

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

ÁREA DE SALUD, CONOCIMIENTOS MÉDICOS Y SOCIEDAD  
LÍNEA DE SALUD MENTAL, CONFLICTO Y VIOLENCIA

Proyecto de Investigación

**COHABITANDO LA LOCURA: LECTURA DE ALGUNAS EXPRESIONES  
SUBJETIVAS DEL CUERPO EN PERSONAS CON PSICOSIS**

Presentado por

**KARINA ANDREA CABRERA RODRIGUEZ**

Tesis de grado para optar el título de

**Psicóloga**

Tutores

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA

JOSE GABRIEL ZAPATA GARCIA

CLAUDIA PATRICIA PLATARRUEDA VANEGAS

Bogotá D.C, Febrero, 2020

*A aquellos corazones que con amor,  
me abrieron las puertas a la profundidad de las posibilidades,  
al encanto de las particularidades y a la pasión por la transformación.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente en primer lugar, a la Universidad Externado de Colombia, por permitir hoy día ver el mundo de la forma en que lo hago, un lugar en el cual la construcción de conocimiento va más allá del aula, más allá de un cuaderno o libro, más allá de lo que nunca pude imaginar, por ser esa puerta de entrada una manera distinta de ver la academia.

Agradezco a la Facultad, especialmente a Lucero Zamudio, una mujer que sin duda transformó por completo la manera de comprender los fenómenos sociales, desde una mirada crítica y reflexiva, en el cual la transformación es posible, y aunque hoy no estés, somos muchos y muchas las que llevamos tu legado en lo más profundo de nuestro corazón.

Agradezco a mis docentes de psicología, las cuales sin duda alguna hacen parte de aquello que en mi corazón se guarda como significativo por mi caminar en el pregrado, Sandra, Marcela, Angélica, Diana y Esperancita, gracias a ustedes por ser parte de mi proceso de aprendizaje, en el cual pude apropiarme de cada uno de los conocimientos re-pensándolos desde mis experiencias, mi vida, y mi forma de ser y estar en el mundo, gracias por su apertura a un espacio de aprendizaje donde sea posible reconocer nuestras historias, vivencias, nuestra subjetividad en el aula. Me permitieron una mejor comprensión de todo aquello en lo que me estoy construyendo.

Gracias por guiarme en el camino, por abrir sus corazones y mentes, y permitirme sentirnos juntas, gracias por darme las primeras entradas a la disciplina, a esas reflexiones pedagógicas que finalmente permitieron construir esta pasión con la que veo a la psicología.

Gracias a mis tutores, Carlos Molina, Jose Zapata y Claudia Platarrueda, por su apertura a guiarme en la construcción de esta tesis, sin duda alguna, pese a las crisis que investigar supone, de parte de ustedes siempre hubo un soporte del cual agarrarse para continuar, y estar hoy día entregándola.

Mis más sinceros agradecimientos a todos los miembros del hogar Saludarte, esta tesis es por ustedes, de ustedes y para ustedes, gracias por abrir sus corazones, narrativas y expresiones de subjetividad, gracias por la sensibilidad y acogida que tuvieron durante el proceso, el resultado de una apuesta crítica de la locura, no hubiera sido posible sin este trabajo conjunto que hicimos. Gracias por su apertura para construir procesos en los cuales podemos acercarnos a las diferentes formas de ser, estar y sentir el mundo.

Gracias a Maritza por permitirme acercarme a la fundación, tu disposición y entusiasmo desde el comienzo, me permitieron afrontar cualquier tipo de reto que en el camino iban presentándose.

Gracias a mi mamá, a mi papá y a mi hermana, pilar fundamental a lo largo de mi carrera y de la escritura de mi tesis, gracias por apoyarme en cada momento de mi vida, por su paciencia, por creer en mí, por siempre enviar luz, amor y cuidado a mi vida, para que todo pueda fluir de la mejor manera. El apoyo de ustedes durante el proceso de escritura de estas letras fue fundamental.

Y gracias Cris, por estar a mi lado a lo largo de todo este proceso. Por medio de nuestra palabra siempre hemos podido construir, elaborar y re pensar el mundo, gracias por estar siempre en todos mis procesos de aprendizaje, por este hermoso camino que iniciamos juntos, gracias por tu apoyo, amor y por abrazarme siempre con el calor de tu alma. Que sean muchos espacios de reflexión, crítica y transformación que surjan de este amor.

*A todos aquellos que en mi corazón guardo con mucha fraternidad*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN: EL PROCESO DEL VUELO: UNA PUERTA DE ENTRADA A LAS EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL TERRENO INVESTIGATIVO. ....</b>	<b>5</b>
<b>I CAPÍTULO: CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO: UNA APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS DE LOCURA Y ESQUIZOFRENIA.....</b>	<b>14</b>
1.1. De la locura a la esquizofrenia: un recorrido histórico de la locura a las bases de la psiquiatría moderna.....	16
1.2. Un cuerpo escindido: la esquizofrenia como un trastorno del yo .....	22
<b>II CAPÍTULO: UNA APROXIMACIÓN A LA SINGULARIDAD Y AL CUERPO ESCINDIDO: PREGUNTAS POR LAS NOCIONES INSOSPECHADAS DEL CUERPO .....</b>	<b>28</b>
2.1. Del yo fragmentado a un fragmento del yo: huellas de la configuración del yo en la locura .....	30
2.2. Las expresiones insospechadas del cuerpo psicótico.....	37
2.2.1. El extra - cuerpo: talleres como espacios posibilitadores para ver el cuerpo .....	40
2.2.2. El sentido del sinsentido.....	45
2.2.3. ¿Y tu de que sufres?: aproximaciones al cuerpo narrado.....	48
2.2.4. Una puerta hacia el inconsciente de la psique humana: el baile como vehículo de expresión del movimiento inconsciente.....	54
<b>III CAPÍTULO: EL CUERPO SITUADO: LOS ESPACIOS DE INTERACCIÓN COMO MEDIACIÓN DE LA EXPRESIÓN PSICÓTICA .....</b>	<b>57</b>
3.1. Karina ¿me prende el televisor?: espacios de libertad para ser.....	59
3.2. La entrada al estado de sueño: caos y movimiento .....	60
3.3. Tiempo de espera como espacio de interacción y expresión de la psicosis.....	63
3.4. La cena: la singularidad expresada a partir de la comida .....	64
<b>IV CAPÍTULO: DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES PREGUNTAS POR EL YO, PREGUNTAS POR LA VIDA, PREGUNTAS POR LO HUMANO: UNA APUESTA POR LA REIVINDICACIÓN DEL SUJETO A PARTIR DE UN CAMINO LIBERADOR DE LA SALUD MENTAL.....</b>	<b>66</b>
4.1. Repensar la psiquiatría como ejercicio de poder para despsiquiatrizar el malestar humano .....	68
4.2. “Yo llevo acá como 20 días y es lo peor que me ha pasado en la vida”: del hospital psiquiátrico a la atención comunitaria.....	71
4.3. “Yo tengo una enfermedad casi parecida a la tuya”: una aproximación a las implicaciones de cargar con el rótulo de la enfermedad mental.....	82
<b>4.4. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES<sup>89</sup>: ESPACIOS DE POSIBILIDADES PARA SENTIR EL CUERPO Y ESCUCHAR EL MUNDO: ANALOGÍAS ENTRE LA LOCURA Y EL MUNDO MODERNO.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>93</b>

# INTRODUCCIÓN

## EL PROCESO DEL VUELO: UNA PUERTA DE ENTRADA A LAS EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL TERRENO INVESTIGATIVO.

Comenzar por el principio parece una tarea sencilla, tu solo te sientas, recuerdas como comenzó todo y escribes. Pero si se piensa la complejidad misma de la palabra principio, todo empieza a tener una connotación distinta, ¿existe siquiera un principio?, esa es la gran pregunta, y la verdad, a estas alturas es algo que no he podido responder, incluso, a veces empiezo a creer que tal vez estás palabras que aquí escribo y que muchos pensarían son el final y el resultado de un trabajo, podrían ser el principio.

Sin que la palabra pierda su trascendencia, y mucho menos con ánimos de que se convierta en algo banal, la apertura que quiero darle a mi investigación, es iniciar a navegar por lo significativo y no por el principio. Y el lector se cuestionará, ¿por qué tanto enredo?, y la respuesta va dirigida a que estudiar un fenómeno tan complejo como lo es la locura, supone un sin fin de consideraciones para tener en cuenta, y al final, lo que queda es privilegiar aquello a lo que la investigación alcance, y que, por ende, de alguna forma, se vuelve significativo.

Pensar en el trabajo de grado nunca ha sido una tarea sencilla, implica un proceso realmente complejo, que tiene una gran cantidad de vertientes desde las cuales pensarse, posicionarse, y en sí, desarrollar el trabajo. En mi caso, cuando veo todo lo que ha significado para mí hacer investigación, y particularmente situarlo en mi primera tesis, solo llega una palabra a mi mente: *Aprendizaje*.

Llegar a este punto, escribir estas páginas para mostrar al lector mi trabajo, sin duda alguna ha sido un camino que, si bien se concreta en estas letras que aquí la narran, ha tenido muchos tropiezos, inconsistencias, miedos, transformaciones que con el pasar del tiempo se han convertido en muchos aprendizajes acerca de la

investigación, de mi labor allí, de la disciplina, de la locura misma, e incluso de mi lugar en el mundo. Por esta razón, a continuación iré narrando aquellas aproximaciones significativas en torno a mi proceso de investigación, ya que son un pilar dentro de la misma, en el cual mientras voy caminando, construyendo, acercándome a la población, escribiendo y, percibiendo cosas que no había tenido en cuenta y que demandan transformaciones en la tesis.

Claramente, al comienzo todas estas transformaciones en mi suscitaban una sensación de “hice mal las cosas”, “ahora me toca comenzar de nuevo”, “ahora me toca quitar esto de mi tesis”. Sin embargo, mientras iba avanzando y reflexionando acerca de dichos cambios, vi una oportunidad de dar cuenta de dichas transformaciones, no como un error, ni como algo que deba anularse, sino como un camino que permita dar cuenta de cómo el hacer investigación requiere poner en diálogo factores que estén acordes al contexto, y que si bien al inicio, pensar una investigación supone tener todo un proceso estructurado, con un formato específico que seguir, comprender la complejidad humana te exige como investigadora, tener la flexibilidad de movimiento que te permita fluir tanto como el fenómeno lo necesite.

Específicamente en Colombia, la locura en principio es identificada a partir del diagnóstico de trastornos mentales que se les asignan a los sujetos, trastorno depresivo, trastorno bipolar, demencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, son solo algunos ejemplos de éstos.

Autores como Zaraza & Hernández (2016), entre tanto, argumentan que los diagnósticos:

“[...] interfieren enormemente en la tranquilidad de la persona que ha sido etiquetada, y trae consigo cambios en todas las esferas de su cotidianidad, como en la social, la laboral, familiar y afectiva. Estos cambios, se ven reflejados en la percepción de un antes y un después, caracterizado por la falta y el deterioro en las habilidades y capacidades propias de quien se consideraba, hasta antes del diagnóstico, una persona “normal” [...]” (p.261)

De esta forma, los autores dan cuenta de las implicaciones que tiene cargar en la espalda con un diagnóstico que te posiciona en un lugar distinto frente a la sociedad. Entre tanto, una de las acciones recurrentes una vez llega a la vida un diagnóstico es el encierro, el cual ha sido documentado de acuerdo a los autores, desde la psiquiatría tradicional como una manifestación clásica de los síntomas de los trastornos, el cual se ha descrito como un tipo de aislamiento social (Zaraza & Hernández, 2016).

Una de las situaciones que genera mayor inquietud, además de las ya mencionadas, son las intervenciones no adecuadas por parte del personal de salud durante un momento de crisis que ponen en riesgo la vida y, la recuperación de quien vive con el trastorno o convive con alguien que lo presenta. Esto se debe al manejo brusco y agresivo resultante de la contención física y, en otros casos, al manejo farmacológico y sus efectos adversos (Zaraza & Hernández, 2016).

Las personas con esquizofrenia por ejemplo, de acuerdo con Taborda et.al (2016), están constantemente expuestos a aislamiento social, desempleo y por ende, dependencia financiera, padecimiento de enfermedades, entre otros factores que afectan al sujeto y no permiten que el tratamiento farmacológico de éste sea eficaz. Los autores, afirman que es necesario re pensar la manera en que se está llevando a cabo el “tratamiento”, situándose específicamente en el lugar donde éste se desarrolla, igualmente, proponen una nueva manera de intervención integral denominada modelo comunitario, donde pese a que la hospitalización sigue cumpliendo un papel importante en algunos casos, debe incluirse el tratamiento de éstos a su entorno “natural, es decir, a su cotidianidad como sujetos pertenecientes a una comunidad. Entonces bien, la salud mental vista desde dicha perspectiva es entendida según los autores como un objetivo individual y colectivo, en el que participan tanto los profesionales y pacientes, como los familiares, ciudadanos, departamento de trabajo, justicia y educativo, entre otros (Taborda et.al, 2016).

En resumen, tanto Zaraza & Hernández (2016) como Taborda et.al (2016) coinciden en que la esquizofrenia en Colombia, más allá de una atención reducida a la implementación de psicofármacos, debe fortalecer la calidad de los pacientes por medio de servicios integrales, donde éste sea activo y participe en diversos ámbitos

a lo largo de todo el tratamiento, trascendiendo la visión de esquizofrenia más allá de los psicofármacos. De esta manera, se abre un panorama mucho más amplio de la comprensión del fenómeno, en el cual se entiende la locura en términos comunitarios, donde se respeta los derechos de los sujetos.

En este orden de ideas, cuando me adentré en el estudio de la locura, me enfrenté a un gran desafío como investigadora porque implicaba ponerme en el lugar de otros para entender nuevas dinámicas de construcción de realidades, inicialmente situadas en un contexto distante al mío.

Este reto me condujo a comprender cómo se configura un mundo que muchos incluso llaman falso, pero que es real y modula y encamina la manera de entender un modo de ser y estar en el mundo. Es por esto, que la investigación cobra importancia en tanto da lugar al sujeto con locura, como un actor activo de la investigación, el cual no se define por un encasillamiento dentro de un trastorno, sino que tiene el poder sobre su mundo para legitimar sus significaciones a partir de lo que se ha llamado su yo.

En este sentido, el presente trabajo de investigación es el resultado de una inquietud que apunta a una comprensión de la experiencia corpórea en la locura, en la cual, se recuperen las experiencias subjetivas como espacio de construcción de la vida humana, entendiendo que cada sujeto se envuelve en su propia particularidad, y por ende, configura su propia manera de ser, estar y habitar el mundo.

Sin embargo, como dije anteriormente, preguntarse un ¿hasta dónde alcanzo?, es indispensable al hacer una investigación, y en mi caso, al ver la complejidad que supone siquiera comprender el cuerpo, y aún más, recuperando las experiencias subjetivas de esos Yoés que lo encarnan, y pensar lograrlo en una tesis de pregrado era algo ambicioso, por lo que este estudio lo encaminé desde una mirada descriptiva, la cual, hace parte de un primer paso del largo proceso que es comprender las configuraciones o nociones del yo, materializadas en el cuerpo situado desde locura. Por esta razón, la pregunta que se busca responder a lo largo de todo mi trabajo investigativo es: ¿De qué maneras se expresa el cuerpo en la

locura a partir de las experiencias subjetivas en sujetos con psicosis?

De esta forma, los caminos para lograr ir comprendiendo e identificando las diversas expresiones del cuerpo, las concreté en tres objetivos de manera específica, por un lado, explorar algunas construcciones de significaciones que hacen los sujetos con psicosis respecto a la construcción de su realidad, en un segundo momento, identificar factores vinculados a las expresiones del cuerpo en la cotidianidad de la locura, y finalmente, reconocer las particularidades en las cuales emergen algunas formas de expresión del yo en sujetos con psicosis, los cuales, permiten estructurar la vía para responder al propósito de la investigación.

Dicho esto, para lograr sumergirme en esos mundos singulares, la tesis inicialmente estaba dividida en tres fases de investigación, con técnicas de investigación distintas, las cuales eran la observación participante, la entrevista semiestructurada y el dibujo de la figura humana sustentado en Karen Machover. Así, primeramente, iba a realizar una observación la cual tenía como propósito instaurar lazos empáticos con aquellas personas quienes iban a hacer parte del proceso, conocer sus realidades, y en general, relacionarme con los miembros del hogar. Y fue en esta observación, en ese acercamiento al contexto de los sujetos, que se transformó por completo mi estructura metodológica y las cosas tomaron un camino diferente.

Es en los sujetos y en sus realidades que el que el fenómeno está implícito, no en un texto o en un libro, y encontrarme con la población hizo que el proceso fuera aún más difícil, pero muchísimo más bello de lo que pensé, empecé a conversar, a bailar, a pintar, a vivir la locura de una manera muy particular. En este andar de los días me daba cuenta de cómo en la cotidianidad se reflejaban de maneras insospechadas expresiones muy profundas de la locura, en el caminar con ello/as, en la asistencia en sus clases, en compartir la hora del almuerzo, y demás momentos de la cotidianidad. De esta forma, me cuestioné si la expresión corpórea se encontraba plasmada en un dibujo, o sí más bien, la investigación misma estaba demandando otros métodos que conversaran mejor con el campo, y así, llegue a la etnografía.

En este orden de ideas, la propuesta de la tesis se tornó en una nueva mirada de la locura y de la psicosis, que sale de los estándares estáticos del diagnóstico tradicional, a partir de un método etnográfico, mediante el cual se reivindique la vida cotidiana de los sujetos con quienes construimos este proceso, y así, comprender la realidad que allí emerge. Cabe entonces resaltar, que el ejercicio etnográfico da apertura a un espacio de co-construcción del conocimiento, y por eso surgen espacios intersubjetivos, en los cuales juntos tejemos una forma de entender la locura, haciendo de esta la protagonista de la historia que empieza a construirse.

Así, se posibilita la apertura a espacios en los cuales emerjan sentidos y significados de las particulares formas de configurar la realidad de personas que socialmente han sido aisladas por la misma concepción que se tiene de dichos diagnósticos, a partir de la cual, sin importar los múltiples encasillamientos médicos que existan, esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, entre otros, lo realmente importante sea la comprensión de las múltiples formas de vivir, y por ende, de encarnar la llamada psicosis, más allá de dicha categorización.

Éstos sujetos y cotidianidades se encuentran pautados por la institución en la cual residen actualmente: *Saludarte*. Saludarte es el hogar con el que realicé este trabajo de investigación, en la que 16 hermosas personas hoy permiten narrar el proceso que a lo largo de los capítulos iré exponiendo. Entonces bien, Saludarte es en una entidad encargada de la estabilización de síntomas psiquiátricos y la rehabilitación de personas con trastornos mentales, a partir de la relación del cuidado, la cual ésta dividida en dos sedes: una en el barrio Niza, y otra en el barrio Tarragona. En palabras de su directora:

“[...] Saludarte es un espacio de relación de cuidado, para controlar los síntomas psiquiátricos, para rehabilitar en las personas sus competencias de relación, sus competencias laborales, su forma de relacionarse consigo mismos, darle sentido a su vida y hacer proyectos de la existencia. Se diseñan mallas terapéuticas, donde tenemos tres ejes, uno es el **cuidado**, otro es la **convivencia**, no es que cada uno esté en su cuarto y que duerman todo el día ¡no!, están en el espacio comunitario, y otro es la **ocupación**.

Creemos que con el cuidado nosotros logramos una relación consigo mismo, creemos que con la convivencia logra una relación con su comunidad, creemos que con la ocupación logra una relación más grande, con sus capacidades y sus potencias y ahí en la ocupación, trabajamos mucho el tema de inclusión, poder ir a la ciudad, al museo, al cine, al concierto, etc. [...]"

Por otra parte, dar lugar a estudiar el fenómeno social a partir de una mirada que contemple las experiencias de las personas, sus vivencias, y una lectura de la configuración de su mundo desde sus particularidades, cotidianidades, realidades, y sentires, demandó en la tesis repensarse también la teoría.

Inicialmente la tesis se había posicionado desde una mirada psicoanalítica en términos teóricos retomando al padre del psicoanálisis Sigmund Freud, quien nos da una apertura a la comprensión de la psicosis como una estructura de pensamiento, suponiendo un estudio de la psique que va más allá de la conciencia, junto con Otto Kernberg, un psicoanalista que conceptualiza las expresiones de la estructura psicótica.

Sin embargo, cuando inicié el trabajo de campo de la investigación, me doy cuenta que los diversos resultados que van emergiendo en el proceso, van dialogando con diversas posturas de la psicología con un énfasis más interaccional, que en este caso apuntan a la psicología sistémica. En este punto, las pautas y los espacios de interacción de los sujetos que viven en el hogar, comienzan a tener un lugar fundamental para la comprensión de las maneras de configurar el cuerpo en la locura.

Por ende, en la investigación le apuesto a un diálogo entre epistemes, no con el fin de legitimar uno sobre otro, sino como una adaptación a la complejidad emergente del fenómeno, en el cual se hace más pertinente comprenderlo a partir de una apertura del panorama, y vislumbrando las dinámicas que demanda el mismo.

A raíz de lo anterior, en el comprender los diversos niveles de realidad que se despliegan de la locura, estos ires y venires de cambios teóricos y metodológicos se convierten en una de las cosas más significativas de mi camino, ya que materializan lo que implica adentrarse en las profundidades de un fenómeno social.

Así pues, el lector, a quien de antemano agradezco por su interés en abordar esta investigación, podrá encontrar una posible lectura del fenómeno, a partir de las diferentes expresiones del cuerpo en la locura, discutidas a partir de múltiples voces: la de la población, la de la teoría, la voz institucional y la mía como investigadora.

Finalmente, los resultados se exponen de manera tal, que dichos niveles de comprensión del fenómeno queden evidenciados. En el primer capítulo, se hace una contextualización del fenómeno, a partir de una aproximación a los conceptos de locura y esquizofrenia en un recorrido por las formas hegemónicas desde las cuales se ha entendido la psicosis como categoría diagnóstica, lo cual, nos lleva a la noción del yo escindido, y a su vez permite comprender la importancia de estudiar el cuerpo y sus diferentes manifestaciones. El segundo capítulo, habla del fenómeno narrado desde los sujetos que lo configuran, habla de la singularidad, de la experiencia, de la particularidad, habla de las “nociones insospechadas del cuerpo en la locura”, es decir, profundiza en las experiencias corpóreas que recoge el viaje etnográfico, narrado a partir de la riqueza del detalle que éste nos permite, es decir, desde miradas muy minuciosas, profundas, detalladas, enriquecidas que permiten preguntas por el cuerpo más allá de lo que a simple vista se puede observar.

El tercer capítulo, complementa al anterior, con una mirada del cuerpo contextual, un cuerpo situado en una institución, que en este caso es saludarte, desde una mirada sistémica. Un cuerpo que se encuentra sumergido en relaciones, en espacios de interacción y en pautas. Cuerpos que no solo son psicóticos, si no medicalizados, lo cual, cambia la perspectiva desde la cual toda la investigación se encontraba posicionada, porque el cuerpo en la locura y sus expresiones no solo responden a la locura misma, si no a los distintos mecanismos de poder que en ella se han impuesto. Así, el último capítulo, es una discusión final que surge de todo el proceso investigativo, el cual, propone una mirada del fenómeno a partir de la

reivindicación del sujeto desde un camino liberador de la salud mental.

Finalizó nuevamente agradeciendo a todas las personas interesadas en hacer parte de este recorrido, y por tomar un tiempo para involucrarse en este viaje en el cual podemos pensar a los sujetos como sujetos, y entre todos y todas, darnos la oportunidad de comprender los diferentes mundos que en cada cuerpo habitan. Esta investigación sin duda alguna, no surge de simplemente un interés por comprender la locura, si no por dar un lugar a la comprensión de la complejidad de la humanidad misma, de lo que en cada mente habita, y de esa magia que detrás de cada una de las miradas estalla.

Pensarnos los cuerpos, las singularidades y la vida en su complejidad, implica pensar que el cuidado de ésta da por sentado una multiplicidad de factores implicados en el desarrollo de esta. El bienestar, por ejemplo, en sí mismo es una práctica realmente compleja, tal vez una de las más complejas. Claramente, mi investigación está posicionada desde una visión psicológica, entendiendo la psicología como una disciplina del cuidado de la vida y el bienestar, es por esto, que indiscutiblemente, ver la locura en estos términos, es verla a partir de unos lentes que permitan comprender los diferentes matices que la componen y las diversas formas en las cuales se puede repensar la manera en que históricamente se ha posicionado, para darle un lugar que, como siempre menciono a lo largo de este texto, le dé un lugar activo a los sujetos, legitimando sus configuraciones del mundo

Así que, pese a que la investigación se dirige a un fenómeno particular, la locura, también es una invitación a repensar la forma en que vemos la psique humana, comprender al ser humano en su complejidad, y por supuesto, dar lugar a las distintas agencialidades que desde la cotidianidad misma expresan singularidades. Una invitación no solo a ver y comprender, sino a sentir a los otros.

# I CAPÍTULO

## CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO: UNA APROXIMACIÓN A LOS CONCEPTOS DE LOCURA Y ESQUIZOFRENIA

Cuando emprendí este largo camino hacia las distintas aproximaciones y connotaciones que se le ha dado a la psicosis, decidí inicialmente delimitar mi investigación y dirigir toda mi búsqueda bibliográfica hacia la esquizofrenia, un trastorno que difícilmente tiene un consenso unánime acerca de lo que significa, las implicaciones que lleva consigo y cómo se debe proceder, ya sea en el ámbito de la intervención, acompañamiento, o seguimiento. Sin embargo, pese a las divergencias epistémicas, metodológicas, geográficas, disciplinares o fácticas, siempre por una vía u otra se ha llegado al señalamiento de que la esquizofrenia implica una pérdida de la identidad, la ipseidad o del sí mismo, una alteración de la relación con el mundo, pérdida de la individualidad y demás perspectivas que enfatizan en un Yo alterado.

Desde esta perspectiva, la esquizofrenia, es concebida como un trastorno de la experiencia del sí mismo, donde la ipseidad juega un papel fundamental, ya que esta se refiere al sentido básico del yo, como centro y núcleo de la propia experiencia, afectando a toda la persona en caso tal de su alteración. De esta manera, la afectación al núcleo de la experiencia de sí mismo implica una afectación a toda la estructura del yo, incluyendo el yo reflexivo y el narrativo y sus aspectos sociales (Pérez, García & Sass, 2010, p.223).

Pérez, García & Sass (2010) afirman que existen tres aspectos que caracterizan la alteración de la ipseidad, (a) la híper-reflexividad, que hace referencia a la presentación de aspectos implícitos que irrumpen en el campo de la atención a la conciencia, (b) el sentido disminuido de sí mismo, que se refiere al debilitamiento de la intensidad o vitalidad de la propia auto-presencia subjetiva de uno o conciencia de sí como sujeto de la experiencia, entendiéndose no como una simple alteración de la propia imagen o de la identidad personal, sino como una afectación del sentido fundamental de sentirse uno mismo sujeto de la experiencia,

y finalmente, (c) la alteración de la conciencia del mundo, la cual hace alusión a pérdida de la articulación perceptiva y del contacto vital con la realidad, donde el mundo se ofrece sin contexto, pierde su familiaridad y las personas se ven des-humanizados. (p.223), lo cual da cuenta de cómo se va consolidando una desorganización del yo.

De la misma forma, entre tanto, los autores argumentan que dentro de la variedad de experiencias alteradas de la corporalidad (eje indispensable dentro de las psicosis), una de las más importantes es la tendencia a experimentar el propio cuerpo como objeto, de manera tal que se hacen explícitos aspectos que son implícitos, ejemplificado en frases como “No soy yo mismo, me siento extraño, ya no estoy en mi cuerpo, siento el cuerpo lejos en algún lugar” (p. 225), afirmación que resulta relevante para la investigación que aquí presente, y que por ende, más adelante se profundizará.

Dicho lo anterior, pensarse la esquizofrenia, y en sí, la locura, me ha dirigido hacia un recorrido por formas hegemónicas desde las cuales se ha entendido la psicosis como categoría diagnóstica, en la cual, se señalan las diversas perspectivas que dan cuenta de la estandarización en la definición de la misma, haciendo énfasis en la forma tradicional en la que se ha trabajado y desarrollado el trastorno mental, más específicamente en aquellos que se encuentran dirigidos a comportamientos “psicóticos”.

Por esta razón, he decidido plasmar en este capítulo, una contextualización del fenómeno, en el que, se dé apertura a las vías de comprensión de la locura a partir de las diferentes fuentes desde las cuales me he acercado al proceso de búsqueda, identificando cómo éste se ha entendido en el mundo de producción investigativa, donde el asunto radica en posibilitar que el lector se adentre en el mundo de la psicosis como fenómeno.

De esta forma, en el capítulo propongo un desglosamiento de fenómeno, de manera tal que se puedan identificar los distintos niveles desde los cuales se puede comprender la locura, y sus caminos para llegar a lo que hoy día se conoce como esquizofrenia. Por ende, la primera parte del capítulo propone un abanico de

posturas acerca de las nociones tradicionales que se han venido mencionando, desde sus recorridos históricos de la locura a la esquizofrenia hasta la misma comprensión de lo que es el trastorno.

### **1.1. DE LA LOCURA A LA ESQUIZOFRENIA: UN RECORRIDO HISTÓRICO DE LA LOCURA A LAS BASES DE LA PSIQUIATRÍA MODERNA**

La esquizofrenia a lo largo de la historia occidental ha sido abarcada generalmente a partir de los aportes de la psiquiatría, los cuales son los que han imperado durante décadas en las maneras de comprender dicho fenómeno. Mi proceso de investigación inicialmente comenzó por un mapeo descriptivo acerca de cómo se ha posicionado la esquizofrenia en términos de investigación y producción académica, lo cual me permitió tener un panorama más amplio respecto a ¿qué se ha investigado?, ¿Desde dónde se ha investigado?, ¿Cuáles son las tendencias respecto al fenómeno?, entre otras cosas, que me permitieron identificar más fácilmente, cómo se posicionaba la esquizofrenia dentro de la investigación.

De esta manera, dicho panorama descriptivo y general de la esquizofrenia me permitió identificar que la producción académica acerca del fenómeno se disparó en la década del 2000, con un fundamento médico y psiquiátrico tanto en Latinoamérica como en los demás países, sustentados entonces por revistas académicas como *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, *Revista De Psiquiatria Clínica*, entre otras. De esta manera, gran parte de sus publicaciones están ligadas a aspectos técnicos y médicos, como el tratamiento, el síntoma en sí, aspectos ligados a las neurociencias, etc.<sup>1</sup>

Así las cosas, identificar a la psiquiatría como pionero en los aportes de la esquizofrenia, implica en un primer momento, comprender de qué maneras se desarrolla ésta desde dicha rama, lo cual iré desarrollando a lo largo de este capítulo.

---

<sup>1</sup> Datos tomados de la base de datos Scopus

Sin embargo, previo a esto, es menester dentro de mi investigación hacer el recorrido respectivo desde la noción más amplia, es decir la locura, para luego sí llegar a la comprensión de la esquizofrenia desde esta mirada psiquiátrica que aquí se presenta.

En este orden de ideas, me remito a Marino Pérez Álvarez, un catedrático de psicología de la personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos de la Universidad de Oviedo en España y especialista en psicología clínica, quien afirma que la locura es una condición humana y universal que siempre ha estado presente en nuestras sociedades de una u otra manera, donde “universal” no se dirige necesariamente a biológico como se suele pensar, en el cual, lo biológico es lo universal y genérico del ser humano y lo cultural es particular y distinto en cada sociedad y época, sino que más bien apunta, a una ruptura de la dicotomía naturaleza/cultura como si fueran dos capas superpuestas, por lo cual, en este orden de ideas, nada en el ser humano es ajeno a la cultura, como tampoco nada en él se da sin un margen biológico y corporal, todo esto para dar cuenta de a qué se está haciendo referencia cuando se menciona que la locura es una condición humana y universal (Pérez, 2012).

Dicho esto, a lo largo de nuestra historia, en sus diferentes épocas, se han posicionado una multiplicidad de locuras dentro de la misma noción de “locura”, por ejemplo, inicialmente se habló de una “locura salvaje” característica de los comportamientos incivilizados respecto a la sociedad de referencia, donde lo salvaje era sinónimo de desviado, en el cual hay una pérdida de control, o un comportamiento “salvaje”; posteriormente, se habló de la “locura trágica”, evocada o representada por la tragedia griega desarrollada por desenvolvimiento dramático; la locura religiosa en su lugar, muy poderosa aún hoy en día, da apertura a una nueva forma de locura que tiene como contexto la religión cristiana, donde aquellos locos malos, que no seguían la palabra de Dios, debían ir al infierno, mientras que los locos “buenos”, como Jesús, quien se veía como loco al decir que era hijo de Dios, o las visiones que San Pablo tenía, eran legitimadas por la religión, ya que es una locura divina y no diabólica; en un contexto moderno y occidental, donde la categoría empieza a hacerse necesaria, ya se introduce el término de esquizofrenia

que de acuerdo a este autor, es un trastorno del sujeto y de la subjetividad, por ende, de sí mismo y del mundo (Pérez, 2012).

Michael Foucault, por su parte, es otro de los autores que hace un recorrido histórico por el cómo se ha entendido en diferentes épocas temporo-espaciales la locura, de esta forma, inicia por la edad media en la cual la experiencia de la locura estaba nublada por las imágenes del pecado, la bestia, etc. Los locos, de acuerdo con el autor eran los posesos, es decir, los que habían sido poseídos por alguna entidad demoníaca, esto situado nuevamente en un contexto cristiano (Chávez, 2017).

Posteriormente, en el renacimiento empieza a hablarse de la locura y de la razón, donde Foucault se inspira en un cuadro del Bosco: “La Nave de los Locos”, en el cual, el loco es el que es medio genial, el que se ríe de los demás, es una persona divertida con momentos de extravagancia y genialidad donde dice las verdades de la razón, donde la razón es “media loca” (Chávez, 2017).

De esta forma, Foucault muestra cómo hasta 1656 (fundación del Hospital General de París), la locura se encontraba presente en la vida cotidiana, conviviendo con otras formas de experiencia. Pero al desaparecer la lepra en Europa, hay una transformación en los centros de reclusión e internamiento donde se empieza a encerrar indiscriminadamente a todo aquel que no pueda justificar su modo de ganarse la vida. Aproximadamente un 10% de la población parisina es internada, y el loco, ahora insensato, va a ser encerrado junto a enfermos y ancianos, criminales y pobres, viciosos y pervertidos, herejes y ociosos, rebeldes y libertinos (Martín & Ovejero, 2009).

En la época clásica (1656), empieza entonces a llegar la noción del indeseable, entre tanto, Chávez, (2017), afirma:

“[...] en la época clásica, se da la creación o fundación del Hospital General en París. Se crea por ley, siendo la exclusión de la sociedad para los locos, ya que se les ve como peligrosos. No se les encierra nada más, sino también a los vagabundos, los pobres, los homosexuales, los viejos, a las prostitutas,

a todo aquel que padezca de enfermedades venéreas. No hay separación mental. No existe un concepto de "enfermo", sino de indeseable para la sociedad. Viene una ética de influencia protestante en la que se valora mucho el trabajo: el que no trabaja es indeseable y debe ir a la cárcel. No se trata de corregir a esas personas, sino de segregadas. Antes no había gente anormal, había gente distinta, asimilada socialmente y ahora son excluidos. Es un paso atrás, pero aparece también luego el afán de exhibir a los locos, cuando se somete a alguien a tratamiento médico es una práctica que deja a ese alguien como un "anormal". Se generan las nociones de "loco" y de "enfermo mental" [...]" (Cátedra Carlos Llano, 2017).

La locura entonces se medicaliza y así, aparece por primera vez la figura del psiquiatra, que sustituye a jueces, policías y carceleros, con lo que la anormalidad se convierte en patología y el desorden moral en un desorden natural, lo que antes era el perturbador del orden moral es ahora un perturbado mental que ya no requiere castigo sino terapia. Esta Reforma Psiquiátrica es para Foucault, una gran contradicción, pues no pretende liberar a los locos de un tratamiento inhumano, sino que lo que pretende es dominarlos mejor a través de un nuevo discurso más acorde con el nuevo discurso instaurado (Martín & Ovejero, 2009).

De aquí entonces, se empieza a desplegar entonces, una historia de la locura desde los paradigmas de la psiquiatría, que, por parámetros de mi investigación, la delimito a la historia de la esquizofrenia.

Hablar de la historia de la esquizofrenia en función de su transcurrir por los caminos de la psiquiatría, supone la configuración de la comprensión de acuerdo con Novella & Huertas (2010), de uno de los cuadros clínicos más emblemáticos de la psiquiatría contemporánea, la cual hunde sus raíces en una severa perturbación de la conciencia del yo, de la vivencia del cuerpo y de la vida social.

En este marco de comprensión, Novella & Huertas (2010) ilustran que la historia del concepto de esquizofrenia tiene su punto de partida más conocido y definido en la descripción de la llamada Dementia praecox por parte del psiquiatra alemán Emil Kraepelin. La demencia precoz constituía un ejemplo de lo que Morel

llamaba la tercera clase de alienaciones hereditarias, esto es, de las “locuras hereditarias con una existencia intelectual limitada” (Morel, 1860, p. 562). Sin embargo, años más tarde, Kraepelin propuso el término *Dementia praecox* con un horizonte conceptual mucho más ambicioso, al pretender establecer una entidad nosológica diferenciada con respecto a otras enfermedades mentales y a los estados psicopáticos degenerativos (Hoenig, 1983; Beer, 1996). Así pues, Kraepelin estableció dos grandes grupos de psicosis: la psicosis maniaco-depresiva, curable, y la demencia precoz, incurable (Novella & Huertas, 2010).

Posteriormente, después de una amplia difusión en las primeras décadas del siglo XX, acerca de la concepción kraepeliniana de la *dementia praecox* debido a sus criterios excesivamente rígidos para el desarrollo del conocimiento psiquiátrico, llega el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1940) quien publicó su *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, donde ofrecía una caracterización del cuadro no a partir de su evolución, sino de lo que consideraba su rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo. Esta nueva perspectiva llevó a Bleuler a introducir el neologismo “esquizofrenia” (literalmente, “mente escindida”) para denominar la entidad aislada por Kraepelin (Novella & Huertas, 2010).

Es entonces a partir de este momento, que en esta rama de la psiquiatría, empieza a concebirse a la esquizofrenia como un trastorno o enfermedad mental en el cual el yo se desdibuja, como ya he ido mencionando, donde se trastorna la ipseidad, y se empieza a alterar la estructura entera del yo y de la identidad personal, por ende, empiezan a haber transformaciones del mundo, presentándose como extraño, irreal y en general, empiezan a configurarse pérdidas del contacto con la realidad (Pérez, 2012).

Ahora bien, Kurt Schneider (1887-1967), psiquiatra alemán fue otro de los pioneros en el tema, por ende, un actor indispensable en la historia de la noción de esquizofrenia. Schneider aisló una serie de experiencias psicóticas que denominó de “primer rango” por su utilidad para detectar la presencia de lo esquizofrénico. Tal como formuló a partir de 1950 en su *Psicopatología clínica*, estos síntomas incluían “la sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias

corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones”, de esta forma, de acuerdo al psiquiatra, reconocía que la mayoría de los síntomas de primer rango compartían un rasgo fenomenológico común, y que éste consistía en una pérdida de los límites del yo o un aumento mórbido de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo (Schneider, 1997, p. 171 en Novella & Huertas, 2010, p. 209).

A groso modo, los componentes esenciales del concepto de esquizofrenia esbozados sobre la base de las obras de Kraepelin, Bleuler y Schneider, a mediados del siglo XX, y aún hoy en día, el diagnóstico sigue recurriendo a una amalgama de criterios inspirados en sus descripciones. De aquí en adelante, subyacen múltiples aportes desde diferentes ramas y formas de pensamiento, acerca de la noción de esquizofrenia, inicialmente con una fuerte impregnación de los aportes fenomenológicos, pero en general se despliegan un gran número de investigaciones y aportes científicos (Novella & Huertas, 2010).

Sin embargo, las posturas coinciden en tres órdenes de fenómenos que conciernen a la esquizofrenia, respectivamente, a la vida social, a la vivencia del cuerpo y a los propios contenidos de la conciencia. Y así, dependiendo del marco teórico de referencia y de la relevancia otorgada a cada uno de estos fenómenos, se han propuesto distintas interpretaciones que, a pesar de sus divergencias, coinciden en una serie de aspectos y puntos esenciales (Novella & Huertas, 2010).

Ahora bien, hoy día, diferentes autores han señalado a la esquizofrenia como un acontecimiento estrechamente relacionado con el desarrollo de la cultura moderna, y no en un sentido de causalidad, como si la sociedad moderna diera pie a la esquizofrenia, sino más bien, como una analogía de la esquizofrenia con la conciencia moderna. En este orden de ideas, si hay un factor relevante en el recorrido histórico de la esquizofrenia éste es, sin duda, la emergencia del sujeto moderno.

En este orden de ideas, retomando nuevamente a Pérez (2012), la configuración del yo moderno habla de un yo que a partir del Renacimiento sigue la

tendencia individualista e interiorizante que campea en nuestros días, donde la tendencia individualista consiste básicamente en una separación creciente entre el individuo y la sociedad, y la tendencia interiorizante consiste en la separación del individuo entre el interior y el exterior (Pérez, 2012).

De acuerdo con este yo-moderno, esta duplicidad de la conciencia es común tanto al pensamiento moderno como a la esquizofrenia: de una parte, el solipsismo que ensalza a la mente y desrealiza al mundo y, de otra, la cosificación del sujeto convertido en una cosa más del mundo (Sass, 1992, p. 328 en Pérez, 2012).

Este yo moderno refleja y a la vez se traduce en cambios culturales y nuevas formas de vida, donde es importante destacar la gran transformación de la comunidad tradicional en la sociedad de individuos desvinculados de sus estructuras comunitarias, debida al proceso de urbanización e industrialización, enteramente coincidente con las expresiones de la esquizofrenia (Pérez, 2012).

## **1.2. UN CUERPO ESCINDIDO: LA ESQUIZOFRENIA COMO UN TRASTORNO DEL YO**

La contextualización del fenómeno anteriormente descrita tuvo como propósito una lectura amplia que permita comprender no sólo la noción de esquizofrenia como categoría diagnóstica, sino también el porqué de la esquizofrenia considerada como un trastorno de la experiencia de sí mismo y del mundo.

A su vez, comprender un trastorno del yo, conlleva a la noción de una forma particular de posicionar ese yo: un *yo escindido* o *fragmentado*. Es aquí donde radica la importancia de reconocer la lectura hecha hasta este punto, pues permite sumergirnos dentro de la importancia del cuerpo en el fenómeno de la locura, la psicosis y la esquizofrenia.

En el transcurso de la historia occidental, se han tejido diversos caminos hacia la comprensión de la complejidad del ser humano, de sus diversas configuraciones, significaciones, matices, y en general, del sin fin de cosmovisiones

que existen para la interpretación de éste. Particularmente las ciencias sociales y humanas, han tenido diferentes posiciones teóricas y metodológicas para responder a los cuestionamientos acerca de una de las grandes preguntas que constantemente han acechado a los autores dentro de este campo, la cual se dirige hacia ¿Cómo se configura el yo?, ¿Qué es?, ¿Cómo podría definirse?

La psicología sin duda ha sido una disciplina que desde sus inicios se ha cuestionado alrededor de ésta noción, la cual ha tenido una historia bastante peculiar, en la cual emergen distintas discusiones académicas, y diversos posicionamientos desde los cuales se puede acercar y dar cuenta de dicha noción.

Foucault (1977), en una entrevista señala que la psicología en sus inicios como disciplina se pregunta por el hombre, es decir, que aún no aparece la noción de sujeto. En occidente la psicología responde entonces a la pregunta sobre el hombre por sí mismo, siendo ésta una forma de organizar el conocimiento, que Foucault en sus palabras llama una forma cultural.

Antes de Kant no existía el hombre como existe en el ahora, porque inicialmente todo el conocimiento rendía honor a un acto celestial, es decir a Dios. Antes de Kant entonces, el hombre era concebido como hijo de Dios, y en general, toda la naturaleza humana era concebida de la misma forma. Siempre habían preguntas dirigidas hacia lo infinito, y es Kant entonces, según Foucault (1977), quien integra la pregunta por lo *finito*, por el hombre finito como hombre. Nietzsche dice “hemos matado a Dios”, Foucault señala que fue Kant quien lo mató (Foucault, 1977).

Posterior a esto, llega la ciencia positiva, la cual se pregunta el método para un conocimiento verdadero, en el cual todo conocimiento debía ser matematizado y eso fue lo que hizo Wundt, quien, entre tantas cosas, creó el primer laboratorio de psicología experimental en la ciudad de Leipzig en 1879, estudiando la experiencia medible y observable. De esta forma, se vio la matemática como una forma de “corregir” el error de nuestra imperfección humana (Foucault, 1977).

De esta forma, según este autor, retomando este modelo positivo a lo largo del siglo XIX, en la psicología conductista se empieza a estudiar lo consciente, es decir, un sujeto psicológico que es consciente. Pero con el transcurrir de los años con la llegada de Freud, la psicología se vuelve una ciencia de lo inconsciente, y esto reestructura en sí mismo todas las ciencias sociales que estaban anudadas a una postura del sujeto como un sujeto consciente, y con este descubrimiento, por llamarlo de alguna manera, se llega a que el cuerpo es la mente.

La perspectiva del yo desde esta mirada permite entender la complejidad que amerita hablar del cuerpo en la esquizofrenia, y desde una comprensión psicoanalítica cuerpo y mente tienen una relación mutuamente incluyente, por lo que el sufrimiento que la estructura psicótica permite en el sujeto, se ve somatizado inconscientemente en el cuerpo.

Entre las experiencias de sí mismo más desconcertantes y desafiantes, se encuentran, aquellas relacionadas al cuerpo; como, por ejemplo, la alienación y la omnipotencia o cosificación y grandiosidad. La alienación, es una forma de despersonalización consistente en experimentar aspectos del sí mismo como si fueran objetos ajenos, percibidos en tercera persona. Así, el paciente siente el cuerpo como si fuera un objeto mecánico, los pensamientos se hacen sonoros (convertidos en voces extrañas) y las acciones parecen influidas por agentes y poderes externos. Por el contrario, la omnipotencia supone sentirse uno creador y grandioso, todopoderoso, como si con su pensamiento pudiera cambiar el mundo (Pérez, 2012).

Autores como Otto Dörr señalan que la alteración de la relación interpersonal, es decir, la alteración de la intersubjetividad es otra de las principales características que tienen las enfermedades como la esquizofrenia, ilustrada por ejemplo en el pensamiento autista característico de la población rescatada por Bleuler, la dificultad de contacto previa a la manifestación de la enfermedad señalada por Minkowski, los síntomas paranoides donde el otro aparece rodeado de poder por medio del cual el paciente se siente perseguido e invadido en su propia intimidad de la conciencia, las alucinaciones auditivas donde la perturbación con el otro se genera en tanto se cree que un ser anónimo o atemporal es agresivo e invasor, o ya en términos de las

formas hipocondriacas de la esquizofrenia donde el foco central se acentúa en el propio cuerpo, y este se ve como algo extraño alterando así la interpersonalidad de la relación del otro (Dörr, 2011, p. 509).

Otros de los síntomas que giran alrededor de la corporalidad, son por un lado, las experiencias corporales anormales, donde hay quejas de los propios sentimientos, sensaciones o percepciones que surgen en el ámbito vivido, donde lo más representativo de estos síntomas son las anormalidades en la demarcación corporal, la vitalidad, la coherencia, la identidad y la actividad, las cuales pueden llevar a síntomas psicóticos, como delirios hipocondríacos y otros síntomas típicos de la esquizofrenia, como los delirios de control somático, en los que el cuerpo es el tema principal, por otro lado, dentro de los signos más observables en la esquizofrenia, se encuentra el comportamiento catatónico que incluye de acuerdo al autor, movimientos estereotipados, posturas antinaturales, gestos forzados, la mirada dirigida hacia el interior, brazos rígidos e inflexibles, mirada paranoide, posturas extravagantes, entre otros (Dörr, 2015, p.2).

Este autor abre un debate acerca del cuerpo alterado, refiriéndose a este como un cuerpo vivido, *un Leib*, que se transforma profundamente cuando se tiene esquizofrenia, en contraposición a esto, existe un extra-cuerpo que es el cuerpo de anatomía y fisiología, que puede ser medido mediante instrumentación médica, operado bajo anestesia y trasplantado, y es allí donde surge un problema, porque en occidente se le ha dado cierta preferencia a los estudios relacionados como el extra-cuerpo, teniendo grandes avances en la medicina moderna, sin embargo, es el intra-cuerpo o el cuerpo vivido, el cuerpo que soy, es la subjetividad encarnada, siendo un elemento fundamental para la antropología psiquiátrica (Dörr, 2015, p.4).

En este orden de ideas, Dörr (2015), considera importante emprender una discusión en torno a la diferencia entre el cuerpo como sostén y el cuerpo de la vida voluntaria, siendo estos, primeramente una región vital llamada “afectivo-vegetativa”, constituida por fundamentos involuntarios de nuestras necesidades, tales como el hambre, la sed, el sueño, y el deseo sexual, y por otro parte, un cuerpo voluntario, estético, donde las acciones son voluntarias tales como caminar, ver, coger, posicionarse, etc., respectivamente.

De esta forma, el autor señala que el cuerpo vivido está íntimamente relacionado con el cuerpo de la vida voluntaria, ya que este cuerpo de los actos voluntarios es el mismo que está abierto a la realidad y al mundo, donde permanentemente se está expresando, manifestando, y avanzando. Entonces bien, esta dimensión del cuerpo vivido expresa su referencia esencial hacia el mundo, donde cada sujeto tiene un lugar en el mundo mirando y siendo mirado, escuchando y siendo escuchado, tocando y siendo tocado, y esto entonces le permite tomar distancia y marcar límites. Pertenece a este cuerpo también, aquello que le permite al sujeto separar lo extraño y lo desconocido, estableciendo así, rangos que ordenan su relación con lo y los conocidos, así pues, hay personas con esquizofrenia donde se ven reflejados los deterioros del cuerpo de la vida voluntaria, por ende, en el cuerpo vivido (Dörr, 2015, p. 5).

Finalmente, retomo a Valle, Guevara & Cruzado (2017), quienes señala algunas alteraciones de este cuerpo vivido, tales como la descorporalización de la relación sujeto-objeto y alteración del otorgamiento de significados, la cual cambia la relación que el sujeto tiene con los objetos y hace que estos pierdan su utilidad ordinaria: los objetos se convierten en “inutilizables” pues aparecen como desprovistos de significado práctico. Las palabras ya no se utilizan para compartir significados de un mundo compartido, sino para crear un mundo alternativo, o un mundo por sí solo. Por otro lado, está la dinamización de los límites corporales, la cual hace referencia a la sensación de que fuerzas externas y extrañas violan los límites corporales, la dinamización de la estructura corporal, donde las partes del cuerpo mudan de posición, y la externalización, donde las partes o actividades del cuerpo se localizan fuera de él (p. 212).

La objetivación mórbida, hace alusión a cuando las funciones corporales normalmente tácitas se vuelven ostensibles, es decir, funciones no espaciales se ubican en el espacio (vivencia de “robotización”), como, por ejemplo, cuando se dice “sentía que mis pensamientos ahora estaban un poco atrás de la cabeza, como por fuera del cerebro” (Valle, Guevara & Cruzado, 2017).

Y los fenómenos de tipo dismórfico por su lado, son aquellos cambios en la forma o apariencia del cuerpo, usualmente hacia la deformidad o fealdad. Y las vivencias de tipo doloroso, son paroxismos (Grado de mayor exaltación de la sensación) de dolor o vivencias corporales inefables (cenestopatías) (Valle, Guevara & Cruzado, 2017).

Así las cosas, hacer un recorrido histórico y conceptual del fenómeno social, permite como ya mencioné entender el ¿por qué? del cuerpo en la esquizofrenia, pero a su vez, tener claridad de las especificidades en las alteraciones del cuerpo que en las psicosis se expresan, y así, nombres tal vez ajenos para aquellos que no somos parte de disciplinas médicas o psiquiátricas, como catatonía, paroxismos, objetivación mórbida, entre otras, después cobran sentido al iniciar la experiencia en campo, y verlas encarnadas en los sujetos de Saludarte.

## **II CAPÍTULO**

### **UNA APROXIMACIÓN A LA SINGULARIDAD Y AL CUERPO ESCINDIDO: PREGUNTAS POR LAS NOCIONES INSOSPECHADAS DEL CUERPO**

El cuerpo y la manera como éste es vivido ha sido muy trabajado y demandado por diversas disciplinas no solo de las ciencias sociales y humanas sino en general desde amplias miradas, debido a su alta relación con la subjetividad humana, donde a lo largo de los diferentes aportes que la ciencia ha hecho, se han dado a conocer múltiples perspectivas desde las cuales el cuerpo se configura y expresa.

Como he ido relatando a lo largo de este trabajo, el estudio de la esquizofrenia implica comprender una particular alteración de la experiencia de sí mismo y del mundo, lo cual, supone que entender el cuerpo en la psicosis, conlleva a remitirnos a las particularidades que tienen dichos mundos, habitados, construidos y reconstruidos, por cada uno de los sujetos que allí se encuentran.

Es por esto, que cuando inicie este camino por comprender las configuraciones del cuerpo, siempre aparecía una palabra muy importante: la subjetividad; y claro, a grandes rasgos entender la subjetividad implica un trabajo riguroso de años que en una tesis de pregrado no se logra, más sin embargo, la subjetividad habla de nuestros recorridos y trayectorias, nuestras verdades, nuestras maneras particulares de posicionarnos, nuestras emociones, pensamientos, percepciones y todo aquello de que desde nuestra singularidad, permite construir nuestros propios mundos. Y por supuesto, era algo que salía a la luz, al momento de comprender los cuerpos psicóticos de Saludarte.

Así las cosas, las nociones insospechadas del cuerpo, es un viaje por una lectura inicial de algunas “huellas”, que el lector podrá hacer, de las expresiones subjetivas del cuerpo en la psicosis, expuestas, a partir de la riqueza del detalle que la etnografía nos permite recoger, es decir, desde miradas muy minuciosas,

profundas, detalladas, enriquecidas y que privilegian la experiencia, de preguntas por el cuerpo más allá de lo que a simple vista se puede ver.

De este modo, el capítulo da cuenta de dos vertientes, por un lado, una apertura a espacios de singularidad, donde busco que el lector conozca las 16 personas con quienes trabajé, y así, una vez hecha la lectura de la contextualización del fenómeno y de las formas en las que se llega a la noción de esquizofrenia y cuerpo escindido en el anterior capítulo, pueda acá, tener una mirada del fenómeno desde los actores, y desde sus particulares formas de ser y estar en el mundo, conocer el fenómeno a partir de la cotidianidad. Así entonces, en un primer momento, pasamos del supuesto del cuerpo fragmentado a el de un fragmento del yo. Es un espacio para conocer el quién de la investigación, ese que aparece como narrador de su realidad y de su locura, aquellos a quienes aprendí a conocer y que hoy logró narrar un fragmento de lo que son, todo a partir de experiencias cotidianas, de un ¿cómo estás?, o un, ¿quieres que te cuente que me gusta comer?

Todo lo anterior nos permite entender la imprescindible vertiente en la investigación, y concuerdo con Hugo Zemelman (2010), quien afirma que ninguna realidad social concreta puede entenderse sin la presencia de algún tipo de sujetos, y que, a pesar de la importancia de éstos, enfrentamos graves dificultades para comprenderlos en toda su complejidad (p.27).

En un segundo momento, el capítulo expone *las nociones insospechadas del cuerpo*, es decir, las experiencias subjetivas de estos yoes que ya conocemos, encarnados y materializados en el cuerpo, cuerpo enunciado por supuesto, desde la singularidad. A grandes rasgos, las múltiples manifestaciones del cuerpo en la psicosis, que, a fin de cuentas, es el eje central de toda la investigación.

## 2.1. DEL YO FRAGMENTADO A UN FRAGMENTO DEL YO: HUELLAS DE LA CONFIGURACIÓN DEL YO EN LA LOCURA

*Puede haber tantos mundos singulares como seres humanos  
6 de agosto de 2018, Llegó el día de conocer a los miembros del hogar  
Y la travesía inició...*



Era una mañana muy soleada, y recuerdo ir caminando hacia el hogar, como siempre en casi todos los aspectos de mi vida, perdida y corriendo para no llegar tarde, molesta por el calor, las manoseadas y el extenso camino en el peor enemigo de todos los bogotanos: el Transmilenio. Tras del hecho no lograba recordar cómo era la casa a la que iba; así que mientras buscaba la dirección iba pensando en cómo sería la clase, los profes, la gente y tenía muchos nervios, pero muy a la expectativa.

Digo la clase, porque en Saludarte casi todos los días de la semana los miembros del hogar reciben diversas clases en las que trabajan funciones mentales a partir de diferentes herramientas artísticas. Son espacios, donde trabajan el color, la forma, el cuerpo, y demás factores que permiten ver un cuerpo, valga la

redundancia, que a simple vista se puede ver. Las clases son de música, danza, dibujo y manualidades. Y durante 6 meses, estaría yendo a acompañarlos durante estas clases.

Llegué unos minutos tarde a la clase, sin embargo, me presenté con el profesor, quien ya sabía que yo iba a visitarlos ese día porque le había avisado virtualmente días antes. Me recibió en su clase, me presentó, y le dijo a todos los que estaban ahí que me contaran que estaban haciendo, y de hecho creo que no esperaba tanta amabilidad en él, me hizo sentir realmente cómoda.

Y así comenzó este largo y bello proceso, en una clase que tenían con el profesor de música, haciendo las actividades que todos conocían, menos yo, así que solo me quedaba aprender de ellos para estar también conectada en la clase. Ese día iba en plan observación con el fin de contextualizar el fenómeno, entablar lazos con los miembros del hogar, y claro, a grandes rasgos, sonaba muy académico, pero era lo que llevaba en mi cabeza.

Comenzó la clase, la cual se dirigió a hacer trovas, *trovando para saludarte* era el nombre que llevaba el ejercicio, en el cual plasmaban la personalidad de cada uno de ellos, muy hermoso en realidad, tenían incluso una carpeta cada uno, en la cual cargaban todas las canciones que habían realizado juntos.

Conocí a varios de los que estaban ahí, Gloria, Alberto, Lilia, Lina, Margarita, Nancy, que en ese entonces sólo eran nombres desconocidos para mí, y que al pasar los días se convertirían en personas muy especiales que guardaría en mi corazón, pero ese día vi a estos bellos seres por primera vez.

En un espacio de la clase, se sentó Nancy a mi lado a preguntarme mi nombre, la razón por la cual estaba allí, y ansiosa por saber que clase dictaría, le comenté que no haría ninguna clase y que estaba haciendo mi tesis en el hogar, por lo cual, los iba acompañar en las actividades que ellos hacían. Ella empezó a señalar mi cuaderno lo cual fue muy particular, porque de ahí en adelante señalaba muchos objetos que tenía en mis manos, como esferos, cuadernos, celular y demás, y me preguntaba cuánto me había costado cada uno de ellos.

- *¿Y cuánto le costó ese esfero morado?, me preguntó ella.*
- *1000 pesos creo, respondí*
- *Está muy bonito, pero caro ¿verdad?, me dijo*
- *¿Te parece?, le pregunté.*
- *Si, y cuánto le costó ese cuaderno, mire tan lindo que esta.*

Lo primero que pude notar ese primer día en esa clase, fue lo que marcó significativamente todo el proceso de investigación y fue, la singularidad. En la clase de música al hacer las trovas, estaban dando lugar a lo que hace parte importante de cada uno de ellos, lo que los configura, y fue a partir de eso, que la singularidad no era algo que únicamente era importante dentro de la investigación, sino que tenía un lugar dentro de Saludarte. Y claro, dentro de estas particularidades estaba yo. Cuando Norita me preguntaba esas cosas, ya se estaba empezando a marcar una situación en la cual se preguntaban *¿quién eres tú?, ¿esos objetos que no son comunes en este espacio, que son?,* y demás cuestiones que, a grandes rasgos, a lo que conllevaba, era a preguntarnos, *¿y esta nueva persona quién es?,* a mi singularidad también.

Los días fueron pasando, y cada vez aprendí a conocer a cada uno de los miembros del hogar, los cuales estaban ubicados en dos sedes, uno en el barrio Niza, y otro en Tarragona. Las interacciones cada vez más tenían un lugar importante, y conforme pasaba el tiempo ellos y ellas también empezaban a conocerme más, y los lazos, característicos de la humanidad en general, fueron entablandose.

¿Quiénes son los que encarnan las expresiones del cuerpo que más adelante el lector encontrará? 16 nobles personas a las que conocí a partir sólo de una vía: la cotidianidad, lo cual supone, que no había ningún tipo de técnica estructurada que permitiera conocerlos, como, por ejemplo, entrevistas o preguntas pensadas previamente, sino que, a partir de la cotidianidad, de un *¿cómo te ha ido hoy?,* de una tarde viendo televisión o una caminata, aprendía a conocerlos/as poco a poco.

Las conversaciones que iban emergiendo día a día, son las que posibilitaron ese conocer, y como en cualquier relación, las maneras de darse a conocer al otro se daban de formas muy específicas. En unos casos, las conversaciones eran muy amplias y profundas, en otros ni siquiera había una palabra. Por eso, al hablar de quienes son los que residen en saludarte, hay presentaciones más amplias que otras, porque mientras Francisco quería incluso hablar de su comida favorita, Fabián desde su timidez no decía una sola palabra.

Como paréntesis cabe dejar claro que en el último encuentro que tuvimos en el hogar, comiendo tostadas, compartiendo y en general haciendo un ritual de cierre y de despedida, cada uno de los miembros escogió el nombre con el cual quería aparecer en este trabajo de investigación y aquellos quienes no querían aparecer en la investigación, también lo expresaron. Por lo que los nombres que aquí se presentan son pseudónimos que permiten proteger la intimidad de todos los miembros del hogar que decidieron ser parte del proyecto.

**Federico** es un hombre súper tierno, sensible que habla con mucha fluidez con las personas del hogar, y con las que no viven ahí, como yo. Le gustan mucho las cosas académicas, ver programas interesantes, e ir a lugares como el Museo del Mar que queda cerca a la Tadeo, por lo que, coincidimos mucho en los intereses. En una conversación me pregunto: *¿los trabajos aún se entregan en una memoria, es decir una USB?*, lo cual fue una pregunta muy bella, porque habla de nuestra diferencia generacional. Empecé entonces a contarle lo que significaba una nube o un drive, y que ya los trabajos quedaban guardados en internet, y podían abrirse desde cualquier computador solo con una cuenta de correo, lo cual lo sorprendió muchísimo. Hablar de temas académicos era común en nosotros.

Canta muy bonito, en especial si es Vallenato, ¡sí que le gusta el vallenato a este hombre! Carlos Vives, Diomedes Díaz, son de los cantantes que le gustan. Fede es uno de los sujetos de los que más les gusta vivir en el hogar, dice que es un lugar muy tranquilo, con compañeros agradables, por lo que le gusta vivir allí.

Federico está diagnosticado con esquizofrenia paranoide, y es de los que dicen en la institución se encuentra “más controlado”.

**Gloria** es una bella mujer, que me considera como una de sus amigas más cercanas. Le cuesta hacer algunas actividades de coordinación, como marchar y aplaudir al tiempo, pero pónganle una canción, y les aseguro que tiene un ritmo increíble, baila al compás de las canciones sin ninguna dificultad. No le gusta mucho hablar, pero sin duda, siempre está pendiente de que sus cuidadoras y compañeros se encuentren bien. No hay un día que no les diga que se cuiden, especialmente a mí, que no dormía en el hogar, me pedía que tuviera mucho cuidado con el Monstruo de Bogotá. Gloria está diagnosticada con esquizofrenia, demencia y alzhéimer.

**Lina** es una mujer de pocas palabras. Las únicas veces que hablamos eran frases de hola ¿cómo estás?, y fin de la conversación. En las clases la aprendí a conocer un poco. Pese a que su mirada generalmente se encuentra perdida o dirigida hacia el interior, cuando el profesor de baile pone música, especialmente salsa, sonrío, canta, baila a su ritmo y conversa con sus compañeros. Sé que le gusta la canción *Brujería* del grupo *El Gran Combo*.

Lina está diagnosticada con trastorno depresivo, y ha tenido tres intentos de suicidio, en los cuales se quemó gran parte del esófago y sistema gástrico, ya que dichos intentos han sido ingiriendo distintas sustancias.

Junto con Lina, hay dos personas más que son de pocas palabras, **Lilia** y **Fabián**, con quienes también solo nos saludábamos, y algunas frases cruzábamos en el transcurso del día. Ambos son seres muy amables, Lilia muy sonriente, bromista, y activa en las clases. Y Fabián muy tímido conmigo y con sus compañeros, aunque en varias ocasiones nos ha contado de cumple en mayo. Lilia está diagnosticada con trastorno bipolar y afectivo, y Fabián con esquizofrenia paranoide.

**La máscara** un hombre particular, súper alegre, y a veces muy alegón, le encanta hablar, hacer bromas, es de las personas con quien más hablé, quien como el lector verá más adelante, tiene expresiones muy particulares en su cuerpo. A veces cumple en octubre y otras veces en septiembre. Le gusta ver partidos de

fútbol, y le encanta bailar, Wilfrido, Javier Solís, Coronel son de sus artistas favoritos, y sin duda, una de sus canciones favoritas es patacón pisao.

Pide disculpas cada vez que lo regañan por algo, y con regañar hablo de frases como: *La máscara, no hagas eso*. Dice que su papá es Roberto Carlos, y no hay día que no hable de él. La máscara está diagnosticado con esquizofrenia paranoide y epilepsia.

**Marco** nunca cruzó una palabra conmigo, y poco habla con sus compañeros, pero abraza con mucha fuerza a una de sus cuidadoras, y pese a que en ocasiones está golpeando su cara o peleando y susurrando con mucha molestia, cuando ve al gato no puede evitar cargarlo y darle besos. Le gusta mucho colorear y se conecta profundamente con los dibujos, sin embargo, con las otras clases del hogar, poco logra conectarse. Suele hablar con señas, y le gusta mucho la hora de la comida. Marco está diagnosticado con esquizofrenia no diferenciada.

**Macmas**, un hombre gruñón que no le gusta que le pregunten que hace, pero cuando se concentra en pintar su manilla con esmalte rojo, sonrío profundamente. Generalmente no hablábamos, pero con sus amigos de la casa tiene muy buena relación. Macmas está diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

**Oliver** es un hombre muy coqueto, le gustan los temas académicos, quiere estudiar y ser profesional, pero le da miedo hacer el ICFES. También quiere trabajar. Es muy cercano a su hermano, y en las clases, siempre quiere ser de los mejores, se aprende los pasos de baile, los diálogos cuando actúan o cuando hacen collares en bisutería. A veces discute con las enfermeras, pero después al acabar el día, les pide perdón. Oliver está diagnosticado con esquizofrenia.

**Adriana** es como la mamá regañona de todos en el hogar, les dice siempre que se porten bien, y da indicaciones como: *vayan a dormir, hagan las actividades, apague la luz, levántemonos y vamos para afuera a la clase*. Siempre los está cuidando, pero con autoridad. Cuando pelea, se transforma, y odia que sus compañeros se metan con su familia. Quiere mantener las situaciones de la casa

controladas. Le encanta el tinto, y le gusta cantar y bailar. Adriana está diagnosticada con esquizofrenia paranoide con comportamiento no especificado.

**Armando** es un bello ser, siempre amable con todas las personas, no pelea con nadie, y siempre quiere una compañera que lo acompañe, como diría él, *una linda muchacha*. Le gusta fumar. Al igual que muchos de sus compañeros, le encanta bailar. Está pendiente de sus compañeros, aunque no pareciera. Armando está diagnosticado con esquizofrenia paranoide no diferenciada.

**Francisco** habla mucho más que todos sus compañeros, cree mucho en Dios, tiene un lote que no ha logrado vender. Su comida favorita es la lasaña de pollo con champiñones. Francisco está diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

**Margarita** es una mujer muy conversadora, siempre me daba ánimo para que acabara mi tesis y lograra graduarme pronto. Tiene una delicadeza para hablar, caminar y bailar que siempre la caracteriza. Es muy expresiva, cuando está triste se apaga por completo, y cuando está feliz, bailando *New York* por ejemplo, sonrío mucho, le gusta mucho bailar. Margarita está diagnosticada con esquizofrenia paranoide.

**Alberto**, qué hombre para tener precisión en lo que dice, es un hombre muy intelectual, habla de matemática y física, en las clases es muy bueno y es experto en señalar cosas que nadie más sabe como por ejemplo que es el *Xilombo*, o un *telemín*. Todas sus acciones suele cuantificarlas, y se da una calificación, y siempre intenta subirla. Cuando el profesor pregunta la calificación que se ponen en la clase de 1 a 10, teniendo en cuenta que 1 es regular y 10 que el grupo es fenomenal, Alberto suele decir cosas como: *Profesor yo en la primera ronda que cantamos me ponía un 5,0 pero que ahora ya pude llegar a un 8,5 y lograré un 10,0*.

De 85 concursantes en un concurso de IDEARTE, ganó y publicó libros interesantes, le encanta la literatura. Habla también de las regiones espirituales, de dimensiones astrales de menos densidad. De planetas y películas, de botánica e incluso de psicología, y cuando no sabe algo, lo pregunta. No le gusta el fútbol, y le

encanta el pescado apanado sin espinas, la comida vegetal como el wok, la pizza, la paella y la bandeja paisa. Alberto está diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

Hubo una persona, con la que nunca crucé palabra, pero nos veíamos a los ojos casi todos los días. **Stick**, un hombre diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

Finalmente, **Mariela**, una mujer que le cuesta decir por favor y gracias, pero que poco a poco lo ha ido logrando, por lo que, aunque muchos les cuesta creer, es una mujer muy amable. Suele darles indicaciones a sus compañeros, como: *prendan la luz, abran la cortina, siéntese en la silla*. Come muy poquita comida, y casi todo el día dice su frase estrella: *caracol televisión*. Mariela está diagnosticada con esquizofrenia paranoide.

## 2.2. LAS EXPRESIONES INSOSPECHADAS DEL CUERPO PSICÓTICO

Si bien, a lo largo del texto ya he ido mencionando las vinculaciones entre cuerpo y psicosis, y la importancia que tiene éste dentro de mi investigación, teóricamente hablando, permiten ser entendida desde la mirada particular del psicoanálisis, pues a partir de éste se dieron algunas aperturas a entender el cuerpo y su fuerte conexión con el psiquismo humano.

Sigmund Freud, en los inicios de su vida profesional, encaminó su experiencia, investigación y formación a los estudios del cuerpo, donde junto con Charcot, un neurólogo francés y maestro de Freud, reconocieron la estrecha relación del cuerpo con el psiquismo y el fuerte dominio que sobre el cuerpo ejercen el lenguaje y las representaciones de las vivencias experimentadas por un sujeto (Díaz, 2011).

A grandes rasgos, Freud argumenta que la relación entre lo corporal y lo anímico es de acción recíproca, lo cual incidió fuertemente en las concepciones médicas que se tenían en el momento, en el cual se le otorgaba un peso bioquímico como factor casi exclusivo de los procesos humanos, que aún hoy, sigue

sucedendo, confiando la cura de las dolencias corporales a los fármacos, sin escuchar a quien sufre (Díaz, 2011).

Entre tanto, Díaz (2011) argumenta que:

[...] la existencia de numerosos enfermos con padecimientos corporales como dolores intensos de cabeza, de sus ojos, de algunos de sus miembros u otras partes del cuerpo, con anestias o hipersensibilidad, vómitos, espasmos, ataques, insomnios, etc., sin correlato orgánico, da cuenta del poder de lo psíquico sobre el cuerpo físico [...] (p.58)

[...] Freud indica que en un sinnúmero de casos los signos asociados a sus dolencias. [...] se relevan y se sustituyen unas y otras: el mismo enfermo que hasta el momento no podía hacer nada a causa de sus dolores de cabeza, pero tenía una digestión bastante buena, al día siguiente podía tener su cabeza despejada, pero no soportar en lo sucesivo casi ningún alimento [...] (Freud, 1890, p. 117 en Díaz, 2011, p. 59).

Cabe resaltar que el descubrimiento, por así llamarlo, que Freud hizo del inconsciente fue posible gracias a su encuentro con la histeria, y lo que define a la histeria es el síntoma del cuerpo, de esta forma, Freud comenzó fuertemente a vincularse con lo que Izcovich (2009) llama los enigmas del cuerpo.

De esta forma, al descubrir el inconsciente y sus dinámicas, Freud radicaliza el enlace del cuerpo físico con lo anímico, reflejado en lo que él llamó el aparato psíquico, pues las palabras, con todo lo que las constituyen, inciden sobre el cuerpo, permitiendo que este se organice, se transforme y produzca síntomas (Díaz, 2011, p.61).

Así las cosas, cabe resaltar que la relación entre cuerpo y el espíritu no es algo nuevo, y es algo que existe desde la antigüedad, donde el tratamiento anímico es una de las cosas más arcaicas para la cura de las dolencias, sin embargo, este fue un saber que paulatinamente se fue abandonando debido a la llegada del conocimiento objetivo en occidente, donde el avance de ciencias como la biología, y

la física y la química, se vinculaban objetivamente a los estudios del cuerpo (Díaz, 2011). De esta forma, el médico lejos estaba, de curar con la palabra, más bien, el ideal del médico hoy es el de un cuerpo segmentado e intercambiable, es decir, un cuerpo máquina (Izcovich, 2009).

Ahora bien, reconocer el lugar del cuerpo como expresión de conflictos, dolores y angustias que se constituyen en síntomas través de los cuales habla, le permite a Freud decir que los síntomas transmite un mensaje cifrado que llama a la interpretación, que son portadores de un sentido, de esta forma, el síntoma, en la medida en que comunica un conflicto psíquico, muestra que hombre y mujeres estamos marcados por el lenguaje, y sus posibilidades de simbolización y ciframiento (Díaz, 2011, p. 69).

Freud señala que el cuerpo se constituye en un monumento de la historia vivida que, a modo de archivo, guarda la memoria de los traumas padecidos y expone vestigios de la verdad inconsciente. El cuerpo es el objeto más próximo y propio del sujeto, por tanto, es el lugar de la inscripción y talla de sus vivencia y dificultades, de sus alegrías, placeres y modos de gozar (Díaz, 2011, p. 71).

De esta forma, dar cuenta particularmente de las expresiones del cuerpo en la psicosis, permite señalar que el cuerpo en sí mismo habla, cuenta historias, enseña sufrimientos, y diversos aspectos significativos para las personas que lo encarnan. Como dice Díaz (2011), el cuerpo es un transmisor de sentido, sentido que, pese a que no todos lo comprendamos, está ahí. El cuerpo es la psicosis. Por ende, las expresiones que a continuación se van narrando, son expresiones de locura, y, por ende, de particulares configuraciones del mundo, todas trazadas desde la singularidad de cada sujeto. Así como no hay dos sujetos iguales, difícilmente, van a haber expresiones del cuerpo iguales, porque cada una, responde a la particularidad de la psicosis que lo habita. Lo cual no quiere decir, que los cuerpos no estén pautados por el contexto en el cual están situados, aspecto que se profundizará en el siguiente capítulo.

## 2.2.1. EL EXTRA - CUERPO: TALLERES COMO ESPACIOS POSIBILITADORES PARA VER EL CUERPO

Los talleres suelen comenzar puntuales. *Son las dos de la tarde, ya es hora de organizarnos para la clase*, dice Adriana. Y todos salen, se organizan, para danza se corren los muebles, para música y manualidades se organizan en mesas, y en música suelen sentarse en el sofá.

Generalmente en los talleres a todos se les asignan tareas y siguen instrucciones, por lo que, suele verse a todos ocupados en sus ejercicios correspondientes. *Chicos hagan la manilla de esta forma, alcen el pie derecho, luego suban la mano derecha y aplaudan dos veces, chicos los que me estén prestando atención hagan las manos así (mostrando una seña)*. De alguna manera, con el pasar de los meses noté que la expresión del cuerpo que veía en estos espacios era un cuerpo pautado por lo que en el taller se hacía. La voz, la coordinación, el movimiento del cuerpo, la concentración, eran factores que salían a la luz. Por lo que, en un primer momento, durante los 6 meses del 2018, por un lado, aprendí a conocer la singularidad de cada uno de los miembros del hogar como ya lo he ido narrando, pero, por otro lado, identifiqué expresiones del cuerpo de lo que el taller permitía ver. La anatomía, por ejemplo, era clave en aquello se lograba observar. Así pues, los talleres se convirtieron durante el 2018, en espacios para literalmente ver, ver el cuerpo.

*Siéntate bien, La Máscara, estás todo escurrido*, le dice el profesor de música. *No puedo profe*, responde La Máscara. **La postura**, primera expresión que de entrada pude observar. Somatizar la psicosis en la postura, implica entonces, que cada sujeto, a su forma, comunica algo con ésta. La máscara, por ejemplo, tiene lo que llamarían un cuerpo escurrido, sin estabilidad en la espalda y en la cadera, me recuerda a mi cuando estoy aburrída en una clase, y literalmente, me escurro en la silla. Mientras que Alberto por su parte, tiene una columna muy erguida pero el cuello totalmente agachado, un cuello que se estira hacia adelante de una manera que es imposible no notar. Y digo, que es imposible no verlas, porque no son comunes, lo que algunos llamarían “antinaturales”, pero en realidad,

son vehículos de comunicación y una primera entrada de presentación: de un *hola, yo soy*. Y nuevamente, entra en juego la particularidad de la locura.

**La mirada**, desde el primer día fue significativa como expresión del cuerpo. A ésta, inicialmente la veía como algo anatómico, es decir, como simples formas particulares de ver, pero al igual de todas las expresiones del cuerpo, comunica. Hernández (2018) señala que toda mirada dice algo, como todo sonido siendo invisible busca la oreja de un otro que lo escuche.

Entre tanto, la autora afirma que:

“[...] Sólo se puede conocer el mundo en que vivimos a través de una estructura simbólica como unidad de sentido. Es el lenguaje y en particular la palabra la que se presenta estrechamente ligada a hacer una síntesis del mundo. Pero también es la manera en cómo nos apropiamos y nos hacemos de un cuerpo. El ser humano cuando nace es incorporado a la cultura en una condición de “visible”, y al ser visible está condenado a ser mirado. Algo que lo mira desde un fuera de él, que lo edita en un pacto con otro, donde toda mirada dice algo. [...]” (Hernández, 2018, p. 144).

Así, la mirada no solo era una forma de ver el mundo, sino una manera de relacionarse con el mundo. Lina, en los diversos talleres, como es un común en sus formas de relacionarse, tiene una mirada que yo llamaría dirigida hacia el vacío o pérdida, algunos autores lo llaman mirada hacia el interior, otros mirada extraviada, etc., y a pesar, de que en los talleres los profesores le dan instrucciones y conversan con ella, Lina hace las actividades, como bailar, o cantar, con su mirada fijada hacia un punto, sin verlos o verme a la cara. Y casos similares, son los de Macmas Y Stick.

Alberto, por su lado, en mucha de las clases, tenía, por el contrario, una mirada fija, en algunos casos dirigida hacia el profesor y otras hacia mí. Cada vez que yo lo volteaba a mirar y él tenía ahí esa mirada fija en mí, lo cual me causaba una sensación extraña, de confusión, no sabía qué pensar al respecto, sentía incluso vergüenza, sin embargo, me hizo reflexionar acerca de que la

particularidad que tanto he señalado que tiene cada uno es también dinámica y varía de acuerdo a los días, ya que si bien hoy Alberto podría tener una mirada fija a mis ojos, otros días tenía la mirada dirigida al vacío, entonces como es característico de nuestra condición de humanidad, siempre estamos en un constante cambio, y el hecho de que yo afirme que cada uno tiene una personalidad o singularidad distinta que lo caracteriza, no quiere decir que esta sea estática, sino que por el contrario es cambiante de acuerdo a las experiencias y vivencias de ese día en particular. Somos cuerpos dinámicos.

Ahora bien, como ya mencioné, el cuerpo se encuentra pautado por lo que en los talleres se realiza. Dichos talleres, tiene como propósito trabajar las funciones mentales, la atención, por ejemplo, en el cual hay una relación con el sí mismo, la memoria, donde en clases como las de música o danza, retienen información como conceptos, canciones o pasos, y luego los repiten, la coordinación motora, entre otros.

Todas las expresiones anteriormente nombradas, es lo que como se enseñó en el capítulo 2, muchos autores llaman *catatonia*. Comportamientos catatónicos de las expresiones alteradas del cuerpo, como gestos, posturas, miradas, y demás, que, en este caso, están expresados en casos de sujetos reales que los encarnan.

Ahora bien, cuando la clase acababa, era hora de hacer otras actividades en el hogar como comer, por ejemplo, o ver televisión, etc. Sin embargo, mi acompañamiento como bien mencioné era en los talleres. Durante los 6 meses del 2018, el cuerpo que lograba identificar era éste, *el extra-cuerpo*, y a pesar de que en ciertas ocasiones lograba ver expresiones corporales por fuera de los talleres, no era común.

Aquí, algo clave es el seguimiento de la instrucción. Como bien señalaba, en los talleres al estar los residentes inmersos en sus actividades, más allá del cuerpo vinculado al taller, no lograba verse mucho más. Sin embargo, cuando no había una instrucción clara del que hacer, la expresión de la psicosis se daba a conocer con más fuerza.

Marco, por ejemplo, es una de las personas a la que, si no se le da la instrucción en una actividad, se desconecta por completo del taller, y en general, de sus relaciones con el mundo. Pareciera que hubiera una suerte de organización en la mente, que la instrucción posibilita. Si no hay un profesor que le diga a Marco que hacer, él no logra quedarse quieto, y empieza a caminar de un lado al otro, o a golpearse en la cara.

Ahora, si bien, al comienzo las manifestaciones de la psicosis se daban cuando no había una instrucción a la cual ellos pudieran seguir, en nuestro último encuentro del 2018 pasó algo particular. Ese último día me fui a Boyacá con los miembros del hogar, algunos de sus familiares, e invitados externos, como enfermeras extranjeras, mi novio, entre otros. Tenían un paseo para ver luces navideñas en el pueblo, y por supuesto, fui con ellos. Llegué y lo primero que me dijo La Máscara fue: *Hola, ¿cómo estás?, ¿cómo esta libertad?, venga y se sienta conmigo, va a quitar cabezas en los salones de belleza.* Yo lo saludé, y pensé que era la primera vez que observaba ese tipo de narrativas, donde se expresaba la locura. Y durante toda la noche, en nuestro paseo, múltiples expresiones de la psicosis desde diversos niveles empezaron a emerger.

*En el nombre del padre, del hijo, del espíritu santo, amén. Que nos proteja desde los pies hasta la coronilla, hasta la planta de los pies,* dice La Máscara. Cada 10 o 15 minutos, la gran mayoría empieza a alzar la mano para pedir que los lleven a un baño. *Tengo Hambre, chica sabrosa quiero,* dice Armando. Oliver empieza a coquetearme a mí y a una enfermera que ese día estaba, algunas veces pica el ojo, y de vez en cuando dice un *qué bueno que viniste Karina.* Todos tenían en general muchas ganas de comer, y recuerdo un particular momento en el que mientras repartía unas galletas de navidad que llevaba ese día para compartir, Oliver, Stick y Marco salieron corriendo hacia mí y cogieron cada uno como de a 10 galletas en cada mano, y como diría cualquier colombiano, se las comían “como si no hubiera un mañana”. Desde luego, durante casi todo el recorrido las cuidadoras estaban alerta la mayor parte del tiempo.

Esto, por supuesto, comenzó a transformar toda la visión que tenía de mis observaciones, y, de hecho, recuerdo que, al comenzar mis visitas al hogar,

pensaba: *¿dónde está la locura?, ¿está acaso solo en la postura y en la mirada?, y mientras transcurría el viaje siempre venía a mi cabeza la pregunta de ¿qué de “raro” tiene este viaje que incluso parece otra visión del cuerpo en la locura?, ¿será también parte del no seguimiento a una instrucción?* Los miembros del hogar reían con más fuerza, narraban de formas distintas a las que ya había escuchado en los talleres, empezaban a mencionar particularidades de su contexto, como la medicina o la enfermedad, y sin duda, identifiqué que ese espacio daba cuenta de otra mirada de la locura, que no podía pasar desapercibida.

Todo esto, me hizo dirigir la mirada hacia mi rol como investigadora, en la cual, pensaba en las observaciones que ya había realizado, y la importancia de hacerlo con mayor profundidad. Sin el viaje, sin esa pequeña salida que para mí era el final de mi trabajo de campo, no hubiera identificado todas éstas consideraciones. El supuesto final de mi campo marcó el comienzo de una mirada etnográfica mucho más profunda, donde me exigía a mí misma ser más detallada, más rigurosa, y dejar las obviedades de lado. Esto marcó un segundo viaje etnográfico.

Así, al terminar el paseo, hablé con la directora de Saludarte y le conté lo que pensaba. Ella como suele ser común en su forma de ser, comenzó a narrarme lo que ella pensaba de mi observación. Es una mujer que lleva diez años conviviendo con la locura, así que sus apreciaciones siempre eran acertadas para mi lectura del cuerpo. Llegamos al punto de que, por fuera de los talleres, en los espacios donde hay más interacción o expresiones de la cotidianidad, hay una expresión viva de la psicosis. Así, los espacios cotidianos como el despertar, bañarse, o entrar al estado de sueño, junto con las salidas por fuera de la casa, se convirtieron indispensables en la investigación (profundizados en el tercer capítulo), y así en el 2019, inicié de nuevo el viaje etnográfico para adentrarme a otra mirada desde lo más cotidiano en el hogar y no únicamente a partir de los talleres, y por supuesto, emergieron nuevas posibilidades de expresión del cuerpo en la psicosis, que de aquí en adelante iré señalando. El cuerpo narrado, es uno de ellos.



*Salida a Boyacá: 29 de diciembre de 2018*

### **2.2.2. EL SENTIDO DEL SINSENTIDO.**

*Los sapos también se embuchan, cuando yo vivía en Kennedy, él era amigo mío viejo, es que la policía no, tengo cáncer, con cáncer y todos me aceptan allá, ¿quién tiene la pantalla?, me dijo Macmas. Al comienzo era solo una frase sin coherencia, es locura pienso, obviamente van a haber cosas que no tengan sentido. Pero no me costó más de cinco minutos entender que introducirme no sólo al fenómeno de la locura, sino a dicho fenómeno desde una perspectiva etnográfica, implicaba que todo aquello que parecía "obvio", no era tan obvio. El detalle, lo "insospechado", como ya he ido mencionando, es un elemento que narra algo, detrás de que Gloria tenga hoy solo una media en un zapato y en el otro no, y mañana nuevamente tenga ambas medias, comunica.*

La cuestión ahora es saber qué quieren decir esas expresiones de psicosis matizadas en el cuerpo, y pese a que mi lugar en la investigación no era deducir dichos significados, algo sí queda claro, el "sinsentido", tiene sentido. Ese lugar en la investigación no era hacer psicoanálisis, no era develar aquello que estaba oculto,

pero tener como base teórica al psicoanálisis, si me permitió entender, por ejemplo, que dichas expresiones están pautadas por un concepto claro: **la repetición**.

De esta manera, la repetición permite el anunciamiento del sentido en el presente, como bien ha dicho Freud, recordar es un acto de pasado, pero existen momentos específicos donde la psique trae al presente significados que se metaforizan en el acto de repetir, acciones o palabras. La mente se permite articular significantes que en el ahora se manifiestan una y otra vez, y operan como una huella, una señal de algo que no ha sido elaborado y por ende ata al sujeto a su pasado, impidiendo su libertad de estas manifestaciones para el futuro devenir (Paciuk, 2007).

Decir *Roberto Carlos es mi papá*, en *La Máscara* tenía sentido, y sólo por esa razón, hace parte de la construcción de su mundo y legítima su narrativa como verdad. No se trata de un *La Máscara está loco y por eso miente acerca de Roberto Carlos como su papá*. Es un *La máscara está loco* (porque si lo está y en saludarte se le permite estarlo), y *por medio de sus narrativas, conscientes o no, expresa algo que para él tiene sentido*. Y así, el sinsentido tiene sentido en la investigación.

El cuerpo narrado permitía encarnar expresiones de psicosis. Le pregunto a Armando si está cansado, y él me responde: *¿me puede regalar una muchacha? Chica sabrosa quiero*. A Gloria le pregunto: *¿cómo éstas?* y me responde: *Bien, mamita linda, pero mire que quiero saber si iban a servir la comida, porque ayer me fui de rumba con una amiga y me comí una dona*. Con Stick casi no hablo, pero generalmente está narrando su psicosis con alguien que nosotros no podemos ver, diciendo frases como: *70 años y lo mismo*. Francisco me dice: *¿me compra un lote?*, y yo le respondo, *no Francisco no puedo*. Y me dice: *¿Tiene cuatro millones? o ¿no conoce a alguien?* Se torna en un mundo que se ofrece sin contexto, como dirían Pérez, García & Sass (2010), pero con un profundo sentido.

Las narraciones que expresan psicosis, en personas como *La Máscara*, también posibilitan identificar un cuerpo fragmentado, el tan mencionado en toda la investigación, cuerpo escindido. *Usted sabe... es mejor que me quiten la cabeza, yo*

*ya le dije al doctor que cuando se la quitaba, me contaba La Máscara mientras se reía.*

Ahora bien, cabe resaltar que pese a que las experiencias subjetivas del cuerpo hablan de singularidad. Todos los sujetos que van narrando la investigación, contextualmente están situados en una institución particular: Saludarte. Y aquí es importante mencionar, que todas estas expresiones del “sinsentido”, son posibles porque institucionalmente como he dicho en un par de ocasiones, es legítimo. Saludarte como espacio comunitario, privilegia la locura y la subjetividad, no las niega.

Así, las relaciones entre los compañeros también están posicionadas desde el respeto a la expresión de la psicosis. Y aquí quisiera narrar algo muy importante que es característico en Saludarte. No solamente hay la posibilidad de ser *loco a mi manera*, sino que también hay un sumergimiento en la subjetividad del otro. Eso quiere decir, que cuando el otro expresa su psicosis desde cualquier vía, yo como compañero no la niego, ni la deslegitimo, sino que la acepto y me sumerjo en ella.

Una noche, Macmas se paró enfrente de todos y comenzó a “tocar” guitarra, una que no veíamos nosotros, pero de seguro el sí, y empezó a cantar “*tun tun tun*”, y nadie le dijo que no había ninguna guitarra, o que era falso. Oliver, por ejemplo, le dijo: *¿le gusta tocar guitarra?*, Francisco le dijo: *Después de tocarla, rómpala así, contra el piso*. Nadie cuestionaba nada, entre ellos podía leer una red que posibilita *el soy quien soy*. Es una construcción de lazo social a partir del sumergimiento en las psicosis de los demás.

Eso, sin duda, configura una identidad colectiva, un *somos*, que, en las narrativas de los sujetos, siempre surgía como noción. *Nosotros somos ocho*, dice por ejemplo Federico. Se entablan lazos de afecto profundo, como las de Adriana y Fabián, o de enfrentamiento como las de Adriana y Oliver. Se organizan en un espacio donde ocupan un lugar. *Gloria si quieres siéntate acá*, le digo yo mientras señalo un mueble amarillo, y Lilia responde: *no, a ella le gusta sentarse en su silla que queda allá*. Y por supuesto, hablan y se cuidan entre ellos:

Mariela dice, *me pone agua* (haciendo referencia a una máquina que le conectan para que pueda respirar, la cual necesita agua). Y nadie le responde. Armando entonces dice: *que si le ponen agua a la señora*.

Y como digo, la posibilidad de ser hace parte de una identidad institucional, por lo que, cuidadoras como Brenda (pseudónimo), en su papel dentro de la institución al igual que el de los residentes, también asume ese rol de sumergirse en la subjetividad del otro, en ese *“te sigo el juego”*, o *“te llevo la corriente”*. Y tomo como ejemplo a Brenda, porque es la que, sin duda alguna, siempre está conectada con las narrativas de los sujetos del hogar.

En las horas de la tarde La Máscara le dice a Brenda: *Yo tengo una prima*. Y Brenda le responde: *¿ah, sí?* Y La Máscara le dice: *sí y también tengo una novia*. A lo que Brenda responde: *¿Y cómo se llama?* Y a pesar de que, en ese momento la conversación acabó, fue una conversación muy significativa, porque se entiende la realidad y la verdad de las personas como sus verdades, como algo que no es falso. Brenda, a diferencia de otras personas, no dice cosas como: *no sea mentiroso*, por el contrario, lo respeta profundamente.

### **2.2.3. ¿Y TU DE QUE SUFRES?: APROXIMACIONES AL CUERPO NARRADO.**

El cuerpo narrado, no sólo es un vehículo de expresión de la psicosis, también de las significaciones que los sujetos hacen de sus realidades y mundos. Los sistemas humanos, singulares o plurales, no son estructuras mecánicas cosificadas. Somos agentes intencionales que nos creamos y creamos nuestros contextos en la interacción comunicativa con otros, es decir, vivimos vidas narradas con el otro (Anderson, 1999).

Desde una perspectiva narrativa, la conversación surge como un fenómeno de construcción de sentido. Así entonces, por supuesto, que estar inmerso en la cotidianidad de las personas, tal como se hace desde la etnografía, supone que la conversación está presente básicamente en todo momento. Anderson (1999) responde a la pregunta de *¿Qué es una conversación?*

De acuerdo con el autor, el conversar es algo más que hablar, es la esencia misma de nuestra existencia.

“[...] La vida es naturalmente dialógica. Vivir significa participar en diálogo: hacer preguntas, escuchar, responder, estar de acuerdo, y así sucesivamente (...). [...] Es imposible definir unívocamente la conversación porque no existe como cosa en sí misma (Searle, 1992). Cada conversación ocurre y se forma momento a momento y es idiosincrática para su contexto, sus participantes y sus circunstancias [...]” (p.167)

Íbamos caminando por Boyacá mientras veíamos luces navideñas y La Máscara me dice: *hola señorita Karina*; por lo que el profe de dibujo estaba realmente sorprendido. Me contó que La Máscara siempre les ponía apodos a todas las personas, por lo que precisamente era muy extraño que me hubiera llamado por mi nombre. Y aún me dice Karina.

El narrar, comienza por narrarme a mí misma y al otro, y el nombre, aunque pareciera no tuviera importancia, es la puerta de entrada del cuerpo narrado. Decir Karina o nombrar a ese otro, parece un significado transparente, de esos que a todos se nos hace “normal”, pero llamar al otro por su nombre, acá tiene sentido.

¿Qué puede decir un nombre?, es la pregunta que se hace Ortiz (2010). Decir “*Me llamo Karina Cabrera, o Macmas*” frente a una persona es un querer, un intento, un interés que abre el mundo, más allá de un mero nombrar. Es una entrada como la que propone una introducción. *Me llamo* [...], se detecta no solo una situación de penetración, rompimiento de hielo o denuncia, en ese decir hay toda una carga que descifrar, es algo así como darle vida al nombre, descubrir un cuerpo de sentidos que proponen un quién (Ortiz, 2010, p. 114). El mismo autor, señala que el portar el “*me llamo*”, es propiciar vida, no solo a un nombre, es el ingreso al mundo tejido entre palabra y cuerpo. *Me llamo* [...], resignifica la vivencia del “soy”, la pregunta entonces qué parte de la discusión que hace este autor es, *¿Cómo alcanzar el soy?*

Y en la discusión que he venido presentando, hay diversas formas que ver ese soy, ese soy Macmas, La Máscara o Gloria. *¿Tu nombre es Carlota?*, me pregunta Margarita, *no, me llamo Karina*, le respondo. Bienvenida Karina. Fue muy bello, el nombrar se hace bello en Saludarte.

Partiendo de todo lo mencionado, el cuerpo narrado es imprescindible en cualquier observación que se haga del mismo. La pregunta es entonces ¿que narran los cuerpos de saludarte?

Estábamos en la sede de Niza, y a los minutos, llegaron todos los residentes de Tarragona porque estaban ensayando una obra de teatro que posteriormente enseñarían en un evento. No todos se conocían, así que entre ellos empezaron a conversar, por supuesto, lo primero que surgía era un *yo soy [...]*. En eso, Nancy le preguntó a Adriana: *¿y usted de qué sufre?*, y Adriana le respondió: *Yo, no sé, creo que de nada.*

Allí entonces, emergió el primer factor del cuerpo narrado: el sufrimiento. Durante el tiempo que estuve en Saludarte, en diversas conversaciones de alguna manera u otra, salían a la luz narraciones de tres cosas importantes: **el sufrimiento, el encierro y la enfermedad.**

Hay en muchos discursos, la noción de un cuerpo que está enfermo, que sufre y que está encerrado, la idea de que si se sale del hogar se es libre, y la razón es porque ya están “curados”. *Karina feliz navidad para ti y feliz año*, me dice Oliver. *Gracias Oliver, ¿cómo estás?*, le respondo. *Pues, a mi casi no me gusta el ambiente de acá y mi propósito es mejorarme para poder salir. Para eso tengo que hacer ejercicios de memoria, leer más, tener mis medicamentos y trabajar, yo quiero trabajar. Quiero estudiar y salir de acá, para tener más libertad*, me responde. Luego sigue contándome: *Yo vivía solo, pero tengo un trastorno. Lo que pasa es que tuve una desilusión amorosa, tenía muchos nervios, entonces realmente fui yo quien pedí ayuda y acá estoy, gracias a la pensión de mi papá, definitivamente, yo no podía estar solo. Entonces solo espero salir, yo quiero estudiar física, solo que el ICFES es muy difícil ¿cierto?, ¿tú qué porcentaje sacaste?*

En algunos casos, las narraciones de sufrimiento van acompañadas con las de protección, es decir, narraciones de sentimientos ambiguos, donde Saludarte aparece como un espacio de protección y cuidado, pero a la vez de encierro. *Tengo miedo de no tener donde dormir porque yo estoy solita, entonces le doy gracias a mi diosito porque por lo menos estoy acá y estas niñas son muy lindas. Yo no recordaba que tú eras tan linda, eres muy linda persona. Yo llevo acá como 20 días, y es lo peor que me ha pasado en la vida, Me dice Gloria. En ese momento yo le pregunto ¿por qué?, me dice: porque yo acá me siento muy sola, y quisiera irme, pero no puedo salir corriendo porque lo único que tengo en la vida es a mí hija y ella trabaja todo el día, menos mal las tengo a ustedes. Son muy lindas y nos cuidan. No tengo nada en contra de ustedes, pero es lo peor. Y ahí empieza a llorar.*

En un taller, La Máscara me dice: *Señorita Karina ¿cómo está? Dios me la bendiga.* Por lo que le agradecí. Después, el profesor de danza lo saluda, y le pregunta *¿cómo está?*, a lo que La Máscara responde: *bien estaba en el médico. ¿Y eso?*, le responde el profesor. *Estaba enfermo,* responde La Máscara. *¿Y ya está mejor?*, le pregunta el profesor. Y la respuesta de La Máscara fue: *no eso es de por vida, lo mejor es que me muera.*

Recuerdo también, el día de la Salida a Boyacá, ir conversando en una caminata con Francisco, en la cual me dice: *Hola Karina, ¿cómo estás? Bien y ¿tu?* le respondo, y me dice: *pues estoy un poco enfermo. ¿Y eso que tienes?*, le respondo. Me dice: *Esquizofrenia, y yo, con el fin de seguir el hilo de la conversación, le pregunté, ¿y eso que es o qué? Es cuando uno está aislado de la realidad, enfermo, pero es mental, son problemas mentales, me falta más intelectualidad,* me responde.

Armando, es una de las personas que casi no habla en el hogar, pero cuando entablas una conversación con él, suele responder con mucha amabilidad. Lo vi un día en la sala un poco indispuesto, entonces le pregunté si estaba aburrido, y me responde: *Si y desesperado,* y yo le digo *¿por qué?*, y me dice: *Porque estoy enfermo,* yo siguiendo el hilo de la conversación le digo *¿De qué?*, y me dice: *Esquizofrenia y ataques de epilepsia. Estoy un poquito loco también.*

El cuerpo narrado, también se expresa sin que haya un otro físico que todos podamos ver. Éste surge en narraciones que los sujetos de saludarte tienen en la cotidianidad mientras expresan su psicosis. Macmas, un día hablando consigo mismo dice: *prefiero estar en la calle que acá, no sé, si bueno, la policía,* y yo le pregunto *¿qué pasa Macmas?*, y me dice, *estoy enfermo,* y le preguntó, *¿De qué?*, y de dice, *una enfermedad casi parecida a la tuya.* Ahí entonces, también surge una referencia del y en el otro, un otro que se parece a mí, que está enfermo como yo, y el, dio por sentado que yo estaba enferma, tal vez, por mi presencia en el hogar.

Ahora bien, por otro lado, entre la narración y la repetición hay dos factores más que se despliegan, el miedo y los actores o personas significativas. Las conversaciones, sin duda, estaban trazadas por un otro que es importante para mí. La hermana para Adriana, el hermano para Oliver, o la hija para gloria. *Brenda tienes los ojos muy llorosos, pregúntele a Karina y verá que los tiene llorosos,* dice Gloria y yo dije: *mira que yo no sé los veo llorosos, ¿tú sí?* Y me respondió: *yo los tenía llorosos, pero me los quité antes de que llegara mi hija, pero usted viera, me pegué una chillada antes y ya. Ella es todo en mi vida, mi hija es gerente de Bancolombia.* Narrativa que, por cierto, también habla de un cuerpo fragmentado, donde los ojos llorosos se pueden quitar.

Y el miedo, en su lugar, también emerge en las narrativas, miedo a no curarse, miedo a la soledad, miedo a que me persigan, entre otros. *Es que a mí me da mucho miedo, yo acá me voy a morir sola* (haciendo referencia a Saludarte), *mire, aquel día me estaba persiguiendo un tipo y todo,* dice Gloria.

Finalmente, narrar el cuerpo, también me hace pensar en el tiempo. ¿en qué tiempo narramos?, ¿son los mismos tiempos para todos? Las tardes de charlas con las personas del hogar, eran conversaciones que se disfrutaban mucho, y me hacían pensar en cosas tan complejas como el tiempo. En algunos casos, la narración al hablar del ahora, del que “hacemos”, se hacía en futuro. Parece que el ahora no existiera y el quehacer se narra a partir de las rutinas que ya están establecidas en el hogar, no en lo que está pasando sino en lo que pasará. ¿acaso hay una ausencia del ahora en la psicosis?

Me hago entender mejor: cuando le pregunto, por ejemplo, a Lilia *¿qué haces?*, pese a que está sentada en el mueble escribiendo en una hoja, me responde: *pues ya a comer y dormir, a las ocho ya todos estamos acabados, me dan el medicamento y ya.* Cuando le pregunto a Fabián *¿qué haces?*, pese a que está sentado en el sofá me dice: *ahorita tenemos clase de baile.*

Sin embargo, no todos estamos pautados por los mismos tiempos, mientras que pareciera que en la mente de Fabián y Lilia es más fácil pensar en un futuro que ya está pautado que en el ahora, en Gloria, por el contrario, parece que solo existiera el presente. Gloria al tener problemas de memoria, vive en el ahora literalmente, en un ahora de segundos.

- *Gloria me saludó y le dijo a una cuidadora que estaba que se estallaba*
- *Quiero entrar al baño, dice Gloria*
- *Entre, dice la cuidadora.*
- *¿Bajó la cisterna?, pregunta la cuidadora.*
- *Si mamita, responde Gloria.*
- *No escuché, bájala porfa, dice la cuidadora.*
- *¿Dónde se baja la cisterna?, responde Gloria*
- *Ahí, enfrente, dice la cuidadora*
- En eso, Gloria va nuevamente al baño, y el futuro en el que baja la cisterna se desvanece, sale, y la cuidadora vuelve a preguntar si bajó la cisterna, y vuelve Gloria en su ahora y responde, *sí mamita.*

Somos cuerpos, somos vida narrada y hasta la relación con nuestros tiempos  
nos configuran en el mundo.

#### **2.2.4. UNA PUERTA HACIA EL INCONSCIENTE DE LA PSIQUE HUMANA: EL BAILE COMO VEHÍCULO DE EXPRESIÓN DEL MOVIMIENTO INCONSCIENTE.**

Como he ido mencionando, uno de los grandes momentos de la historia occidental que ha marcado la noción del sí mismo en la humanidad, ha sido comprender que no todo en nuestra mente se expresa de manera consciente, haciendo así, alusión a la estructura inconsciente en la psique humana. ¿Por qué posicionarse desde el psicoanálisis y no a partir de otra rama que también haga alusión a los distintos niveles de la psique humana?, ¿por qué el inconsciente es importante dentro de la investigación?

Freud, sostuvo que la mayoría de los aspectos del sufrimiento humano están relacionados con el modo en que nos defendemos de los pensamientos o de las imágenes que nos perturban, por lo que sí hemos tenido una experiencia traumática o un pensamiento desagradable, solemos hacer algo al respecto. De esta manera, no podemos limitarnos a mantenerlos en la conciencia, donde seguirán afectándonos, así que los transformamos. Y, el modo más evidente de hacerlo es, sencillamente, olvidar que ha ocurrido, optando así, por la amnesia cuando recordar algo nos resulta insoportable. Todos estamos familiarizados con este mecanismo en lo cotidiano, cuando expulsamos un disgusto o una discusión de nuestra memoria rápidamente, dirigiéndolo así, al inconsciente (Leader, 2013, p. 51).

De esta forma, para poder encontrar aquellos recuerdos escondidos, aquellos traumas más arraigados o aquellos pensamientos de índole menos cotidiano, más bien perturbadores, éstos nos van dejando pistas cuando, en lugar del recuerdo olvidado, aparece un síntoma, como un fantasma que siempre vuelve. Puede tratarse de una fobia, un tic, una jaqueca, un pensamiento obsesivo, una parálisis o cualquier otra forma de intromisión mental o física en nuestras vidas, y a menudo sin explicación médica, el síntoma nos molesta, pero no comprendemos qué lo ha motivado (Leader, 2013). El inconsciente entonces, de acuerdo con Freud es sin complicación alguna, aquello que dentro de nuestro psiquismo no es consciente.

Ahora bien, por otra parte, como se podrá ver en el transcurso de esta investigación, es importante dar apertura a la problematización de las distintas implicaciones que ha tenido la práctica psiquiátrica en relación a la locura. El desplazamiento del lugar social y discursivo de la locura es un ejemplo claro de ello, en el cual el dispositivo analítico del psicoanálisis recupera, creando las condiciones de visibilidad e inteligibilidad de un discurso silenciado, donde los sujetos hablan por sí mismos en primera persona, por fuera de las estructuras objetivantes, característicos de las prácticas dominantes de la psiquiatría (Alban, 2006).

El psicoanálisis, “hace hablar” a la locura, al sufrimiento, a la histeria, a la neurosis, a la psicosis, en lugar de hablar sobre ella a partir del saber médico (Alban, 2006), en este orden de ideas, si bien la tesis como ya he dicho no es una tesis psicoanalítica, si tiene una orientación teórica desde el psicoanálisis, en el cual, se comprende que el sujeto es agente de su realidad en tanto es él quien tiene su verdad, quien tiene múltiples cadenas de significantes que entrelazan los malestares que, en lugar de ser silenciados, buscan ser transformados, y así, a partir de la palabra o de diferentes significaciones que no quedan adscritas únicamente a lo que se dice, sino a lo que se dice en relación a lo que Lacan denomina mecanismo de invención del lenguaje, tales como el dibujo, el juego, o incluso, el baile, se logre comunicar aquello que es inconsciente.

En los talleres, como ya se sabe, al trabajar el cuerpo en relación con las funciones mentales, en muchos de los casos, a los sujetos les cuesta hacer ejercicios de coordinación motora, o de memorización del cuerpo, Alzar una mano mientras marchó con las piernas, en Gloria parece imposible, a La Máscara le cuesta conectarse con las clases, y Armando, como veremos más adelante, vive con un cuerpo totalmente contraído.

Sin embargo, parece que el baile sirve como un vehículo para expresar el cuerpo de formas que todos los demás espacios no posibilitan. En el baile, hay una conexión con la música que permite que el cuerpo se suelte o se distensione. Sin duda, el baile tiene implicaciones bastante particulares, donde se logra reconocer mejor el cuerpo, donde incluso se logra hacer cosas que en la cotidianidad no.

Mientras se baila no se tiene que pensar, no hay memoria ahí que esté impidiendo algo, sino que por el contrario en el baile hay una suerte de euforia que le permite relacionarse con la música, y, además, parece que cuando hay conciencia en el movimiento este se vuelve psicótico o expresa la psicosis, mientras que cuando se mantiene inconsciente fluye.

Alberto suele ser muy serio, pero mientras baila sonreía mucho, suelta su cuello, y en general todo el cuerpo y de hecho se vuelve mucho más social, y hasta saca a bailar a sus compañeras. A Armando parece que ya no le doliera el cuerpo, ya no se ve contraído, por el contrario, se suelta el cuerpo y una gran sonrisa sale de su rostro. Al igual que en Macmas y Francisco.

# III CAPÍTULO

## EL CUERPO SITUADO: LOS ESPACIOS DE INTERACCIÓN COMO MEDIACIÓN DE LA EXPRESIÓN PSICÓTICA

El cuerpo es tan complejo como pensarse la configuración del Yo, porque, a fin de cuentas, el cuerpo es eso, el Yo. Y por supuesto, pensar en las expresiones del cuerpo, supone tener en cuenta todos los factores que lo atraviesan. Como seres sociales, estamos pautados relacionalmente, y es, en la interacción con el otro, que este *yo* logra configurarse como tal. Como mencioné en el anterior capítulo, en los espacios cotidianos de los sujetos por fuera de los talleres, hay una expresión viva de la locura. Al no estar ocupados en una tarea, viven el día siendo ellos. Encarnando la locura desde las experiencias subjetivas de cada uno.

Así, los espacios de interacción transversalizan todas las expresiones del cuerpo que en el anterior capítulo narro. Estas interacciones son las que en Saludarte llaman *convivencia*. De este modo, despertar, bañarse, entrar en estado de sueño, comer, entre otros, sitúan contextualmente al cuerpo, por medio de la relación con los espacios relacionales.

De esta forma, la psicología sistémica permite entender la complejidad del ser humano, y de manera ecológica lo sitúa relacionalmente en los diferentes sistemas del cual éste hace parte. En este orden de ideas, en el núcleo esencial de su paradigma conceptual, surgen de aplicar al estudio de la conducta humana, los revolucionarios descubrimientos que se han realizado en el terreno de la comunicación y de la cibernética. Por lo que el nuevo paradigma gira en torno a la noción de sistema (Covini et. al 1987).

De este modo, el paradigma sistémico permitió comprender el fenómeno de la esquizofrenia y en general de los trastornos mentales como construcciones que se dan en las relaciones familiares, sociales e institucionales, y no en lo biológico o individual (Molina, 2017).

Entre tanto: Covini et.al (1987) afirma:

“[...] las raíces de la “enfermedad mental” no hay que buscarlas dentro del individuo, y por lo tanto, ni en su bioquímica ni es su psique, sino prioritariamente en aquellos juegos interpersonales que se producen entre los seres humanos, en las familias y en cualquier sitio en el que la relación adquiera un valor fundamental, de supervivencia física y afectiva. El hombre es una criatura social que no puede estar fuera de la relación, factor que, por encima de todo, debe definir y redefinir de manera continua. [...] La organización de las relaciones puede pensarse y describirse en términos de reglas. Cada grupo humano, a lo largo de su historia, a través de un proceso de adaptaciones recíprocas mediante ensayos y errores, se otorga a sí mismo una especie de regulación: una serie de reglas que definen la licitud o ilicitud de determinados comportamientos interactivos, en las diferentes situaciones que se presentan [...]”

Aquí, es importante señalar, que el enfoque de la psicología sistémica no niega al individuo, sino que más bien lo incluye en su propia red de relaciones, donde lo forman, y donde él contribuye a formar, evitando así, la trampa del determinismo y reconoce la libertad individual (Covini et.al, 1987).

Ahora bien, por otro lado, cabe resaltar que autores como Varela afirman que, en contraste con la perspectiva que hoy impera, basada en la metáfora computacional donde la mente es vista como un software y, el cerebro y el cuerpo como un Hardware, la mente es cualquier fenómeno relacionado con la mentalidad, con la cognición y con la experiencia. En este sentido, no hay mente, sin que esté totalmente encarnada o inscrita corporalmente en el mundo, ligada a un cuerpo activo (Varela, 2000).

Dicho esto, la mente no es un programa, un software o una manipulación de símbolos basado en determinadas reglas, por ende, la mente no está en la cabeza, haciendo así, un redescubrimiento de la importancia del estar encarnado. Esta frase es una de las importantes, ya que “la mente no está en la cabeza”, tiene una lógica de que la cognición está enactivamente encarnada, y en este punto, la pregunta que

Varela hace es: ¿si la mente no está en la cabeza entonces dónde está?, a lo cual responde que se encuentra en este no-lugar de la co-determinación entre lo interno y lo externo, luego no podemos decir que está afuera o adentro (Varela, 2000).

En este sentido, la mente es inseparable del organismo como un todo, esto incluye el cerebro, el cual está íntimamente conectado con todos los músculos, esqueleto, flujo, etc. Entonces el todo es un conjunto, una unidad sumamente apretada. No solo estamos dotados de cerebro sino de todo un cuerpo (Varela, 2000), que, en este caso de la investigación, es un cuerpo que tiene dos particularidades, las cuales son: un cuerpo psicótico, pero, además, un cuerpo medicado. Así entonces, cuando hablamos de un cuerpo singular, pautado relacional y contextualmente por lógicas como la medicación, además, estamos hablamos de la mente.

### **3.1. KARINA ¿ME PRENDE EL TELEVISOR?: ESPACIOS DE LIBERTAD PARA SER.**

Cuando pensaba en los espacios de interacción, no pensé nunca que el ver televisión fuera una de estos, pues ver televisión para muchos de nosotros es un espacio de descanso, o de distracción. Pero ver televisión en Saludarte era un espacio de relacionarme con el otro y de expresión de la psicosis.

Son las 4:50 de la tarde y La Máscara me dice *¿Karina me prende el televisor?*, por lo que la cuidadora dijo: *les voy a prender el televisor, pero por favor se portan bien, a la primera que escuche peleas o ruido, les apago el televisor.* Cada espacio de interacción permite que cada uno de los miembros del hogar, se exprese a su manera, por lo que, una palabra muy importante que define esas particularidades de cada uno es: los ritmos.

Los ritmos de la psicosis varían de acuerdo a las personas, unos, tienen ritmos lentos, en los cuales el cuerpo puede estar inactivo, en silencio, sin mucho movimiento, como pasa por ejemplo en los miembros de la sede de Niza, por el contrario, en personas como Marco, el ritmo de la psicosis se caracteriza por mucho

movimiento, donde se presenta un cuerpo inquieto, que no logra quedarse en un solo lugar.

Pero, a su vez, estos ritmos varían también de acuerdo al espacio de interacción, por ejemplo, ver televisión permite que el ritmo de las psicosis sea bajo. Para muchos ver televisión es el momento en el cual la mirada se torna al vacío o al interior, personas como Adriana y Gloria, generalmente están en el sofá con los ojos cerrados, y otros como La Máscara o Armando simplemente se conectan por completo con la película o el partido de fútbol que estén dando.

La rutina entonces se hace importante, porque de alguna manera organiza el pensamiento de los que viven en Saludarte, cuando se está acercando la tarde, por ejemplo, ya muchos están preparados para ver televisión, o para cepillarse los dientes o incluso ponerse la pijama.

Este espacio también permite la interacción entre ellos, por ejemplo, Mariela sólo está sentada mirando una pared fijamente, de vez en cuando habla, y dice cosas como: *cojan las cortinas y ábranlas*, suele mandar a los demás a hacer diferentes tareas, y lo hace con un tono de voz molesto, como “mandando”. La única que le responde es Gloria, le pregunta: *¿por qué?, ¿tiene frío?*, a lo que Mariela responde: *no, porque no se ve nada*. y una cuidadora, le dice: *se ve perfecto Mariela*.

Este ritmo de expresión de la psicosis, emana calma, una calma psicótica.

### **3.2. LA ENTRADA AL ESTADO DE SUEÑO: CAOS Y MOVIMIENTO**

Uno de los espacios cotidianos dentro de la rutina y pautas establecidas en el hogar, donde se expresa profundamente el cuerpo es la “entrada al estado de sueño”, el cual, en la mayoría de los casos es inducido, y pese a que existen rituales para que el cuerpo comprenda que es hora de descansar, como lavarse los dientes y ponerse la pijama, sin la medicación, es muy difícil que suceda.

Una de las principales razones por las que el cuerpo se expresa con mayor fuerza en la noche, es porque el cuidado del cuerpo es el cuerpo mismo. En la noche, el alistar el cuerpo para dormir, implica cuidarlo, usar pijamas limpias que te hagan sentir cómodo para descansar, lavarse los dientes e ir al baño, y en esos espacios, el caos en Saludarte, desde afuera de las habitaciones empieza a escucharse. El movimiento aumenta considerablemente.

Mientras va transcurriendo el tiempo, el ruido empieza a aumentar, es increíblemente difícil escucharlos a todos, algunos empiezan a desesperar porque no les dan la crema dental, unos empiezan a hablar, La Máscara empieza a decir: *el partido, el partido*. Adriana está molesta porque no les han dado el medicamento. Gloria, entra al baño y defeca por fuera de la cisterna, Mauricio se sienta en la mitad de la sala y así emerge la cara más nocturna de Saludarte. Dentro de los ajetreos y las correderas, rutinas de los más simple, se convierten en dinámicas complejas y dificultosas, Gloria, por su lado, habla de su caja de dientes, una y otra vez, y en el momento en que ha de lavarse los dientes, esto simplemente es algo para lo que requiere ayuda, o al menos así fue mientras allí estuve presente, se hacía latente esta dificultad para cumplir una tarea de lo que llamaríamos una rutina nocturna.

Por otro lado, mientras la noche cubre Saludarte, las rutinas siguen siendo todo menos convencionales, Mariela, en medio de todo el bololó, se encuentra sentada en el inodoro, semidesnuda con sus pantalones abajo dispuesta a hacer sus necesidades, como las de cualquier otro, sin embargo el tiempo se apropia de este momento, y pasan los minutos mientras ella sigue allí, con la puerta abierta, sin expresar algún pudor, sin manifestar una gota de vergüenza, pues solo espera por ser atendida, pues esta será la pauta para continuar con el resto de sus actividades antes de dormir.

Armando empieza a "empeorar", lo cual literalmente no quiere decir que esté empeorando, pero así lo llamarían los médicos. Es decir, que sus síntomas de la psicosis, se expresan con mucha más fuerza. Teniendo en cuenta que en la hora de ver TV todo estaba muy calmado, y justo en la noche, aumenta considerablemente el ritmo, Armando entonces, se empieza a reír con mucha fuerza, empieza a hablar

“solo”, juega con las chancletas, las pone encima de la silla, y luego las baja, empieza a afirmar, diciendo una y otra vez: *sí, sí, sí.*

Y aquí, es interesante pensar cómo se pasa de un espacio en el cual hay una libertad para ser, a un espacio totalmente pautado por la rutina, en el cual, el caos empieza a emerger. Parece que hubiera una suerte de malestar expresado particularmente en la llegada de la noche, y la pregunta que surge siempre es ¿por qué?, y si bien, como ya he mencionado en otras ocasiones, mi lugar en la investigación no buscaba responder y develar los significados en la psicosis, algo que si se puede evidenciar, es que a diferencia de espacio de ver televisión, en el cual, cada quien tiene libertad para expresar lo que socialmente ha sido catalogado como “incorrecto”, a la hora de irse a dormir no es posible, porque socialmente hay una instauración de la norma en la cultura, en la cual se pauta la forma en la que se debe ir a dormir.

Así entonces, mientras que en el espacio de ver televisión, puedo discutir o abrazar al otro, mirar lo que me gusta, de vez en cuando molestarme la nariz o sacarme los mocos, e incluso meter la mano dentro del pantalón, al llegar la noche, hay otro observando mi comportamiento que debe estar pautado por dichas normas sociales, como por ejemplo, lavarme los dientes, ponerme una pijama, entre otros.

La hora de tomar medicamentos llega y el cuerpo medicado aparece para transversalizar la investigación.

La cuidadora dice: voy a ir llamando y van viniendo por el medicamento. *Macmas...Pasa Macmas* y *Macmas* responde *!ay la drogaj, ¿el medicamento?, gracias, muchas gracias, por fin. Adriana sigues tú... Armando, etc.*

El medicamento es tomado por todos, y en menos de diez minutos, todos están en su cuarto.

El ritmo baja y el silencio invade el hogar.

### 3.3. TIEMPO DE ESPERA COMO ESPACIO DE INTERACCIÓN Y EXPRESIÓN DE LA PSICOSIS

La máscara estaba irritable, molesto, mientras le estaban llamando la atención. Las cuidadoras le dicen frases como: *Pórtese bien*, y él le dice a los de la casa: *oigan pórtense bien*. Luego entre sus gestos de molestia dice: *A mi familia me la mataron, ¿usted qué dice Karina?, a la gente hay que matarla a machetazos. Usted no ha comprendido el camino de la vida*. En eso, Marco empieza a reírse en una esquina de la casa.

Pueden ser las 6:35 de la tarde o las 7 de la mañana, pero ambos momentos tienen algo en común: el espacio de espera. El espacio de espera es el momento en el cual todos se sientan en el sofá a esperar la siguiente tarea correspondiente a la rutina del día, que aquí quiere decir, el espacio previo a irse a descansar, a desayunar o a entrar a algún taller. El espacio de espera es un momento en el cual emergen diferentes conversaciones, las cuales dan cuenta de diferentes cosas, desde preguntas para conocernos, hasta narrativas que dan cuenta de manifestaciones de la psicosis.

En el tiempo de espera, emergen también espacios en los cuales generalmente hay discusiones entre los residentes del hogar. La cuidadora le dice a la Máscara: *cómo te portaste mal, no puedes ver el partido*.

La máscara dice: *oigan dejen ver el partido, pero porque son ustedes así con uno, yo que hice con ustedes, deje ver el partido*

Dentro de su molestia le dice a Adriana: *usted se ha portado mal en la vida*, y ella responde: *¡ay! qué*.

El responde con un: *todo el mundo se ha portado mal, bien, todo el mundo se ha portado mal, unos van para el infierno, otros para el cielo, pecado de otros países, ahí sí los conocen, y ahí siguen, nadie vive bien*.

Macmas entra a la conversación y dice: *yo lo he investigado*.

¿Qué?, pregunta La Máscara

*La muerte, dice Macmas*

En eso, La Máscara le dice a Adriana: *La mamá de Adriana se murió, yo me comunique con ella.*

Y Adriana muy molesta dice: La Máscara, *no se meta con mi mamá hijueputa, que yo con usted no me he metido.*

### **3.4. LA CENA: LA SINGULARIDAD EXPRESADA A PARTIR DE LA COMIDA**

Finalmente, el comer, una necesidad básica en todos los seres humanos, en Saludarte, marca la forma singular en el cual cada uno expresa su subjetividad:

A Marco, por ejemplo, le cuesta mantenerse quieto.

Adriana dice una y otra vez durante el transcurso de la comida: *Me duele la cabeza*, y no come muy poco.

Macmas me dice: *usted se parece a Freddy Mercury.*

Mariela, empieza a gritar: *me da una servilleta por favor.*

La Máscara: se pone a pelear, y está molesto, diciendo cosas: *cállese, usted no sabe, su papá y su mamá.*

Marco dice, *¿me pueden dar otro poquito de sopa?*, lo cual es muy común en él, tener mucho apetito.

Mientras tanto, Gloria se niega a comerse las verduras.

La Máscara termina y dice: *Gracias, que la sangre de cristo la cubra. ¿Ya me puedo poner la pijama?*

Gloria dice: *¿dónde pongo esto?*, y lo preguntó tres veces, porque mientras iba a dejar el plato, se le olvidaba lo que iba a hacer. Después decía: *mamita, ¿dónde me hago?*, y yo le respondo, en la sala, y me dice: *¿dónde queda la sala mamita?* Ella se queda caminando, no sabe dónde hacerse, porque nadie le dice que hacer, está perdida, y sigue caminando por la sala. Llega la cuidadora y le dice: *siéntate Gloria.*

Y así, como es común se abre paso al caos propio de la hora de entrar a un periodo de “descanso”, las peleas, el ruido, el movimiento, los gritos, las risas, las preguntas, y las narraciones desestructuradas.

# **IV CAPÍTULO: DISCUSIÓN FINAL Y CONCLUSIONES**

## **PREGUNTAS POR EL YO, PREGUNTAS POR LA VIDA, PREGUNTAS POR LO HUMANO: UNA APUESTA POR LA REIVINDICACIÓN DEL SUJETO A PARTIR DE UN CAMINO LIBERADOR DE LA SALUD MENTAL.**

Así las cosas, la investigación me permitió hacer un largo recorrido por un fenómeno tan complejo como lo es la locura, lo cual deja como resultado, varias consideraciones finales para tener en cuenta, las cuales se posicionan desde niveles de comprensión distintos. De esta forma en primer lugar, toda mi indagación me permitió identificar, cómo a lo largo de la historia occidental la esquizofrenia ha sido catalogada como una enfermedad “siniestra”, es decir, con una carga eminentemente negativa donde las consecuencias han sido generalmente ligadas a la invisibilización de los factores que se derivan de esta. Ejemplos claros, son, por un lado, las dinámicas de encerramiento por entidades clínicas, y, por otro lado, las mismas condiciones que la esquizofrenia supone, como la ipseidad fragmentada o negación del yo, negación del lenguaje, negación de la conciencia, y demás negaciones que potencian una marginalización.

Dicho lo anterior, una vez cierro este proceso, considero que una de las cosas más importantes es no contradecir dicha negación, sino considerarla como una manera de estar en el mundo, es decir, no negar la existencia de la psicosis, o la locura, sino pensar en la gestación de una nueva mirada de un sujeto activo y legítimo a partir del sujeto negado, encaminado a visiones que lo reivindiquen como tal.

De esta forma, como se pudo identificar a lo largo de todo el texto, este proyecto de investigación siempre partió de la idea de que es desde un yo fragmentado, que podrían emerger una serie de factores que constituyen la realidad, que en este caso se dirigen hacia las comprensiones del mundo a partir de las

experiencias corporales. De este modo, a fin de cuentas, iniciar este camino preguntándome por las formas en las cuales se expresa el cuerpo en la locura, sin duda alguna, me llevó hacia preguntas por el sujeto.

La discusión, que he venido presentado al lector a lo largo de los capítulos en la investigación, parte de la problematización de vías desde las cuales se encapsula al sujeto en un trastorno, encasillándolo y sometiéndolo a diferentes ejercicios deshumanizantes, por lo que, el recorrido por las formas hegemónicas desde las cuales se ha entendido la psicosis como categoría diagnóstica, junto con mis acercamientos con la población, me llevaron a finalizar este proceso con un recorrido por las comprensiones del sujeto más allá del diagnóstico.

Aquí es importante aclarar, que lo que busco no es desmeritar el diagnóstico, por el contrario, éste permite sin duda comprender, teorizar y concretar dinámicas de las estructuras mentales, que en este caso hacen referencia a las estructuras psicóticas. Sin embargo, mi apuesta va a ir más allá de la categoría, con el fin de comprender una mirada que se salga del encasillamiento que surgen en diversas prácticas médicas y psiquiátricas en relación con la locura, dando lugar a un sujeto que siente, sufre, ama, llora, construye, sonríe, contradice, y que tienen una forma particular de ser y estar en el mundo, a partir de una fragmentación de la realidad.

De esta forma, esta comprensión por el sujeto y por su reivindicación dentro de las lógicas de los trastornos mentales, inicialmente la hice con el acercamiento directo a dichos sujetos, desde su cotidianidad, sus significaciones, y comprensiones de la locura, como se ha visto a lo largo de los capítulos, pero esto también demandó, llegar a este punto de buscar comprender nuevas formas de pensar los trastornos y la salud mental, sin deshumanizar al sujeto.

Por esto, propongo terminar mi proceso con una lectura crítica del fenómeno dirigida a la reivindicación del sujeto a partir de un camino liberador de la salud mental, para que así, el lector pueda encontrar aquí, un panorama de dicho fenómeno, posicionado desde una mirada en la que se respetan los derechos de los sujetos, se les da lugar, y se da apertura a otras posturas que se resisten a los paradigmas deshumanizantes, no con ánimos de deslegitimar posturas ajenas a

estas, si no para poder poner en diálogo una postura que dialogue con lo que se hizo en esta investigación.

#### **4.1. REPENSAR LA PSIQUIATRÍA COMO EJERCICIO DE PODER PARA DESPSIQUIATRIZAR EL MALESTAR HUMANO**

Así las cosas, como he ido narrando a lo largo de este documento, las diferentes expresiones del cuerpo en la psicosis se encuentran pautadas a partir tanto de las propias trayectorias de vida de cada uno de los sujetos, como de las interacciones con los otros en espacios cotidianos externos a los talleres realizados en la institución. Y este diálogo entre la singularidad y las pautas colectivas en Saludarte, permite tener una mirada más profunda del fenómeno, lo cual a su vez, integra diferentes lecturas de cada uno de los cuerpos. Cuerpos expresados a partir del *yo* y del *nosotros*.

La pregunta del *¿y tú de que sufres?*, pareciera ser simplemente una de las muchas expresiones o narraciones de los sujetos que a lo largo de la tesis se van ilustrando, sin embargo, ésta pregunta marca un punto importante en la investigación, la cual, conforme iban pasando los días en mi lectura etnográfica, tomaba más y más fuerza, tanto así, que fue la que dirigió la investigación a hacer este cierre desde una mirada crítica y problematizadora del fenómeno.

Decir *¿y tú de que sufres?, estoy enfermo o quiero salir*, posiciona al cuerpo como tal, como un cuerpo enfermo, encerrado, y que además, sufre. La subjetividad humana que se despliega del cuerpo psicótico, sin duda, es una subjetividad marcada por un profundo sufrimiento. Sufrimiento que indudablemente no se debe únicamente al malestar y desorganización que se presenta en la psique, sino que también está profundamente trazado y conectado con las diferentes prácticas y discursos que la sociedad, y sobre todo la psiquiatría ha depositado en dichas subjetividades. De esta manera, se abre un espacio a pensarse el cuerpo situado y contextual, el cual está pautado por Saludarte, por la medicación, y además, por consideraciones que responden a miradas históricas y sociales.

No cabe duda de que, la psiquiatría a lo largo de su historia ha poseído un discurso científico psiquiátrico que se configura como un determinado saber o una disciplina, y a su vez, como un dispositivo que ejerce poder desde diferentes enfoques éticos y políticos. La psiquiatría como institución social ha tenido a su disposición funciones de control social, que se ejercen tanto sobre la conducta desorganizada del llamado enfermo mental como sobre el potencial reivindicador de los sujetos inmersos en circunstancias socioeconómicas y políticas que la misma psiquiatría supone (García & Vispe, 2017).

Desde este punto de vista, el saber psiquiátrico podría estar (de hecho, se podría considerar que lo está ya) al servicio de un sistema político y social injusto, desempeñando una función de control y anestesia del malestar, apaciguando posibles ansias emancipadoras (o revolucionarias) al situar en lo individual, donde se agota en sí mismo, el descontento originado realmente en lo social (García & Vispe, 2017).

En este orden de ideas, Molina (2017), coincide en que la psiquiatría se logra describir en el análisis de la exigencia social y estatal de establecer una acción de control social concreta, medible y explícita sobre la locura, de este modo, esta teorización y práctica comienza con el trabajo de delimitación de la anormalidad - irracionalidad con respecto a la normalidad - racionalidad cartesiana y el establecimiento de una dicotomía necesaria entre lo ideal del ciudadano para el estado y lo que se aleja de ello. Desde esta perspectiva tiene sentido la necesidad práctica de un ejercicio estandarizante de la comprensión de la conducta humana y de su control en nombre de una noción de Estado y múltiples formas de interpretación y manejo (Molina, 2017, p. 38).

Esta situación sostiene entonces, como claramente hay un despliegue de beneficios obtenidos por diversos agentes que participan en la psiquiatría; beneficios en términos económicos para la industria farmacéutica, beneficios en términos de prestigio para los profesionales, beneficios en términos de desresponsabilización para pacientes o familias, etc. (García & Vispe, 2017, p. 407).

Por ejemplo, el momento del inicio de este estado de cosas en los años 80, se encuentra en una clara relación temporal con la aparición del DSM-III, manual de la Asociación Americana de Psiquiatría que, a diferencia de sus dos discretas versiones previas, se convertía en arma de la entonces incipiente psiquiatría biológica, ya estrechamente asociada con la industria farmacéutica (García & Vispe, 2011 en García & Vispe, 2017).

La psiquiatría actual, y ya desde hace unas décadas, vende la idea de que toda emoción, pensamiento o conducta humana está en relación con la actividad cerebral, básicamente a nivel de neurotransmisión, la psiquiatría sería entonces, epistemológicamente reducible a las neurociencias (García & Vispe, 2017).

De esta forma, se vuelve hegemónica la mirada de la medicina positivista del siglo XIX, que establecía como objeto una alteración de origen orgánico, de naturaleza igual o similar a cualquier enfermedad física, partiendo del modelo anátomo-clínico. En el campo social, la psiquiatría positivista y su práctica fueron usadas y justifican “científicamente” medidas de acción social para los estados, medidas de exclusión y de higiene social en contra de las personas con trastornos mentales o con todo tipo de diferencias (Molina, 2017, p. 40).

El viaje etnográfico entonces, al recoger los detalles de las rutinas y las cotidianidades, permite evidenciar estas prácticas y discursos insaturados históricamente en el fenómeno encarnado, es decir, en el fenómeno visto desde quienes lo construyen, desde las narrativas, experiencias, y demás configuraciones del mundo. Lo cual, deja por sentado que pese a los distintos cambios sociales que se han ido realizando para rescatar una mirada más “humanizada” de salud mental y de los manejos a los trastornos mentales, aún, se siguen evidenciando rastros de las múltiples dificultades que, particularmente la psiquiatría, ha tenido a lo largo de su desarrollo como institución social, por lo que se vuelve indispensable como primera medida, repensarse la psiquiatría, para lograr una reivindicación del sujeto en la salud mental, saliéndose de los estándares de una sociedad que exige, no solo controlar la locura, sino de pensar remedios eficaces para el malestar cotidiano.

#### **4.2. “YO LLEVO ACÁ COMO 20 DÍAS Y ES LO PEOR QUE ME HA PASADO EN LA VIDA”: DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO A LA ATENCIÓN COMUNITARIA.**

Como se ha podido identificar, pese a que los sujetos del hogar se encuentran dentro de una institución con una base comunitaria, aún los rastros del discurso médico y psiquiátrico siguen pautando la expresión de los cuerpos en la psicosis. En primer lugar, existe un rótulo de enfermedad mental, de un *“estoy enfermo y esto es de por vida”*, por otro lado, hay una noción de encierro que sigue hoy expresándose en sujetos como los de saludarte, pese a que éste no sea comparable con el encierro que se vive en una hospitalización, *si estoy acá es porque estoy enfermo y debo estar encerrado*, son las narraciones que como ya hemos visto van surgiendo, las cuales deben ser respetadas como reales y legítimas, y finalmente, hay una noción de sufrimiento. Estas tres nociones, aglomeran las consecuencias de este contexto histórico y demanda una mirada de salud mental donde se reivindique al sujeto como tal.

En este orden de ideas, como ya he ido narrando, la psiquiatría a lo largo de su historia como disciplina e institución ha estado vinculada a diferentes ejercicios de poder y control de los sujetos, de sus vidas y de sus formas de afrontamiento de los malestares, beneficiándose desde diferentes niveles que enriquecen dicho poder; y sin duda alguna, si hay algo que haya impactado y connotado de manera violenta la locura debido a dicho poder psiquiátrico es precisamente el encierro.

De acuerdo con Michael Foucault (2005), en su devenir histórico, el dispositivo hospitalario se reveló como una instancia disciplinar de control social, donde en lugar de cumplir algunas funciones terapéuticas para los sujetos que allí se encontraban, reproduce la alienación al poner en primer plano la violencia del poder psiquiátrico. A su vez, dicho hospital ha sido una de las formas históricas que adquiere el encierro y que corresponde al espacio disciplinario donde se expresan las múltiples relaciones de poder-saber que durante un largo tiempo han permitido el desarrollo de la psiquiatría y sus actuales dispositivos de tratamiento (Chávez, Macías & Klein, 2012).

Conviene agregar, que previo al hospital, el manicomio (institución muy sólida hasta 1978), había sido sometido a profundas transformaciones al introducirse en él técnicas e instrumentos nuevos, como por ejemplo el electrochoque y, sobre todo, los psicofármacos. Gracias a estos nuevos medios, para controlar al demente ya no hacían falta muros, rejas, camisa de fuerza o enfermeros musculosos; el manicomio se convierte en hospital psiquiátrico, y ya no es únicamente un lugar donde se descargan los indeseables peligrosos para colectividad, el recinto propio de los endemoniados, que se mezclan con los idiotas incapaces, rechazados por todos (Covoni, Fiocchi, Pasquino, & Selvini, 1987), como se pudo identificar anteriormente en la historia de la locura.

En este orden de ideas, la internación resulta cuestionada de manera radical por muchos autores, posiciones teóricas y epistemológicas, debido al aspecto concreto de sus efectos inhumanos, y de toda la violencia que esto supone.

Es por esto, que señalo a Erving Goffman, un antropólogo quien asumió el rol de director auxiliar de atletismo en un importante hospital federal de los Estados Unidos, con el fin de estudiar el ambiente del hospital. En esta experiencia, Goffman desarrolló su caracterización del hospital como una institución total, un lugar donde la gente queda segregada por la sociedad durante un periodo de tiempo considerable. En este orden de ideas, el hospital de acuerdo con este autor funciona como una prisión porque organiza de una manera autoritaria una vida ordenada para los internos. Goffman recreo la experiencia que tienen los pacientes de pasar por los distintos rituales y rutinas que se han integrado al funcionamiento cotidiano del hospital para enfermos mentales, y, en sus ensayos expone la degradación de pacientes y los medios empleados por el personal para socializar a los nuevos e iniciarlos en la carrera de pacientes mentales (Elizur & Minuchin, 1997).

Así las cosas, la internación tiene como resultado una pérdida importante de las libertades ciudadanas. De acuerdo con Elizur & Minuchin (1997) permanecer en un hospital se convierte en un asunto de supervivencia, ya que una vez que un paciente se ha habituado a un estilo de vida caracterizado por un nivel bajo de funcionamiento, falta de responsabilidad individual, una gran dependencia a los asistentes profesionales, rutinas predecibles que se mantienen desde el exterior y la

provisión de comida y entretenimiento, tienen pocas probabilidades de éxito de “arreglarse” por su cuenta (pg. 130).

En este orden de ideas, la internación en largos periodos conlleva a que las personas se vuelvan pasivas de forma inevitable. Todo está predeterminado por los demás, y el individuo sólo tiene que adaptarse a las reglas propias de la institución. Semejante condición de adaptación pasiva no permite que una persona que ya padece dificultades, confundida y angustiada por conflictos relacionales o insoportables contradicciones existenciales, vuelva a encontrar una senda de emoción positiva y de autonomía. En términos sencillos, textualmente el autor afirma que la institución total es una estructura profundamente deseducativa, que actúa en el sentido de la ampliación de la desviación y de la transformación en crónicos de los internos en ella (Covini, Fiocchi, Pasquino, & Selvini, 1987).

Autores como Elizur & Minuchin (1997), entre tanto argumentan que:

“[...] los hospitales mentales han sido denominados instituciones totales, en las que hasta las decisiones más corrientes como cuando comer, hacer sus necesidades o irse a dormir las toman otros. Una consecuencia natural de estar sometido a un régimen de este tipo es el surgimiento de una sensación de despersonalización. Los sentimientos de despersonalización con frecuencia son considerados síntomas primarios enfermedad mental. Para completar el círculo, los psiquiatras suelen atribuirle los sentimientos de despersonalización de sus pacientes a sus estados internos y no a las condiciones que reinan en las instituciones mentales. No sólo se controla la vida de los pacientes, sí que, sino que además se les dice constantemente que ese control es por su propio bien, que ellos no están en condiciones de lograr a causa de su enfermedad mental. Los pacientes llegan a ser incapaces de confiar en su propio juicio se vuelven indecisos abiertamente sometidos a la autoridad y se asustan del mundo externo. El carácter artístico de la institución de enfermos mentales ha sido admitido de hace mucho tiempo (Judi Chamberlin. 1978, p.6, en Elizur & Minuchin, 1997) [...]”.

Ahora bien, es importante mencionar que no solo es el paciente quien lleva consigo todos los impactos que supone la internación, sistemas sustanciales como la familia, son unos de los pioneros en cargar consigo, diversos efectos que la internación despliega.

Sin embargo, las familias suelen ver la internación, como una red de apoyo al momento en el que el sistema familiar se ve inmerso en procesos de vivencia de la locura de una u otra manera. En saludarte, de hecho, la directora, en una de nuestras conversaciones, narraba formas en las que las familias se expresaban en relación al tema. Ella señala:

*“[...] la verdad las familias llegan a un punto donde son insuficientes para cuidar a sus familiares. Acá en este país, hay todo un tema de género, donde se dice que la cuidadora es la mujer, entonces en la familia asignan a la hermana, a la mujer menos productiva o a la mamá para que cuide a la persona, y hay un momento donde la persona no puede, porque cuidar este nivel de trastorno una sola persona, llega un momento en que la persona no puede. Entonces empieza todo un recorrido por las EPS, o si son particulares a otros lugares, y a mirar como entre todos lo ubican en algún sitio. Generalmente los llevan a gerontólogos, de adulto mayor y eso [...]”.*

De esta forma, si bien, la internación siempre brinda un alivio sumamente necesario para los miembros de la familia que se sienten sobrecargados y desmoralizados, desafortunadamente, las tensiones tienden a reaparecer cuando se le da de alta al paciente, y si bien, el tratamiento con drogas ayuda, no soluciona los problemas que los pacientes y sus familias tienen que afrontar en su medio natural. Cuando los efectos iatrogénicos de la vida en el hospital y el significado que se atribuyen a la internación se suman a la tensión familiar acumulada, los problemas generalmente se hacen más difíciles de resolver (Elizur & Minuchin, 1997).

Entre tanto, Elizur & Minuchin (1997), por otro lado, también afirman que en la familia:

“[...] al principio, la internación es considerada como una derrota, antes de convertirse en una pauta familiar aceptada para hacer frente a la tensión. La mayoría de las familias tratan de resolver los problemas sin mandar al paciente al hospital, y el éxito de evitar la internación puede otorgar un significado positivo al sufrimiento y tensión que soportaron. El fracaso trae consigo una desvalorización de la familia, acompañada por sentimiento de incompetencia, culpa, enojo y depresión. Las familias son conscientes de la creencia común de que tuvieron parte de la culpa de la génesis de la enfermedad mental. Cómo los pacientes, Se sienten marcados y, al tratar de esconder el estigma de la “enfermedad” ante amigos y relaciones, no hacen más que aumentar su aislamiento. En esta situación, la relación con el hospital se torna muy compleja; la decepción y el enojo por los resultados del tratamiento se mezclan con una gran dependencia de sus servicios [...] (p. 131).

Aquí, al igual que en el paciente, se pierde de manera considerable la autonomía, los padres pierden poder y el discurso psiquiátrico y médico aumenta su dependencia de la orientación profesional puesto que se supone que solamente los profesionales saben cómo tratar los pacientes mentales (Elizur & Minuchin, 1997).

Es por esto, y por todos los demás efectos que la internación supone, que es necesario repensarse distintas alternativas terapéuticas que reivindiquen al sujeto, les den lugar a sus distintas subjetividades, respeten sus derechos y resignifiquen las maneras violentas en la cual la psiquiatría ha llevado a cabo sus procesos.

Es por esto, que, sin dudar, la primera vía para llegar a esto es la desinstitucionalización. Entre tanto, Domenech et.al (1999) argumentan que:

“[...] el término desinstitucionalización, que comienza a utilizarse a principio de los años sesenta en los Estados Unidos, glosa este clima crítico a proponer la disminución de los servicios psiquiátricos y la expansión simultánea de los servicios basados en la comunidad a la hora de organizar la atención a los trastornos referidos a la salud mental. En general la definición de desinstitucionalización recoge tres procesos básicos: el

despoblamiento de los hospitales psiquiátricos, la desviación de admisiones institucionales hacia servicios basados en la comunidad y, por último, la descentralización que implica que múltiples entidades o servicios se responsabilicen de un mismo paciente [...]” (p. 24).

En este orden de ideas, el movimiento desinstitucionalizador aparece como una respuesta, desde diferentes orientaciones y ámbitos, a aquello que para muchos constituye la evidente crisis de la asistencia psiquiátrica tradicional. Quizás el hospital psiquiátrico, como elemento emblemático de la institucionalización, constituye el objetivo más claro de la mayoría de las críticas desinstitucionalizadoras. En este sentido, desde dentro y fuera de la psiquiatría se ha señalado la ineficacia técnica de la institución psiquiátrica y se han caracterizado sus efectos iatrogénicos y cronificadores, así pues, la institución aparece como un establecimiento aislado, estigmatizador y marginador, que fomenta la masificación de los pacientes a partir de una atención indiferenciada a problemas muy diversos (Domenech et.al, 1999, p. 25).

En este contexto de cuestionamiento general de la asistencia psiquiátrica, *la psiquiatría comunitaria*, recoge buena parte de estas críticas y sistematiza algunas propuestas como la reivindicación de prácticas preventivas o el impulso del sector como instrumento de acción, y establece la comunidad como contraposición alternativa a la institución (Domenech et.al, 1999, p. 25).

En este orden ideas, se piensa entonces, un trabajo comunitario en salud mental que, contraponiéndose a la reclusión hospitalaria, se propone cultivar una perspectiva que considere los factores psicosociales. Sin embargo, cabe resaltar que pasar de una atención centrada en el cuerpo individual a una centrada en el aspecto comunitario del que este cuerpo forma parte, impone una serie de tareas de trabajo intersectorial, en los ámbitos familiares, barrial, laboral, educacional, habitacional, jurídico, deportivo, etc. (Chávez, Macías & Klein, 2012).

En Latinoamérica y en una buena parte del mundo, el movimiento de psiquiatría y salud comunitaria ha recogido el testimonio en las diferentes luchas antipsiquiátricas, reconociendo las condiciones de la vida de los pacientes en los

asilos como inaceptables y declarando urgente la promoción de nuevas formas de abordaje de salud mental por parte del estado. Los lineamientos de la OMS, por ejemplo, establecidos en 1990 por la declaración de Caracas, formalizan la preocupación de distintos países por reestructurar la atención psiquiátrica en América Latina en función de una mejor atención y de una gestión eficiente en las que se tenga como principio rector el resguardo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de los pacientes (Chávez, Macías & Klein, 2012).

Algunos autores como Chávez, Macías & Klein (2012), proponen implementar instituciones auxiliares, hospitales diurnos, hogares protegidos entre otros. Otros como Covoni, Fiocchi, Pasquino, & Selvini (1987), afirman que el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos debe ir acompañado por la creación y potenciación de servicios psiquiátricos territoriales, construidos por ambulatorios de barrios y por pequeños departamentos hospitalarios.

Pérez (2001), por su parte, señala los hospitales día, como una propuesta interesante que respete los derechos de los sujetos, el cual consiste en un hospital psiquiátrico diurno, u “hospital sin camas”, pero con una connotación distinta, ya que el hospital es visto como “un lugar donde el paciente va a la cama, y donde permanece hasta estar bien”, sin embargo, los hospitales días tienen un funcionamiento de puertas abiertas, y de manera voluntaria, donde el tratamiento debe tener similitud con la vida cotidiana.

Y así, distintas propuestas salen a la luz, todas ellas priorizando la generación de programas a partir del nivel comunitario en lugar de hacerlo a partir de los centros hospitalarios, ejemplo claro: *Saludarte* que ofrece distintas alternativas terapéuticas dando lugar a las distintas subjetividades de los sujetos que en el hogar residen.

Sin embargo, como he ido narrando, en *Saludarte* hay una noción de encierro en los sujetos, y aquí cabe resaltar desde una mirada sistémica, el encierro percibido en los cuerpos psicóticos, no se debe únicamente a la sensación de estar aislado en un hospital, o en un hogar como lo es *Saludarte*. Este encierro se encuentra atravesado por múltiples sistemas, y si bien, *Saludarte*, tiene un sin fin de

propuestas muy acertadas para lograr vivir la vida comunitaria entre los residentes, en el cual se es legítimo ser quien soy, donde ser loco es posible, y donde además vivo una cotidianidad rodeada de movimiento, actividades, talleres, salidas al espacio público, cuando el macrosistema no apunta a lo mismo, difícilmente se puede pensar un camino liberador y además humanizado, donde nociones como las de encierro, se puedan desdibujar.

Así las cosas, se entiende que la locura es un proceso de muchos niveles; puede iniciarse durante una crisis determinada, pero su completo despliegue se hace posible debido a la participación de individuos, familias y comunidades en intercambios destructivos. Es un largo tobogán, con pocas estaciones tiene el camino, que va desde los problemas no resueltos en la vida de las personas hasta crisis agudas en la adaptación, y que en el caso algunas personas desafortunadas los, lleva hasta la categoría de pacientes mentales y hasta la cronicidad (Elizur & Minuchin, 1997).

Esta complejidad supone que comprender la locura, sin duda alguna, no se logra quedándose en un solo nivel, ya que en realidad son muchos los sistemas y subsistemas que allí se encuentran entrelazados, y que, por ende, dan cuenta del fenómeno desde múltiples perspectivas.

En este caso, Saludarte se encuentra vinculado con diversos sistemas, y, si no se articulan de forma tal que todos respondan al fenómeno en sí, difícilmente se puede hablar de un proceso terapéutico exitoso, o un bienestar integral para las personas que allí viven y de sus sistemas correspondientes. Con esto entonces, me refiero a que sistemas como el familiar, por ejemplo, en muchos de los casos, no acompañan el proceso de los que viven en saludarte, muchos ni siquiera cuentan con alguna persona a la que se le pueda llamar familia, y esto sin duda empieza a fragmentar lo que se llama "comunidad", porque la comunidad queda fracturada y remitida sólo a los que viven en Saludarte, lo cual, si bien es importante, no es suficiente.

En Saludarte, cada vez que los residentes lo decidan pueden ver a su familia, lo cual, a grandes rasgos tiene un impacto positivo de autonomía, diferente a lo que

pasa es la hospitalización, sin embargo, la cuestión aquí es que la familia los quiera ver.

En palabras de la directora de Saludarte:

[...] *“Saludarte jamás dice acá no se aparezcan, nosotras (las cuidadoras) hacemos acercamientos, les hemos ofrecido visitancias, los invitamos a que sean cuidadores por un día, que entiendan cómo se cuida a su familiar. Por ejemplo, yo hice una visita domiciliaria a Macmas, y cuando fui lo primero que me dijeron fue “usted para que viene”, “nos hace sufrir”, la mamá, la abuela, la tía, nadie quería verlo, “el abusó aquí” decían. La hermana menor dice que era un niño de 12 años, con una relación familiar totalmente disfuncional, empezó con droga, la niña era otra niña, y empezaron a tener sexo, y el escándalo fue para el no para ella, porque pues el género es el género y tal. Después empezó a meter mucho bazuco, se le fue dañando la cabeza, y tuvo la adolescencia más caótica que te puedas imaginar. A esa familia yo no le puedo decir ni siquiera que lo llame, de hecho, las veces que se nos ha escapado llevándolo a odontología, llega allá, y esas señoras llorando diciendo por favor lléveselo, no lo queremos, suplicando. La familia no lo quiere” [...]*

*“[...] Otro caso por ejemplo es Stick, el cual tiene una relación horrible con su mamá, y no les importa, y él pide limosna y les lleva dinero. Él no puede tomar porque el alcohol con el medicamento que él toma es mortal, y a la familia no le importa, claro, les gusta que vaya porque alcanza a recoger 50 y 70 mil, y lleva [...]*

Igualmente, el sistema de salud también sigue siendo otro de los sistemas que tiene procesos en los cuales no se les da lugar a los sujetos con diagnósticos de trastornos mentales; y procesos externos, como los de psicología o trabajo social, son imposibles de obtener:

*“[...] Desgraciadamente el consumo de tiempo y de energía en las EPS es brutal, es brutal, no sabes lo que eso significa, ellos son capaces de ponerme*

*una cita a las 8 de la mañana y atender a las 2 de la tarde el portero y decirme ¿necesitas al doctor?, y responderme que el salió [...]*” Narra la directora de la institución.

Así entonces, retomando las narrativas de Gloria y Oliver, decir *a mi casi no me gusta el ambiente de acá y mi propósito es mejorarme para poder salir, o Yo llevo acá como 20 días, y es lo peor que me ha pasado en la vida*, habla de la necesidad de radicar en la importancia de la desinstitucionalización, repensando distintas alternativas terapéuticas que reivindiquen al sujeto, dando lugar a sus distintas subjetividades, respetando sus derechos y resignificando las maneras violentas en las cuales la psiquiatría ha llevado a cabo sus procesos, pero a su vez, demanda la necesidad de trabajar intersectorialmente los procesos de salud mental, y así, los procesos comunitarios como los que se dan en Saludarte sean una opción con más fuerza en Colombia y aún más factible en el proceso de *acompañamiento* en los trastornos mentales. Palabra indispensable para comprender el papel de la vida comunitaria.

Existen muchos programas que no he mencionado. Sin embargo, muchos de ellos demuestran que los hospitales y las instituciones comunitarias *pueden* cooperar para ayudar al “normal” funcionamiento de los pacientes y sus familias durante y después de periodos de dificultades agudas. Pero sin duda, esta coordinación depende de la dinámica a nivel del macrosistema, donde las consideraciones terapéuticas, y hasta las pruebas de la eficacia de los costos y dinámicas económicas son criterios más importantes (Elizur & Minuchin, 1997). De este modo, como hemos ido identificando, pese a que Saludarte, ha tenido impactos positivos en la reivindicación del sujeto en la locura, hay factores que no dependen de la institución, y que siguen posicionando a los sujetos en lógicas de pensamiento instauradas desde diferentes mecanismos de encasillamiento e instancias de poder, como lo son la medicación, el discurso psiquiátrico, la marginalización en diversas instituciones de salud, la ausencia de un apoyo psicosocial o una red de apoyo, etc.

Pero claro está, que una atención comunitaria es uno de los pasos más importantes para dicho bienestar, y sin duda, Saludarte, ha permitido no “controlar”

la locura, ni decirles a sus residentes “tienen que ser normales”, sino por el contrario dan el lugar para poder vivirla en las mejores condiciones.

*“[...] Ellos han salido más en Saludarte que en toda su vida, a termales, a Choachi, ellos han disfrutado muchas cosas, una buena película, un concierto divino de música clásica, de vallenato, las luces de Boyacá, la vida, no es que estén encerrados. Ahora la versión de ellos si es que están encerrados, cuando se quejan con la familia, es un mensaje de vengas y me visita, salimos a almorzar, ven y me visitas, algo [...]”, dice la directora de Saludarte.*

En resumen, es difícil que hoy alguien niegue las mejoras asistenciales y en derechos humanos y ciudadanos que ha aportado estas nuevas formas de pensar la salud mental, el sufrimiento humano, y los procesos que se llevan con personas con trastornos mentales, y por ende, las ventajas de la desinstitucionalización y creación de recursos en la comunidad (Desviat, 2016).

Todo lo anterior, ha significado mucho más que un cambio de nombre, - psiquiatría comunitaria, antipsiquiatría, etc. La reforma cambió el imaginario social en torno a la enfermedad mental, y se han promovido políticas de defensa de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental y surgieron poderosos movimientos de familiares y usuarios, exigiendo su espacio, su lugar, su reconocimiento (Desviat, 2016).

De esta forma, el propio proceso desinstitucionalizador abrió nuevas expectativas y se convirtió desde el inicio en un proceso social complejo, que exige recomponer saberes y técnicas, un proceso técnico-ético que origina nuevas situaciones que producen *nuevos sujetos*, nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos, como señala Amarante (Amarante, 2003 en Desviat, 2016).

#### 4.3. “YO TENGO UNA ENFERMEDAD CASI PARECIDA A LA TUYA”: UNA APROXIMACIÓN A LAS IMPLICACIONES DE CARGAR CON EL RÓTULO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Retomando las narrativas que ya he ido mencionando de algunos sujetos de Saludarte, señalar cosas como *mi propósito es mejorarme, estoy un poco enfermo [...] pero es mental, tengo una enfermedad casi parecida a la tuya*, habla de que si bien, el encierro es algo que marca y pauta profundamente los cuerpos psicóticos, hablar de desinstitucionalización es importante, pero no suficiente. Aun en espacios comunitarios como los que aquí se narran, siguen habiendo secuelas de la psiquiatría como institución social.

De esta forma, si bien se ha hecho un recorrido por diferentes formas de repensarse la locura haciendo alusión a los impactos que la psiquiatría ha generado, es claro, que nunca basta. Y con esto, me refiero a que si bien han habido diferentes procesos en los cuales se recupera el lugar de los sujetos dentro de la locura, haciendo referencia a su agencialidad, a sus derechos humanos, a lo que implica ser absorbido por el poder que el discurso psiquiátrico lleva consigo, no basta con cerrar el manicomio o el hospital psiquiátrico, no basta con sacar a la luz las implicaciones que tiene la psiquiatría sobre los sujetos que con ella se relacionan (claro está, sin desprestigiarla), no basta con aludir a los ejercicios de poder y control social que han estado vinculados a lo largo de la historia con la locura, ya que si bien, han habido transformaciones considerables, aún hoy día, más allá de la despsiquiatrización y la desinstitucionalización con sus nuevas posturas correspondientes, en la actualidad los sujetos diagnosticados con trastornos mentales, aquellos que muchos llaman “locos”, se ven involucrados con muchas formas en las cuales también se ejerce poder sobre sus vidas, mentes, subjetividades, sobre su bienestar mismo.

La **medicación** por ejemplo, aun después de la desinstitucionalización, sigue estando presente como un método para “sobrellevar” los síntomas de los trastornos mentales, y como se ha ido mencionando, es uno de los métodos que no se cuestiona, uno de los “imprescindibles” para trabajar con personas con cualquier

tipo de trastorno, más aún cuando estamos hablando de psicosis. En Saludarte, prácticamente todos se encuentran medicados, y sus dosis, van variando de acuerdo a lo que el o la psiquiatra vaya indicando, y de hecho, la hora de tomar el medicamento hace parte de la rutina en Saludarte, la cual se hace tres veces al día. Algunos toman dos o tres pastillas, mientras que otros pueden estar tomando 7 pastillas, algunos están medicados hace poco, y otros llevan hasta 30 años medicado. Es por esto, que cuando se ve la expresión del cuerpo en la psicosis, es una expresión mediada por el medicamento, siendo así entonces, expresiones del cuerpo medicado, institucionalizado en un hogar comunitario, y psicótico.

La Máscara una tarde me dijo: *Mire que yo tengo un ojo de vidrio para poder ver bien, pero quién sabe si estoy viendo bien o mal. Jesucristo sabrá. Yo todavía sufro de Epilepsia, como esta casa tiene el diablo y brujas, a mí me tienen es que meter en una silla de ruedas, ciego, sordo, mudo, estoy como un bobito. Y yo siguiendo la conversación le pregunto ¿Y alguien te ha dicho algo respecto a eso?, a lo que él me responde: si, pues el doctor, mandando medicina no más, esos no sirve para nada, solo medicina, después yo le pido que me operen en Rusia.*

Entre tanto, Elizur & Minuchin (1997) afirman que un período inicial sin medicación permite una mejor observación del paciente y para algunos es más beneficioso que el uso de drogas. Pero tal flexibilidad en el empleo de la medicación no se encuentra comúnmente en los hospitales mentales, con demasiada frecuencia se utilizan las drogas para controlar a los pacientes revoltosos y se convierten en otra herramienta para el manejo de la sala, algunas veces se aplican grandes dosis aún antes de hacerse la evaluación para aliviar la angustia del personal por las manifestaciones agudas de los episodios psicóticos. Lo cual, supone, una violación a la autonomía del paciente, y violación de los derechos humanos en el cual no se tiene en cuenta la toxicidad que puede haber.

Ahora bien, otro gran ejemplo que ésta más que claro, es el **rótulo**. Si bien han habido distintos mecanismos para “humanizar” el trastorno, como se ha podido identificar en lo que enuncian muchos autores, aún se habla de **enfermedad mental**, es por esto que en este apartado he decidido hacer alusión a Thomas

Szasz, un precursor de la psiquiatría crítica, quien en sus postulados, da una razón consistente a partir de sus estudios a lo largo de su vida, del porqué, en este punto de la historia, es necesario replantearnos si verdaderamente la enfermedad mental existe.

Sin embargo, previo a esto, no queda de más dar cuenta de todas las implicaciones que dicho rótulo tiene sobre las personas. Decir, “*estoy enfermo*”, y además, “*es una enfermedad mental*”, directamente dirige a los sistemas que en esta enunciación se encuentran, hacia una estigmatización.

Como hemos ido observando a lo largo de esta discusión acerca de las nociones de locura, esquizofrenia y psicosis, la historia de la psiquiatría es, en un plano epistemológico, la historia de sus procedimientos diagnósticos, que como ya se mencionó han sido cuestionados, y en cada caso siempre firmemente conectados a los contextos y a sus protagonistas, a las contingencias de la historia, a las infinitas tensiones que recorren aquello que llamamos «lo social» (Beneduce, 2016).

En la producción diagnóstica, de acuerdo con Roberto Beneduce (2016), ese lenguaje que nombra un comportamiento, un malestar y lo sitúa en el camino de aquello que existe y es ya conocido, expresa bien el vértigo derivado de dar nombre a algo que se cree haber descubierto, de aquí, el ingreso al Manual Diagnóstico Estadístico de la Psiquiatría Americana.

Dichas categorías, socialmente relevante (por lo tanto, culturalmente construidas), aun hablando del DSM, interpela a los individuos en cuanto sujetos: constituye «los sujetos llamados a identificarse, a veces contra su propia voluntad, con el modo en que son designados, es una subjetividad que se conforma, al menos en parte, a este procedimiento (Fassin, 2008, p. 533 en Beneduce, 2016).

Llevar el estigma de una enfermedad mental se ve reforzado por una disminución de los derechos civiles de los sujetos, lo cual afecta su adaptación a la sociedad mucho después que se les ha dado el alta en el hospital. Por ejemplo, la privacidad de los pacientes mentales se encuentra escasamente protegida y

distintas entidades sociales tienen acceso a estos expedientes. Una vez quedan registrados los pacientes que concurren para un tratamiento, y nunca pierden su posición de pacientes mentales, aun, cuando traten de obtener trabajo como soldado, conductor o guardia de seguridad, lo cual, sin duda, lleva a discriminación (Elizur & Minuchin, 1997).

En este orden de ideas, considerando al diagnóstico como un acto ligado a la cultura, una de sus funciones sociales principales es *la clasificación de las desviaciones*. El rótulo introduce entonces, al sujeto en un nuevo rol, de acuerdo a Elizur & Minuchin (1997)

“[...] La primera internación en particular tiene las características dramáticas de un rito de pasaje. Crea una discontinuidad con la vida anterior y por ese medio anuncia la presentación de una nueva etapa evolutiva. Con posterioridad hay un cambio en las expectativas sociales del paciente, así como también un cambio en el modo en que la gente se comporta con él. Las posibilidades de encontrar trabajo y reintegrarse a la vida social normal pueden verse limitadas. Al mismo tiempo hay una mayor aceptación social de bajos niveles de funcionamiento, y los pacientes pueden verse atraídos por los beneficios de la invalidez. El acto de encerrar a los pacientes conserva muchas de las asociaciones históricas con el castigo, la exclusión y la condena moral. Estas actitudes de opresión producen sus propios problemas en los pacientes y sus familias [...]” (p. 125).

Aún con todo esto que he ido mencionando, la «estigmatización» que acompaña en algunos casos la formulación de un diagnóstico psiquiátrico es solo la expresión más conocida de un subsuelo que en realidad es profundo y ambiguo, marcado por procedimientos desordenados, en cuyos intersticios se fabrican formas de subjetividad y se produce el destino de quien los atrapó (Beneduce, 2016, p.90).

Dicho esto, Thomas Szasz, es uno de los autores que, con un ánimo de insatisfacción, alude al muy utilizado concepto de enfermedad mental y su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Dicho autor, afirma que el concepto de enfermedad mental parecía acertado desde el punto de vista histórico (ya que

emana de la identidad histórica de la medicina y la psiquiatría), sin embargo, si bien pudo haber sido útil en el siglo XIX, hoy está desprovisto de valor científico y es, desde una perspectiva social, nocivo (Szasz, 2008, p.9).

Hoy en día, preguntarse ¿Quiénes son enfermos mentales?, lleva muchas veces como respuesta: «aquellos que se hallan internados en hospitales neuropsiquiátricos o acuden a los consultorios privados de los psiquiatras», y es posible que estas respuestas parezcan excesivamente simples, y si ello ocurre, es porque lo son. Aquí la cuestión, de acuerdo al autor, es que inicialmente es menester, preguntarse si la enfermedad mental es realmente una enfermedad, y luego sí, replantearse las metas con el fin de pasar de la comprensión de la enfermedad mental a la de los seres humanos (Szasz, 2008).

Es por esto, que, si la posición de mi investigación está dirigida al reconocimiento de los sujetos en la locura, de dar lugar a su voz, y reconocer que ante todo son seres humanos, dicha comprensión supone dar cuenta de los postulados de autores como Szasz, por lo que aquí, en esta investigación, no se habla de enfermedad mental, y si en algún caso, es necesario aludir al diagnóstico, se habla de trastorno mental, que en inglés, es *disorder*.

Actualmente, en nuestra sociedad existe gran confusión, insatisfacción y tensión con respecto a los problemas psiquiátricos, psicológicos y sociales, se dice incluso, que la enfermedad mental es el problema de salud número uno de Estados Unidos. De hecho, los principales medios de comunicación de masas, como los periódicos, la radio y la televisión, utilizan libremente el concepto de enfermedad mental, incluso afirmando que algunos personajes famosos como Adolfo Hitler, Ezra Pound o Earl Long eran enfermos mentales (Szasz, 2008, p.9).

La enfermedad para Szasz, es un fenómeno empírico que sólo puede padecer un objeto, una parte del cuerpo, que es tratado por los médicos con métodos físico-químicos, en este orden de ideas, como la mente no es una parte del cuerpo, la “enfermedad mental” no es observable del mismo modo que lo son un tumor cerebral o una inflamación del hígado. Por tanto, la mente no puede enfermar

en un sentido literal ni, por tanto, aplicarse a ella un tratamiento médico, para “sanar la mente” (Szasz, 2001, p.115 en García, 2015, p. 75).

Szasz afirma que se ha demostrado que, en la actualidad, la idea de que una persona «tiene una enfermedad mental» es nociva desde el punto de vista científico, pues ofrece apoyo profesional a una racionalización popular, consistente en creer que los problemas vivenciales experimentados y expresados en función de sentimientos, signos corporales, o de otros “síntomas” psiquiátricos”, son significativamente similares a las enfermedades orgánicas.

La enfermedad mental es, por el contrario, un concepto teórico y un recurso metafórico (Szasz, 1956, en García, 2015) que se ha empleado con determinados fines sociales como explicación de una gran variedad de fenómenos del mismo modo que en la antigüedad se empleaban los conceptos de deidad o brujería como causas evidentes de distintos acontecimientos, un pensamiento que se instaló en sociedad como una verdad indudable por más que no existieran pruebas de ello (Wyatt, 2004, en García, 2015).

En este orden de ideas, cabe resaltar que si bien, de acuerdo con Szasz, la enfermedad mental es un mito, la propuesta no está en desprestigiar a la psiquiatría», sino por el contrario, reconstruir el término y hacerse la pregunta de ¿continuaremos por el mismo camino o nos apartaremos de él, orientándonos hacia el pensamiento en términos de procesos? (Szasz, 2008).

“[...] quisiera aclarar, por lo tanto, que aunque considero que el concepto de enfermedad mental no sirve, creo que la psiquiatría podría llegar a ser una ciencia. Pienso, asimismo, que la psicoterapia es un método eficaz para ayudar a la gente, no por cierto, a recuperarse de una «enfermedad», sino a aprender mucho más acerca de sí misma, del prójimo y de la vida [...]” (Szasz, 2008, p.10).

Considero que cuestionarse la práctica de una disciplina, implica poner en cuestión, de manera crítica, las limitaciones y alcances que esta pueda tener, para así poder enriquecerla de manera propositiva. A la psicología, por ejemplo, al igual

que con la psiquiatría, también le ha tocado reconocer las limitaciones que ha tenido en su historia, donde claramente, al trabajar con personas o sujetos, con lo que implica la complejidad de la humanidad, ha tenido consecuencias negativas, de daño, y expresiones poco éticas, respondiendo a dinámicas políticas y económicas, lo cual, le permitió repensarse la práctica, para llegar a un proceso de construcción como una disciplina de bienestar y cuidado.

Dicho esto, aunque poderosas presiones institucionales prestan apoyo masivo a la tradición de mantener los problemas psiquiátricos dentro de la envoltura conceptual de la medicina, el desafío científico hoy día de acuerdo con Szasz resulta claro. Esta tarea entonces consiste en redefinir el problema de la enfermedad mental, de modo que se la pueda incluir en la categoría general de las ciencias humanas (Szasz, 2008).

Szasz entonces, se opone a este uso peligroso del término y del mito de la enfermedad mental e incita a ser más rigurosos, a pensar un poco más, abandonando el tradicional pensamiento médico-psicopatológico sobre la “enfermedad mental” y considerar la conducta humana como resultado de un conjunto de factores psicosociales en los que está implicado el deseo del sujeto (García, 2015).

De esta manera, Szasz no considera la enfermedad mental como la consecuencia de factores biológicos sino como un tipo de conducta que expresa determinadas elecciones subjetivas condicionadas, principalmente, por el contexto social, por lo cual, cualquier conducta debe ser vista como el resultado de una elección personal, aunque no siempre consciente, por parte del individuo que resulta en una combinación particular de utilización de signos lingüísticos, seguimiento de reglas sociales y participación en juegos existenciales (Szasz 1961, en García 2015, p. 119).

Finalmente, quisiera resaltar que todo este recorrido por la noción de enfermedad mental y sus consecuencias en términos de rótulo evocando a Szasz, no lo hago en aras de banalizar su comprensión, ni hacer un análisis reduccionista en términos de que solo las nociones culturales y subjetivas son necesarias para

comprender un trastorno o la noción del mundo de alguien, desprestigiando los avances científicos que se han hecho en términos neurobiológicos. Sino con el fin, de poder comprender el fenómeno de manera crítica, y apuntar a aquellas posturas que puedan dar cuenta de una visión compleja, tanto como lo es la humanidad misma.

#### **4.4. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES**

##### **ESPACIOS DE POSIBILIDADES PARA SENTIR EL CUERPO Y ESCUCHAR EL MUNDO: ANALOGÍAS ENTRE LA LOCURA Y EL MUNDO MODERNO**

Caminar es un proceso donde paso a paso huellas van dejándose, se logran tejer nuevos aprendizajes, nuevos significados, nuevos reconocimientos de los territorios y comprensiones del mundo, reafirmaciones de lo que somos, y constantes reflexiones acerca de las pisadas que vamos dejando atrás, ¿o tal vez adelante?, y, por ende, inevitablemente se van configurando transformaciones en distintos niveles de la realidad. Así, pues el andar en mi investigación por los caminos de la locura me permitió resignificar las comprensiones que tenía de ésta y disfrutarla de manera tal que se pueda apreciar lo más bello que en ella habita: los sujetos.

Una vez culmina un largo proceso, descomponer el fenómeno poniéndolo en diálogo con múltiples caminos teóricos, epistemológicos, y prácticos, a partir de una mirada crítica, deja como resultado diferentes consideraciones finales a tener en cuenta.

Primeramente, teniendo en cuenta la premisa principal de esta investigación: los sujetos, no queda duda que hablar del cuerpo en la psicosis, nos remite de inmediato a la singularidad o particularidad de expresión de éste, que, como he ido dando a conocer a lo largo de este documento, se manifiesta a partir de las configuraciones subjetivas de cada uno de los sujetos. Eso quiere decir que, hay múltiples formas de expresión del cuerpo, diversos ritmos, tiempos y espacios para situar, un sin fin de sentidos, del “sinsentido” en la locura.

De esta forma, pese a que a que los casos no sean comparables, y no se puede concluir o generalizar la expresión del cuerpo desde esta mirada que contempla la subjetividad, situar el fenómeno a partir del contexto social e histórico desde el cual se desarrolla, deja claro que, dicho fenómeno demanda un posicionamiento que contemple la humanización de este. La discusión final que presenté, en la cual repensé la locura desde espacios críticos, que, en este caso, recogen supuestos como la desinstitucionalización o despsiquiatrización en tanto práctica y discurso, no sólo humaniza el fenómeno, sino que permite la comprensión de la locura desde una perspectiva de derechos humanos, y como diría Amarante (2003) en Desviat (2016), dan paso a la emergencia de nuevos sujetos de derecho y nuevos derechos para los sujetos.

Ahora bien, pese a que en varias ocasiones lo he ido mencionando, quiero nuevamente resaltar que uno de mis mayores aprendizajes como investigadora, fue comprender la importancia de la crítica al diagnóstico sin invisibilizar la locura. Saludarte, fue un camino por la comprensión de la expresión viva de la locura; en éste hogar, ser loco es legítimo, y no se intenta invisibilizar una psicosis que está presente en los sujetos, que día a día se vive de múltiples formas, y que por supuesto, tiene implicaciones realmente dolorosas en la subjetividad humana, y que, en esta investigación, particularmente, el cuerpo sin duda, expresa un profundo sufrimiento. En resumen, la cuestión no está en pensar que comprender al sujeto y a sus formas de ser en el mundo conlleven a la negación de la locura, sino que más bien, se dirige una crítica al discurso de los trastornos mentales como “anormales, y al trato deshumanizante y violento que, desde instituciones como la psiquiatría, se le dan al diagnóstico.

Preguntarme por la vida, por el yo y por lo humano, es el resultado que este camino deja. Una comprensión de la locura desde una visión que recupere la subjetividad como espacio de construcción de la vida humana, a partir de la reivindicación de la vida cotidiana como escenario fundamental para comprender los fenómenos sociales, en este caso, la psicosis.

Por otro lado, al ser la etnografía un recorrido en el cual yo participaba en las prácticas cotidianas de los sujetos del hogar, no había posibilidad de que la

investigación no pasara por mi subjetividad, sin duda, todo lo que hacía, veía, oía, todo aquello que íbamos construyendo conjuntamente con las personas del hogar, me atravesaba, moviéndome y transformándome de múltiples formas. Lo que quiere decir, que la autorreferencia en la investigación estaba siempre presente. Pensar en mis tiempos, espacios, ritmos, cuerpo, rutinas, era algo que no era ajeno a la investigación.

Pensar la esquizofrenia vinculada históricamente a una sociedad moderna en la cual el yo refleja los cambios culturales y las nuevas formas de vida en las cuales predomina la aceleración, la individualización del sujeto, el movimiento constante y la poca conciencia del sí mismo, claramente me permitió hacer una analogía de la fragmentación del yo psicótico y el yo moderno.

Pensar la fragmentación de yo moderno en nuestra sociedad, fue resultado de mi encuentro con la tesis, pensar mi mundo, mi cuerpo, y hacerme consciente de él no estaba dentro de mis esquemas. Fragmentar el cuerpo moderno, hace alusión metafóricamente a una configuración del cuerpo inmerso en la aceleración de la vida cotidiana que no tiene espacios para hacerse consciente de la vida misma, los olores, el cuerpo, los sonidos, las sensaciones, la respiración, etc. Un sujeto sin “conciencia” del mundo, mejor aún, de su mundo.

Situar a las personas como psicóticas desde una mirada médica y psiquiatra, los dirige a nociones como las de “anormalidad”, lo que quiere decir, que, del otro lado, existen personas “normales”. Cuando somos parte de los “normales”, parece que no hubiera necesidad de volver a integrar las vertientes de nuestra subjetividad, los fragmentos de nuestra mente y cuerpo, de volver a hacernos conscientes de nuestro cuerpo, de nuestra espiritualidad, de escuchar, ver y sentir el mundo, mientras que ellos (los del otro lado), al estar encasillados como sujetos fragmentados, con un yo escindido, son los que deben “integrar ese yo”, pero analógicamente, los sujetos modernos en general, desde diferentes vías, sea la locura o no una de estas, demandan la integración y reincorporación del mundo a la subjetividad.

En Saludarte, por ejemplo, como relaté en los capítulos anteriores, hacen un ejercicio muy bonito para integrar el yo. En los talleres, por ejemplo, al estar conectados con el baile o el dibujo, parece que no hubiera espacio para la locura, alucinaciones, etc., son espacios que permiten reestructurar el yo (no de la manera más estricta de la palabra, pero lo hacen), integrarlo, y posicionarlo en espacios de aquí y ahora, de concentración, de coordinación motora, memoria, y, sobre todo, de conexión. Las llamadas funciones mentales que trabajan en dichos talleres, a grandes rasgos, es el yo yendo y viniendo.

En este orden de ideas, es interesante preguntarse por ese yo, porque pensarse el cuerpo, es pensarse el yo. Estos ejercicios, me permitieron conectarme conmigo misma, cosas tan sencillas como hacer ejercicios con el cuerpo en las clases de baile, mover la cabeza o los hombros, me permitía hacerme consciente de mi cuerpo, como, por ejemplo, de todo el cansancio que no había notado que tenía. Generalmente yo sacaba espacios para mover el cuerpo, pero tener un momento del día, un tiempo y un espacio para poder mover el cuerpo, y que diseñado solo sea para concentrarse en moverlo, hace que lo sientas, sientes el cansancio, los músculos, los huesos, los calambres, el peso, etc.

Otro ejercicio que recuerdo y fue muy bonito, lo hizo el profesor de música, el cual era de concentración, pero para mí se convirtió en un ejercicio de escuchar el mundo, o al menos era el nombre que me suscita. El ejercicio consistía en hacer una mesa redonda, y sentarnos con las sillas mirando no hacia adentro del círculo, sino hacia afuera, de esta forma, no nos podíamos ver entre nosotros, posteriormente debíamos cerrar los ojos, y concentrarnos en escuchar, y después contarnos que habíamos escuchado. Unos escuchaban la licuadora del hogar, otros al gato, algunos los árboles o carros, unos incluso escucharon sus sentimientos, o su corazón, yo escuche el mundo, que como nunca, ese día pasó.

Nos conectamos con nosotros mismos, y el mundo volvió a nuestro yo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beneduce, Roberto (2016). Violencia epistémica y categorías diagnósticas de la psiquiatría. Contribución a una etnopsiquiatría crítica”. En: Bravo, Omar (ed.). *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Universidad ICESI

Chávez Ana, Macías, Luis & Klein, Alejandro (2012). Salud mental y malestar subjetivo: Debates en latinoamérica. Buenos Aires. Manantial

Chavez, Hector (2017). “Michel Foucault y la locura”. Cátedra Carlos Llano. México.D.F. Disponible en internet: <https://www.carosllanocatedra.org/academia/michel-foucault-y-la-locura>

Covoni, Angelo, Fiocchi, Elena, Pasquino, Roberto & Selvini, Matteo (1987). Hacia una nueva psiquiatría: Proceso de transformación sistémica de un centro. Barcelona. Herder

Desviat, Manuel (2016). “La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental)”. En: Bravo, Omar (ed.). *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*. Cali: Universidad ICESI

Díaz, Carmen (2011). Freud, el inconsciente y la experiencia de lo corporal. En: *El descubrimiento freudiano*. pp. 57-84. Bogotá D.C. Editorial Universidad Nacional de Colombia

Domenech, Miquel, Tirado, Francisco, Traveset, S, Vitores, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Revista de intervención socioeducativa*. Vol 1. No 12. pp. 20-32. Disponible en internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=188763>

Dörr, Otto (2011). “Fenomenología de la intersubjetividad en la enfermedad bipolar y en la esquizofrenia”. *Revista Académica Salud Mental*, Vol. 34. No. 6, pp. 507-515, Disponible en internet: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000600005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600005&lng=en&tlng=en)

Dörr, Otto (2015). “Fenomenología de la corporalidad, Estudio de un caso paradigmático de esquizofrenia”, *Actas Esp Psiquiatría*. Vol. 43. No. 1, pp. 1-7, Disponible en internet: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/93/ESP/17-93-ESP-1-7-584359.pdf>

Elizur, Joel, Minuchin, Salvador (1997). La locura y las instituciones: Familias, terapia y sociedad. Barcelona. Gedisa

García, Jorge & Vispe, Amaia (2017). Despsiquiatrizar la cultura como necesidad ineludible para un cambio social emancipatorio. *Revista de análisis cultural*. Vol 10. No. 1. pp. 407-423.

Hernández, Leticia (2018). Ecos de lo real en las psicosis: La mirada y la voz. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 21. No. 1. pp. 142-165. Disponible en internet: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/64021>

Izcovich, Luis (2009). El cuerpo y sus enigmas. Medellín: Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Leader, Darian (2013). *¿Qué es la locura?* Madrid: Sexto Piso

Martín, Juan & Ovejero, Anastasio (2009). "Historia de la locura en la época clásica y movimiento antipsiquiátrico". *Revista de historia de la psicología*. Vol. 30, No. 2-3, pp. 293-299.

Molina, Carlos (2017). Construcción social de la salud mental y la psiquiatría. Bogotá. Universidad Externado de Colombia

Novella, Enric & Huertas, Enric (2010). "Kraepelin-Bleuler-Schneider Syndrome from a Modern Perspective: An Assessment of the History of Schizophrenia". *Clínica y Salud* Vol. 21, No. 3, pp. 205-219. Disponible en internet: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>

Paciuk, Saúl (2007). Recordar, repetir, elaborar: fondo de la memoria. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*. Vol. 105. No. 1. pp. 192 - 212. Disponible en internet: <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200710510.pdf>

Pérez, García & Sass (2010) "La hora de la fenomenología en la esquizofrenia", *Clínica y Salud*, Vol. 21, pp. 221-233, Disponible en internet: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=221da151-d52a-41e2-aa1f-d689aa7b16e7%40sessionmgr4008&vid=0&hid=4113&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc210ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=55063130&db=fua>

Perez, Irma (2001). Hospital de día: metodología de inserción social. Argentina. Espacio editorial.

Pérez, Marino (2012), Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. *Psicothema*. Vol. 24, No. 1, pp. 1-9. Disponible en internet: <http://www.redalyc.org/pdf/727/72723431001.pdf>

Pérez, Marino (2012), *Las raíces la psicopatología moderna, la melancolía y la esquizofrenia*. España: Edición pirámides.

Szasz, Thomas (2008). El mito de la enfermedad mental: Bases para una teoría de la conducta personal. Buenos Aires. Amorrortu.

Taborda, Eliana, Montoya, Laura, Gómez Natalia, Morales, Laura & Correa, Oscar (2016). "Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 45, No. 2, pp. 118-123. Disponible en internet: doi:10.1016/j.rcp.2015.07.002

Valle, Rubén, Guevara, Milko Di Natale & Cruzado, Lizardo (2017). "Psicopatología de la ipseidad y la corporalidad: a propósito de un caso de esquizofrenia cenestopática". *Revista Neuropsiquiatra*. Vol 80. No. 3. pp. 206-214. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a08v80n3.pdf>

Varela. F. (2000). *Cuatro pautas para el futuro de las ciencias cognitivas*. en: "El fenómeno de la vida. (pp. 239-252). Santiago de Chile: Dolmen ediciones

Zaraza, Daniel, & Hernández, Dora (2016). "Towards a community mental health care for people with schizophrenia in Colombia". *Ciência & saúde coletiva*, Vol 21, No. 8. pp. 2607-2618. Disponible en internet: 10.1590/1413-81232015218.14732015

Zemelman, Hugo (2010). Sujeto y subjetividad: la problemática de las alternativas como construcción posible. *Revista Latinoamericana*. Vol 9. No 27. Disponible en internet: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4644915>