona: “...*yo abusaba mucho de pastillas para dormir*”. No se sintió muy feliz al ingresar y actualmente ese sentimiento no ha cambiado ya que, como Alina menciona: “...*siento que estoy perdiendo mi medio social, estoy muy lejos de mi casa, tengo un departamento, el que me vengan a ver ha sido cada vez es difícil... no sé si estoy perdiendo la oportunidad a lo mejor de conocer a alguien, de estar más cerca de mis amigas, de estar más cerca de la gente que me gusta estar con ella*”. Ella recomendaría Casa Azul porque tienen cosas que en sus casas no tienen, da ejemplos de que les lavan la ropa, tienen las tres comidas y tienen talleres

Cuando yo le pregunto sobre lo que más le gusta de CA, ella se detiene a pensar unos segundos y me dice que a ella le encanta box; y lo que menos le gusta es la estancia tan larga dentro de la institución y los roses que ha llegado a tener con una de sus compañeras, ya que menciona: “...*me tensa, de esa amistad he sufrido muchísimo*”.

Yo le pregunto sobre la experiencia más feliz que ha vivido dentro de CA, ella se detiene a pensar y dice: “*todas tiene que ver con las cosas de afuera, mi familia, mi hijo mi perrita... la más feliz es que se fue Inés<sup>11</sup>...*”. En una ocasión que estuve presente en la asamblea de CA, el director le hizo una observación a una residente sobre lo mucho que se notaba que extrañaba su casa, lo que rescaté de ese diálogo, fue lo siguiente:

**Director:** *Usted extraña su tierra.*

---

<sup>10</sup> Seudónimo elegido por el entrevistado para respetar el anonimato de esta investigación.

<sup>11</sup> Inés es una clínica que renunció hace 3 meses aproximadamente.

**Alina:** *Eso pasa mucho aquí.*

Ella considera que los demás residentes **“son compañeros y algunos amigos”**, eso tiene que ver con la congenialidad que tienen los demás con ellos; la persona con la que mejor se lleva dentro de CA es Jenny, una residente que anteriormente ya había vivido allí, egresó, y actualmente se encuentra viviendo en la casa; también, dentro de las personas que ella considera especiales para ella se encuentran dos de los clínicos: Ricardo y Jorge, porque **“...se entregan a mí y yo a ellos, y han hecho por mí mil maravillas... Ricardo es para mí como mi hermano, me conoce perfecto, me saca permisos... Jorge siempre todos los días sube por mí para darme mi pastilla del ayuno...”**.

Considera que cuando ella no se siente bien, le ayuda hablar con sus compañeros; por otro lado, cuando es uno de sus compañeros el que no se siente bien, ella dice que suele ayudarles **“...le digo que todo va a estar bien, que pronto se va a poder ir (sí como no), lo animo muchísimo, que la casa es una muy buena opción...”**. En mi experiencia, como prestadora de servicio social y posteriormente cuando regreso a CA para el abordaje del trabajo de campo, me tocó muchas veces observar a Alina apoyando a sus compañeros mientras estaban en momentos difíciles; durante el desayuno era la persona que preguntaba a los demás sobre cómo se sentían; era cooperativa; en una ocasión uno de sus compañeros estaba pasando por un momento crítico, ella se acercó y le empezó a decir que él valía mucho y que podía resolver cualquier problema, que ella confiaba en él y lo motivó para que ese día se fuera a trabajar. En un día de observación me tocó estar presente cuando ella estaba preocupada por el estado de salud de uno de los residentes más jóvenes, platicaba con un compañero lo siguiente:

**02/septiembre/2019**

**Alina:** *Me preocupa mucho Alberto. ¿Cómo estará? No entiendo porque sigue pasando por estas crisis.*

**Gustavo<sup>12</sup>:** *No lo medican bien.*

**Alina:** *Sentí horrible porque ya lo veía muy bien. Pedimos que se lo llevaran.*

---

<sup>12</sup> Seudónimo utilizado para mantener el anonimato de esta investigación.

Realmente creo que ella es una de las personas que más apoya a sus compañeros, pero es una de las residentes que más diferencias tiene con los clínicos y el personal de CA. En una ocasión peleó a gritos con una de las clínicas que trabajaba en la institución. Siempre tiene quejas y demandas para los clínicos; ella cree que a veces no le hacen caso y no le dan su espacio.

En los talleres, Alina no cree que sus compañeros apoyen; considera que algunos son **“...muy egoístas, muy personalistas, muy egoístas... sólo ven lo que de sí mismos...”**, pero ella también rescata lo positivo y menciona lo siguiente: **“...veo amigos, veo risas, veo con quien platicar siempre, puntos en común...”**. Piensa que los momentos en los que más se puede platicar con sus compañeros, aunque no todos conviven. Al final cree que la convivencia es buena, que hay unión.

Menciona que ya está próxima a egresar, aunque le da pavor vivir sola. Sus familiares le piden que se quede más tiempo en CA, pero ella ya no quiere.

## B

Ella lleva un año cuatro meses viviendo en CA. Respecto a los motivos por los cuales se encuentran viviendo en CA, ella responde lo siguiente: ***“Bueno yo creo que algunos son porque tienen una enfermedad, en mi caso creo que es injusto, pude tener un problema pero que no es justo... porque pues sí tenía problemas, pero no tantos como para estar tanto tiempo”***. Los clínicos se dirigen a ella por su nombre.

Cuando ella llega a la institución dice: ***“No me gustó... sentí una especie como de algo que no me iba a gustar, lo vine a conocer y no me gustó, pero no me quedó de otra porque estaba yo en La Florida, me metieron a fuerza, entonces no me quedó opción... la primera impresión no fue buena”***. Actualmente considera que se siente más familiarizada pero ya no quiere estar allí.

Ella les diría a las demás personas que ***“ojalá que el tiempo que estén aquí sea corto... porque yo ya me quiero ir, hay mucha gente que lleva muchos años, lleva mucho tiempo, siento que eso no es bueno, siento que es mal augurio”***.

Lo que le gusta de CA ***“...son las salidas, que hay cierta libertad, que hay cierto respeto, en mi caso, de manejar yo mi dinero, tener libertad de salir yo sola... la libertad de entrar o no a algunos talleres”***. Aunque también menciona que, por otro lado, siente la presión de tener que entrar a los talleres.

Beatriz piensa por algunos segundos sobre alguna experiencia feliz dentro de CA, piensa, pero al final dice que no recuerda ninguna.

Los demás residentes son para ella ***“personitas a las que llamo por su nombre”***.

Cuando le pregunto sobre con quien se lleva mejor tarda varios segundos en responder, y dice lo siguiente: ***“pues con Anita me llevo bien, pero no es con la que mejor me llevo ni con la única, pero como es mi compañera de cuarto es con la que más tengo más interacción porque somos vecinas”***.

Cuando no se siente bien cree que sus compañeros no le ayudan a sentirse mejor y menciona: ***“no, no me ayudan, yo me tengo que sentir mejor, de hecho a veces me quitan mucha energía, a veces interactuar con los demás, a mí, me quita mucha energía porque”***



*estoy muy acostumbrada a estar sola, a meditar, a hacer actividades sola, entonces a veces sí comparto y estoy bien, pero si me siento mal, necesito estar sola normalmente*". Cree que los únicos que le pueden ayudar son los clínicos porque la hacen sentir bien y le ayudan a cosas que a veces no puede hacer. Siente más apoyo por parte de los clínicos.

Por otro lado, cuando es algún residente el que no se siente bien, Beatriz menciona lo siguiente: *"A veces no ayudo, es como muy desgastante estar como de samaritana, entonces a veces no me meto en esas cosas, necesito yo sentirme fuerte... aunque crean que son egoísta pero no hago nada, sino me debilitan"*.

Considera que su clase favorita es box. Ella casi no entra a los talleres, es uno de los residentes que pasa mucho tiempo en su cuarto y cuando baja a las áreas comunes, pocas veces intercambia palabras con los demás. Durante mi servicio social me tocaba acompañarla al consultorio de su analista donde realizaba algunos ejercicios. En el camino era yo la que realizaba una serie de preguntas para generar el diálogo. Siempre era amable y quería pagar mi acompañamiento con regalos de la tienda. Al principio me evitaba, pero poco a poco me fui ganando su confianza y ya no le costaba trabajo salir conmigo o realizar algunas actividades conmigo de apoyo.

Ella cree que a veces sus compañeros *"...deberían de repelar más, quejarse más, no dejarse, ser más inteligentes"*. Le gusta que algunos son nobles.

Ella considera que hay convivencia, pero solo por un ratito, conviven durante la actividad o festejo, pero ya después cada uno para su cuarto. Prefiere que sea así, siempre festejos no tan largos.

Ella no puede proponer algún cambio dentro de la institución, considera que es algo en lo que gastaría energía que puede ocupar en pensar en cómo salir de CA.

Cree que dentro de CA no existen amistades, solo relaciones de intereses o conveniencia, *"...para que haya una amistad sincera se necesita estar un poco más libre, en otro ambiente..."*.