

Universidad de San Buenaventura Cali

LAS OTRAS VOCES

Contextos, narraciones subalternizadas y rutas vitales en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis

Carmen Eugenia Cobo Montenegro - Melissa Parra - Jennifer Perdomo

Las otras voces

*Contextos, narraciones subalternizadas y rutas vitales
en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis*

Universidad de San Buenaventura Cali

LAS OTRAS VOCES

Contextos, narraciones subalternizadas y rutas vitales en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis

Carmen Eugenia Cobo Montenegro - Melissa Parra - Jennifer Perdomo

2012

Cobo Montenegro, Carmen Eugenia

Las otras voces: contextos, narraciones subalternizadas y rutas vitales en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis / Melisa Parra, Jennifer Perdomo– Bogotá : Editorial Bonaventuriana, 2012.
170 p.

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: 978-958-8785-04-2

1. Psicosis - Diagnóstico 2. Enfermedades mentales – Tratamiento
3. Trastornos psicóticos 4. Trastornos mentales 5. Psicología – Investigaciones
5. Estudio de casos I. Parra Lozano, Melisa II. Perdomo Rodríguez, Jennifer
Fernanda
III. Tit.

616.89 (DD 23)

C657

© Universidad de San Buenaventura Cali



Editorial Bonaventuriana

Las otras voces.

Contextos, narraciones subalternizadas y rutas vitales en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis.

© Autoras: Carmen Eugenia Cobo Montenegro,
Melisa Parra, Jennifer Perdomo
Grupo de investigación: Estéticas urbanas y socialidades.
Facultad de Psicología

Universidad de San Buenaventura
Colombia

@ Editorial Bonaventuriana, 2012
Universidad de San Buenaventura
Coordinación Editorial de Cali
Calle 117 No. 11 A 62
PBX: 57 (1) 520 02 99 - 57 (2) 318 22 00 – 488 22 22
e-mail: editorial.bonaventuriana@usbrecgen.edu.co
<http://servereditorial.usbcali.edu.co/editorial/>
Colombia, Sur América

El autor es responsable del contenido de la presente obra.
Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.
© Derechos reservados de la Universidad de San Buenaventura.

El autor es responsable del contenido de la presente obra. Prohibida la reproducción total o parcial de este libro por cualquier medio, sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.

ISBN: 978-958-8785-04-2

Tiraje: 300 ejemplares

Cumplido el depósito legal (ley 44 de 1993,
decreto 460 de 1995 y decreto 358 de 2000)

Impreso en Colombia - Printed in Colombia.
Agosto 2012

Dedicatoria

Dedico este libro a sus principales inspiradores:

A “la loca de la cara colorada” un séquito de tarros resonaban sobre el pavimento, mientras que asidos a un cordel seguían al compás de su paso por el barrio. Su rojo rostro irrumpía sorpresivamente en el territorio que olía a juegos infantiles... ¿Qué era lo que miraba? Ese fue un acertijo que nunca pudimos responder.

A Cáterin Rocío, joven alegre, amiga solidaria, mujer valiente, brillante profesional. Un día comenzó a transitar por otras dimensiones del pensamiento. Nada pudimos hacer para retenerla en nuestra ruta. Ahora deambula en su mundo y tal vez no sabe lo mucho que seguimos añorando su presencia.

A los pacientes del área de Enfermedad Mental Mayor, en el Programa Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca. Qué trascendental fue compartir sus luchas, victorias y derrotas; sus rasgos de humanidad compartidos y su perseverante fe en que algún día todo puede ser mejor.

A todos ellos se dedica especialmente este texto.

Agradecimientos

La materialización de este proceso investigativo es producto de un valioso conjunto de esfuerzos, apoyos e inspiraciones de todo orden. Entre aquellas personas que cuya presencia y aportes han sido fundamentales, resalto mi agradecimiento a:

- Mis padres quienes con su sencilla sabiduría y su decidida humanidad, han respetado siempre mis decisiones, acompañando con decidido amor y generosa paciencia los resultados cada una de mis luchas. Sus heroísmos cotidianos y su forma tierna y sutil de hacer presencia en mis días, son fundamentales en mi vida.
- Andrés David, pequeño faro que guía cotidianamente mi camino hacia las sonrisas. Su alegría es el manantial justo para calmar la incertidumbre.
- Francedy González, Javier González y la incondicional Virge. Los primeros dos apoyaron los procesos de sistematización de la información, brindándome su confianza, amistad y compañía en un momento fundamental para hacer posible este sueño. La humilde y grandiosa Virgelina, cómplice de muchas luchas, ha permitido con su trabajo, que la cotidianidad mis días sea más amable.
- Gloria Mercedes Sánchez, Elsy González, Dulfay Astrid González y Jorge Eduardo Moncayo, colegas y compañeros de trabajo que con sus aportes profesionales en momentos coyunturales de este proceso permitieron mitigar muchas dudas y zozobras del ejercicio investigativo.
- Mis estudiantes, fuente constante de inspiración y compañeros imprescindibles la reflexión cotidiana sobre los asuntos de la llamada “anormalidad”. Debo especial gratitud a Ángela Patricia Bernal

Alarcón, Clara Inés Castro Ordoñez, Eliana Vanessa Morales Be-
doya y Jhany Alexandra Lopez, monitoras leales y eficientes en las
fases previas de la investigación; a mis auxiliares de investigación:
Diana Recamán, Erika Valencia, Jennifer Perdomo, María Juliana
Martínez, Melissa Mantilla y Melissa Parra; a mis practicantes Erika
Esquivel y Celeste Reina, que por su problematización quehacer
del psicólogo en contextos relacionados con la llamada “enferme-
dad mental”, y por último a Victoria Henao, Sophia González y
Karen Isbelth Flórez, cuyas opciones de grado correspondieron a
las apuesta por el reconocimiento de otras subjetividades.

- Diana Ximena Bejarano, en especial por la calidez en su gestión
responsable de los procesos administrativos relacionados con la
publicación de este producto.
- Carmen Elena Urrea y Angela Rocío Orozco, quienes desde sus
respectivos lugares en la administración de los procesos institu-
cionales, comprenden que los caminos investigativos suelen se
sinuosos y que ello implica otras maneras de entender los tiempos.
- Por último, a tres personas he de agradecer con especial convicción:
a (P), a (M.) y al Dr. Emiliano Galende:

(P) y (M.) son personas cuyo anonimato debe preservarse en
virtud de la ética investigativa, durante el proceso su presencia
fue altamente significativa, no sólo por la calidad de la informa-
ción otorgada, sino porque al compartimos sus vidas dejaron en
las investigadoras la impronta imborrable de nuestra profunda
admiración. Gracias (P) y (M.) por ser ciudadanos que insisten
en la búsqueda de una vida digna, gracias porque aprendimos que
su condición subjetiva está permeada por la lucha, la valentía y
la búsqueda de rutas compartidas con sus gentes, más allá de la
normal individualización de la época.

Agradezco muy especialmente al Dr. Emiliano Galende, siempre ha
sido un autor de obligada referencia en mi curso de “Psicopatología
y Sociedad” y nos honra que haya aceptado amablemente la lectura
y evaluación de este libro. Su evaluación clara, propositiva y plena
de confianza en este recorrido es un estímulo adicional para insistir
en este proceso que ha sido muchas veces hostil y solitario.

Contenido

Presentación.....	11
Capítulo 1	
Cuestiones del vínculo social y avatares del devenir vital	15
– Líneas, texturas y matices del territorio como sistema dinámico y complejo.....	17
– Marcos legales y utopías civiles	23
– Las pistas de una praxis	32
Capítulo 2	
Criterios de locura, brújula para un itinerario de viaje.....	41
– ¿Desde cuál norte? Sobre la multiplicidad en los significados del término psicosis.....	44
– Si la definición naufraga, entonces la historia.....	53
– ¿Y entonces?.....	56
Capítulo 3	
La tensión metódica: intercepciones e intersecciones entre la apuesta civil y el método científico	59
Capítulo 4	
Diálogos, encuentros y asombros: vidas en la historia e historias en la vida	71
– Mujer, valentía y turbación: el dolor vital no siempre es locura	75
– Cuando la irreverencia marca la singularidad.....	117

Capítulo 5

Discusión y prospectiva	137
– Apuntes necesarios para una reflexión.....	139
– Integración social: más que un fin, una metódica socialmente responsable para el tratamiento de ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental mayor.....	143
Bibliografía	158

Presentación

*"Pero la supresión de la memoria,
la eliminación de los relatos, la reducción de la imaginación
ya no pueden invocar el ideal de inteligibilidad que encarna la física
y pretender que ese sea el precio 'racional' a pagar
por la constitución de la sociedad en objeto 'científico'."*

I. El redescubrimiento del tiempo, Prigogine

*"Creía en infinitas series de tiempos, en una red creciente
y vertiginosa de tiempos divergentes, convergentes y paralelos.
Esa trama de tiempos que se aproximan, se bifurcan,
se cortan o que secularmente se ignoran,
abarca todas las posibilidades".*

El jardín de senderos que se bifurcan, Jorge Luis Borges

El presente texto ha sido concebido como la primera formalización que hacen la autora y sus auxiliares de investigación de una apuesta discursiva en torno a los asuntos derivados de la indagación sobre la integración social de ciudadanos diagnosticados con psicosis. Si bien no se trata de una serie de verdades que hayan adquirido la contundencia, ni el tiempo de maduración necesario para hacer de ellas un constructo terminado, sí se trata de la concreción de un deseo y de la expresión de una necesidad: socializar el estado actual de la reflexión al respecto de las relaciones intersubjetivas en la integración social de ciudadanos diagnosticados con psicosis, para someter a análisis, discusión y confrontación las posturas construidas, que permita la retroalimentación para ampliar las perspectivas desde las cuales pueda constituirse una ruta de indagación constante y responsable sobre el asunto, capaz de incidir tanto en

los abordajes y procesos con los ciudadanos diagnosticados con psicosis, como en la formación y reflexión de quienes ejecutan o agencian aquellos procesos.

En esa dirección, el itinerario que se le propone al lector está guiado por las preguntas generadas durante un proceso investigativo, el estado actual de la reflexión sobre temáticas y aspectos problematizadores que emergieron en la ruta y los hallazgos y encuentros, que a su manera, han esbozado otros trayectos posibles, obligando inflexiones y movimientos cognitivos en relación con el tema.

De este modo, los hilos conductores de este tejido conceptual realizan sus anudamientos más importantes en cinco asuntos básicos, que intentan permanecer transversalmente en cada uno de los capítulos de este texto. Estos amarres son:

- Los asuntos de la locura, la anomalía y la diferencia, desde una perspectiva que intente ser lejana de anacronismos, que reconozca la importancia del contexto socio-histórico y la crítica en relación con los paradigmas clásicos que pretenden mostrar tendencias universales en lo que se refiere a las interacciones con la locura por parte de los pueblos, las familias, los sujetos y las sociedades.
- Algunos aportes que desde la filosofía, la historia, la antropología y la sociología, entre otras, problematizan las posturas tradicionales de ‘la psicología’ y que autorizan la inserción de otras lógicas para pensar el conocimiento, la investigación y la construcción de conceptos desde el reconocimiento de ‘las psicologías’.
- La cuestión de la colonización, la descolonización y decolonización del conocimiento, en la emergencia de discursos posibles que permitan una formación disciplinar en la que devenga un ciudadano crítico, propositivo, y un profesional *etho-político*.
- El interés por generar el reconocimiento incluyente e integrativo de las narrativas particulares, las subjetividades individuales, los sujetos en constante transformación psico-socio-histórica y las construcciones sociales y comunitarias propias de los contextos.
- La pregunta sobre la forma como los discursos propios de las disciplinas “*psi*”, vehiculizan los intereses impuestos por las lógicas regidas por el mercado o las posiciones subalternizadas de las comunidades y de las configuraciones de lo humano, concebidas dentro del marco de las llamadas minorías. Esto implica entonces una pregunta constante: ¿Cómo la(s) psicología(s)

responde(n) a la deconstrucción o el fortalecimiento de formas dominantes del poder, desde el saber y la praxis?

En el proceso investigativo, se actuó siempre con la pretensión de poner en juego una mirada atravesada por la insistencia de estos cinco aspectos, asumiendo con ello que posiblemente no pueda asignársele al conjunto de los resultados investigativos, alguno de los significantes tan valorados en los contextos académicos y cada vez más cotizados en la estrecha relación entre la academia y el mercado.

En adelante el lector encontrará construcciones realizadas sobre las vicisitudes tanto del objeto de estudio, como de la experiencia investigativa. Para efectos de su formalización, se ha dividido el texto en cinco apartes, y el cuarto aparte cuenta a su vez con subdivisiones y textos realizados con algunas auxiliares de investigación:

- Cuestiones del vínculo social y avatares del devenir vital.
- Visiones de locura, brújula para un itinerario de viaje.
- La tensión metódica: intercepciones e intersecciones entre la apuesta civil y el método científico.
- Diálogos, encuentros y asombros: vidas en la historia e historias en la vida.
- Discusión y prospectiva.

Antes de dar comienzo formal a esta ruta propuesta, es preciso decir que los insumos principales de este texto han sido las entrevistas realizadas a cuatro ciudadanos mayores de edad, diagnosticados por la psiquiatría como sujetos con enfermedad mental asociada a alguna forma de psicosis y a dos familiares de pacientes con dicho diagnóstico.

Es importante resaltar que se hizo entrevistas en profundidad con dos de los pacientes y se establecieron dinámicas de intercambio personal que permitieron una mayor riqueza en la información, en las conversaciones y en la participación durante el proceso. Los otros dos colaboradores participaron en la primera fase de la investigación, pero no fue posible continuar el proceso con ellos, debido a que fueron hospitalizados, lo que impidió la continuidad del proceso.

Capítulo

**Cuestiones del vínculo social
y avatares del devenir vital**



Me cuesta ahora retomar los planes a partir de metáforas, cuando el afuera es tan real, con sus posibilidades, donde todo es posible, nada queda a la incredibilidad. Con la metáfora, pareciera que nada cambiase, solo es una nueva chapa con la cual dirigirse al mundo, tan frágil que cualquier viento de cambio la desarma. Una metamorfosis, la experimentación antes que la interpretación. Con la fisicalidad de la palabra se nos vuelven caminos, sendas a seguir...

Carlos Julián Cabral, 2007.

Se considera importante tener en cuenta para el desarrollo de este primer capítulo, por lo menos tres elementos que se manifestaron como ejes de reflexión en todas o en algunas de las etapas del devenir investigativo. Se trata del territorio, el marco legal y civil y la praxis. Cada conversación con los ciudadanos aportó experiencias vitales en relación con la enfermedad mental, pero sobretodo en relación con el vínculo social. En ellas se problematizaba, desde diferentes ángulos, el asunto de lo territorial y lo legal. Al mismo tiempo, en cada encuentro se suscitó una y otra vez, sentimientos de esperanza, desesperanza, ilusión y enojo. También se pudo reconocer un obstáculo inconmensurable para apostarle a la integración social de los ciudadanos en reconocimiento de su diversidad.

El contexto como entramado de las condiciones socio-económicas, políticas y culturales del territorio, en el que se circunscriben los marcos legales; se colocó en una trayectoria histórica entre el pasado, el presente y el futuro. En esta movilización de escenarios y tiempos afloró otro componente para esta trama: el recuerdo permanente de las posibilidades y límites de una atención a la población diagnosticada con enfermedad mental en el marco de su comunidad.

Línea, texturas y matices del territorio como sistema dinámico y complejo

Debido a que el conflicto entre las fuerzas sociales que componen un Estado, no es únicamente de carácter constante y diverso, sino que también se constituye como una fuerza dinamizadora del devenir del Estado, toda propuesta de aproximación satanizadora de este resulta inviable. Como postura alternativa se han propuesto acercamientos al asunto del conflicto, reconociendo en él

sus múltiples aristas. Ello implica una valiosa oportunidad para aproximarnos al estudio de la pluralidad de conflictos existentes en los escenarios sociales, políticos y económicos, desde una perspectiva compleja, dada la pluralidad de escenarios y actores que se vinculan en la trama social. Si se parte de la premisa que los cambios del entorno inciden en las condiciones de vida de sus habitantes y generan formas “*otras*” del vínculo social que afectan de una u otra manera la forma de habitar dicho entorno, resulta viable entonces decir que los aspectos coyunturales en el orden socio-político y económico de nuestro país, unidos a fenómenos y conflictos contemporáneos atravesados por exclusiones sociales y múltiples formas de la violencia, generan relaciones intersubjetivas particulares y afectan las estructuras y funciones de aquello que se ha construido y concebido simbólicamente como tejido social.

En el caso de las ciudades, entendidas como derivaciones de procesos de urbanización y modernización de los territorios, en un complejo entramado socio-económico, político y demográfico, es pertinente afirmar que el conjunto de elementos conflictuantes del contexto incide en las representaciones sociales acerca de la ‘ciudadanía’, las relaciones de los ciudadanos con su entorno y consigo mismos, y por consiguiente, sobre la configuración de ‘lo ciudadano’. Es legítimo pensar que el proceso de crecimiento demográfico y la modernización de las ciudades colombianas, ha incidido en el establecimiento de nuevas formas de vivir lo urbano, nuevas formas de organización humana relacionadas con la individualización, nuevos modos de sectorización de la ciudad, y con ello, otras opciones ligadas a leyes o parámetros en los procesos de inclusión social de los habitantes urbanos, y la emergencia de otras sociabilidades.

Si se tiene en cuenta que muchas de las antiguas y nuevas formas de ser-existir, del sujeto humano, son el resultado de una compleja urdimbre de hechos y acontecimientos históricos, en donde se unen y se bifurcan los conflictos nacionales contemporáneos –sociales, políticos, económicos–, con los conflictos propios del devenir existencial de los ciudadanos; es probable entonces que esta trama –a veces confusa– de hilos que se anudan, se tejen, se rompen o se enredan entre sí, permea a los ciudadanos en relación con su entorno y consigo mismos. Fruto de esa tensión, lo que suele aparecer es un nuevo lugar de exclusiones y desplazamientos que no son siempre cuestiones de un territorio que se desocupa, sino de un lugar que no puede ser ocupado, o de una especie de “no lugar”, como lo afirma Auge (2000), quien considera que:

Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional

ni como histórico, definirá un no lugar. La hipótesis aquí defendida es que la sobremodernidad es productora de no lugares, es decir, de espacios que no son en sí lugares antropológicos (p. 83).

Una semblanza de lo anterior, es el testimonio de Mariana, madre de un joven menor de 20 años diagnosticado con esquizofrenia indiferenciada:

... mi hijo nació en Tuluá, a los tres años nos fuimos a Jamundí, luego nos fuimos para Yumbo y hace 10 años nos vinimos para Cali, (risas). Creo que el va a tener que decir que es vallecaucano, en cambio sí tiene mamá de Tuluá, y tiene papá de Cartago. Claro que ahora es poquito el que puede decir que nació en un lugar y no ha salido de allí. ¡Es que tanto problema doctora! Que si no es la guerrilla son los paramilitares, que si no es el río que se sale, es la pobreza que se entra, que los delincuentes, que las pandillas, que nos echaron del trabajo y toca ir a buscar alguna chamba en donde uno encuentre... Mejor dicho doctora, yo creo que por tanto problema es que uno ya no tiene ni lugar ni descanso. (...) Eso en Tuluá se llenó de traquetos¹ iban y venían “como Pedro por su casa”, y los muchachos a querer ser como ellos. ¡Imagínese! Y nosotros con dos hijos varones! Por eso yo le decía a mi marido: “vámonos de aquí” “larguémonos”, hasta que por fin me hizo caso. Luego el consiguió trabajito en Jamundí y nos fuimos pa’ llá². Pero como dice mi mamá, ¿Dónde irá el Buey que no labre?. Allá la plaga de traquetos no era tan dura, pero si hay guerrilleros y paras, aunque no se diga tan duro. Y antes de meternos en problemas nos fuimos para Yumbo, porque a mi esposo le ofrecieron trabajar en oficios varios en una fábrica, pero eso nunca se dio. Entonces nos vinimos a Cali, yo vendo cigarrillos y chance, mi esposo vende helados en las tardes y mazamorra en la mañana y allí vamos con este karma. (...) mire traquetos, guerrilleros, paramilitares, desempleo y ahora que me dicen que el niño tiene esquizofrenia y disimuladamente³ me lo quieren sacar del colegio. De milagro no somos desplazados y eso que creo que es porque nunca tuvimos territa (risa) ... El médico me dice que ser loco no es ser delincuente ni ser peligroso, pero quien convence a los del colegio? Es que es como si el niño no tuviera un lugar ¿cierto? ... él como que si va a ser desplazado (ríe con mueca de dolor)... (Entrevista).

1. Una de las acepciones dadas por el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española a esta palabra es: Ruido continuo del disparo de los cohetes. Con este significante suele denominarse a sujetos ligados al tráfico de estupefacientes en calidad de subalternos de los grandes capos, de emisarios o de transportadores de droga. Suelen tener en común un origen humilde y un ascenso económico vertiginoso que los convierte en “patrones” dentro de los grupos familiares, comunitarios, sociales o barriales a los que pertenecen.
2. Para allá.
3. Disimuladamente.

Lo que Mariana referencia, entre dichos propios de sus antepasados, jergas modernas relacionadas con designaciones y apelativos dados a nuevos actores sociales de las ciudades colombianas, y risas que reflejan la consternación más que la alegría, es una lectura propia del contexto que ha contribuido a que su hijo parezca no tener un lugar para el hábitat y para el establecimiento del vínculo social, o por lo menos no dentro de los parámetros a los que estaba acostumbrada. El hijo de Mariana nace cuando la llamada cultura del narcotráfico se encuentra en vigencia. Pero hace referencia también a otros fenómenos sociales, políticos y económicos que obligan a la configuración de nuevas formas de relación con el territorio y con sus problemáticas. Formas de relación

Frente al panorama socio-económico y político, Mariana agrega que la aparición de cuadros sintomáticos en su hijo, genera el rechazo por parte de los entornos cercanos al joven:

Aunque yo los entiendo porque cuando el doctor me dijo que mi hijo tenía esquizofrenia indiferenciada, eso me sonó muy feo, luego fue que me explicó que era el nombre de una enfermedad mental que le daba a la gente cuando deliraba o tenía ocurrencias como mi hijo. Pero que como apenas comenzaba, por eso era indiferenciada. (risas) ... es que yo le dije ¡Noooo doctor! Como así que tiene esquizofrenia y tras de eso esa cosa disque indiferenciada. Eso es muy grave? Y allí fue que me explicó que antes era menos grave, porque si no seguía teniendo esas chiripiorcas raras que le dan, entonces ya no es esquizofrenia. Yo le dije que si no le volvían a dar, entonces mi hijo estaba un poquito loco no más, pero no era un enfermo de esquizofrenia y a él le dio risa, pero en serio doctora que yo lo decía de "adeveras"⁴. Es que loco es cualquiera, hasta los que son picados a locos (ríe), pero esa enfermedad debe ser muy fea, ¿no ve como suena? (...) En mi barrio, en Tuluá, había una muchacha que decían que era boba, pero yo creo que también estaba como "chiflis"⁵ porque decía muchas cosas raras que solo pasaban en la cabeza de ella. A mis amigas y a mí nos gustaba hablar con ella porque nos hacía reír mucho de todo lo que se le ocurría y a ella le gustaba mucho estar con nosotras. Que pecado que nos le burlábamos, pero ella como que no sentía eso, porque estaba pendiente de nosotras y nos daba hasta regalos, pero no de cumpleaños ni nada, sino pastelitos, galletas o cosas así. Pero mire que nadie quería sacarla a ella de ninguna parte, a ella le caía en gracia que nos riéramos. En cambio a mi hijo si no le cae en gracia que lo quieran sacar del colegio. Yo creo que eso lo va a enfermar peor (Entrevista).

4. De verdad.

5. Loca, chiflada.

En el testimonio de Mariana se insinúa una diferencia entre lo que podría denominarse “el loco de antes” y lo que científicamente se denomina en la actualidad como un esquizofrénico. Esta diferenciación dentro del contexto urbano, es de suma importancia, toda vez que las formas actuales de la relación social con la locura, en las ciudades vallecaucanas, parecen adquirir un carácter diferente en el transcurso del siglo XX.

En efecto, en el caso de la locura, se cuenta con documentos escritos, con referencias pictóricas y con memorias, que en las que los ciudadanos aportan narraciones orales, que dan cuenta del protagonismo, que entre 1930 y 1990, tuvo la presencia de algunos “locos” que se convirtieron en personajes representativos, tanto en Cali, Bogotá, Barranquilla y otras ciudades colombianas. En la actualidad, estos personajes son reconocidos y recordados incluso como figuras emblemáticas. Esto propone una suerte de “historia de la locura” en las provincias y ciudades de nuestro país, en una consonancia que debe relativizarse con respecto a la “historia de la locura” europea, que es la comúnmente estudiada como referente académico en los campos del saber asociados a la salud y la enfermedad mental. La existencia de estas figuras emblemáticas no implica la inexistencia de exclusiones sociales para otros sujetos considerados “raros”, de “comportamiento extraño”, “locos” o “enfermos mentales”, sin embargo, esto permite intuir que las figuras emblemáticas eran conocidas como “habitantes de la ciudad”.

En la Colombia, desde mediados del siglo pasado, con ciudades provinciales, la historia del loco no siempre estuvo asociada al confinamiento. En Colombia, el sujeto denominado como loco, podía ser un sujeto reconocido y aceptado por los miembros de la sociedad o de la comunidad a la que ellos pertenecían. Al respecto, Fabián Forero B., y Patricia Lora mencionan que a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en el sector del centro de Bogotá, se recuerdan personajes cuya condición de locura, unida a una forma particular de coexistir y cohabitar con los demás habitantes de la época, les permitió caracterizar la vida capitalina, al punto de permanecer fuertemente arraigados en la memoria histórica de la ciudad. Personajes como la “Loca Margarita”, el “Bobo del Tranvía”, “Pomponio”, el “Loco Perjuicios”, “Manuel Carrera”, el “Loco Tamaro”, Salomón Sánchez, “Gonzalón”, “Goyeneche”, “Cuchuco”, “El Conde de Cuchicute”, “El Artista Colombiano”, “El Doctor Goyeneche” y “La Aguatera Petrolina”, eran parte de la vida cotidiana de Bogotá.

Por su parte, en Cali, los personajes eran reconocidos por lo pintoresco de sus acciones o la contundencia de su presencia en las calles, las plazas y las avenidas

de la ciudad. Personajes como Jovita Feijoó, el General "Batata" y el Loco Guerra, se convirtieron en parte de la memoria histórica de la ciudad, que aún son recordados en el desfile del Cali Viejo, fue tomada como tema para "el alumbrado decembrino" de 2009; incluso se ha instituido como figura emblemática de la caleñidad a Jovita Feijoó, con un monumento en el parque de los estudiantes, en la bifurcación de la carrera 15 con calle 5.

En este último caso, según una publicación del periódico El Tiempo, fechada el 29 de diciembre de 2007, se dice que se trata de una iniciativa de la Secretaría de Cultura del Municipio de Santiago de Cali, la Cámara de Comercio de Cali, Megaproyectos y un taller de joyería, que donó las joyas que luce la escultura de Jovita. Expresa este periódico que:

Se trata de rescatar la memoria colectiva y que la ciudad pueda tener referentes de identidad cultural, dice Pombo... Para Pombo, Jovita es un ícono que bien vale la pena recuperar: "Fue una mujer valiosa a la que la vieja Cali reconoció y que esperamos la Cali del tercer milenio le rinda homenaje". Y agrega que para celebrar la inauguración de dicho monumento, cada mes la Corporación Salamandra del Barco Ebrio, realizará espectáculos y actividades lúdicas en el parque de los estudiantes para darle vida a la 'Reina'.

Además de estos personajes típicos de las ciudades capitales como los anteriormente mencionados, dentro de las otras ciudades, como el caso de Tuluá, Ricaurte, que sirvió como fuente de inspiración para el escritor Gustavo Álvarez Gardeazábal, en su obra La Boba y el buda y el bazar de los idiotas en las que un conjunto de sujetos "anormales" son los protagonistas que dan cuenta del devenir de un pueblo. Todo ello sugiere una suerte de convivencia tácita, hasta las primeras décadas del siglo XX, con los hoy llamados "anormales", pero que no es visible en la actualidad. Incluso la figura del "loco del barrio", con el cual los niños, el vigilante, el cura, las amas de casa y la "señora caritativa", generaron alguna forma de vínculo social, tiende a tener ahora otro lugar.

Ahora bien, no se puede asumir que la figura del "loco" se asocie con los principios de libertad individual e integración social. Al tiempo que Jovita, Guerra, Batata y otros personajes hacían parte de la vida cotidiana de Cali, para ellos estaba disponible el "Asilo para locos", que fue considerado como un lugar que liberaría del sufrimiento a muchas familias que tenían a un "enajenado" como uno de sus miembros. Esto se ratifica en el discurso de inauguración del hospital psiquiátrico:

...No otra cosa podíamos esperar del noble y levantado carácter de nuestro actual gobernador⁶. El sabe que aquí se enjugarán muchas lágrimas; que aquí se devolverá la tranquilidad a muchas familias; que dentro de las paredes de este edificio quedarán ocultos muchos espectáculos repugnantes que a diario presenciamos, y tal vez, y Dios lo quiera, que aquí recuperarán la razón muchos enajenados y se enmendarán muchos delincuentes (p. 145).

En este sentido, es importante analizar la incidencia del hospital psiquiátrico sobre las relaciones entre los “normales” y los anormales dentro de la sociedad caleña. De este modo es necesario realizar una suerte de arqueología del tiempo que permita mostrar en primera instancia, la forma como se ha construido el vínculo o la ruptura entre asuntos tales como la normalidad, la enfermedad mental, la locura y los tratamientos; por otro lado, las particularidades del tránsito entre la inclusión, la exclusión, la integración, la estigmatización y la reclusión de la locura. De esta manera se pueden aportar elementos para el abordaje del padecimiento mental, teniendo en cuenta la dimensión ciudadana de los sujetos diagnosticados con enfermedad mental, tarea que está pendiente.

Marco legal y utopías civiles

La gran mayoría de los documentos oficiales de política pública y los proyectos o programas en los que se concentran los propósitos fundamentales, se caracterizan por otorgarle importancia a la creación de oportunidades y la promoción de acciones que dignifiquen la vida de los ciudadanos. Sin embargo estos propósitos no tienen en cuenta la constelación de acontecimientos, fenómenos y procesos socio-culturales que caracterizan las problemáticas de la sociedad.

Las políticas públicas en salud, presentan un alto grado de ineficiencia que vulnera a los sujetos en el acceso a los derechos fundamentales. La cobertura y la calidad de los servicios en salud son insuficientes para responder a las necesidades reales de los ciudadanos, más aún cuando la salud pasó de ser un derecho a contener características de servicio, lo que la coloca en un lugar de mayor complejidad. Tal como lo señala Hernández Álvarez (2003), si bien existen cambios sustanciales en relación con la prestación de servicios públicos en salud, la operatividad de dichos cambios se ha supeditado en la práctica, a la ejecución del gasto público teniendo en cuenta las subdivisiones técnicas

6. Refiriéndose a Pablo Borrero Ayerbe, quien fue el primer gobernador del Valle del Cauca durante el periodo 1910-1912.

que se han establecido mediante la implementación de un complejo diseño de recaudación de fondos y de prestación del servicio.

El hecho de incorporar el aseguramiento obligatorio con un fondo único administrado por el Estado (Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga), de establecer un plan mínimo obligatorio de beneficios (Plan Obligatorio de Salud, POS), de contratar a los administradores del seguro con pólizas individuales ajustadas por riesgos (Unidad de Pago por Capitación, UPC) y de desarrollar mecanismos de focalización del gasto público (subsidio a la demanda) para incorporar al mercado a los extremadamente pobres (Régimen Subsidiado, RS), son los aspectos más importantes. (...) El aumento del gasto total en salud con coberturas que bordean el 50% y con serios obstáculos para mejorarlas; el deterioro de las acciones de control de enfermedades prioritarias; el deterioro progresivo de la red hospitalaria pública; el encarecimiento de la atención de los pobres con un plan de beneficios inferior al mínimo; la persistencia de seguros privados o de medicina prepagada, que confrontan la obligatoriedad; todo apunta hacia una nueva fragmentación del sistema que legitima las inequidades del mercado. Esto es, servicios para ricos, para trabajadores asalariados y para pobres, con diferencias indeseables desde el punto de vista de oportunidad, eficacia y calidad (Hernández, 2003, p. 229).

Ahora bien, es de anotar que contextos de violencia social y factores asociados a los índices de vulnerabilidad y exclusión (con poco o nulo acceso a una educación de calidad, dificultades para el acceso a tratamientos oportunos y pertinentes de enfermedades, amplio índice de desempleo, inequidad salarial), inciden en el surgimiento de antiguas y nuevas formas del padecimiento psíquico, que una vez surgidas, prontamente tendrán la posibilidad de incluirlas en los manuales diagnóstico de las patologías mentales. Al respecto, Moreira (2005) muestra la perversión legitimada por el sistema social imperante en la construcción y designación de diagnósticos asociados a enfermedades mentales en personas cuya situación real de pobreza económica, privaciones afectivas y peligros sociales, desencadena padecimientos psíquicos asociados al horror, el miedo, la desesperanza, la rabia, el retraimiento o la tristeza. En dichos ciudadanos se suscitan sentimientos y se despliegan acciones fácilmente asociados con la depresión y el pánico, de tal manera que el afecto asociado a la desesperanza, temor o rabia por su condición humana y civil, termina siendo significado como síntoma sujeto a medicación. El sistema de salud ofrece no reconoce la incidencia de aspectos sociales, culturales, legales, políticos, económicos y subjetivos para el estudio de los elementos asociados a la queja del enfermo; y de otro lado, no analiza las consecuencias que trae la designación de una enfermedad psiquiátrica cuyo padecimiento psíquico no se encuentra inscrito en el orden de lo puramente individual.

Es posible que para evidenciar lo anteriormente dicho, sea particularmente importante la referencia directa a la forma como algunos ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental se refieren al asunto:

...mire doctora, cuando me diagnosticaron paranoia, el Dr. L⁷ me dijo que debido a que yo sentía que todo el mundo me perseguía, no podía seguir trabajando en lugares en donde me tuviera que ver con mucha gente. El me dijo que incluso salir mucho a la calle podía ser peligroso para mí o para los demás con los que me cruzara, porque cuando me diera la loquera y pensara que alguien que iba detrás de mí me estaba persiguiendo, yo podía salir corriendo y tirármele a un carro o a una moto sin saberlo. Pero eso no era lo peor, porque como yo no siempre reacciono de la misma manera y soy más bien como temperamental como dicen ustedes los instruidos, podía correr el riesgo de enfrentarme a alguien pensando que me estaba persiguiendo y causarle daño. Yo de allí salí de la consulta con mucha pensadera, porque yo tengo que ver por mi madre y mi sobrino, y si no trabajo se mueren de hambre. Pero qué tal que me diera la terquedad por trabajar y terminara muerto, golpeado o en la cárcel ¡Imagínese usted! Afortunadamente llegaron del programa⁸ y me fueron sacando de la casa de a poquitos, ahora trabajo y tengo un contrato laboral que ni usted tiene (risas)" (...) Es que creo que a uno lo asustan más de la cuenta, pero yo sé que yo también fui culpable porque no le dije al Dr. L. que yo antes trabajaba con lavaperros⁹ ¿no ve?, a casi todos los que fueron mis patrones y a los que andaban con ellos, los iban matando, yo me salvé por loco (risas) ... en serio, yo me salvé porque como me dio paranoia no volví a salir, y nadie sabe el hueco donde yo vivo para venir a matarme (risas) (Entrevista en profundidad)¹⁰. (Hombre, 39 años, soltero de estrato uno, poblador de una antigua invasión de un barrio marginal de Santiago de Cali. Diagnóstico inicial: trastorno paranoide de la personalidad. Diagnóstico posterior: trastorno afectivo bipolar).

Este ciudadano, mayor de edad, ha vivido durante 20 años en una zona marginal en donde ha visto cómo “emplean a algunos vecinos como sicarios del narcotráfico (...) o de cualquiera que tenga plata para pagarle a un muchacho con puntería y hacer un ajuste de cuentas pendientes”, el mismo ha trabajado

7. Letra que no designa la inicial de los nombres o apellidos del profesional al que se refiere el colaborador.
8. Refiriéndose a un programa de atención no hospitalaria de personas con diagnóstico de enfermedad mental.
9. Sujetos dedicados a actividades relacionadas con el narcotráfico, sin que sus ganancias, prestigio o poder llegue a ser igual a la de los grandes capos. En la revista colombiana *Semana*, publicada el 2 Agosto 2008 se les denomina como “narcos de poca monta”.
10. (Hombre, 39 años, soltero de estrato uno, poblador de una antigua invasión de un barrio marginal de Santiago de Cali. Diagnóstico inicial: trastorno paranoide de la personalidad. Diagnóstico posterior: trastorno afectivo bipolar).

como “jíbaro, ayudándoles a vender la droga los fines de semana en los bares y prostíbulos de la calle X y la Avenida Y” (Entrevista en profundidad). Cuando los pequeños carteles de la droga comenzaron a hacer ajustes de cuentas entre sí, este ciudadano empezó a perder amigos, conocidos, clientes y proveedores. Fue en ese momento cuando, según sus propias palabras: “conoció qué es sentir horror” porque “yo creía que tenía una lápida colgando de mi cuello”. Surgieron entonces los insomnios, el sobresalto, la angustia, el temor de salir a la calle y la desesperación que le causaba no poder hablar del asunto con alguna persona. Cuando su madre comenzó a notar que el hijo dormía y comía poco, se sobresaltaba con cualquier ruido, y que respondía agresivamente a casi todos los estímulos, intentó preguntarle la causa de esos malestares, pero su hijo respondió groseramente.

Las actitudes de este ciudadano generaron en la madre y en los vecinos (que se enteraron por boca de ella de lo que estaba ocurriendo), reacciones defensivas, aversión y rabia; ello aumentó el sentimiento de angustia, desamparo y desconcierto del paciente, que lo llevo al aislamiento en su habitación y al padecimiento de pesadillas, de las cuales se despertaba sudoroso y llorando, mientras gritaba expresiones como: “no me maten”, “auxilio, me van a matar”, “no quiero morir”. Debido a esta nueva situación es remitido a consulta psiquiátrica en la que se le hace el primer diagnóstico.

Si bien el paciente es medicado, también aparece junto con la prescripción de la fórmula una proscripción: evitar espacios sociales que impliquen interacciones que puedan causar sentimientos de angustia. El cumplimiento de esta medida genera un confinamiento autorizado del paciente en los reducidos espacios físicos y sociales de su hogar, pero rápidamente comienza a extrañar su vida social:

...me hacían falta los buses, las calles...extrañaba hasta a los gamines y las prostitutas con los que a veces conversaba. Me hacían falta mis compañeros de billar, con los que a veces me camuflaba mientras esperaba a los clientes (...) mi mamá es muy viejita y casi no tenemos cosas para conversar porque ni siquiera me gusta hablar de las novelas que ella ve (...) y mi sobrinito está muy pequeñito y lo peor es que me había cogido miedo porque alguien en la calle le había dicho que yo me había vuelto loco (Entrevista en profundidad).

Esta situación prontamente comienza a generar tristeza y dolor. Por ello, cuando vuelve a consulta con sus síntomas paranoicos menos pronunciados, pero sintiendo un gran desconsuelo, se le diagnostica trastorno afectivo bipolar y se le informa está en la fase depresiva.

El testimonio del ciudadano permite considerar que el análisis clínico no es suficiente para el diagnóstico, sino que convendría estudiar las condiciones que produce el desencadenamiento de cuadros sintomáticos, desde una perspectiva que reconozca la complejidad de los elementos que participan en la configuración de la subjetividad humana. Este caso ilustra la problemática entre salud y enfermedad desde una visión sintomática, que debe ser acallada o desecheda, porque impera la tendencia a concebir el síntoma y el padecimiento como cuestiones análogas, equivalentes, y no como entidades distintas en estrecha relación causal. Esta última concepción de la relación síntoma-padecimiento, convocaría relecturas importantes sobre el asunto de las condiciones socio-económicas y las relaciones intersubjetivas de los ciudadanos que enfrentan estos padecimientos.

El modelo denominado bio-psico-social ha pretendido, en el marco de la descentralización de lo público, estimular la participación de las comunidades y el reconocimiento de los intereses comunitarios en la construcción de los planes locales de atención en salud, sin embargo, los ideales de eficacia y eficiencia ligados al modelo neoliberal, se convierten en una talanquera para los planes de acción que se inscriban en el reconocimiento de la diversidad en el tratamiento de los sujetos. Así, en la operacionalización de los programas, planes y servicios de salud, termina imperando la lógica de la producción del capital, sobre la constitución y consolidación de las comunidades y los grupos humanos.

Es importante considerar que más allá de las utopías o de los ideales, se espera la interlocución del tejido social con los lineamientos de orden político y legal vigentes en el orden local, regional y global. En esa perspectiva, lo que se espera es que los lineamientos en salud y la forma como se llevan a la práctica, tengan en cuenta los modos específicos de su inscripción en el medio social que afectan y los intereses políticos desde los cuales surgen. En el campo de salud mental, esto implica el diseño y ejecución de planes, programas, proyectos y acciones que respondan a las necesidades de desarrollo humano ligadas a la salud mental de las comunidades y los grupos específicos, teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo del milenio para América Latina, el plan nacional de salud pública de Colombia, expedido mediante el decreto número 3039 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, que en la actualidad arroja las estadísticas y las líneas de base más actualizadas sobre el panorama de la salud mental del país, el Plan Maestro del Desarrollo Regional integral prospectivo y sostenible al 2015, y en el plano local, el diagnóstico y los propósitos del documento “Situación de salud en Santiago de Cali”.

A continuación se describirán algunos elementos conceptuales acerca de estos documentos.

El documento “Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe”, afirma que los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia que deben regir la prestación de los servicios, implican garantizar a todos los humanos en su condición de ciudadanos y sujetos sociales de derecho, las condiciones necesarias para que participen plenamente en la sociedad en que viven. Señala también que las instituciones deben concebirse tomando en cuenta las dimensiones de población y territorio, mediante un análisis sistemático de los condicionamientos demográficos para la prestación del conjunto de servicios ofrecidos en el ámbito de áreas geográficas pequeñas, optimizando una oferta acorde con las características demográficas, sociales y económicas del grupo poblacional beneficiario. Para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio, hay elementos que aparecen como indispensables, entre ellos, el respeto de la diversidad cultural de los distintos grupos sociales, el reconocimiento de los procesos históricos y demográficos de los grupos poblacionales, la adopción de medidas que sustenten un crecimiento económico equitativo y sostenible y el reconocimiento del ser humano como elemento central del desarrollo, considerando que la participación social es una herramienta fundamental en los procesos de diseño, monitoreo e implementación de las políticas públicas sobre salud.

Dentro de los principios del Plan Nacional de Salud Pública de Colombia, expedido mediante decreto 3039 de 2007, la participación social es entendida como la intervención de la comunidad en la planeación, gestión y control social y evaluación del plan. En cuanto a la intersectorialidad como la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extrasectoriales, expresa que esta tiene como fin “lograr resultados de salud de manera más eficaz, eficiente y sostenible, orientadas a alcanzar las metas comunes en salud” (2007). En este documento la salud mental y las lesiones violentas evitables, aparece en cuarto lugar entre las prioridades nacionales en salud. Y con respecto a la salud mental de los colombianos afirma que: “De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40,1% de la población colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, los más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres” (2007). Estas estadísticas son las que refrendan que la salud mental se considera como la cuarta prioridad a nivel nacional. No obstante, aunque se señala la importancia de

desarrollar acciones en prevención, promoción, atención y rehabilitación en el área de la salud mental, las acciones suelen centrarse en la atención y rehabilitación, ambas con énfasis en la perspectiva farmacológica y la hospitalización.

El plan maestro del desarrollo regional integral y prospectivo al 2015, se constituye como un proyecto de desarrollo regional sostenible que contribuye a construir nación, en el cual se afirma que:

El desarrollo de los departamentos y regiones en el nuevo orden internacional debe ser capaz de conciliar lo universal, con lo nacional y local, y debe ser capaz de aprovechar el progreso minimizando los problemas que ocasione la atomización social. Es cuestión de ética con los individuos de “carne y hueso” con su progreso humano ligado a la relación con su propio territorio, con su espacio vivencial y cotidiano, la metodología se basará en la prospectiva partiendo de la premisa que el futuro se construye hoy con acciones individuales y colectivas a partir del análisis de la situación actual y de tendencias posibles, previsibles y deseadas (2003 p.).

En lo concerniente a la cultura y la biodiversidad, la apuesta del plan es reconstruir colectivamente una cultura ciudadana basada en los principios democráticos, una lógica de la ética civil y el valor de lo estético, teniendo en cuenta que el fortalecimiento de la cultura y los valores regionales y locales en el marco de la globalización inciden en el fortalecimiento de la identidad y en la potenciación de nuestras formas particulares de desarrollo. Con respecto a lo social, el plan sostiene que el Valle del Cauca le apuesta al desarrollo humano sostenible y con ello se propone la reducción de la brecha entre la concentración de la riqueza y el aumento de la pobreza. Alrededor del tema institucional, plantea la necesidad de que la sociedad civil sea participativa y tenida en cuenta para la constitución de políticas públicas pertinentes, que se traduzcan en el bienestar de los municipios y en el logro de la institucionalidad a partir del cumplimiento de los objetivos propuestos mediante una función pública eficiente, inteligente, moderna, transparente, equilibrada y sostenible, que le apueste a los procesos de mejoramiento continuo desde una visualización estratégica y prospectiva de su accionar.

En el marco de estas condiciones legales y políticas vigentes, se perfila un panorama soportado en la utopía del bienestar, sin que ello responda sustancialmente a las realidades y necesidades sociales. Las razones de esta disonancia entre las leyes, las políticas públicas y las realidades de la ciudadanía, se explica a partir de las tendencias. La primera supone imposible concebir el bienestar en detrimento del desarrollo del capital, especialmente para los países en vías de desarrollo. “... el Estado bienestar es característico de las sociedades en las cuales el capitalismo

puede considerarse como avanzado. En las sociedades pobres y periféricas no se puede hablar de Estado de Bienestar en sentido estricto; se habla de Estado desarrollista” (Rodríguez, 2001, p. 4); la segunda considera que la dinámica de la lógica capitalista es un obstáculo para dinamizar un Estado de bienestar. En esta postura se referencia la dificultad de sostener un Estado protector que supere las condiciones de corrupción en lo público, que minimice la tendencia al asistencialismo como mecanismo de perpetuación de una pobreza que mendiga, o que supere el temor de las clases más favorecidas en relación con los que tienden cada vez más a alcanzarlos. Esping-Andersen (1993) expresa que “cualquier programa para igualar drásticamente los ingresos choca, sin duda, con gran hostilidad entre la clientela de la clase media. Por estas razones, resultaría que el crecimiento de las nuevas clases medias abortaría el proyecto socialdemócrata y reforzaría una forma liberal de Estado de Bienestar” (p. 53).

Las posturas anteriores reafirman el carácter complejo de la ciudad y sus sistemas, que configuran la subjetividad humana a partir de una mixtura de tramas, lo que invita a reconocer las singularidades dentro de lo que se suele considerar como zona común.

Cuervo (1996), aduce que “La comprensión de cada espacio particular no puede lograrse sin reconocer la diversidad de influencias, su distinto poder de transformación y su lógica de compenetración. Estas escalas, estos espacios de diferente orden y magnitud se encuentran sometidos a un proceso de cambio permanente, exigiendo sean comprendidas como se articulan y rearticulan, se definen y redefinen incesantemente”. (p. 40). Esto muestra también que el espacio social y la pluralidad a la que él mismo remite, debe ser entendido en las tensiones e interacciones del conjunto de sus componentes, pues cada nuevo elemento se apuntala sobre los anteriores, constituyendo así una trama de sucesos históricos, de acontecimientos y de huellas sociales de carácter superpuesto. Esta forma de abordaje de la ciudadanía y del espacio implica una superación de los determinismos y de las explicaciones lineales de los fenómenos y los aspectos urbanos que configuran la ciudadanía.

Sobre esta reconfiguración de los espacios sociales, Cuervo (1996), retomando a Lefebvre, afirma:

No hay un espacio social sino varios espacios sociales e incluso una multiplicidad indefinida al interior de la cual el término ‘espacio social’ denota el conjunto no enumerable. En el transcurso del crecimiento y del desarrollo ningún espacio desaparece. Lo mundial no abole lo local. No se trata de una consecuencia de la ley del desarrollo desigual sino de una ley propia. La implicación de los espacios

sociales es una ley. Cada uno de ellos tomado aisladamente no son más que una abstracción. (...) Las redes mercantiles más recientes no arrojan a la nada a las redes más antiguas, se han venido superponiendo en el curso de los siglos: el mercado local, el regional, nacional, internacional –de mercancías, de dinero y capitales, de trabajo, de símbolos y signos– e incluso el de más reciente advenimiento, el de los espacios (...) Los espacios sociales se compenetran y/o se superponen. No son cosas limitadas las unas por las otras, incomodándose por sus contornos o por el resultado de su inercia (p. 40).

Esta superposición del espacio social es la que explica las tensiones entre los marcos legales, políticos y civiles del ejercicio de la ciudadanía, y son estas tensiones el hilo vinculante entre el individuo y la sociedad. De este modo, se ni se aborda lo social, se fracasará en la intervención individual. Un individuo enferma en sociedad.

Roberto DaMatta (2000) menciona, para el caso brasileño, que la relación entre lo social y lo estatal se convierte en un punto nodal de estudio y de intervención, en la vía de la constitución de una ciudadanía que responda a los retos sociales del milenio. En una relación interdependiente entre individuo y ciudad, los significantes sobre los cuales se sostienen los denominados Estados garantes de derecho, unidos a los ideales modernos relacionados con la equidad, la igualdad y la justicia, entre otros, implican la existencia de un ciudadano protegido, pero también autónomo y responsable. Si bien la constitución misma de los Estados garantes de derechos suponen el respeto de los mismos para todos y cada uno de los miembros de la sociedad, es importante verificar señales de alerta sobre la preponderancia de la individualidad sobre la sociabilidad, pues un sujeto solo representa “alguien” para otro sujeto. Así, la ciudadanía es vivida como deseo y necesidad del yo.

Moreira (2005), por su parte, señala las dramáticas consecuencias de una vida urbana que omite al otro. En el caso que Moreira presenta, ese otro es el pobre, el excluido del sistema de intercambio socio-económico, aunque se mantenga incluido en las márgenes del espacio urbano. La autora, desde una tendencia conceptual y práctica, denominada psicopatología social crítica, se refiere a un grupo de mujeres marginadas cuya situación de pobreza extrema y de desesperanza desencadena sentimientos de tribulación y abatimiento afectivo. Cuando estas mujeres plantean al sistema de salud su sentimiento de dolor y tristeza, dicho sistema decide operar bajo los parámetros de la eficacia, esto es, minimizar la sensación de dolor, medicando a las mujeres para que los sentimientos de tristeza no aparezcan tan agobiantes. La función del medicamento termina

siendo, en este caso, regulador de sentimientos, pero también catalizador del impacto social y subjetivo que la pobreza extrema tiene en la condición humana.

Emiliano Galende (1997), afirma que se ha generado un cambio significativo en las consultas que hacen los ciudadanos al sistema de salud mental, paulatinamente aumenta la búsqueda que hacen los sujetos de soluciones pasadas por la medicación o por técnicas mediante las cuales rápidamente se supera el dolor que genera el síntoma. Esta búsqueda de acallamiento rápido del síntoma, generalmente ligado a la necesidad de no ser excluidos de un sistema socioeconómico que exige una producción rápida y constante de plusvalía, ubica en un lugar de altísima preferencia aquellos tratamientos medico-farmacológicos, tan eficaces en el tratamiento de las patologías, dejando de lado la posibilidad de poner en juego las preguntas y consideraciones sobre el contexto, la cultura, la sociedad y los modos de vida particulares a los que haya lugar.

Sin tener aquí respuestas concretas, esta investigación se inscribe dentro de una visión general que sugiere que la mirada y el tratamiento contemporáneo de los padecimientos psíquicos de los ciudadanos exige de una postura transdisciplinar, esto implica, entonces, una posición que no se pregunta exclusivamente por la patología como entidad clínica, sino que interroga también al sujeto sufriente, sus redes de apoyo social, el sistema social, económico y de salud, tanto local, regional y nacional en donde el sujeto se inserta; las lógicas del poder y del mercado y las nuevas formas del vínculo social.

Las pistas de una praxis

Me había acostumbrado demasiado a la tradicional diferencia jerárquica entre los que "saben" y los que "no saben". Esa célebre verticalidad que hace que algunos hasta finjan no saber para parecer que lo saben todo, la misma que hoy hace que ya no importe lo que se sabe o lo que se deja de saber, para que el mundo esté como está (Baremblytt, 1997).¹¹

El proyecto de salud mental comunitaria del Distrito de Aguablanca, en la ciudad de Cali, dinamizado entre los años 1995 y 2006, se constituyó en una propuesta de intervención en salud mental, que propendía por la recuperación

11. Es preciso decir que las palabras de Baremblytt llegan a la escritora de este texto por remisión. Una de esas tardes en las que escribir angustia, en las que parece estar todo dicho, o por lo menos estar dicho todo lo que interesa ser escuchado o leído, uno de los ciudadanos colaboradores de esta investigación me hace un regalo virtual, me envía por el correo electrónico una dirección web en donde Baremblytt.

del paciente en su medio familiar y por el empoderamiento de la comunidad frente a los aspectos relacionados con la salud mental y con la calidad de vida de las comunidades en el área de su cobertura.

En el programa de salud mental comunitaria, el trabajo de identificación, promoción y la estimulación para la formación de redes de apoyo (familiares, sociales y comunitarias) se constituía, al menos nominalmente, en un objetivo fundamental para mejorar las posibilidades de recuperación de sujetos portadores de enfermedad mental, puesto que una red de apoyo constituye para los sujetos un soporte social particular. Dentro de esta misma lógica, el modelo privilegiado por estos programas de salud mental, parte de la premisa de que la integración de los pacientes en grupos conformados por personas que también sufren de alguna enfermedad mental, permiten la creación de una red de apoyo muy particular e importante, se trata de una red que hace posible su interacción como personas que pueden considerar “sus iguales” y con los cuales puedan identificarse “más allá del síntoma”. Se apuesta entonces a incidir en la recuperación de las personas diagnosticadas con enfermedad mental, desde una propuesta que intenta promover otras formas de sujeción social a partir de la inclusión de los sujetos, no como portantes de una enfermedad, sino como sujetos con algo que decir, como ciudadanos que reeditan las dimensiones sociales de su subjetividad en la interacción y que en esa reedición pueden apuntalar nuevas opciones de vida y construir otras trayectorias vitales en donde el cuadro sintomático no sea lo que los determine como ciudadanos.

Cuando se habla de los ciudadanos con enfermedad mental del Distrito de Aguablanca, estamos hablando de múltiples formas de vulneración de la dignidad humana: estigmas, deprivaciones, desplazamientos, migraciones, pobreza, etc. Bátese con recordar el surgimiento mismo del Distrito.

El Distrito de Aguablanca de la ciudad de Cali es el resultado de una cadena histórica de migraciones, producto de la combinación de los ciclos de violencia en los departamentos del Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Antioquia, Huila, Cauca y Nariño, que entre 1946 y 1954 generaron un desplazamiento forzado masivo a Cali. Este movimiento poblacional generó una urbanización acelerada que produjo la expansión de los barrios de ladera y del sector suroriental de la ciudad de Cali, en donde se ubica el Distrito de Aguablanca. Adicionalmente a las migraciones por la violencia socio-política del centro y sur del país, las víctimas del maremoto que afectó a Tumaco y la zona del pacífico, en 1979, y las víctimas del terremoto que destruyó a Popayán en 1983, hizo que una gran cantidad de pobladores de estas regiones se desplazaron en grandes olas migra-

torias al Distrito, generando el poblamiento acelerado y desordenado de esta zona. Ese es el mismo territorio que recibió posteriormente, en la década de los noventa, a colombianos provenientes del eje cafetero, primero a partir de la crisis en la producción y comercialización del café y luego a raíz del terremoto que casi destruye la zona de donde eran oriundos.

El lazo social de la población del Distrito de Aguablanca se ha caracterizado por solidaridades, violencias y modos de vida múltiples. Por un lado la conformación de bandas, ghettos y otras agrupaciones por parte de los jóvenes; y de otro lado, la conformación de grupos sociales de carácter comunitario mediados por líderes internos o por el accionar de las ONG o agentes políticos. Urrea et al., retomando a Barbary (2000) expresan que:

Cali presenta una geografía racializada: tanto la información estadística disponible como los imaginarios sobre determinadas regiones morales apuntan a una representación de alteridad excluyente en donde se combinan, sin poder separarse, el color de la piel y la pobreza, aunque no por ello se deba asimilar al fenómeno observado en otras sociedades con otros patrones de discriminación racial. Se trata de procesos de segmentación que tienen tanto dinámicas endógenas como son resultado de estrategias diversificadas asociadas a la migración e inserción urbana.

Por otro lado, ellos refiriéndose a lo que propone Wade (1999), muestran que

el racismo y la mayor parte de los problemas generales de pobreza y violencia eran experimentados en forma unificada, sin poderse separar en problemas de “raza” y “clase” o identidad y recursos materiales... Sugeriría que la experiencia es vivida de una manera integrada pero en constante tensión con objetivaciones las cuales fragmentan la experiencia en los componentes de raza y clase (pp. 10-11).

Estos grupos sociales han constituido un imaginario colectivo en el que la amenaza en una realidad frecuente que los impulsa en la búsqueda de espacios protectores. Sin embargo, las búsquedas no parecen tener eco, más bien se contradicen con las respuestas del sistema social que paulatinamente los invisibiliza.

Al respecto una de las primeras colaboradoras de la investigación, antes de ser hospitalizada, manifestó lo siguiente:

–Mire doctora, ser pobre es muy duro, yo no digo que no. Pero cuando yo trabajaba en esos barrios de los ricos no me gustaba ese ambiente. Las casas son bonitas pa' qué¹². Decir que no son bonitas es bobada. Pero mire que uno sale a esas

12. Para qué.

calles y eso asustan, no se oye nada, no se ve a nadie, no hay a quien pedirle un favor. En cambio acá, aunque digan que este barrio tiene mucha bulla, la gente se conoce y uno tiene a quien pedirle un favor. Es que en esos barrios de los ricos la gente como que no piensa en los demás, acá todos pensamos en los demás, a veces hasta para meterlo en bochinches¹³, pero el todo es que pensamos (ríe) (...) aquí nos ayudamos que para arreglar la calle, que para hacer la fiesta en diciembre, que para un velorio, que para un entierro, para casi todo (...) entre los enfermos mentales también nos ayudamos y pudiéramos hacer muchas más cosas, incluso que benefician a los demás y no solo a nosotros mismos, pero como creen que somos locos para todo, entonces no es tan fácil.

La ciudadana fundamenta en las redes, no solo como un dispositivo de apoyo mutuo que cumple la función de sostén, sino que incluso ubica dicho dispositivo como una oportunidad de mediación hacia la inclusión y la integración, que valida la diferencia.

La exclusión, la segregación socio-espacial, la violencia, la inseguridad y la aguda pobreza, son los resultantes tercermundistas de la disfunción socio-política que atenta contra la dignidad humana de los ciudadanos y producen, en una dinámica interinfluyente y dialéctica, mayores escisiones en las comunidades y menores condiciones para la calidad de vida de los individuos. Estas características y dinámicas poblacionales generan formas particulares de vivir la civilidad y la urbanidad, a menudo atravesadas por la incertidumbre, la desconfianza en El estado y la no satisfacción de las necesidades básicas, lo que construye la falta de sentido de pertenencia y el reclamo consciente que dicha pertenencia otorga.

Esto crea la necesidad de generar procesos de inserción social, vinculados con un desarrollo humano sostenible y sustentable, en los que se permita a los que padecen esta enfermedad mental, sus familias y las comunidades, la construcción y fortalecimiento de otras formas de vínculo social, de otros modos de relacionarse con las exigencias socioeconómicas del entorno y de perspectivas asociadas a lo que consideran como un estilo de vida posible y significativo.

En Colombia, los proyectos comunitarios relacionados con la salud mental se inscriben en el marco de la descentralización, la complejidad de la realidad social que genera el desconcierto de un gran número de ciudadanos que no saben cómo responsabilizarse de su destino ni del lugar que habitan en medio

13. Haciendo alusión a comentarios que se hacen sobre la vida de los vecinos, sin que necesariamente estos comentarios obedezcan fielmente a la realidad.

de una situación de pobreza en los tiempos de la globalización¹⁴ y el imperio de una economía capitalista que se caracteriza por la producción, proliferación y mercadeo de objetos de consumo que provocan el efecto del espejismo: “objetos *a*” cuyo consumo se aspira como oasis que finalmente nunca se obtiene. En efecto, lo que se pretende con estos objetos es colmar la división subjetiva, pero paradójicamente, por la imposibilidad de cumplir los deseos a toda la población, el modelo económico se sostiene, ya que la insatisfacción no cesa¹⁵ y con ello se abre constantemente el campo para la búsqueda de un nuevo objeto del mercado que encarne para el sujeto lo que en psicoanálisis se define como “el plus de gozar”.

Los profesionales en ciencias humanas y sociales, y en particular los psicólogos tendrían a su cargo el estudio, promoción y generación de proyectos en salud mental basados en el empoderamiento social de las comunidades y de las personas con enfermedad mental, que posibiliten restitutivamente la inclusión social del enfermo y el empoderamiento subjetivo, para que allí donde antes parecía habitar la enfermedad mental como huésped de honor, se construyan unos órdenes “Otros” que reestructuren o constituyan caminos viables y dignos, en donde la alineación ceda algo del espacio que avasalla, para que aparezca la otredad como posibilidad subjetiva y social.

En síntesis, los proyectos de salud mental en nuestra región, se ejecutan allí donde el discurso capitalista, que le apuesta a la minimización del malestar que la diferencia, realiza exitosamente su tentativa de borrado de las diferencias y junto con los miles de objetos de consumo, también produce sujetos arrojados a un lugar residual, sujetos ubicados por sus “otros” allí donde lo desechable es puesto. En esa vía, la apuesta profesional por la inclusión de ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental exige que los procesos caracterizados por la búsqueda de la inclusión, no se constituyan en un nuevo aparato social por el que se sustentan nuevos elementos alienantes soportados en la legitimidad sociopolítica que adquieren. Cuando el nuevo dispositivo es solo un aparato

-
14. Este fenómeno que transformó la concepción de la productividad, la fuerza laboral y las relaciones entre los humanos y con lo humano, ha aumentado los niveles de incertidumbre, inestabilidad y pobreza en la población de los países. Colombia no estaba preparada para asumir los cambios y los retos a los que esta convoca, pues éticamente sobre la reestructuración de las dinámicas, las políticas y las formas de “hacer de lo social”, para el efectivo ingreso hacia un planeta cada vez más uniforme en lo material y diverso en lo cultural.
 15. Ya que actúan como propuestas de “objeto *a*” que ocupan el lugar del vacío, en tanto lugar del significante de la castración, pero que precisamente por tratarse de formas del “objeto *a*” no produce completamiento, son fugaces y en ocasiones llegan incluso a multiplicar la ausencia de la que surgió.

novedoso de alienación legitimada, los indicadores de eficiencia se convierten en una falsa ilusión y lo que reflejan termina siendo un nuevo cuadro sintomático de los sujetos, que reemplazan su delirio interno con un delirio socialmente aceptado, y en donde los profesionales o agentes sociales de los procesos asumen rápidamente el lugar de mesías o salvadores.

La investigación denominada “Acercamiento propositivo para efectivizar la responsabilidad social en la gerencia del proyecto salud mental comunitaria en el Distrito de Aguablanca y la comuna siete de Santiago de Cali”, por medio de la cual se hizo un sondeo con 135 pacientes que permanecieron con sus familias en el proyecto de trastorno mental mayor, muestra la importancia de la inclusión social en la transformación del sujeto. El estudio mostró que:

- El 69% de los grupos familiares de los pacientes no cuentan con ingresos que superen un salario mínimo mensual.
- El 66% del total de los pacientes es económicamente dependiente.
- El 38% de los pacientes valora como muy importantes para su vida las actividades lúdicas, recreativas y creativas a las que tiene acceso en el marco del Proyecto de salud mental comunitaria, pues estas se constituyen como una oportunidad importante.
- El 31% sienten que han aprendido a valorarse y tener confianza en sí mismos, gracias a los procesos de rehabilitación laboral, pues estos les permite el descubrimiento de habilidades y potencialidades propias.
- El 23% manifiesta que la ampliación de redes sociales de apoyo les ha permitido conocer personas valiosas con quienes la interacción es fundamental y les permite tener mayores niveles de motivación.
- Los usuarios resaltan que las principales utilidades que han descubierto del proyecto de salud mental son: la sensación de bienestar que adquieren al ser tenidos en cuenta (61%); la red de apoyo que conforma con sus compañeros (27%) y los esfuerzos que el equipo realiza para desarrollar capacidades en las personas con enfermedad mental (12%).

La asociación de pacientes y familiares de pacientes con trastorno mental mayor del Distrito de Aguablanca, planteó la necesidad de poder destinar sus esfuerzos colectivos para el beneficio propio y común. En sus comentarios reconocen la necesidad de comprometerse civilmente con una ética del Derecho, como

un lugar común donde las subjetividades pueden desarrollar interrelaciones sociales. Pero a pesar de sus voluntades, los sujetos que hacen parte de esta asociación, se encuentran con un obstáculo socio-político importante, que está ligado a la imposibilidad que tienen las sociedades latinoamericanas para integrar lo local con lo global. Esta dificultad para la integración aumenta los conflictos entre el tejido social y el Estado, afectan las estructuras –ya débiles y altamente conflictuadas–.

En este sentido Cobo et al. (2005), hacen énfasis en la importancia de los programas y proyectos basados en modelos de trabajo ambulatorio y comunitario, pero también en la importancia de que estos programas y proyectos puedan observar sistemáticamente cuáles son los impactos sociales y subjetivos de la constitución de redes sociales de apoyo. Dicho conocimiento permitirá hacer énfasis en la formación y fortalecimiento de las redes de apoyo, con una conciencia más clara de aquello que las redes permiten, y de aquello que las sostiene.

...la referencia a las redes sociales de apoyo y su relación con el bienestar de las personas con enfermedad mental, fue algo reiterativo por parte de pacientes y familiares, pero el programa mismo no tiene la claridad sobre qué es lo que permite que las mismas sean tan efectivas. De saberlo, sería posible encaminarse al diseño de proyectos basados en ellas y no centrados en el modelo bio-médico (Cobo et al. 2005, p. 127).

Cobo et al. también realiza un análisis gerencial en donde hace referencia a los modelos administrativos teniendo en cuenta los costos diferenciales entre los programas en salud que se generan dentro de las comunidades y los programas de salud generados dentro de las instituciones. En relación con los resultados del análisis, muestran cómo es posible que en programas y proyectos que pongan su acento en lo comunitario,

el gasto público en materia de atención a enfermedades mentales graves, favorecería los procesos de rehabilitación, atención y prevención de la enfermedad mental, aportaría a la construcción de tejido social, contribuiría al desarrollo social, político y productivo de los sectores más pobres de la ciudad y garantizaría un programa desde la comunidad y con la comunidad, que tuviera una mayor permanencia que los programas institucionalizadores que dependen de los rubros anuales destinados por los entes gubernamentales para tal fin (2005, p. 134).

Gregorio Baremblyt (1997), se refiere a la cuestión jerárquica de los saberes, que por su parte se puede extender a la academia y a las instituciones. En el caso de las redes sociales, estas tienen una incidencia profunda en las subjetividades de quienes a ellas pertenecen, y ponen en juego otras formas del saber, formas que

se encuentran más cercanas al “saber del otro”, no en relación con lo que se sabe sobre ese otro, sino vinculadas más bien a saber de la existencia del otro, de sus miedos, sus deseos, sus indefensiones, pero también de sus posibilidades. Son precisamente esas redes –las sociales, las comunitarias, las académicas, las religiosas, las políticas–, que suelen tener mayor significación en la acción de curar o de enfermar. El asunto de los llamados “enfermos”, no está firme y constantemente vinculado con las redes oficiales de prestación de servicios públicos, la incidencia de estas redes oficiales está precisamente del lado de la oferta que realizan en términos de calidad, eficiencia y cobertura, pero el encuentro con los miembros del cuerpo médico y paramédico no es más que una eventualidad. Lo fundamental, lo que está más allá de la eventualidad y que permea la cotidianidad de los sujetos son sus redes sociales; son ellos, los miembros de las redes quienes tiene un saber más significativo sobre cada uno de sus integrantes. Esto convoca a ampliar la perspectiva, esto propone una praxis psicológica que se ubique más allá de su propio “supuesto saber”.

Capítulo



**Criterios de locura,
brújula para un
itinerario de viaje**

*Y todo esto se hizo a pura mano.
Estas manos fueron siempre torpes y sabias.
Fueron ciegas, pero rompieron piedras.
Fueron pequeñas, pero sacaron los peces del mar.
Fueron oscuras, pero buscaban la luz.*
Pablo Neruda, 1978, p. 73

El carácter complejo de lo humano demanda de los profesionales en las ciencias sociales y humanas un permanente estado de reflexión acerca de los compromisos con el conocimiento y la relación con la multiplicidad de formas y maneras que tiene lo humano para responder a la realidad sociohistórica.

La psicología se encuentra abocada a asumir la problematización que resulta del encuentro con nuevas formas de constitución de las subjetividades en ambientes socio-históricos cambiantes. Es posible afirmar que dicho reto no constituye una novedad para la psicología contemporánea, sobre todo si se tiene en cuenta que el advenimiento de la psicología de la liberación en América Latina se constituyó en una forma de respuesta situada en contextos sociales particulares; sin embargo, a ello puede replicarse que la novedad del reto consiste ahora en la deconstrucción de los paradigmas hegemónicos a favor de respuestas disciplinares que exigen la toma de posición ética y política en torno a los efectos sociales de los abordajes disciplinares que desde la psicología se realizan.

Pero, adicionalmente, se puede decir que el reto de análisis y reevaluación constante que se debe la psicología, no puede ser asumido por fuera de los procesos históricos por los cuales se generan los cambios en la configuración social de los habitantes de las ciudades, en tanto vecinos, habitantes o ciudadanos. En efecto, si los sujetos socio-históricos están mediados por eventos coyunturales históricos, sociológicos y económicos, y a su vez por procesos internos y subjetivos que se ponen en constante inter-juego, se ha de reconocer que los asuntos que tienen que ver con lo psicológico de lo humano, exigen de la inclusión de estudios y análisis de aquello que se juega más allá de lo individual.

En este sentido, el abordaje que hace la psicología de los ciudadanos y en especial, de los que son diagnosticados con psicosis, plantea una tarea compleja de saberes.

¿Desde cuál norte? Sobre la multiplicidad en los significados del término psicosis

Los trastornos asociados con enfermedad mental se han estudiado históricamente desde tres modelos diferentes: el sobrenatural, el biológico y el psicológico. Cada uno de estos modelos cuenta con un punto de partida, una conceptualización y un abordaje ético diferente, en relación con el sujeto humano, sus causaciones, su comportamiento, sus problemáticas, su salud, su enfermedad y los tipos de intervención de los que son objeto.

En la actualidad, el diagnóstico de psicosis remite a una entidad diagnóstica dentro de la cual se reconocen una serie de síntomas medibles y que se suponen comunes a todos aquellos que comparten dicho diagnóstico. Sin embargo, la postura psiquiátrica y la postura psicoanalítica sobre las psicosis, presentan importantes tensiones originadas desde su propia conceptualización. El término psicosis sirve para referirse a un conjunto de cuadros sintomáticos o para dar cuenta de una estructura psíquica. En este sentido el psiquiatra y el psicoanalista no hablan de la misma psicosis. Situación que se complejiza cuando el término psicosis se une a los significantes del sujeto diagnosticado, de la familia y de la comunidad, lo cual hace que su conceptualización sea más inaprehensible.

La enfermedad mental es abordada en las urbes, principalmente desde la psiquiatría y las creencias paranormales o religiosas. La psiquiatría diagnostica la enfermedad mental desde los dos sistemas de clasificación –La CIE y el DSMV– (ver cuadro 1).

Los sistemas internacionales de diagnóstico, –DSM y CIE–, entre las versiones sexta y décima, categorizan a un grupo importante de enfermedades mentales dentro de la categoría de las psicosis. Sin embargo, el psicoanálisis al considerar que la psicosis es una estructura, se distancia de la categorización de los sistemas internacionales de diagnóstico y provee un marco analítico más dinámico.

Por otra parte, es muy frecuente encontrar que los cuadros sistemáticos relacionados con la gama de la psicosis, son más bien el resultado de una estructura neurótica. En este sentido es más importante un énfasis ético que una teorización sobre la psicosis.

Cuadro 1
Sistemas internacionales de clasificación y diagnóstico
de la enfermedad mental

La CIE Clasificación Internacional de las enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE 10) Décima versión - 1993	El DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-V Quinta versión -2010
Define los diagnósticos en función de la presencia de determinadas conductas consideradas anormales según el criterio de normalidad socialmente aceptado y generalmente vinculado con el grado de funcionalidad de un sujeto dentro del sistema social que habita.	Define los diagnósticos en virtud de las funciones mentales alteradas, el cuadro clínico y de las repercusiones biológicas y de malestar que produce.

Una respuesta a esta compleja clasificación de la enfermedad mental, se ha operacionalizado desde la subcategorización de cuadros clínicos que puedan pertenecer al marco de las psicosis.

La subdivisión de los cuadros sintomáticos asociados a las nosologías relacionadas con alguna forma de las anteriormente denominadas “locuras”, puede observarse en la Tabla 1.

Esta tipificación, sistematización y codificación ha permitido a los constructores y a los implementadores de dicho sistema categorial, determinar el nombre que debe darse a una entidad clínica de un sujeto, a partir de un conjunto de cuadros sintomáticos medidos en cuanto a la forma, las características y el tiempo de duración.

Al respecto, Enrique Echeburúa y Enrique Esbec Rodríguez, sostienen que:

En cuanto a la validez interna del diagnóstico psiquiátrico, los clínicos tienen dificultades para relacionar los criterios sugeridos con las características del Trastorno de Personalidad y, a la inversa, el conjunto de criterios no siempre incluye aquellos rasgos que los clínicos consideran típicos de este tipo de diagnóstico. Asimismo hay fallos en la consistencia interna hasta el punto de que el solapamiento de cuadros clínicos es excesivamente amplio. (...Los problemas con la validación externa son todavía más graves. Respecto a la validez discriminante, los estudios muestran que no hay posibilidad de discriminación pues normalmente aparecen diagnósticos múltiples. Y en relación con la validez propiamente externa, no hay pruebas de que los diagnósticos predigan importantes variables externas relacionadas con la etiología (2011, p. 8).

Tabla 1

Trastornos de la personalidad		
DSM	Nombre de la entidad	CIE-10
F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad	301.0
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	301.20
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad	301.22
F60.2	Trastorno antisocial de la personalidad	301.7
F60.3	Trastorno límite de la personalidad	301.83
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad	301.50
F60.8	Trastorno narcisista de la personalidad	301.81
F60.6	Trastorno de la personalidad por evitación	301.82
F60.7	Trastorno de la personalidad por dependencia	301.6
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	301.4
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado	301.9
Esquizofrenia		
DSM	Nombre de la entidad	CIE-10
F20.0x	Tipo paranoide de esquizofrenia	295.30
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad	301.20
F20.1x	Tipo desorganizado de esquizofrenia	301.22
F20.2x	Tipo catatónico de esquizofrenia	295.20
F20.3x	Tipo indiferenciado de esquizofrenia	295.90
F20.5x	Tipo residual de esquizofrenia	295.60
Otros trastornos psicóticos		
DSM	Nombre de la entidad	CIE-10
F20.8	Trastorno esquizofreniforme	295.40
F25.x	Trastorno esquizoafectivo	295.70
F22.0	Trastorno delirante	297.1
F23.8x	Trastorno psicótico breve	298.8
F24	Trastorno psicótico compartido	297.3
F06.x	Trastorno psicótico debido a... indicar enfermedad médica	293.xx
F1x.5x	Trastorno psicótico inducido por sustancias	

Estos autores apelan a que dicho modelo de prescripción diagnóstica se sostiene, en tanto los modelos categoriales resultan útiles para una forma de inteligibilidad del mundo, que resulta hartamente cómoda para establecer parámetros comunes y organizar las informaciones que se suponen generales:

A pesar de todos estos problemas, el modelo categorial se perpetúa debido a las estrechas relaciones entre la psiquiatría y los modelos médicos, así como al hecho de que el funcionamiento cognitivo de los seres humanos tiende a operar con categorías a la hora de organizar la información que le llega del exterior (Echeburúa y Rodríguez, 2011, p. 8).

Por su parte, junto con esta modalidad diagnóstica, categorial, operan otras modalidades paralelas, que inciden en el abordaje de las personas diagnosticadas con alguna forma de enfermedad mental. En este sentido, se puede mencionar el psicoanálisis y los saberes populares en los que la magia, la religión y las costumbres construyen otras formas de movilización en relación con la locura.

Una de las tendencias del pensamiento psicoanalítico explica la psicosis como una estructura que ha de entenderse como tal en el estudio y abordaje de la misma. Desde esa perspectiva se distinguen tres importantes categorías nosográficas: las psicosis, las neurosis y las perversiones, siendo la psicosis una estructura caracterizada por la alienación que genera particularidades en el vínculo social del enfermo.

En ese sentido, el psicoanálisis estructuralista considera que la cura está del lado de la relación del sujeto psicótico con el lazo social. Esto es, no poner el acento en las posturas adaptativas del sujeto en relación con las exigencias, normatividades o necesidades de un medio social siempre preocupado por la “normalización de los sujetos”, sino más bien favorecer deconstrucciones en la forma particular como el sujeto ha constituido el lazo social, esto último supone un sujeto autónomo cuya fractura con el lazo social impele un conflicto con el lenguaje, en tanto estructura simbólica de comunicación con el otro, y en tanto dispositivo por el cual un sujeto dice de sí. De esta manera, la desestructuración formal de las palabras en el habla del psicótico, mostraría entonces la ruptura existente en su yo y en su lazo social.

Lo anterior supone tomar como referencia las operaciones de causación del sujeto como momentos lógicos que inauguran la relación con lo simbólico, siendo el vínculo social el que permite generar suplencias del lado de las psicosis, o relaciones vinculares en donde opera la castración del lado de las neurosis.

Se parte entonces de la premisa de que en un abordaje que se ocupa del sujeto, de los síntomas del sujeto y de lo social en conjunto, desde la mirada con énfasis comunitario que convoca el presente estudio, debe señalar algunos aspectos que se derivan de los conceptos de alienación y separación.

En torno a las operaciones de causación del sujeto es importante empezar por decir que con la lengua, que nos impregna con un significante al nacer, se produce una transformación esencial de la carga instintual del sujeto que no tiene aún palabra. La inscripción del sujeto en los desfiladeros del significante a partir de la lectura que el Otro produce e impone, captura al sujeto en el lenguaje y la ley de la palabra; y hace que este se constituya, en torno a los significantes, en el campo del Otro; que se realice su inscripción en el deseo del Otro, al precio de quedar petrificado: el Otro le otorga un sentido al sujeto y un orden, pero el sujeto queda alienado a la palabra del Otro.

Allí donde el Nombre del Padre falta, este efecto metafórico no se produce, y no puedo hacer aflorar lo que hace designar la x como el significante falo. Esto es lo que se produce en la psicosis –en la medida en que el Nombre del Padre es rechazado, es objeto de una Verwerfung primitiva, no entra en el ciclo de los significantes, y por eso también el deseo del Otro, especialmente el de la madre, no está simbolizado (Lacan, 1999, p. 490).

El S1 (significante primario), es la marca primera que cae sobre el sujeto para inaugurar la cadena significativa que hace posible la existencia de un S2. Este significante se vincula al primario y da inicio a la cadena significativa, al tiempo que entran a darle sentido al S1. La búsqueda constante de significantes que le den sentido a ese significante otorgado desde afuera y que el sujeto debe hacer propio, aún a costa de quedar alienado por el deseo del Otro, atraviesa la totalidad de la historia y del drama humano. Se puede decir entonces que el ser viviente se pierde en la medida que pasa a estar representado entre significantes.

Pero en esa ordenación lógica, el sujeto debe pasar de la alienación a la separación para poder responder, más allá del deseo del otro, a su propio deseo. Pues bien, en la operación de separación el sujeto se encuentra con el “hueco” en el Otro, se las ve con la castración en el Otro, con que este también se encuentra en falta, y es este hallazgo el que se constituye en una garantía para que el sujeto sea un sujeto separado, capaz de desprenderse del sentido que el Otro le ha dado, para poder en algún punto encontrar su propio lugar y entonces devenir deseante aceptando también su propia castración.

Teniendo en cuenta los postulados del psicoanálisis, en especial los de Lacan, considera que la psicosis es algo que no se cura:

Lo que hace el psicoanálisis es entonces dar el estatus de discurso del inconsciente a lo dicho por el psicótico, con posibilidad de ser descifrado (...) El psicótico nunca será capaz de restaurar el sentido de lo que dice y mucho menos de entretrejerlo con el discurso de los otros; la apuesta a utilizar el Yo del psicótico, como el ente capaz de entrar a relacionarse con el mundo exterior, no la aconseja Lacan, criticando la apuesta que el psicoanálisis angolosajón hace en ese sentido (Baéz, 2007, p. 105).

Desde otra perspectiva de enfermedad mental, Uribe (1999) rescata el asunto de las narrativas, y muestra cómo los argumentos generados en las narraciones de enfermos y familiares, convocan a unas explicaciones y sentidos de enfermedad mental, que difícilmente pueden interlocutar con las posiciones del llamado saber científico. Uribe resalta cinco vertientes narrativas cargadas de sentido y de altísima significación para los sujetos que intentan explicar el asunto de la enfermedad mental, de tal manera que les sea más aprehensible. Son narrativas, que al igual que el síntoma, velan y revelan, pero sobretudo significan y validan una historia de vida. Se convierten en una suerte de arquetipos populares sobre la causación de la enfermedad mental.

Uribe sugiere las siguientes formas narrativas, que no necesariamente muchas veces se combinan en el discurso de las familias y el paciente:

1. Las que el autor denomina como narrativas de dolor, que sugieren la existencia de eventos traumáticos como razón causal de la enfermedad que aqueja al sujeto, se trata, dice el autor, de un suceso que:

...dividió en dos la vida del sufriente. Un "antes" de salud y felicidad y un "después" donde se entronizó el dolor, el caos y la enfermedad, separados por ejemplo por la pérdida de un ser querido, por una ruptura amorosa particularmente dolorosa, por un episodio de violencia física, por una rivalidad que desembocó en una conspiración brujesca u otras situaciones graves susceptibles de crear un radical desorden en la vida que llevaba el sufriente (Uribe, 1999, p. 222).

2. Las narrativas ligadas a sanciones divinas como efecto de comportamientos transgresores. Esto le da un carácter sancionatorio al síntoma, una suerte de penalidad con la que el sujeto tendrá que vérselas por quebrantar la ley divina.
3. Tramas dramáticas relacionadas con la idea de un destino de sufrimiento y dolor al que se ha sido confinado desde siempre.

La idea es que la enfermedad está establecida de antemano y que por ello es inalterable su irrupción en algún punto de la trayectoria vital del sujeto, así como que es inmodificable su curso desestructurante del cuerpo y de la vida (Uribe, 1999, p. 222).

4. “La noción de que hay ciertos atributos o características en la personalidad o en el organismo del sujeto, validadas culturalmente, que hacen de él (ella) susceptible a contraer en algún punto la enfermedad. Algunos ejemplos de estos atributos son los de que la víctima tiene la ‘sangre gruesa’, o de que siempre fue muy “melancólico (...)” (Uribe, 1999, pp. 222-223).
5. La enfermedad mental como un castigo impuesto a un sujeto por comportamientos no ejecutados por él, sino por su raza, comunidad, familia, generación, etc. De esta manera, dice el autor que:

(...) el enfermo se ha convertido en una especie de "chivo expiatorio" o "víctima sacrificial" por los errores, males o perversidades de otras personas, generalmente de su círculo personal inmediato. Aquí se enuncian ideas tales como que el enfermo está "pagando" por lo que hicieron sus padres, sus hermanos u otros de sus allegados y, en ese sentido, su enfermedad no es en realidad enfermedad puesto que era otro u otra quien debía padecerla (Uribe, 1999, pp. 223).

Tal como sucede con el concepto de psicosis, el concepto de salud mental que se maneja en la contemporaneidad no es universalmente aceptado, ya que admite aspectos que pueden ser valorativos y ordena las categorías esenciales de la enfermedad, sin tener en cuenta los abordajes que otras ciencias o saberes diferentes al psiquiátrico han hecho, para dar cuenta del concepto de salud mental, su nosología y su epidemiología. En ese sentido, el criterio de enfermedad mental sigue siendo asociado a los comportamientos que se han considerado “anormales” dentro del marco de la cultura capitalista occidentalizada.

La relación de la sociedad con los fenómenos asociados a la enfermedad mental, ha sufrido variación, relacionada, de un lado, con transformaciones en las dinámicas de la interacción social propias de los cambios históricos de carácter social, económico y demográfico de la urbe; y por otro, con el carácter higienista propio de la modernidad, el desarrollo de la industria farmacéutica y el auge de los manuales diagnósticos que –dentro del ámbito de la objetividad científicamente reconocida–, tienen gran importancia para el establecimiento de los diagnósticos y la generalización de los tratamientos. Todo ello incide en las representaciones sociales y permea la forma como el medio urbano vive,

piensa e interactúa con lo que se pone del lado de la locura, o lo socialmente designado como “anormal”.

En este sentido, si bien es cierto que estas son operaciones constitutivas o de causación del sujeto, ¿es probable que los indicadores de eficiencia del modelo de salud pública desde los cuales se aborda la salud y la enfermedad mental, reflejen en algún momento aspectos que se encuentran del lado de la separación como una apuesta ética?

Por otra parte con la descentralización y la participación comunitaria como vías que pretenden conducir a la democratización de la sociedad, los bienes y los servicios de carácter público, lo cual hace posible el acceso a la dignificación de la vida de los ciudadanos, los pacientes y sus familias plantean la necesidad de construir nuevos paradigmas para el ejercicio y el acceso de lo público, ya que para que los sujetos en su inscripción civil se reconozcan y oficien también como sujetos de derecho, es importante que puedan no solo tener la oportunidad de acceder y construir rasgos identitarios e identificaciones sociales, esto es saber “quienes son” y saber “serlo”, sino que también es “saber hacer” con “lo que tienen”, que también logren configurar formas de ser y de hacer en relación con aquello con lo cual se identifican, que les sea posible destinar buena parte de la carga agresiva para el beneficio propio y el colectivo, comprometiéndose con la ética del derecho como un lugar común donde las subjetividades pueden viabilizar su interrelaciones sociales.

Ahora bien, desde los organismos oficiales encargados de la salud pública y dentro de los parámetros y conceptualizaciones de salud, enfermedad, promoción, prevención, atención y rehabilitación, se pretendan logros terapéuticos fortaleciendo las redes de apoyo de los que sufren la enfermedad mental para que puedan convertirse en un soporte importante en el tratamiento de la enfermedad y el progreso de los pacientes.

Esto supone que la labor psicosocial debe tener en cuenta a la comunidad para: 1) reconocerla como un espacio fundamental en el desarrollo de las prácticas sociales, y 2) asumir el reconocimiento del sujeto que existe en cada uno de sus miembros y de sus procesos individuales y comunitarios. De esta manera se permite la participación comunitaria y se provoca el pasaje de la alienación a la separación, del silencio a una queja que implica la carencia y que por ella se moviliza; y de la queja a la emergencia de un discurso que por no ignorar la necesidad puede permitir la estructuración de una demanda y la posibilidad de reflexión y acción autónoma. Lo contrario dificulta la identificación de un

deseo particular en los sujetos o en las comunidades, y hace complejo el pasaje a la separación, quedándose fijada la acción en intervenciones por las cuales se acalla la queja o se impide incluso que ella emerja, respondiendo a demandas aún no establecidas.

Lo que generalmente ocurre en la práctica hospitalaria, en donde es recurrente la tendencia a asumir la labor psicosocial no “en” o “con”, sino “por” o “para” la comunidad, es que se concibe a dicha comunidad como un espacio propicio para la intervención a partir de los diagnósticos externos, teniendo en cuenta incluso, la prevención a partir de datos epidemiológicos.

Bajo este modelo resulta fácil diagnosticar entidades clínicas tales como depresión, estrés postraumático, e incluso manías, sin embargo está ausente el discurso de los sujetos que sufren, adolecen o padecen dicha situación.

En psicoanálisis se afirma que: “el Yo adviene por identificación”, es decir que se produce por efectos de la sugestión, esto es, de la gestión del alguien sobre ese Yo. Si el Yo adviene por “su-gestión”, el sujeto –por el contrario– adviene por confrontación con la castración, cuando se encuentra con la falla en el Otro y con su propia falta, e inaugura su propio deseo. Si se reconoce la tendencia del sujeto a identificarse y se recuerda que la identificación supone un significante que representa al sujeto que está en el Otro, al que el sujeto se identifica al tiempo que queda como un conjunto vacío; que aliena al sujeto al lugar del Otro, invisibilizando –por los menos de momento su indeterminación subjetiva–, es viable pensar que:

- De la operación diagnóstica puesta sobre un sujeto, adviene una condición identificatoria adicional: identificarse con la enfermedad o con la entidad diagnosticada. Esto se evidencia en espacios en los cuales los sujetos se presentan ante el otro, anteponiendo su condición diagnóstica: “buenos días, yo soy esquizofrénica y me llamo (...)”.
- Funcionarios que de alguna manera se ubiquen como representantes de un Otro social que ofrece a los pacientes la garantía de un saber y la posibilidad de responder eficientemente a su queja antes que de ella surja una demanda. Están más del lado del Otro que captura al Sujeto que del que reconociéndose en falta, permite al sujeto encontrarse con su propio deseo y facilitar el advenimiento de un sujeto que pueda elegir.

Aún así es innegable verificar un porcentaje importante de la eficiencia del modelo diagnóstico, lo que remite nuevos interrogantes: ¿Es que los indicadores

de eficiencia en el modelo son más bien el resultado de sostener la alienación?, ¿La eficiencia se debe a lo que la gestión del equipo de salud permite en relación con el nivel de la identificación y la instauración del deseo que los usuarios desarrollan a partir de la forma como es nominado por el equipo de salud? ¿Qué es lo que el diagnóstico y el tratamiento moviliza en el orden de lo subjetivo en los pacientes?

Si la definición naufraga, entonces la historia...

Para hacer una rápida mirada retrospectiva de la enfermedad mental, desde la cual pueda plantearse una prospectiva posible, es necesario hacer mención a algunos hitos que dan cuenta del lugar que la sociedad le otorga a la enfermedad mental y al enfermo.

Sabemos que la postura social de occidente frente a la locura, ha sido generalmente relacionada con la exclusión social. Aquellos designados como “locos” se instauraron en el imaginario colectivo como seres que por sus condiciones de “no-humanidad”, debían ser repudiados al igual que se hacía con las brujas en el medioevo, los sujetos de raza negra e indígena en la época de la colonización del continente americano, los judíos en la Alemania Hitleriana, los sujetos en presidio, las personas adictas a sustancias psicoactivas, los inmigrantes y en la actualidad, con las poblaciones en situación de desplazamiento.

Autores como Foucault, en Europa; Granda, en Brasil; Huertas, Comelles y Monroy, en España; Amarante y Carpintero en Argentina; Tropé, en Francia; Sacristán, Ramos de Viesca y Ríos Molina, en México, entre otros, han avanzado en las pesquisas de las formas de relación de los pueblos con la locura, interesándose por la historia de los tratamientos, de los modelos psiquiátricos, de las reclusiones o de la operacionalización de los diagnósticos. Casi todos ellos consideran que la acción social sobre el loco está determinada por cada momento histórico de la sociedad.

Al respecto Foucault, en su clase del 15 de enero de 1975, compendiada luego bajo el título de *Los anormales*, hace referencia a la exclusión de los leprosos, como una práctica social “que implicaba, en principio, una partición rigurosa, una puesta a distancia, una regla de no contacto entre un individuo (o un grupo de individuos) y otro se trataba, por otra parte, de la expulsión de esos individuos hacia un mundo exterior, confuso, más allá de las murallas de la ciudad, más allá de los límites de la comunidad. Constitución por consiguiente, de dos masas ajenas una a la otra. Y la que era echada, lo era en sentido estricto

hacia las tinieblas exteriores” (pp. 50-51). El autor manifiesta que estas formas de exclusión con las cuales se ejerce poder sobre los locos, los enfermos, los criminales, los desviados, los niños y los pobres, desconociéndolos, negándolos, exiliándolos, descalificándolos o rechazándolos, fue tan efectiva que aún en la actualidad se mantiene la esencia de su modelo.

Las sociedades precoloniales en América y las de raíces culturales campesinas, explican el cuadro sintomático del enfermo mental como un producto de posesiones diabólicas o místicas, o de problemas asociados con dificultades nutricionales o tumores cerebrales existentes; por ello el acto con el cual se interviene esa locura está del lado de lo mágico, de lo religioso, o de las “curas” mediante alimentación y bebidas que cumplen la función de sanar los males corporales. En ese sentido, la comunidad puede llegar a hacerse cargo de la curación del loco, o de convivir con él, como un “distinto”, que puede hacer los mandados, los favores, o incluso operar como una especie de “bufón espontáneo” en la aldea, la vereda o la población. La locura en los ambientes urbanos actuales se explica a partir del diagnóstico clínico, que afecta no sólo la funcionalidad de los pacientes, sino también la de su medio social, y en ese sentido se hace urgente la curación del enfermo, o su reclusión, a fin de no detener las perspectivas de progreso individual, familiar y socio-comunitario del sistema social.

Siguiendo a León Castro (2005); Postel, J. et al. (1997) y Thuillier, J. (1981), es posible decir que en la Edad Media del mundo occidental las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas y el saber encargado de estudiar los signos de esa posesión diabólica era la demonología. En el siglo XIII se fundaron hospitales con secciones psiquiátricas en Francia, Alemania y Suiza, pero no sucedió lo mismo con el mundo no occidental, pues mientras los cristianos le apostaban a la satanización y reclusión de los enfermos mentales, en el imperio árabe suponían que los enfermos mentales no eran poseídos por los demonios sino más bien que tenían cierta inspiración divina, por ello el tratamiento dado a ellos mismos difería de los tratamientos occidentales. Siglos después en la Alemania hitleriana, 270.000 enfermos mentales fueron asesinados por afectar el ideal de la raza “pura”. En los inicios de la psiquiatría, el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico del llamado “loco” daba a este la categoría de enfermo peligroso e inhabilitado, portador de una serie de síntomas extraños que debían ser eliminados a toda costa y por los cuales el enfermo perdía el acceso a ciertos derechos propios de la condición humana. En su lugar de inferioridad social, se hicieron sujetos dependientes de la familia, el psiquiatra o el manicomio, y se les negaba el derecho de gobernarse a sí mismos. Se les incapacitaba, por considerárseles incapaces.

Desde el siglo pasado se ha venido resignificando la locura y con ello han surgido movimientos que buscan permear el significante histórico del sujeto con enfermedad mental, para superar la significación asociada al peligro, la burla o el rechazo, y propender por su reconocimiento como sujetos del lenguaje, del deseo y de derecho social. Es decir, para lograr una mirada socio-histórica del sujeto de deseo y por lo tanto como un sujeto de derecho, lo que rebatiría las perspectivas y modelos tradicionales de intervención en los que se sustentan los grandes poderes socio-políticos. Para propender por la visibilidad responsable de aquellos sujetos impensados, o pensados casi siempre como objeto de un conocimiento particular que termina generalmente fortaleciendo la perspectiva de pensamiento y de intervención propuesta por los modelos dominantes de un lado, o incluso por los grandes poderes socio-políticos y económicos, en la medida en que pueden dejar de lado cuestiones que afecten el sostenimiento de dichos macro-poderes.

La antipsiquiatría rechazó las dinámicas tradicionales y los modos de operar propuestos por la psiquiatría centrada en las lógicas de la medicina tradicional sobre la medicalización para acallar el discurso delirante; se opuso al modelo de reclusión en manicomios o asilos y generó paralelamente una postura crítica al sistema socio-político y económico, considerándolos responsable de las condiciones de vulneración de la estabilidad mental de los ciudadanos. Adicionalmente hizo énfasis en la necesidad de plantear la recuperación de la biografía del sujeto y de reconocer que en cada sujeto, enfermo, o no se jugaba un deseo con relación a sí mismo y a su entorno.

La psicología comunitaria, en al proponer que la efectividad del tratamiento está asociada a la integración social del enfermo. Obligó al surgimiento de una psicología que comprendiera que los problemas mentales son multicausales, y que para su abordaje reconociera la necesidad de insistir en un trabajo interdisciplinario y en un nuevo rol profesional que fuese capaz de ajustar la intervención a las características del problema, contextualizando la teoría y la praxis, y asumiendo integralmente las funciones de asesor, formador y mediador social en los diversos sectores de la población.

En 1995, el colectivo denominado Esquicie¹⁶ funda en Barcelona lo que se llamó la contrapsicología, que desde la interdisciplinariedad, reconoce el estudio, la intervención y la denuncia, como dimensiones necesarias y complementarias

16. Interesados en el tema pueden ver el *Manifiesto del colectivo Contrapsicológico Esquicie*. Barcelona 1995.

para el abordaje de la enfermedad mental. La contrapsicología valida el modelo de acercamiento metodológico que propone la investigación acción participativa de la psicología comunitaria y plantea la necesidad de que el terapeuta se acoja al estudio sistemático de lo epistemológico y lo ontológico, al tiempo que se construye un nuevo conocimiento mediante la teorización de la actividad, construyendo grupos de estudio que desde la reflexión, la conceptualización y la praxis, permita redimensionar constantemente la significación de la enfermedad mental y sus tratamientos.

Y mientras todo ello sucede en Europa, en Colombia, a mediados del siglo pasado, con ciudades provinciales aún y menos cosmopolitas, la historia del loco no siempre estuvo asociada al confinamiento o un lugar impensable por la sociedad. El sujeto denominado como loco podía ser un sujeto reconocido e incluso muchos de ellos pudieron ser sujetos cuya existencia en el medio urbano era historizada por los miembros de la sociedad o de la comunidad a la que pertenecían.

¿... y entonces?

El conjunto de participantes directos de la presente investigación, partieron de la convicción social que supone que plantear alternativas que tengan que ver con lo humano, exige antes trazar una postura ética que reconozca que no solo el desarrollo humano desde lo social es complejo, sino que dicha complejidad se deriva del desarrollo humano mismo. Esto hace referencia a todos los momentos por los cuales un nacido humano, debe pasar para llegar a “ser sujeto”, pues también el desarrollo individual es el resultado de variados factores interdeterminantes.

Han sido importantes los procesos y los movimientos sociales que han buscado permear con otros significados el significante vigente del sujeto con enfermedad mental, para hacerlo pasar de aquel individuo que reviste peligro o que invita a la burla o a la exclusión social, a un sujeto en condiciones particulares propias de su padecimiento mental, capaz de instituirse en su posición de ciudadano. Pero el recorrido, como en casi todas las revoluciones, parece haber transitado entre la exclusión y la protección, antes de pasar por lo que verdaderamente implica el “reconocimiento” y la operativización de la separación en la que pueda:

- Preguntarse: ¿qué deseo?, ¿quiero lo que deseo?, ¿estoy dispuesto a perderme del lugar del deseo del Otro?

- Interrogar y señalar las contradicciones del otro bajo la figura de: “Me dice eso, pero ¿qué quiere?”
- Provocar el deseo del Otro al preguntarle “¿qué falta evoco en vos si desaparezo? ¿puedes perderme?”
- Dejar de suponerle al Otro el saber, a la destitución subjetiva, y con ello cuenta con la posibilidad de la creación desde sí.

Pero no solo la manera como se ubican frente a él esos otros representativos y el lugar que el sujeto juega en dicha ubicación es determinante en el desarrollo de él. También lo es, en los tiempos de la globalización y la incertidumbre social, la manera como el Estado, el mercado y la sociedad civil conciben al ser humano y su desarrollo social integral, el sentido ético que se le da a la transformación de la realidad y la necesidad de volver la mirada hacia lo fundamental de nuestra constitución, que al mismo tiempo da cuenta del por qué hemos complejizado la búsqueda de los objetos de placer, dándole valor económico a su alcance.

La posibilidad de mantener activa en lo social la pregunta por quién y qué es un sujeto humano, frente a lo individual y por qué somos y qué queremos ser, en tanto sujetos (referidos al uno a uno) y en tanto grupo humano (familia, comunidad, localidad, sociedad), es también la posibilidad de poder ubicarnos éticamente en nuestro lugar y viabilizar transformaciones mediadas por el reconocimiento del otro como sujeto que sabe de sus necesidades afectivas, sociales, culturales y económicas.

Capítulo

**La tensión metódica:
intercepciones e
intersecciones entre
la apuesta civil y el
método científico**



*...hubo una vez una estrella en la que unos
animales inteligentes descubrieron el conocimiento.
Fue el minuto más arrogante y más falaz de la historia:
de todos modos solo fue un minuto.*

Federico Nietzsche, 1873
Citado por Miller, James (1996), p. 573.

Frente a la tensión metódica se abordará la obra de Santiago Castro-Gómez, titulada *La Hibrys del punto cero*, en la que estudia la Ilustración y la modernidad en América Latina. En esta obra se expone y argumenta, entre muchas otras cuestiones, que las pretensiones de universalización y objetivación del conocimiento, propias del pensamiento ilustrado, se fundamentan en el supuesto que existe la posibilidad de situarse en un punto determinado desde el cual se accede formalmente a toda la perspectiva del conocimiento. Se trata pues del...

imaginario según el cual, un observador del mundo social puede colocarse en una plataforma neutra de observación que, a su vez, no puede ser observada desde ningún punto. Nuestro hipotético observador estaría en la capacidad de adoptar una mirada soberana sobre el mundo, cuyo poder radicaría precisamente en que no puede ser observada ni representada (Castro-Gómez, 2005. p. 18).

Ese es el punto cero, el punto que permite al intelectual suponer que su investidura científica le permite dar cuenta de verdades totalizantes en relación con aquello que enuncia. Así, se anula la polifonía y las voces diversas que la componen, se subalternizan. Todas las otras voces dentro de esa perspectiva se hacen mudas, a favor del fortalecimiento del saber hegemónico. “Los griegos decían que la hybris es el peor de los pecados, pues supone la ilusión de poder rebasar los límites propios de la condición mortal y llegar a ser como los dioses” (Castro- Gómez, 2005. p. 18).

En respuesta a esa postura epistémica se ha planteado la necesidad de unas ciencias y disciplinas sociales oxigenadas, puestas en otros órdenes, abiertas a discursos subalternizados, que siendo encargadas del conocimiento de lo humano, provoquen y demanden permanentemente preguntas sobre la relación entre

lo local y lo global, entre las sociedades y las comunidades, entre lo general y lo particular y entre el pasado, el presente y la prospección del futuro, a la luz de las problemáticas actuales (Jorquera, 2003; Lander, 2000; Escobar, 2000,2005; Castro-Gómez, 2000; López Segrera, 2000; Morin, 1978, 1984, 2003a, 2003b y 2007; Padrón, 2007; Walsh, 2004; Zemelman, 2005). Esta invitación a la lectura de perspectivas epistémicas distintas y al desarrollo de praxis que le apuesten a la integración como opción para incidir en los procesos de recuperación de los sujetos con padecimiento psíquico implica:

- Superar la tendencia a la operatividad vacía de intención ética y política, que propende por la rehabilitación funcional y el acallamiento sintomático del sujeto para apaciguar su pregunta sobre lo que en el entorno aparece como falla estructural.
- Comprender de otra manera al sujeto, sus lógicas y sus lenguajes.
- Preguntarse por las formas o significantes de ciudadanía que subyacen a estas vías urbanas de la exclusión social.
- Pensar el asunto de posibles inclusiones sociales, en términos de una civilidad que vaya más allá de la tentación primera de relacionar directamente la civilidad con la civilización, y donde circule más bien la posibilidad de un ejercicio ciudadano como existencia y corresponsabilidad de los habitantes de las grandes ciudades colombianas.
- Superar las significaciones constantes sobre una cultura autodefinida en la barbarie, como aniquilación tácita o explícita del otro¹⁷, para construir posibilidades de visibilización y escucha, en donde el otro no solo tenga espacios de inclusión, sino donde también sea posible su integración.

De este modo, es preciso indicar que las cuestiones referidas a la ciudadanía parten de una concepción enmarcada en la complejidad, que se relaciona con los derechos y deberes cívicos y políticos del sujeto, su participación activa en lo público, su regulación social, sus modos de interacción social con relación a las dinámicas propias de temporo-espacialidad sociocultural y su incidencia en

17. ...cultura de la barbarie que “no actúa solamente desde la acción bélica directa como en las diferentes confrontaciones armadas sino en manifestaciones supuestamente “civilizadas” que promueven y esconden formas sutiles y eficaces de discriminación, dominación y aniquilamiento, que anula desde adentro la posibilidad de constitución del sujeto erguido” (Sanchez y Vergel, 2010, p. 54).

la trama social. Todo ello en el marco de un colectivo social que se presupone con capacidad de reducir niveles de violencia e inseguridad, empleando la vía de la racionalidad, la argumentación, la conciliación y la negociación, que posibilite opciones sublimatorias de expresión relacionadas con el ideal de “progreso cultural”, éste que debería ser producido desde adentro del complejo cultural en el cual se inscriben los ciudadanos, y que no necesariamente se apuntala dentro de los significantes progresistas del mundo del capital.

En este sentido, la civilidad es entendida como una postura; esto es, una posición que adopta un sujeto en calidad de ciudadano para participar activamente en los asuntos sociales que permiten una movilización, tanto de sí como de su entorno. Esto implica entonces suponer un sujeto “que no espera a que sean otros los que realicen por él, sino que desde su papel de ‘agente’ opera sobre su realidad inmediata creando formas alternativas para incluirse en los proyectos de ciudad, comuna, y sector”, un sujeto activo,

(...) que va mas allá de la mera adaptación pasiva (camuflaje) para instalarse en una comprensión crítica de su situación personal y grupal en relación con el medio, a partir de ello comprender su situación de vida, por ejemplo de exclusión, proponiendo y obrando en congruencia con ella en procura de bienes materiales y simbólicos a los cuales creen tener derecho, todo ello por la vía del fortalecimiento y potenciación como sujetos y como grupos que rescatan valores y reivindica su lugar como sujetos de derechos, enmarcado en la vía de acciones orientadas al reconocimiento de sí mismos y de los otros (Ramírez, 2010. p. 66).

Por su parte, Cortina (2003), en una conferencia dictada en la Universidad de Chile, titulada “Ética, ciudadanía y modernidad”, expresa que lo más importante para una sociedad es el carácter de las organizaciones, las personas y en general el pueblo que la compone. Esta autora reconoce la importancia de las leyes o de los recursos legales de una sociedad, pero insiste en poner el acento del análisis de la ética en relación con la ciudadanía y la sociedad, en el punto clave del “carácter de sus personas” como una ruta para generar una sociedad cuya estructura y dinámica estén sustentadas en los ciudadanos que espera forjar. Muestra también, cómo desde el siglo XX y sobre todo desde la década de los 70 se reconoce la necesidad de una civilidad vinculada con una sociedad civil capaz de asumir con responsabilidad social su protagonismo y que tome el lugar que le corresponde en una sociedad pluralista, incidiendo en los asuntos que competen al territorio, al bienestar social y a las oportunidades que la sociedad ofrece a sus miembros como derecho vital.

Esto propone un concepto que traspase los significantes primeros asociados a la civilización y a menudo relacionados con la negación del salvajismo o de la barbarie, para dar lugar a la idea de un proceso de organizaciones civiles o de ciudadanos que construyen desde la colectividad, y desde la propia responsabilidad, opciones legítimas y particulares para apostarle a un desarrollo humano centrado en sus propias realidades sociales.

Para la autora es claro que el asunto de la civilidad, asociado con los procesos "civilizatorios", está ligado a los asuntos relacionados con castraciones e inhibiciones a las cuales un individuo está "sujeto", como condición necesaria para pertenecer a un grupo social. Si para Freud el precio del progreso implica la pérdida de la felicidad mediante la elevación del sentido de culpa, puede decirse que la conceptualización de "civilización" que hace Norbert (1990), con base en su estudio de la sociedad occidental, reconoce su apuntalamiento en la generación de prácticas sociales que llevan consigo un componente de retracción de la conducta individual y colectiva, para hacer posible cualquier tipo de socialidad. Esto hace que la socio génesis de la "civilización" sea básica en la psicogénesis de la personalidad de los individuos que hacen parte de esa civilización. Norbert (1990), expresa al respecto que el proceso de civilidad pasa por:

...una regulación global de emociones, hacia una renuncia a impulsos y una transformación de impulsos. A lo largo de este cambio social, los seres humanos se ven exhortados cada vez más a ocultar de la mirada de otros, o incluso de sí mismos, acciones, manifestaciones instintivas y apetitos que antes podían expresar abiertamente (p. 144).

Con los anteriores presupuestos surgen cuestionamientos alrededor de lo investigativo y su praxis:

En el campo de la investigación:

– ¿A qué apostarle?

¿A un proceso investigativo riguroso cuyos instrumentos sean creados desde la búsqueda de verdades previamente hipotetizadas?

¿A una ruta de indagación que favorezca el apareamiento de una metódica rigurosa pero consecuente con el espíritu cuestionador que da aliento al proceso?

– ¿Qué horizonte indagativo puede permitir develar lo impensado, lo oscurecido, lo opacado, lo acallado, para permitir que en el asunto del conocimiento

de estas subjetividades particulares, podamos dar cuenta de aquello que hace “sujeto” a la población a estudiar?

En el campo de la praxis o la aplicación:

- ¿En dónde poner el acento?

¿En las disciplinas, las epistemes, las metódicas, los sujetos, las situaciones sociales, o en todas ellas?

Y si este es el caso ¿Cómo permitir que en esta pluralidad de tonos aparezca una polisemia capaz de constituir cambios significativos en las realidades sociales de los sujetos diagnosticados con enfermedad mental?

- ¿Cómo construir metódicas de trabajo participativas en donde los egocentrismos de tipo mesiánico, puedan ser catalizados por un colectivo de trabajo consciente de su importancia en el devenir del proceso?
- ¿Cómo apostarle a la utopía más allá de la construcción de un delirio colectivo que se instale allí donde antes aparecía el delirio particular de los sujetos diagnosticados con enfermedad mental?
- ¿Cómo construir una prospectiva de trabajo conjunto con ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental, en donde sea posible la pregunta constante y abierta por el lugar soñado, el lugar asignado, el lugar tomado y el lugar posible¹⁸, de cada uno de los miembros que protagonizan la praxis?
- ¿En los procesos sociales es posible recuperar esas voces, que no son sólo la voz alucinante, sino que más allá del delirio y la alucinación, se constituyen en voces que buscan una escucha?, y ¿y desde donde hacer una escucha

18. Se hace referencia a la apuesta particular de la facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Cali, institución dentro de la cual se llevó a cabo el proceso de investigación formal que motiva el presente libro, cuando invita a sus estudiantes del núcleo de profesionalización a preguntarse constantemente por el lugar de su quehacer como practicantes de psicología y las implicaciones de ese lugar en lo que respecta a las verdaderas posibilidades de transformación social que tienen como agentes sociales, pero sobretodo, como profesionales de las ciencias sociales. Sin embargo, cuando se enuncia la pregunta en este texto, se supone que la ella debe rotar constantemente en todos y cada uno de los sujetos que hacen parte del proceso de abordaje y transformación social, y por supuesto, en el colectivo, como dispositivo primordial, con importancia de primer orden para el desarrollo de un proceso social y comunitario centrado en la civilidad y no en el protagonismo de alguno de sus agentes.

pertinente que pueda darle nuevamente un lugar genealógico, ontológico y social a esas orfandades subjetivas?

Estas cuestiones sin resolver, enuncian la dificultad de pensar aislada y silenciosamente en un abordaje dignificante del asunto de la enfermedad mental; pues aquello que no se hace visible, por la ingenuidad, por el desconocimiento, por los prejuicios o por los intereses subjetivos del investigador o del interventor, termina siendo no solo un obstáculo en el proceso de transformación social sino que muchas veces puede servir precisamente al sostenimiento o fortalecimiento de las operatorias epistémicas y políticas que buscan ser interrogadas¹⁹.

En el campo de lo mental, se ha insistido en la pregunta por la subjetividad centrada en los asuntos puramente individuales, o puramente sociales y culturales, pero difícilmente estos asuntos han sido vinculados entre sí, y mucho menos vinculados a lo histórico. Esto produce informaciones fragmentadas sobre la locura, así como lo son los tipos de psicosis mismas.

En respuesta a ello, se propuso un abordaje metodológico que en su desarrollo permitiera restituir de alguna manera aquello que había quedado perdido o roto en la fractura social, y que suele ser evidenciado en los sujetos fragmentados, psicóticos o no, pero rotos; no solo a razón de la división subjetiva que permite hacernos sujetos, según el psicoanálisis, sino también disociados en virtud de aquello que se juega en el malestar contemporáneo con relación a una falta en el tener, que parece obturar la posibilidad de que el sujeto se las vea responsablemente con la falta en el ser. Una falta en el ser que probablemente tiene vínculos importantes con la dificultad contemporánea de entender que dicho ser se ha construido en las diferentes dinámicas sociales durante el tiempo.

Los ciudadanos que consintieron en hacerse colaboradores directos e informantes de la ruta de indagación, fueron informados previamente sobre los objetivos y fines de la propuesta investigativa, se aclaró que antes de cualquier forma de publicación de sus narraciones, ellos serían concedores de la palabra que sobre sus experiencias circule.

El proceso de recolección de los testimonios se hizo en varios momentos y con diferentes estrategias propicias para cada circunstancia.

19. En este caso, la omisión en el acto de “hacer visible”, no solo es un obstáculo importante, sino también fundamental, desde lo ethopolítico.

Sin embargo, por la complejidad en la recolección de los testimonios del amplio grupo de personas con las que se decidió trabajar, se definió una nueva estrategia para trabajar con:

- Con dos familiares y dos ciudadanos diagnosticados: encuentros únicos con una sola entrevista realizada en sus hogares.
- Dos ciudadanos diagnosticados: dos encuentros, con una sola entrevista a cada uno, en sus respectivos espacios laborales.
- Una ciudadana diagnosticada: dos encuentros, uno en su hogar, donde se realizó la entrevista inicial, otro, en la clínica, durante el proceso de hospitalización psiquiátrica.
- Dos ciudadanos diagnosticados que se constituyeron en los principales colaboradores del proceso: Se estableció un tiempo para los encuentros formales e informales, con el propósito de que la palabra circulara y junto con ella apareciera lo sorprendente, el hallazgo, aquello que en ellos resonaba más allá de nuestras búsquedas.

La mayor dificultad de este proceso fue lograr que las entrevistas no generaran impactos subjetivos o emocionales profundos, en los psiquis de los sujetos pero que aún así, fuese posible obtener datos que resultaran significativos. Desde las primeras entrevistas se evidenció que los datos significativos surgían cuando cada uno de estos colaboradores se conectaba directamente con su forma de sentir y vivir la realidad de la cual estábamos hablando. Esto implicó que prontamente los encuentros no tuvieran el formato de una entrevista puntual, sino de reuniones en las que se privilegio la palabra sobre aquello que para los pacientes y sus familiares resultaba más significativo.

Si bien, las razones de nuestros encuentros estaban centradas en “conocer las experiencias propias de la interacción social que los ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental advierten como relevantes en sus crisis y en sus procesos de recuperación, advirtiendo la manera como dichas experiencias afectan su integración social”, se consideró que la calidad y pertinencia de la información sería directamente proporcional a la interacción social que los colaboradores tuvieran con la investigadora y los auxiliares.

En este estudio era fundamental, que junto con la pregunta como búsqueda científica o disciplinar, apareciera la disposición de las investigadoras para hacer de la interacción y la integración social algo más que un concepto; era

necesario que dichos significantes conceptuales se cargaran de significado vital. De alguna manera, años antes, la experiencia en el programa de salud mental comunitaria, ya había anunciado a la investigadora principal que lo que se juega en los abordajes ambulatorios de situaciones de gran padecimiento psíquico en ciudadanos diagnosticados con alguna forma de enfermedad mental, es un asunto propio del vínculo con el otro.

Mucha veces en la praxis surgió la pregunta en relación con lo que aprecia como efecto de cura, y muchas veces hizo su asomo la intuición de que la relación paciente-psiquiatra, paciente-promotora de salud, paciente-psicóloga, paciente-terapeuta ocupacional, tenía un efecto de alivio singular en los pacientes. Pero debido a que el asunto que convocaba el encuentro con estos ciudadanos diagnosticados con alguna forma de psicosis, no estaba orientado en el camino siempre novedoso de la terapéutica, sino en el sendero a menudo inquietante de la investigación, se optó en primera instancia por un diseño de la investigación que contara con la entrevista abierta como técnica privilegiada para la recolección de la información.

La Tabla 2 y 3 muestran las generalidades de una de las primeras estrategias metodológicas. La Tabla 2 da cuenta de las estrategias, actividades y acciones proyectadas. La Tabla 3 muestra las estrategias, actividades y acciones ejecutadas. Este devenir metodológico muestra que finalmente se hizo de cada uno de los encuentros —entre investigadores aprendices y ciudadanos colaboradores—, un espacio privilegiado para el trabajo y la reflexión conjunta, en el cual se colocó el acento en los sujetos. De esta forma el acento era plural y las preguntas, los cuestionamientos y los asombros circularon en doble vía. Así, se pasó de una propuesta inicial de levantar historias de vida, a una postura final de conocer las historias que se entrecruzan en esas vidas y el lugar actual y posible de ellas en la historia.

Tabla 2
Estrategias, actividades y acciones proyectadas

Objetivo	Estrategia metodológica	Actividades	Acciones
<p>1. Conocer los elementos de la historia personal que los colaboradores de la investigación advierten como relevante en los procesos de integración social.</p> <p>2. Indagar sobre los aspectos subjetivos que los enfermos identifican como determinantes para su proceso de recuperación.</p>	Levantamiento de historias de vida.	Entrevistas en profundidad con cada paciente.	Entrevistas y encuentros formales e informales con los dos principales colaboradores de la investigación.
		Entrevistas a familiares de los pacientes.	Trascripción de la información.
			Sistematización.
		Retroalimentación del relato con cada paciente.	Construcción de los relatos.
			Retroalimentación con una de las colaboradoras.
		Entrega del resultado final (historia de vida) y recepción de comentarios.	Entrega de archivos de información y conversaciones virtuales y personales con otro de los colaboradores.
	Entrega final del producto a los colaboradores.		

Tabla 3
Estrategias, actividades y acciones ejecutadas

Objetivo	Estrategia metodológica	Actividades	Acciones
<p>1. Conocer los elementos de la historia personal que los colaboradores de la investigación advierten como relevante en los procesos de integración social.</p> <p>2. Indagar sobre los aspectos subjetivos que los enfermos identifican como determinantes para su proceso de recuperación.</p>	Construcción de crónicas o relatos desde la palabra de los ciudadanos colaboradores.	Diálogos y encuentros formales e informales en diferentes espacios con los ciudadanos colaboradores:	Conversaciones formales e informales con los varios de los colaboradores de la investigación:
		<ul style="list-style-type: none"> - Encuentros formales con algunos familiares de ciudadanos diagnosticados con alguna forma de enfermedad mental relacionada con la psicosis. - Diálogos y encuentros formales e informales en diferentes espacios vitales con ciudadanos colaboradores en calidad de sujetos diagnosticados con alguna forma de psicosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Con dos familiares y dos ciudadanos diagnosticados: encuentros únicos con una sola entrevista realizada en sus hogares. - Con dos ciudadanos diagnosticados: dos encuentros, con una sola entrevista a cada uno, en sus respectivos espacios laborales. - Con una ciudadana diagnosticada: dos encuentros, uno en su hogar, donde se realizó la entrevista inicial, otro en la clínica en visita durante el proceso de hospitalización psiquiátrica.

(pasa a la siguiente página)

Tabla 3
Estrategias, actividades y acciones ejecutadas (continuación)

Objetivo	Estrategia metodológica	Actividades	Acciones
<p>1. Conocer los elementos de la historia personal que los colaboradores de la investigación advierten como relevante en los procesos de integración social.</p> <p>2. Indagar sobre los aspectos subjetivos que los enfermos identifican como determinantes para su proceso de recuperación.</p>	<p>Construcción de crónicas o relatos desde la palabra de los ciudadanos colaboradores.</p>		<p>Entrevistas, conversaciones formales e informales, encuentros informales con los dos principales colaboradores de la investigación.</p>
		<p>Transcripción de la información.</p>	
		<p>Sistematización</p>	
		<p>Levantamiento de los relatos.</p>	
		<p>Retroalimentación del relato con cada paciente.</p>	<p>Entrega, lectura y retroalimentación de crónica construida con una de las colaboradoras.</p>
		<p>Entrega de archivos de información y conversaciones virtuales y personales con los mismos con otro de los colaboradores. A este colaborador se le compartió también previamente la ponencia que se presentó en un congreso sobre historia de la locura, en la cual aparecían apartes de su discurso.</p>	
<p>Entrega del resultado final y recepción de comentarios.</p>	<p>Invitación a cada uno de los colaboradores por lo menos a una de las socializaciones públicas del producto final del proceso investigativo. Entrega final del producto a los colaboradores.</p>		

Capítulo

**Diálogos,
encuentros y
asombros: vidas
en la historia
e historias
en la vida**



Dos ciudadanos como pintores de su propio lienzo y como protagonistas de anudamientos particulares en las tramas que configuran sus vidas, sus entornos y sus acontecimientos y, desde sus singularidades, permitieron decir aquí algo que se relaciona directamente con ellos y con la enfermedad mental y el síntoma, y que ha llevado a encuentros menos conceptuales, pero que ha posibilitado conocimientos fundamentales sobre sus miedos, sus dudas, sus sueños... su vida. Gabriel García Márquez en el libro "Vivir para contarla"; expresa que "La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla" (2002, p.). Los recuerdos narrados por (P) y (M.)²⁰ sobre sus vidas, son el insumo que hoy permite acceder a los discursos, las vidas y las emociones, con el fin de procurar construcciones "otras" sobre el asunto de la integración social, de los síntomas y de las relaciones intersubjetivas.

Si se afirma que la construcción de la subjetividad está mediada por una doble confluencia: por un lado, la de todos los aspectos propios de cada sujeto (miedos, sentimientos, sensaciones, recuerdos, esperanzas, sueños, realidades, limitaciones, etc.); y de otro lado, las determinaciones e influencias de los otros sujetos de su entorno (política, vida social, condiciones económicas, etc.), se puede aseverar entonces, que en el acontecer humano un sujeto se transforma constantemente, al tiempo que se constituye también como transformador de realidades, vinculadas no solo con el acontecimiento, sino también con las emociones, las experiencias, y las formas particulares de significar los cambios históricos y generacionales. La construcción escrita que sigue, es producto de un trabajo de reorganización de los datos aportados por (P) y (M.), desde sus propias rememoraciones de experiencias, eventos y sentimientos en el proceso de recordación de su vida. Pero en ese proceso de construcción, también aparecen rasgos de reescritura de las subjetividades de las escribientes.

A pesar de ello, o por lo menos, teniendo ello en cuenta, a continuación se dará protagonismo a estos actores sociales, para luego intentar una interpretación sobre la forma como las narraciones de su vida dialogan o no con la teoría. Para ello se tendrá en cuenta lo que ambos sujetos aportan desde sus semejanzas y

20. Designación que tendrán los colaboradores para obviar sus nombres.

diferencias, pero también aquello que presentan por fuera de las posibilidades del símil y de la comparación, mediante puntos de tensión propios de su condición humana, entendiendo aquí como tensión aquello que sin ubicarse del lado de lo igual, ni de lo totalmente diferente, aparece como un elemento que insiste en mostrarse.

(P) y (M.) son ciudadanos mayores de edad que han sido diagnosticados con una enfermedad mental asociada a una forma de psicosis. Esto supone que, han sido puestos en el plano de la anormalidad por aquellos que se han abrogado el derecho a definir la línea divisoria entre lo normal y lo anormal. Sin embargo llama la atención que estos ciudadanos no aceptan para sí un lugar pasivo y no se quedan juiciosamente en el lugar en que “son puestos” por el otro.

De este modo se debe reconocer que no se puede pensar los asuntos de lo humano a espaldas de las realidades sociales compartidas, ni de aquellas consignas sociales que se circulan asumiendo cierto carácter de verdad y que permean la mentalidad de quienes hacen parte de esa sociedad. Así, lo que en adelante se pretende resaltar es la condición de (P) y (M.) como ciudadanos, como sujetos humanos en una condición particular y con una forma específica de ser y de existir, aun cuando se reconozca que el haber sido denominados como “anormales”, introduce en ellos y en quienes los rodea un significante que no ha de desdeñarse, debido al impacto social que se produce en una sociedad cada vez más centrada en el ideal de la perfección humana, en el que las diferencias no siempre resultan gratas.

El lector o la lectora se encontrarán con el discurso de (P) y (M.) que se convierte en el eje principal para poner en discusión algunos regímenes de verdad fundamentados en el rigor científico. Se propone una ruta que consiste más bien en un entrecruzamiento constante de caminos que tendrá en cuenta:

- Las experiencias de vida de los colaboradores (P) y (M.) principales de este proceso de indagación, muchos de ellos inspirados en apartes de lo que posteriormente se publicará en forma de crónica y de compendio de artículos.
- Las reflexiones de las investigadoras, producto del sentido que fue cobrando para el proceso de inmersión en la historia de vida de (P) y (M.).
- Las discusiones permanentes entre la postura de la perspectiva hegemónica patologizante y las propuestas que hacen énfasis en el reconocimiento de la importancia de la dimensión social (cultura, creencias, relaciones con el

entorno, afectos, etc.), en el surgimiento de las mentalidades, pero también del sufrimiento psíquico.

- Las formas como (P) y (M.) asumen sus experiencias, entre ellas, la experiencia de “enfermar”

Por otra parte no se pretenderá establecer conclusiones, sino involucrar al lector o lectora para que cuestione, lo que podría denominarse el conjunto de razones humanas de la locura.

Mujer, valentía y turbación: el dolor vital no siempre es locura

Inicios de una inmersión: entre la locura, la mujer y la indagación

... es casi un lugar común señalar la proclividad de los habitantes de este país hacia la narrativa, especialmente en su dimensión oral. Los colombianos somos narradores netos y natos, hábiles constructores de historias admisibles que corren de boca en boca, de padres y madres a hijos e hijas, con una especie de vida propia. Con estos relatos intentamos dar cuenta de lo maravilloso y sorprendente que nos asedia por doquier, de la tragedia y el gozo que, sin llamarlos, parecen dejarnos atónitos a cada instante.

Uribe, Carlos (2003). p. 67.

El lienzo en donde se pinta el devenir vital de todos los sujetos humanos suele tener trazos importantes de dolor y de esperanza. En el presente texto dichos estados del ánimo son expuestos por una mujer que ha sido diagnosticada con trastorno esquizoafectivo bipolar.

Este texto en particular, pone su acento en la forma en que las emociones relacionadas con el duelo y la esperanza, afectan y son afectadas por las relaciones intersubjetivas de una paciente y, por las características específicas de su inserción social. Los datos que aquí se analizan fueron recogidos durante cuatro largas y amenas tardes compartidas en casa de la paciente, durante las cuales se sostuvo una conversación mutuamente empática, y se compartieron palabras, emociones, ideas, experiencias, jugos, comidas, pero sobretodo, se compartió la vida misma y la grata sorpresa del encuentro con el otro. Durante las reuniones

efectuadas, esta madre y cabeza de familia mostró a tres investigadoras, muchos de los colores, tonalidades y trazos con los que ha compuesto el tapiz de su vida.

En (P) como en todo sujeto, se observa cómo su propia forma de ser y existir, y de vivirse como mujer, ha venido configurando una identidad particular, pero no con un grado tal de singularidad que impidiera construir con ella algunos rasgos identificatorios como mujer, ciudadana o humana. Mientras (P) iba narrando sus sentimientos, dudas, certidumbres y experiencias, las investigadoras asumían esta historia vital en tanto mujeres. Porque la narración de la propia historia, no solo adquiere dimensiones importantes en el acto mismo de ser dicha, (...) “cuando el sujeto y/o actor social cuenta su historia, y con ello ésta cobra nuevamente vida” (Díaz, et al. 2010, p.13). Sino que también dicha narración sugiere algo a la persona misma que actúa como depositaria o receptora de las palabras y los mensajes del sujeto narrador. Aquí es cuando se descubre en sí mismo a ese “otro” que antes se observaba tan lejano de “nuestro yo”.

(P) es una mujer con quien usted como lector o lectora no habrá de encontrarse sino a partir del papel que ejercen las investigadoras como mediadoras de ese encuentro. Por ello, es importante que usted, lector o lectora de las presentes páginas, entienda conmigo, que la historia de (P) se queda con ella, que hace parte de su propio recuerdo, y que lo que aquí aparece es sólo la construcción más cuidadosa posible que me fue permisible hacer, a partir de la vida que ella aceptó compartir.

Comencemos entonces, no sin antes entender también que nos abocamos ante un problema fundamental, que es el problema constante de cómo ubicarnos frente a un diagnóstico. (P), en su singularidad es una mujer que ofrece múltiples formas de acercamiento a la riqueza de su vida y sus pensamientos, pero su diagnóstico la signa, y ello es una realidad. No queremos minimizar a (P) con relación al rótulo, pero debe aceptarse que mientras la sociedad siga circulando en torno a una clínica que entrega gran preponderancia al diagnóstico, dicho rótulo y dicho estigma, no puede ser dejado a un lado. Ella no es la marca de una enfermedad mental, pero dicho rótulo si se convierte para en ella en una marca social. Ella es más que un desorden afectivo, pero su diagnóstico ha inscrito en su ser sentimientos y experiencias que no tendría si no hubiera sido rotulada.

Notas introductorias para la presentación general de un caso

El saber científico y homogenizante de la bipolaridad, en los manuales diagnósticos y estadísticos de los desordenes mentales (DSM), aparece que los desordenes esquizoafectivos de tipo bipolar, se caracterizan por ser trastornos en donde aparecen con gran intensidad y con una importante temporalidad

episodios depresivos de larga evolución, seguidos de episodios caracterizados por la euforia excesiva e hiperactividad desbordante.

En lo que respecta a los cuadros sintomáticos, se estiman que dichos trastornos se caracterizan por la alternancia entre dos fases del estado de ánimo: una que es la de exaltación o alegría desenfadada, y la otra que está asociada con momentos en que la persona siente depresiones intensas y bajo estado de ánimo, ello hace que el sujeto se sienta en incapacidad para disfrutar cualquier tipo de actividad. Los episodios depresivos y los episodios maníacos, se alternan también, muchas veces, con episodios o momentos que son denominados como “de estabilidad psicológica y afectiva”.

Con el objetivo de darle un sustento medible y comprobable a dicha entidad psicopatológica, los especialistas han construido una serie de posibles características con las cuales se pueda evidenciar la presencia del trastorno, en ese sentido se puede establecer una especie de cuadro diferencial entre los episodios depresivos y maníacos, tal como se muestra a continuación:

Cuadro 2
Características del ciclo del desorden esquizofrénico bipolar

Características de los episodios depresivos	Características de los episodios maníacos
1. Sentimientos de desesperanza y pesimismo.	1. Autoestima exagerada, o sensaciones de grandeza.
2. Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.	2. Energía excesivamente incrementada, acompañada muchas veces de una importante disminución de la necesidad de dormir.
3. Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.	3. Ganas de hablar, mucho más de lo que es necesario.
4. Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.	4. Sensación de pensamiento acelerado.
5. Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."	5. Hiperactividad improductiva. Gran distractibilidad, pasando de una a otra cosa con facilidad.
6. Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.	6. Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad...).
7. Trastornos del sueño que pueden estar vinculados con el insomnio, o con estados de constante adormecimiento.	7. Euforia anormal o excesiva, que puede incluso causar una irritabilidad inusual, que lleva a que la persona pueda estar hostil y/o amenazar a los demás.
8. Pérdida o aumento de apetito.	8. Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.
9. Intentos o ideaciones suicidas.	

Fuente: las autoras con base en http://drromeu.net/trastorno_bipolar.htm

De esta manera se han tratado de explicar funcionalmente los diferentes cuadros sintomáticos, ello ha permitido la construcción de categorizaciones que alientan la ilusión de diagnósticos cada vez más precisos, pero apuntalada en una mirada definitivamente universalizante de los sujetos y de sus sufrimientos psíquicos particulares. Se trata de una postura en donde pensar al sujeto, es pensarlo en relación con la forma como asume o genera su interacción social, olvidando muchas veces que la cuestión del vínculo social no puede ser pensada en una sola vía, pues el aspecto vincular entre el sujeto y su entorno, es interinfluente.

Gallo (2005), muestra que el vínculo social ha venido teniendo una serie de variaciones, que incluso muchas de las herramientas que nos presenta la actualidad para generar vínculos con el otro, parecieran tener un principio u objetivo claro: acercarnos más al otro. Pero cuando se analizan bien aquellas herramientas, el asunto parece perder claridad, y tanto los malestares contemporáneos, como los recursos tecnológicos actuales, nos muestran a un sujeto que cada día está más solo y más individualizado.

Esta visión de Gallo (2005), propone una lectura diferente de las manifestaciones sintomáticas y de la carga emocional que soportan los ciudadanos actuales. En efecto, la lógica de los problemas relacionados con los estados de ánimo bipolar, tendría que anudarse con el malestar cultural de la contemporaneidad. Ello supone una redefinición de los términos descritos como manía o como depresión, y si no una redefinición, por lo menos sí la generación de algunas preguntas abiertas que puedan complejizar el asunto y sobrepasar los límites del reduccionismo determinante. Esto implica el necesario estudio del sujeto, de la cultura y de las particularidades propias del vínculo social, que proporciona las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son los ideales sociales y culturales impuestos al sujeto como un “deber ser”, que facilitan las condiciones de su inclusión e integración social? Y ¿qué tan cerca o lejos estos mismos pueden sentirse de la mayoría las personas que hacen parte del sistema social en el que esperan ser incluidos?
- ¿Con cuales oportunidades concretas de desarrollo social cuenta un ciudadano para lograr sensaciones de bienestar con consigo mismo y con su entorno? Y en ese mismo sentido ¿Qué posibilidades tiene un ciudadano de desempeño social y económico en actividades dignificantes de su condición humana?
- ¿Cuáles son los requerimientos en la cultura con relación a los ideales de belleza, éxito y fortuna social? Y ¿Cómo se siente un sujeto frente a dichos requerimientos?

- ¿Cuáles son las oportunidades que ofrece el medio social a sus integrantes, en lo que respecta a las condiciones de seguridad económica, social, personal y alimentaria? Y ¿Cuáles son las opciones que tiene un ciudadano para el acceso a dichas condiciones?
- ¿Cuáles son las opciones de recreación y esparcimiento que ofrece la localidad para el público en general?

Teniendo en cuenta cuestionamientos de este tipo, las formas llamadas patológicas, en virtud de cuadros sintomáticos específicos, pueden dar cuenta de entidades patológicas o condiciones sintomáticas que no están puestas únicamente en el sujeto, sino que pueden estar también del lado de la sociedad y de los vínculos producidas por ella.

Episodios que se narran como improntas de una vida...

(P) es una mujer tumaqueña, afro-descendiente, ama de casa, de 44 años, diagnosticada psiquiátricamente con personalidad bipolar. En la actualidad vive en un barrio marginal de la ciudad de Cali, siendo ahora propietaria de un predio construido sobre lo que alguna vez fue zona de invasión, en la cual muchas familias se instalaron, incluyendo la conformada por ella.

Cuando (P) narra su vida, muestra ha construido, deconstruido y reformado. Estas narraciones constituyen importantes encuentros para el diálogo. Mientras ella narra, las investigadoras toman nota tratando de encontrar elementos para el análisis de los aspectos fundamentales de esa vida, que es ante todo, la vida reconstruida en el recuerdo de (P)

En gran parte de su narración, (P) da cuenta de aspectos psicosociales generados en la dinámica familiar y que se vinculan con la aparición del síntoma, sin embargo, lo que ha de resaltarse es la compleja y estrecha relación vital con todos los hechos, acciones y acontecimientos actuales de su vida, que configuran constantemente lo que ella es como mujer y como ciudadana.

(P) muestra sentimientos encontrados y vínculos afectivos ambivalentes²¹ en relación con su tierra de origen. No refiere mayores recuerdos traumáticos de

21. Recuerdos negativos, asociados a pérdidas significativas, la mayoría de ellas, relacionadas con la muerte; allí murió su abuela, quién –como ya se dijo– la crió y motivó a salir adelante, y que representaba una figura materna y protectora; también murió el esposo de su madre, de quien ella se refiere como un buen padrastro por “ser muy amplio” aunque rechace el recuerdo de su actitud agresiva con la madre; y por último en Tumaco se llevó a cabo el sepelio de su propio esposo, luego de morir asesinado en un atraco en la ciudad de Cali.

su niñez que estuvieron asociados a su tierra natal, y destaca que en dicho lugar vivió una adolescencia de la que resalta su condición de una joven estudiante, muy querida y protegida por su abuela, quien es uno de los seres más representativos para su vida.

(P) manifiesta haber sido una buena estudiante, haber tenido una abuela que ocupó el lugar materno, en ausencia de su madre biológica, quien trabajaba como comerciante y no la pudo acompañar en gran parte de su infancia. Pero su abuela la educó, le brindó afecto y apoyo, y le enseñó a cocinar, aprendizaje este, que representa para ella una de las oportunidades que le permitieron sentirse útil en la vida, convertirse en mujer y salir adelante, pues la gente destaca su “buena sazón”.

Desde 1979, siendo una adolescente, (P) comenzó a trabajar para “salir adelante”. Cuando tenía 12 años llegó con su familia a la ciudad de Santiago de Cali, en donde comenzó a ser ubicada por su madre en oficios varios. Ha trabajado en un restaurante, una panadería, casas de familia, cuidando niños y realizando las tareas del hogar. Sobre su llegada a Cali ella dice:

(...) Debido a la situación económica me trajeron y me buscaron trabajo en una casa que era de la cuñada de un tío mío. Ese fue mi primer trabajo. Desde los 12 años vengo respondiendo por mí misma. Ella nos trajo de Tumaco a los hermanos más grandes y nos colocó a trabajar, pero luego se devolvió.

(...) Cuando me vine para acá, a trabajar en una panadería donde hacía los oficios a la cuñada de mi tío, nunca me enseñaron nada de panadería, pero allí me trataban bien. Los días domingo nos mandaban para el parque y nos daban para el mecató. Incluso la mamá de ella sabía modistería y me hacía los vestidos. Luego mi mamá me sacó y me llevó a un piqueteadero que queda por Las Vallas y me tocaba interna. Ese trabajo era muy pesado para mí. Allí estuve hasta que cumplí los 15 años y allí mi mamá ya iba a dar a luz a mi hermano, el que mataron hace 4 años. En esas me tocó ir a vivir a Tumaco y yo ya me aburrí. Entonces me devolví para Cali, ella me trajo. Aquí seguí trabajando, cuando me devolví a Cali empecé a trabajar ya no en negocios sino en casas de familia. Estuve en una donde me amañe, les gustaba mi sazón, la familia estaba amañada conmigo. Ellos eran de Bogotá, eran chéveres, muy sencillos, yo casi no salía de la casa, ella me llevaba a pasear y a los graneros a hacer mercado, era muy chévere. El marido era abogado y por eso les tocó venirse a vivir a Cali. Al tiempo yo me retiré y empecé a trabajar al día, y me puse a cuidar a la hija de mi hermano, el mayor. Cuando la niña estaba pequeña la cuidaba y me metí a estudiar el quinto de primaria.

Cuando verbaliza la significación que tiene de su madre biológica, (P.) expresa pocas palabras. De hecho, cuando se interroga a (P.) respecto de su madre biológica, ella acude de inmediato a una respuesta genealógica:

(...) somos 12 hermanos, 4 muertos, 8 vivos. Casi no tenemos relación, somos muy desunidos. Cuando estoy enferma o me da mis crisis siempre el que está conmigo y voltea es mi hermano mayor. Él siempre me ha apoyado cuando he estado enferma. Todos mis hermanos viven aquí en Cali, pero con el mayor me siento más apoyada, con los demás es muy poco, siempre es el mayor. Luego del mayor sigue Carlos que tiene 45 años y luego Fernando. Sigue otro que se murió y que no conocí y yo vengo siendo la cuarta, y de allí sigue mi hermana. El papá de mi hermana es ecuatoriano, nosotros los 4 hijos mayores somos de un padre y las otras 3 son de otro padre, pero las dos mueren y queda solo una, que es la que sigue después de mí. Las que mueren tenían dos años, ya caminaban según lo que yo recuerdo. Ellas murieron como de ataques, como de convulsiones. De allí mi mamá hace hogar²² con otro señor, un venezolano, con el cual tuvo al resto de mis hermanos, mi mamá y él se dedicaron gran parte de su vida al comercio, traían mercancía de Maicao para venderla, y ella le tiene (se queda callada mientras hace la cuenta) como 5 hijos, tres varones y dos mujeres, el último de ese grupo lo mataron. El cayó en el vicio y lo mataron hace 4 años. Cayó en la droga. Después la última que tuvo mi mamá, tiene la edad de mi hija la mayor. (...) Mi mamá vive en Mojica y está de edad. Ella tuvo su casa, pero la perdió por hipoteca y prestamos, y ahora se encuentra viviendo en la casa de un familiar. Ella paga arriendo, pero parece que le toca desocupar la casa. Ella tuvo una pesquera, pero se fue de para atrás. Ya ella se encuentra en la tercera edad. Mi mamá ya va para los 70 años (silencio).

En el caso de (P.), la relación con sus hermanos aparece como un “no tener mucho que decir al respecto”, salvo que son lejanos y que no necesariamente cuentan el uno con el otro. De hecho, entre las pocas cosas que (P.) refiere cuando habla de sus vínculos fraternales, es el hecho de la distancia, o algunas anécdotas puntuales que en poco se diferencian con lo que podría decirse de un vecino, del personaje de una de sus novelas de la tarde, o de alguien poco conocido. Del hermano más cercano por ejemplo, dice muy poco, y expresa lo siguiente:

... mi hermano el de 47 años tiene una sola hija, porque la esposa no quiso darle más hijas porque se dañaba su línea, su cuerpo” (esto lo dice mientras se sume el abdomen y hace con su mano un gesto que recorre el tronco y con su rostro una mueca que nos connota algo de reproche íntimo, al anotar esta decisión de su cuñada), luego agrega “a los años escuché que él había tenido otra hija en una

22. Término referido a la creación de un nuevo vínculo conyugal y familiar.

relación en la calle, el trabajó en un monta llantas. Él es cristiano y estudia para ser pastor, con él casi no nos vemos, mi otro hermano si se ve con él, pero yo con el casi no me veo.

(P.) habla ocasionalmente de su padre biológico, pues está más asociado a momentos particulares, ya que la relación constituía lo que en nuestra cultura se reconoce como un vínculo formal entre padre e hija. Esto hace que incluso ella tenga poca claridad del motivo por el cual se generó la muerte de su padre, diciendo “parece que le dio un derrame”. Lo que sí recuerda es que esa muerte la llevó de regreso a Tumaco, esta tierra que le causa miedos y temores por los acontecimientos que marcaron su vida. Pero en esa ocasión el reencuentro con su tierra marca una posibilidad de construcción de una vida amorosa, mediante el establecimiento de una relación que no estaba buscando, pero que le permitió posteriormente construir una familia independiente. La muerte del padre como acontecimiento, los procesos dinámicos del mundo social y su apertura a nuevas posibilidades permitieron que (P.) comenzará a apostarle a un proyecto de familia constituida y reconstruida por ella.

En cuanto al padrastro, aunque se localiza dentro de los afectos de (P.), en quien reconoce admiración y cariño, y al cual se refiere como “un hombre bueno”, hace mención a la dificultad que su padrastro tenía para controlar los impulsos agresivos, sobre todo cuando él se encontraba bajo el efecto del alcohol. Cuando su padrastro se emborrachaba, esa figura paterna identificada como generosa y buena, se transformaba en algo contrario, que generaba miedo, sobre todo, por los actos agresivos de los cuales eran víctimas, siendo su madre la víctima principal de la violencia ejercida por el padre. Para encubrirse o salvarse de aquella agresión, (P.) manifiesta que “nos tocaba escondernos”, pero no siempre lo lograban, y en la actualidad, el recuerdo de este fracaso al esconderse o de los efectos de demorarse buscando la huida del padrastro borracho y bravo, genera en (P.) la fuga de una sonrisa.

En el testimonio de (P.) resulta curioso que el sentimiento de cariño por el padre aparece en el marco de la explicación de la muerte de este, que se relaciona precisamente con esa agresividad. Es como si algo de dicha agresividad fuera castigado con la muerte, por lo menos en los términos en que (P.) lo explica.

Ella manifiesta que es muy probable que la muerte de su padrastro esté ligada a un acto de brujería. Un día el padrastro vio a su sobrina besándose con un muchacho que a él no le gustaba. Frente a esa escena, el padrastro respondió con enojo, en ese momento le gritó y posteriormente, ya en la casa, le pegó a

su sobrina. Dice (P) que a partir de ese momento, la sobrina deseó la muerte de su padrastro, incluso llegó a expresarle directamente a este hombre el deseo que tenía de que él se muriera. Esto hace que (P) y su familia contemplan la posibilidad de que esta muchacha le haya hecho brujería al padrastro de (P), logrando con ello su muerte.

En la vida amorosa (P) aparecen dos hombres relevantes, uno de ellos fue su esposo y padre de sus hijas, y el otro es su novio actual, con quien siente afecto, empatía y compromiso.

Para (P) el surgimiento del amor representó un cambio importante en los lugares que ocupaba, pasó de ser estudiante a ama de casa, trabajadora en casas ajenas a cuidadora de su propio hogar, y terminó finalmente teniendo que vérselas con la apropiación de un espacio público como un espacio propio, al que poco a poco le fue dando su impronta. El primer amor la invita a tomar el rumbo hacia lo desconocido, pero deseado, esto es, la generación de lazos afectivos fuertes y de convivencia, pero también el reconocimiento de ser habitante constante de una ciudad, como lugar en donde se establecería con su pareja y con su futura familia, esto demarca el comienzo de una aventura que se conecta con nuevas dinámicas y experiencias.

Ella, que manifiesta haberse destacado siempre en su colegio “por tener las mejores notas y ser buena estudiante”, abandonó el aula de clase como resultado de su primer embarazo, para así organizarse con el que fue su esposo, y quien en adelante será identificado como (Q.).

Estando radicada en la ciudad de Cali, (P) decide organizarse con (Q.) quien era también de Tumaco. Él la lleva a vivir a una invasión ubicada en el suroccidente de la capital vallecaucana, en lo que en la actualidad se conoce como la primera etapa del barrio el Poblado, del Distrito de Aguablanca. La historia de amor comenzó durante un viaje a Tumaco, con motivo de una situación de duelo familiar. Allí se conoció con (Q.), pero posteriormente él se quedó en Tumaco y ella regresó a Cali; Sin embargo, en esta época de distancia geográfica mantuvieron la relación afectiva. Ella dice “yo le escribía y él me escribía, hablábamos por teléfono, me embohe, me enamore. Terminé el quinto y pasé a primero de bachiller, mi idea era seguir estudiando. Pero fui tan boba que salí en embarazo, entonces ya hice hogar”. En ese momento ella funda su propia familia, que se amolda, se crea y se establece con otro, en el que las afinidades permiten a veces compenetrar y reagrupar el significante de la palabra familia (Garciandía, J. 2007). Un significante en el que entra en juego el establecimiento

de otros roles antes inéditos, o la reedición de roles que ya se actuaban en otros espacios y dinámicas de relación interpersonal. En su rol como mujer, aparece un sujeto cuidador del esposo y con la posibilidad de vivencia plena del afecto sensual. En su rol como ciudadana, se constituye como vecina de un espacio físico particular, que desde el principio tendrá que ser cuidado, apropiado y defendido, al ser una zona de invasión, y como pareja se consolida la mujer sexual y la futura madre de un hijo compartido con su cónyuge.

De la historia afectiva y la vida familiar con (Q.), ella dice:

(...) con el que fue mi esposo tuve un noviazgo corto porque yo era ingenua, yo tenía 19 años, estuvimos solo 4 meses de novios y quedé en embarazo, después el salió del cuartel y no tenía trabajo. Mi hermano mayor, el que yo digo que es cristiano, cuando se dio cuenta trató de obligarlo a que él tenía que casarse conmigo, entonces él dijo que obligado no se casaba, y al tiempo fuimos comprando las cosas de la casa y lo de mi barriga (...) y cuando iba a caer a cama, entonces fuimos, pagamos el arriendo y a los 15 días nació mi hija la mayor, allí la tuve.

Cuando (P) regresa de su tierra natal –Tumaco–, comenta “vivíamos en el Barrio M., en la casa de nuestros compadres, luego en la unión, donde mi mamá, pero allí había mucho corrinche, y yo estaba enseñada a vivir sola, luego fuimos a vivir a los comuneros donde una tía, y ya salimos a un barrio más central”.

Después, retoma el arrepentimiento por haber regresado a su tierra, diciendo:

(...) yo me decía a mí misma, ¿por qué me vine? Me arrepentía de haber vuelto a Tumaco, a veces yo decía, él tan vago, tan este, o sea, yo lo tome muy a pecho. Un día le dije yo me voy, yo cada día estoy más enferma, yo le dije vámonos, aquí no estamos haciendo nada. Y él me respondió que me quería mucho, pero que si yo me quería ir que me fuera.

Así que yo me devolví para Cali con mis hijas y a los meses a la mayor la matriculé, pero no tenía con qué comprarle las cosas. Entonces me volví a ir a Tumaco y en esas me enfermé y él se vio obligado a venirse conmigo. Le tocó transportar la moto, y se vino conmigo, y allí él se quedó, y al año más o menos fue cuando el compró este rancho.

(Q.) es un hombre bastante significativo en la vida amorosa y en el desarrollo personal de (P), puesto que asume el papel de cuidador constante de los hijos, de proveedor responsable de la familia, de constructor de un espacio físico propio y de un hombre al cual poder amar. Sin embargo, (Q.), también le generó algunas penas, casi todas ellas asociadas a la infidelidad. Ella dice que él era un

hombre “mujeriego y vago”, pero que sin embargo “nunca descuidó el hogar y cumplía con el diario y con las obligaciones económicas y era buen trabajador”. Recordemos que (P) y (Q.) provienen de culturas y familias afro descendientes del pacífico colombiano, por ello, estas condiciones particulares de (Q.) no representan una situación traumática en (P).

(...) mis hijas... la mayor tiene 24 y la otra en diciembre cumple 22 y eso que quedé en embarazo con el dispositivo –o sea la T–. Yo iba a control al hospital C., del barrio U., nosotros vivíamos por allá y cuando yo fui a control un día me lo revisaron y como que me lo dejaron mal colocado. Luego yo volví, porque tenía un dolor bajito y pintaba sangre. Así que me dijeron que no, que quizás yo estaba en embarazo, yo le dije que desde que me lo revisaron yo me sentía mal y seguí en la misma. Recuerdo que vivíamos en una pieza. Mi marido estaba trabajando, yo estaba con la niña y me sentía mal; cuando ese día mi hermano, el mayor, le dió por visitarme y me preguntó: ¿Qué te pasa?, y le conté y tenía fiebre. Él me dijo que fuéramos por puerto rellena al Pro salud que allí hay un médico bueno, cuando el médico me vio, me dijo: No negrita, ¡quiere que le retire el dispositivo? Y yo le pregunté ¿por qué doctor? y él me dijo que estaba inflamada y que por eso tenía tanta fiebre. Yo le dije –si retíremelo que no aguanto más el dolor–, así que me lo retiró, y me mando a descansar y a planificar con inyección, cuando me sentí mejor viajamos a Tumaco y a mí se me olvidó colocarme la inyección. Allí fue donde yo quede embarazada de mi segunda hija.

Después de narrar esta parte de su historia sobre el aprendizaje y el rol establecido como madre, además de la forma como da en detalle el embarazo con sus dos hijas, (P) agrega con premura “¡Es que había mucha cosecha de pescado!” dice esto con mucha risa, y con un gesto en el rostro que deja entrever algo de picardía y pena, que hace evidente que se está refiriendo a los poderes afrodisiacos que en las ciudades costeras de Colombia se le asigna a la comida de mar. Luego agrega, con la misma picardía, que a esta segunda hija casi no le gusta este alimento. Si bien es cierto que en ese momento de lo que estábamos hablando era de su genealogía y en particular de su experiencia en la gestación de sus hijas, ella insiste con el tema de los afrodisiacos y de la contundente efectividad de ellos, pues agrega en la conversación un paréntesis mostrando cómo no solo son buenos para incrementar el deseo sexual, sino que también son importantes para el logro de la fertilidad. Al respecto, (P) nos cuenta que “una muchacha vecina mía, no podía tener hijos. Un día le ofrecí seviche y ella se hizo cliente mía, al tiempo me dijo: ¡Ya! y yo le dije ya que (...) y ella me contestó: ¡Estoy en embarazo! (...)” (P) continúa riendo y expresa, acompañada de una carcajada, “¡y con el seviche que se comió (...)! Yo le dije ¡Ay que tal que sean mellizos!”. Ella agrega que estos alimentos corresponden a un mito.

Tuve un tercer embarazo, cuando me pasé aquí quedé. Me tocó hacer el control en el hospital Carlos Holmes, todos decían que todo bien y ya cuando me dieron los papeles para que los tuviera listos, yo veía que no me daban los dolores. Fui donde el médico y me dijeron que venía en mala posición y como que no era tan normal. Una vecina de acá atrás de la cuadra me acompañó. Fuimos al departamental²³ y como a las 5.30 o 6.00 pm nos remitieron para el San Juan de Dios²⁴. Llegué con la orden para que me hicieran la cirugía, o sea la cesaria²⁵. Y hemos llegado, y una enfermera me dijo que cual cesaria, que yo iba a tener mi hijo normal, y me aplicaron la pitocin²⁶ y yo de 3 cm no pasaba. Luego llegaron un grupo de estudiantes y llegó el cirujano y les hizo unas preguntas a ellos y uno de ellos le dijo que la sangre que la negrita está botando no le gustaba y allí cogió el cirujano, se acercó a mí y me dijo: ¿Tu quieres que te haga cesaria? Y yo le dije que desde que yo había venido ayer, yo iba para cesaria. Él me dijo que no tenía la culpa, me colocaron la inyección y dijo que me acomodaran y me llevaran a cirugía. Cuando nació la bebé, estaba morada, no lloraba, yo sentía algo que me trancó²⁷, y la enfermera me dijo: ¿Se la nuestro? Y yo no le contesté nada, cuando me pasó la anestesia la vi y ella era idéntica a mi hija la mayor. Mi esposo lloró y yo me quedé seca, mi hijita estaba muerta. Mi esposo estaba en su vagancia y no lo hizo tan feliz la noticia de este embarazo, no fue como los otros dos, yo les hacía cositas, arreglé en una canasta, el lloró, y habían las damas rosadas y me dijeron que si yo no tenía para el ataúd ellas me daban. Al rato llegó una psicóloga a hablar conmigo y todo eso. Tómelo con tranquilidad —me dijo la psicóloga—, yo le dije que sufría de mi enfermedad y ella me dijo que mis dos hijas me ayudarían a llenar el vacío. La psicóloga estuvo conmigo, yo estuve dos días con un dolor en el pecho, me hicieron un electrocardiograma, inclusive gratis. La enfermera recuerdo que me dijo “el que mucho aprieta poco abarca”, recuerdo que me lo dijo cuando supo que se me había muerto la bebé, y nos iban a regalar el ataúd. Mi esposo no aceptó el ataúd porque era una caja que estaba fea y mal hecha. Así que fue a hablar con el patrón, y el patrón le prestó plata, y él compró otro ataúd. Le tocó enterrar la niña solo, porque unas hermanas iban a verse con él para enterrarla y no aparecieron, así que a él solo le tocó enterrarla mientras yo estaba hospitalizada. Ya cuando salí de allí, en ese entonces, en el cementerio Siloé tenían un jardín para los niños, lo más de bonito; ahora ya dañaron todo eso, yo fui una vez a visitarla y no volví más porque me dolía mucho y era una tortura, aunque yo después fui sola, me puse a llorar, me deprimí y no volví. Con la muerte de la bebé, me dio mucha tristeza, en ese

23. Se hace referencia al Hospital Universitario del Valle ESE, Evaristo García.

24. Se hace referencia al Hospital San Juan de Dios.

25. Expresión coloquial con que se conoce a la operación de parto cesárea, cuyo nombre fue otorgado en honor a Julio César, del cual se dice que nació de esta manera.

26. Solución acuosa empleada para inducir el parto.

27. Expresión coloquial derivada del verbo trancar, sinónimo de cerrar, y que se emplea en este contexto como ‘en silencio’.

tiempo quise recaer, pero gracias a Dios no, no recaí, porque caí en cuenta, y me dije: por algo será que sucedió lo que sucedió; además los médicos me dijeron que ella iba a ser como especial, y allá me hicieron preguntas como que ¿si él tomaba o si era drogadicto? yo pregunté por qué y el médico dijo que tenía la cabeza algo rara y que si se salvaba iba a ser especial. El hecho de que ella iba a venir a sufrir fue que yo me dije que por algo fue que mi Dios se la llevó.

(P.) recuerda la muerte de dos seres amados, que fueron víctimas de la hechicería (...) la magia. Habla primero de su “mamita” – abuela, quien fue la persona que le brindó su amor, además de las enseñanzas y oficios caseros, que hasta ahora en su vida actual han sido elementos básicos e importantes para vivir. Aquí se podría visualizar como (P.), viene de lo particular: las enseñanzas de su abuela, a lo social, la aplicación de sus saberes en la vida cotidiana actual.

En relación a ello, (P.) denuncia que las muertes de algunos de sus seres queridos, ya mencionados, han sido efecto de la hechicería. Incluso, afirma que el mismo médico del hospital nombraba el uso de la “pepa de aguacate” como un instrumento de carácter maligno y que es posible que su enfermedad mental esté asociada con ello:

(...) los viejos decían que a mi abuela le habían hecho la brujería de “la pepa del aguacate”, que es cuando una persona se empieza a decaer en su salud hasta llegar al punto de morir.

En Tumaco creen mucho en este tipo de cosas. Recuerdo también que nosotros vivíamos muy bien y desde ese tiempo para acá empezamos a decaer económicamente y fue por ese motivo que mi mamá empezó a mandar a los hijos mayores acá a Cali para que empezaran a trabajar y poder mantener a los pequeños.

Las prácticas y creencias culturales, propias de la cultura del pacífico colombiano, hacen que muchas de las pérdidas de seres queridos que (P.) ha sufrido, sean significadas como producto de la hechicería, teniendo en cuenta que las prácticas de brujería son cotidianas en su tierra natal, según ella lo refiere.

Cuando mi esposo murió, yo ya tenía la enfermedad, nosotros vivíamos en el barrio M.; él compró unas cosas de pesca y volvimos a Tumaco y allá fue que yo me enfermé por primera vez, yo lo dejé, me tocó dejarlo, yo me vine, pasé por primera vez donde el psicólogo en Siloe cuando yo estuve mal. Yo le dije que yo lo quería mucho, pero que me encontraba mal y de allí él se vino, pero yo tenía unos 25 años, y ya tenía mis dos hijas; una iba para dos años y la otra ya tenía como los 4 años, mis hijas estaban pequeñas.

Cuando (Q.) y yo vivíamos juntos, él me decía que me quería, pero él era vago. Él era muy responsable, quería mucho a sus hijas, pero era muy mujeriego, los fines de semana. Los sábados se quedaba en la calle y tenía muchas mujeres, él era responsable con lo del hogar, no necesitaba que yo le dijera: ve dame dinero (...) esto y lo otro, no, era muy responsable, pero como pareja sí era vago. A mí me daba tristeza, me deprimía y yo me la pasaba haciéndole reclamos. Él recalcaba que me respondía y yo le decía que prefería no tener nada material, ni este rancho, ni una buena cama, ni nada; quisiera dormir en el piso, pero tener tranquilidad, tener una persona que me respetara.

Lo que pasó fue que yo llegué allá a Tumaco, y mi mamá me dijo siga a su marido y el allá era muy vago y yo me daba cuenta, y dicen que fue que yo las cosas las tomé muy a pecho, entonces me empezó a dar insomnio, yo no podía dormir, caminaba y caminaba, yo era aseada y ordenada, y me estaba descuidando con respecto al aseo y todo eso, y me daba por llorar y llorar o por bañarme y bañarme, echarme agua, a cada rato; se me quitaba el apetito.

Yo empecé llorar sin saber por qué; a caminar en las noches, no podía ni dormir ni nada, y la gente me decía que era que yo me echaba lo de mi esposo muy a pecho; lo que él hacía de andar con diferentes mujeres allá, pero no sé si fue por eso, pero para esa época empecé yo a tener crisis, de no tener ganas de hacer nada, a veces no me daban ganas de bañarme, también no quería salir de la casa, y ya luego cuando regresamos a Cali, que ocurrió su muerte, que lo mataron, pero pues pienso yo, no sé, que desde esa época fue que se inició mi enfermedad; yo creo en Dios, pero también sé que existe la maldad y que pudieron haberme hecho algo para yo estar así como estoy ahora.

(...) a mi esposo lo mataron por robarle la moto, o sea, él trabajaba en la bomba de la 70 de López, en la Mobil. Él venía de allá y venían siguiéndolo por robarle la moto"... "Incluso cuando él murió me dejó una vieja por acá atrás, una que tenía hasta una niña y yo ni cuenta me daba, me di cuenta al tiempo, incluso era de Tumaco. Ella ahora tiene dos hijos y ya no vive por aquí, ahora tiene casa en Potrero Grande, inclusive cuando él murió, quería meterle un hijo a él, pero resultó ser de otro" (...) "cuando lo mataron, el patrón cubrió con todos los gastos, el cuerpo lo trasladaron a Tumaco. Cuando él murió, a mí me dio una crisis, nunca pensé en una cosa como esa, en una muerte tan repentina, porque a pesar de que él era vago yo lo quería mucho y él era mi familia, a él le hacían una novena de nueve rezos y yo sufría, porque sentía que él me rondaba. Me fui para donde los tíos de él, me vine a Cali, pero sentía que no era la misma, me sentía mal, caminaba, no dormía. A mí me decían que no viera las fotos de él, que las guardara. Incluso una vez entre despierta, yo lo vi a él. Yo discutí con el patrón de él porque el dejó un kiosko y yo iba y me sacó, y como él había quedado de darnos una casita, apoyarnos; y ese día que lo vi, él me decía: "ya deje todo eso así, no se busque más problemas y usted para mí fue una buena mujer". Ya verlo no me daba miedo,

pero si sentía el frío de su ausencia, más que todo en Navidad. A él lo mataron un 9 de diciembre y desde allí yo al final de los diciembre, aún siento tristeza, luego tuve otra relación, pero uno no deja de sentir el vacío (...)

A pesar de que Tumaco es el sitio donde nací, no es un sitio al que me guste ir, porque me trae muchos recuerdos feos de todo eso que viví, inclusive me encuentro preocupada, porque mi hija la menor aquí no ha podido ubicarse laboralmente en lo que es la enfermería y quiere regresarse para allá, y no me gusta, porque ella aquí es mi apoyo y me hace compañía.

Para (P) la relación con sus hijas al principio de su enfermedad resultaba difícil:

(...) al principio no tenía mucha comunicación con mis hijas, porque cada una era por su lado, pero ahora recibo mucho apoyo por parte de las dos y me siento muy acompañada, porque me ayudan a sobrellevar mi enfermedad y de cierta manera me comprenden. Hoy en día nos contamos las cosas y hay buena relación entre nosotras, y con mi nieta también estoy muy contenta de tenerla conmigo, porque me asombra como habla y las cosas que dice y da como vida a esta casa, a pesar de ser muy inquieta. La relación mejoró muchísimo entre nosotras.

(P) siente que en razón de su enfermedad mental, se ha visto afectada su relación de autoridad con sus hijas. Ella expresa la admiración que siente por su hija mayor, ya que desde joven le ha tocado ayudar económicamente a su madre y asumir gran parte de los gastos de sostenimiento de la vivienda en la que residen, además agradece el acompañamiento que le ha brindado desde el comienzo de la enfermedad mental hasta ahora.

Aunque a veces siento como que he perdido un poco de respeto, en la medida en que yo a veces amanezco con ganas de prender el equipo y cantar, o con ganas de estar simplemente sola, no porque esté en crisis ni nada, si no porque amanezco como cuando a una persona "normal" le dan sus cosas, y ellas ya se asustan, porque creen que voy a entrar en crisis, entonces el padecer una enfermedad ya te impide tener como tus emociones, expresarse como es uno, sin estar al borde de una crisis, sino que ya empiezan ellas a hacer suposiciones que seguro entraré en crisis o que si me tome la pasta, y cosas así.

En los controles médicos me preguntan como estoy, sobre mis hijas, qué hago, a veces duraba una hora o 45 minutos. Después de la consulta individual nos dan una charla en grupo, donde nos hablan sobre la droga, los efectos, la familia, cómo se siente uno, los nombres genéricos de la droga, cómo se comporta uno. El que nos da las charlas es el psiquiatra. Las charlas son los jueves, nos hacen exámenes de tiroides, control de peso, porque la droga produce hambre, la droga me mantiene estable para poder dormir, y tenerme estable, hay días que la droga me produce

mucho mareo, sed, resequedad en la piel, da ansiedad de comer, con la Clozapina me caía. En cambio, con esta (se refiere a la Queatipina) me da mareo, pero lo controla mi organismo, la acepta bien, me han dicho que tengo esquizofrenia afectiva y síntomas bipolares, porque hay días que me da por hablar o no, o estar triste, me metí a una asociación de pacientes por medio de la cooperativa y esta estaba acompañada por salud mental y me hice parte de la cooperativa, porque una vecina me comunicó y me hicieron una entrevista y así uno era socio y nos daban cursos por medio del Sena y nos daban cursos de aseo hospitalario y terminamos en la Universidad del Valle. Aprendí muchas cosas, como donde llevar las agujas infectadas, a cómo no mezclar el jabón Fab, con el ácido, muchas cosas que nos enseñaron (...).

Dos años luego de enviudar, (P) tuvo otra relación:

(...) pero no duró nada, todo se acabó. He intentado tener una relación estable y volví y lo intenté.

(...) hubo un novio que habló con mi hija y le dijo que me quería mucho y que quería casarse conmigo y todo el cuento, cuando salí del hospital, debido a una crisis, la relación se acabó. Salí de la crisis y él no volvió.

(...) y con el señor con el que salgo ahora, llevamos más de un año, él sabe de mi enfermedad y me acepta así. El es muy conversador, a veces me saca la rabiecita, (risas) otras veces me hace reír, pero trato de sobre llevar la relación, porque todo mundo tiene sus dificultades. Tengo con quien conversar, contarle mis cosas, yo lo siento como mi compañía, como él sabe de mi enfermedad, él dice que yo me estreso por no tener un trabajo estable y por eso él me colabora para yo tener un plante para poder vender mis dulces y así yo no pueda pensar ni estresarme. Él me acepta con mi enfermedad y sabe que la droga me produce mareos y así me acepta. Tener un novio es chévere porque la soledad es aburridora, con él tengo una persona con quien compartir mis cosas buenas y mis alegrías, tengo un hombre en quien apoyarme.

Aquí (P) hace mención a una relación en la que el otro del afecto se convierte en agente activo de su vida, se trata de un nuevo comienzo, de otra forma de establecer el vínculo amoroso, posterior a un periodo de inestabilidad sentimental caracterizado por el temor o la prevención que el diagnóstico causaba a (P). La aparición de este nuevo hombre, permite que se redimensione su conciencia de sí y su forma de vivir la enfermedad, incluso que pueda reconocer que vivir el afecto es posible, no a pesar de su enfermedad, sino con todo lo que ella es como mujer. Luego de la muerte de su esposo, ella tenía algunas experiencias afectivas en las que no lograba superar el ser vista solamente desde su mera patología, pero ahora aparece como protagonista de nuevas formas de vivir el

afecto, aparece en ella la posibilidad del encuentro de la estabilidad afectiva y vuelve a tomar un lugar como pareja, mujer, compañía y apoyo.

En esa relación que tengo ahora con (X.), mis hijas dicen que no se meten, ellas respetan y dicen que es mi decisión. Él las saluda y ellas le contestan, ellos no son íntimos amigos, pero tampoco son enemigos. (X.) tiene 47 años, lo conocí porque enseguida de la cuadra él estaba ayudando a repellar la casita de abajo y yo vendía dulces y cigarrillos, y él me decía que cuando le pagaran me daba la plata de los dulces que se los fiara y de los cigarrillos, porque él le gusta fumar, y luego me dijo vecina véndame el almuerzo y yo se lo vendí, y empecé a molestar (risas). Me lo había dicho de broma y no pensé que yo le fuera a vender el almuerzo y lo conquiste por la sazón (risas), y a los dos días me invitó a dar una vuelta y allí seguía él repellando (risas). Él decía que yo le causaba la impresión de ser una mujer muy seria y que por eso no se había acercado antes.

Cuando (P) recuerda los momentos de disgusto que tiene con (X.) su novio actual, (P) ríe y dice “(...) en toda relación hay disgustos e inconformidad, cuando eso pasa yo lo dejé que le pase su rabia solito”; dice esto mientras ríe y agrega que “(...) a veces le digo dos palabras y espero a que se le pase la rabia y cuando a él se le pasa, viene y me busca, conversamos y volvemos a la normalidad”. “(...) la verdad no discutimos mucho, pero es normal que a veces hay cosas en las que no nos entendemos, porque él tiene un modo de ver y yo tengo otro”. Ello sugiere que en sus vínculos con lo social, (P) ha construido estrategias de resolución de conflictos que le permiten resolverlos sin centrarse en ellos por mucho tiempo.

(P) expresa la felicidad que sintió en la celebración de sus cumpleaños, “mi novio contrató a un fotógrafo para que hiciera un estudio, tuve dos ponqués, antes por falta de una torta, ahora tuve dos, una rosa y fui de rumba”, esta celebración la compartió con sus vecinos e hijas, y de la cual mostraba a las entrevistadoras las 3 fotos, –una con su novio besándose, otra igual, pero sin beso y con su familia– “(...) mi hija la menor ahorró para ir comprando desde hace varios meses las cosas para celebrar la fiesta, y en vez de una torta tuve dos, y eso a mí nunca me había pasado, se hizo chicha, se les dio a los niños helado, pastel y crispetas, la pasé muy feliz, la pasé bien”.

(P) hace referencia también que desde que tiene una relación de pareja con su novio actual, y desde que se siente muy acompañada por él, sus hijas y su nieta, ella ha dejado de sentirse mal, no ha vuelto a tener crisis y supone que al tiempo que su recuperación ha contribuido a estrechar sus lazos afectivos,

también estos lazos afectivos sostienen su proceso de recuperación, agrega que el propósito de ella es no volver a recaer.

Con respecto a las crisis que se han presentando en su relación, dice:

Desde que estoy de novia con (X.) he intentado recaer dos veces, pero no ha llegado al punto de hospitalizarme. La primera crisis me dio por acostarme y yo no quería nada, no quería bañarme, ni hacer nada. En la primera él vino a visitarme, y yo no sabía por qué estaba así, si tenía una persona a mi lado, pero me entró una depresión; y en la segunda, había ido a control y el médico me había encontrado muy bien, y de repente no quería pararme de la cama ni nada, y yo le dije a mi hija que me llevara al hospital y no me hospitalizaron, porque no vieron que fuera necesario. Me mandaron unas pastas, me las tomé y me mejoré. Mis hijas me preguntaron ¿ha peleado con (X.)?, y yo les dije que no. Y yo creo que fue porque me desjuicié con la droga, porque todo entre él y yo estaba bien. Mis hijas me dijeron que si quería que él viniera, ellas lo llamaban, y yo no quería nada.

Los cuestionamientos sobre el porqué la persona cae en crisis, cuando se tiene lo necesario, hace que muchas de las incógnitas que se tenga con respecto a algunos asuntos de la vida y de las enfermedades, queden en eso, en incógnitas que no tienen respuesta, y porque no se interroga las circunstancias, ni el significado que esto guarda para la vida del sujeto.

La compañía constante de sus hijas y nieta supone que su recuperación ha contribuido a esto, además del propósito de sí misma para no recaer:

A veces no me gusta estar sola porque es más peligroso que decaiga en crisis, aunque las que me han dado es cuando están acá mis hijas, pero no me gusta estar sola, o a veces cuando no salgo también me intento como deprimir, me da como aburrimiento, tristeza. A mí me gusta salir mucho a caminar así por los parques, ver otra gente, algo en lo que yo me pueda distraerme, o cuando de pronto quiero vender mis dulces y mis comidas y no tengo la plata, eso también me coloca como muy triste" (...) "me propuse a mí misma no recaer y no sé si era porque estaba con mi pareja y con mis hijas, aunque las otras veces he estado igual de acompañada y he recaído; esta vez no sé por qué no recaí o tal vez es porque uno también se propone a uno mismo como no recaer, también creo que es eso (...)

El lugar que vuelve a tomar en tanto mujer que ama, marca un momento importante en su historia, una historia que en sus ires y venires ha tenido fluctuaciones entre la alegría y la tristeza, constituyendo así otra faceta de su identidad y personalidad, y que generan una forma de representarse su propia vida, esto es, de significar su experiencia vital. Sin embargo, entre la alegría y la tristeza, aparece también un diagnóstico que paradójicamente convierte estos

sentimientos o emociones en uno de los indicadores del cuadro sintomático y de la consecuente enfermedad.

En realidad, aunque (P) atribuye el surgimiento de su enfermedad a los hechos relacionados con la pérdida, es importante decir que ella insiste en configurarse día a día como un ser humano capaz de ser actor y protagonista de su propio destino. Ella reconoce sentimientos y emociones, y sabe incluso que muchas veces es superada por la carga de ellos, generando una mayor vulnerabilidad psíquica, pero también es capaz de comprender y de autocontrolar sus crisis. Es decir, identificar sucesos o hechos que ella sabe que le perjudican, tomando decisiones al respecto.

Vida, ilusiones y deseos subjetivos vs. alucinaciones y locura social

Configuración socio-familiar y cultural del "ser mujer"

La formación de las dinámicas familiares en un sujeto, no está mediada únicamente por los lazos de consanguinidad que se comparten con el otro, sino que deben su aparición a otro tipo de lazos socio-culturales e históricamente establecidos. La constitución del vínculo amoroso como determinante del lazo social y familiar es una construcción relativamente nueva en la historia de las sociedades occidentales. En esa configuración de lo amoroso, en relación con la constitución de una familia y la elección de pareja, es posible decir que los afectos amorosos se construyen a partir de la atracción sexual, de la interacción social, de los sentimientos de grata compañía generados por el otro, de las posibilidades socio-económicas del otro, y de otras condiciones propias de los valores predominantes en cada momento histórico y en cada espacio socio-cultural.

En la actualidad, los nudos que generalmente se establecen a partir de un vínculo afectivo de carácter amoroso, con aspiraciones de larga duración, están puestos en el orden de los sistemas familiares. Y dichos sistemas comportan un carácter complejo, no solo en su estructura, sino en su función y sus dinámicas. Sobre todo, porque ellos en sí ya encierran una serie de relaciones y dinámicas diferentes entre sí: la pareja, la diada madre-hijo(a), la diada padre-hijo(a), la triada padre-madre-hijo, y la relación entre hermanos; sumado a ello, las relaciones entre las edades y los géneros (Builes et al., 2008).

Algunas de estas relaciones fueron especialmente expuestas por (P) en su discurso, y permitieron dar cuenta de características importantes en la forma como

(P) concibe y vive sus vínculos socio-afectivos más estrechos. Los vínculos en los que se hará énfasis, respondiendo al acento que (P) pone en ellos, son los vínculos que incluye las relaciones con la maternidad, las dinámicas familiares, la relación con el padre y la pareja amorosa.

En psicología, el concepto de maternidad, no se remite solo a la madre gestante, sino que también incluye a aquel personaje protector que se vincula afectivamente con el niño y que suele acompañar el proceso de desarrollo de él. De esta manera, dicho personaje llega a constituirse como un referente para la construcción de la representación social (Berenstein, 2001).

En el caso de (P), dicho personaje no es la madre biológica, sino la abuela materna. Dicha abuela participa en el proceso de desarrollo de (P), no solo creando vínculos afectivos, sino también asumiendo las funciones delegadas socialmente a las madres: como la protección, el cuidado, la atención, etc. Al respecto (P) menciona lo siguiente:

Mi abuela fue una de las personas más importantes en mi vida, porque ella es como mi mamá. Me crió y fue la que me enseñó a ser mujer, a aprender los oficios de la casa y mantener un hogar, porque mi mamá siempre estaba trabajando como comerciante y viajaba mucho a Maicao con su esposo. Él ya falleció. Entonces yo pasaba mucho tiempo con mi abuela. Otra cosa que le debo también a mi abuela es que me enseñó a ser luchadora y a seguir para adelante desde muy joven, porque también me ha tocado desde chiquita salir adelante.

(P) no sólo rescata de la relación con su abuela al aprendizaje de habilidades funcionales como los oficios caseros, sino que además caracteriza como importante el haber aprendido de ella algunas características propias de la identificación con el género femenino, como es la construcción e la interacción social, propias de la mujer, las formas de maternal, las formas como se generan los vínculos emocionales, la afectividad y las capacidades de protección del otro. Es todo ello lo que permite que la abuela se configure como un personaje principal en su vida y que dicha presencia se actualice, no solo como recuerdo, sino también en algunas acciones cotidianas, como el cocinar para los demás. De esta manera. (P) adopta y asume dentro de sus rasgos de comportamiento el rol materno que le fue asignado en su experiencia de vida, y que hace que en la actualidad ella genere acciones cotidianas que considera propias y naturales, porque las apropió profundamente en su relación afectiva con la abuela.

El protagonismo de la abuela de (P), en sus procesos de identificación como mujer, es sustancialmente diferente al lugar dado y a la relación construida con

su madre biológica. Aparece en (P) una madre biológica que ocupa un lugar en la genealogía o en el linaje, pero que no es sustancial en lo que respecta al vínculo afectivo (Adela, 2001).

Como se ha planteado anteriormente, parece que la importancia o la relevancia de la vida de la madre de (P) no está puesta en su lugar como cuidadora, sino en la cantidad de hijos que tuvo, es por ello, que preguntar por la madre implica una respuesta del lado de la vida y las relaciones fraternas, más que de una relación maternante, por parte de su madre. La madre biológica es la mujer dedicada a tener hijos (según ella refiere, hijos “por grupos” que pueden categorizarse según el padre común) y a buscar dinero mediante los negocios. No aparece ligada a relaciones de amor.

De hecho, las únicas formas de maternaje que parecen relacionarse con el afecto hacia ella, son el amor y la compañía representados tanto en la figura de su abuela, como por ella misma en la relación con sus hijas.

La significación que tiene (P) de su madre biológica está firmemente vinculada con dos asuntos; el primero, el que a partir de ella tuvo hermanos y un padrastro por quien sintió admiración; y en segunda instancia, un acopio de pensamientos y recuerdos que dan cuenta de una interacción pobre y un vínculo poco significativo con una madre a quien se recuerda en estrecha relación con lo laboral.

Esa figura materna que se agrega con otra relación amorosa, denota un nuevo parentesco de afinidad para (P) y sus hermanos, conformado por la paternidad. Un rol que su padrastro añade como sujeto nuevo en la estructura familiar y el lazo de afectividad para (P), pues, la figura paterna no se configura desde elementos congénitos o biológicos, sino que también se funda en las relaciones que se establecen, la convivencia, las conexiones afectivas, las formas de relación, el significado que construyen a partir de la interacción con ese otro, las reglas, los valores que se implementan en las relaciones, las diferencias y similitudes, las políticas, los lazos sociales que se construyen, los roles, las funciones, la unificación, las dinámicas, etc.; pues, desde esta perspectiva la paternidad se conecta, se desarrolla y se amolda a las nuevas estructuras familiares con las que los sujetos se vinculan y se integran, construyéndose de esta manera un ente afectuoso y significativo en la vida de los sujetos, y es allí donde (P) reconstruye ese significado de su padrastro (Builes et. al., 2008).

En la teoría psicoanalítica, el padre aparece como una figura trascendental en tanto su función es primordial en la construcción y constitución de la realidad

psíquica de los sujetos. De un lado, en Occidente, el padre es el encargado de generar la inscripción de un sujeto en la cadena generacional, y por lo tanto cumple una función particularmente importante en la genealogía de los sujetos. Pero de otro lado, el padre opera también como figura de una función de ley que pone límite y demarca las posibilidades que un sujeto humano tiene en la cultura. Es por ello que muchas veces se dice que el padre tiene la función de producir un sujeto escindido, esto es, un sujeto dividido, que en virtud de su incompletud, de su falta, se convierte en un sujeto deseante. Desde esta óptica el padre entonces no es desde el psicoanálisis un sujeto concreto, sino que es una función.

Lacan retoma la figura del padre, estudiada antes por Freud y hace referencia a un nuevo significante para designar esa función, que es el significante Nombre del padre. Este significante resulta complejo en la teoría psicoanalítica en tanto alude a algo que no tiene correlato en la representación, es decir, no hay ningún padre en la realidad que pueda ser poseedor o abrogarse el derecho de fundador o encarnador del significante Nombre del padre. Así entonces, un sujeto que tenga dicha función, es un sujeto que la asume simbólicamente dentro de su relación con el hijo y con la madre de este (Dor, 1989). El padre real asume su representación simbólica mediante la regulación del deseo entre madre e hijo.

Jöel Dor (1989), en el libro *El padre y su función en psicoanálisis*, muestra que el hombre, en cuanto padre, en un momento dado tiene que probar que posee completamente aquello de lo que todo hombre está provisto, es decir, no está castrado. En el caso del tótem y tabú freudiano, se muestra que ese hombre no castrado, ese que era “al menos uno” entre todos los demás hombres de la horda, que poseía a todas las mujeres y que tenía todos los atributos de un tirano, era definitivamente envidiado por el resto de los hombres de la horda a causa de sus atributos. Entonces los otros hombres, envidiosos y deseosos de poseer los atributos del tirano, lo matan y lo consumen en una comida totémica, con el fin de apropiarse de sus atributos. Freud muestra que esta es una muerte al mismo tiempo llorada y celebrada, que genera una sensación de libertad en aquellos que cometieron el crimen y comparten el cuerpo, pero que también supone el arrepentimiento y la aparición de la culpa. Estos dos afectos, alegría y culpa, y estas dos condiciones, libertad y arrepentimiento, generan en los hombres de la horda la necesidad de alimentar una deuda eterna, y de ser generadores o representantes simbólicos de aquel tirano primigenio. A causa de ello, el padre muerto alcanza un poder mayor al que poseía en vida. “(...) el padre que tenía a todas las mujeres no adviene jamás como padre, sino sólo en el momento en que está muerto como hombre” (Dor, 1989, p. 37).

Para resumir, entonces, ha de decirse que:

1. La función paterna posibilita el establecimiento de la falta en la existencia del sujeto, un vacío que no puede ser colmado. Esta falta es la generadora del deseo, y con ello introduce la posibilidad de un sujeto que puede establecer al otro una demanda, siempre inagotable, en tanto remite al ideal de satisfacción de una carencia imposible de ser llenada.
2. Al prohibir el incesto como una ley fundamental, la función del padre se convierte entonces en un soporte fundamental para permitir que el sujeto ingrese al orden de la cultura, pero además hace posible que el niño se instale en el orden simbólico cuando accede a la metáfora paterna.

En el caso de (P) la figura paterna estuvo ocupada parcialmente por dos personas distintas, su padre biológico y su padrastro, siendo este último incluso mucho más importante para ella.

En este momento es importante hacer énfasis en la importancia del vínculo afectivo en la historia subjetiva y social de los sujetos humanos, pues el vínculo que se establece con un otro marca los roles y las dinámicas a partir de las cuales se ingresa en el marco de lo afectivo, lo emocional, lo social, lo económico y lo político.

En el relato de (P) sobre su padrastro dentro de la historia familiar, y sobre la muerte de él, aparece el asunto de la maldad, producto de un metarelato cultural que distingue entre lo bueno y lo malo, poniéndose en la balanza el cariño, de un lado, y la agresividad, del otro. O incluso, poniéndose en el lugar de la causa de muerte, un acto relacionado con la brujería y la maldad.

La muerte genera una ruptura en lo que respecta a la cotidianidad de la interacción corporal y visual con ese ser representativo, lo cual causa el efecto mortificante que (P) reconoce en la ausencia del padrastro, pero que sabe suplir en la actualidad con recuerdos que si bien se asocian al dolor, también se asocian a la gratitud por haberlo sentido, significando con su afecto y presencia la historia vital de (P).

Si en el caso del tótem ancestral de las culturas primitivas, se supone un padre tirano que queda puesto en el lugar de ley, cuando sus hijos deciden matarlo, a fuerza de no soportar la carga de la represión que dicho hombre impone. En el caso del padrastro de (P), aparece un hombre amoroso y brusco, que intenta tener control sobre la expresión sexo-afectiva de una sobrina, y cuyo efecto

termina siendo, supuestamente, el ejercicio de una hechicería que da por resultado la muerte. Pero dicha muerte física no incide en la consistencia de esta figura paterna en el recuerdo de (P), su rememoración está cargada de amor y reconocimiento, que son afectos que incluso superan el posible afecto asociado con el miedo o el temor que generaban algunas de las actitudes paternas. Tiene este hombre entonces un lugar a través del recuerdo, en la plasmación del presente (Gamo et al., 2003).

Tanto en sus dinámicas, como en su conceptualización, la familia occidental se concibe dentro de las dimensiones afectiva, emocional, social, económica y política. En el caso de (P) la dimensión afectiva es desarrollada con algunos personajes puntuales: abuela, padrastro, hijas, hermano mayor y marido, los otros integrantes aparecen más en una dimensión concretamente física, existen, pero no es relevante su existencia en la vida de (P). En cuanto a la dimensión emocional, fueron la abuela, el padrastro y su marido, quienes en el pasado, permitieron que los conflictos personales y mentales de (P) pudieran ser elaborados, resueltos o manejados, y en la actualidad ese apoyo emocional dentro del grupo familiar, lo hacen sus hijas. En la dimensión social, la configuración actual de la familia representativa la constituyen las hijas con las cuales vive y en este momento de su vida, el nuevo novio. En la dimensión económica, es la hija mayor quien ocupa un lugar protagónico, si se trata de la economía monetaria, pero en lo que se refiere a la economía como la distribución de cargas y a la política como forma de relación consciente, autónoma, responsable y personal con el otro, el protagonismo deben ser interpretados de otra manera.

Con ello, se puede observar cómo las estructuras familiares no solo se explican en el vínculo afectivo y social, sino que al mismo tiempo se presentan dinámicas y acciones políticas relacionadas, es decir, acciones que se median por la cortesía, cumplimiento de normas, afinidad, diálogo, escucha, comprensión, atención de las demandas o solicitudes hechas por sus miembros. Esto constituye la necesidad de un acompañamiento particular en la cotidianidad de los sujetos, la instauración de un vínculo social específico en relación con la cercanía entre los miembros de la familia, sea esta cercanía por linaje, afinidades, gustos, lugares jerárquicos o afectos. La ausencia, fragilidad o ruptura de estos vínculos tienen un necesario impacto en el sujeto, y pueden llegar a traducirse en acciones, sentimientos o emociones que no siempre son manifestadas concretamente por los sujetos, sino que se acompañan con expresiones de frialdad, e incluso, con un silencio que acalla los contenidos afectivos y emocionales (Serna, 2008).

Pero en todo este panorama relacionado con el plano de la familia de origen, también se arraiga otro significativo: la economía. Esta es una de las formas vinculares en que se establecía la dinámica familiar de (P), donde la fractura de los sentimientos de apego hacia la madre se hacía cada vez mayor ((P) hermanos – madre).

Las necesidades económicas hacían que la experiencia del afecto estuviera siempre mediada por el deber, y en este caso por el deber compartido entre todos los miembros de la familia, de cumplir con el abastecimiento de sus necesidades básicas. La madre actuaba como proveedora, y desde ese lugar se dedicaba a actividades propias de la compra y venta de mercancías que la obligaban a realizar constantes desplazamientos del lugar en donde habitaban sus hijos; además, en la medida en que los hijos iban creciendo, ellos tenían que comenzar a asumir la colaboración en el abastecimiento material. Es por ello que (P) no establece un contacto afectivo muy marcado con su madre, excepto en situaciones momentáneas o algunos instantes familiares, pues la economía familiar dependía del trabajo de su madre, generando esto, una figura materna poca veces vista y en poca relación con sus hijos.

Con ello, se puede hacer referencia sobre la economía desde dos puntos específicos que se consolidan en la historia familiar de (P), el primero es el arraigo de la economía en la historia generacional de la familia de (P), que se actualiza en la niñez mediante la forma del vínculo afectivo que establece con su madre, luego se replica un poco con la pareja sentimental y actualmente, su hija se constituye en la responsable económica de la familia. El sujeto constituye buena parte de su identidad a partir del lugar de origen, la sociedad, la política, la economía, la educación y la familia. Esta última, es considerada en Occidente como el grupo principal y central para el individuo, pues allí construye y fundamenta los valores, principios, reglas (López, 2001). Por ello, debido a los problemas de subsistencia, los sujetos sentirán menos protección, pues las crisis frente a los sentimientos de culpa pueden llegar a la destrucción de relaciones afectivas, donde la falta de participación y vitalidad da cabida al aislamiento y la separación. En el caso de las personas diagnosticadas con alguna forma de enfermedad de alto costo, incluyendo la enfermedad mental, la privación prolongada de sus actividades sociales, familiares y económicas perturbará el sistema de necesidades fundamentales de los sujetos.

La segunda perspectiva de la economía alude a la economía psíquica. Economía que es uno de los principios por los cuales se rige el cerebro y la mente humana, asociado al manejo de la energía psíquica, que se proyecta o se reprime de

múltiples maneras, como impulso, como afecto o como acto. En la actualidad frente a las formas como dicha economía psíquica se regula o se maneja, Charles Melman (2005) dice que la economía psíquica está regulada por la represión (refoulement), tanto del sexo como del odio. El progreso cultural ha querido que esta represión haya sido levantada y el resultante no ha sido propiamente un ser satisfecho, sino un sujeto más individualizado a la luz del cual se deben renovar las teorías que aluden a su comprensión. Y esta postura se encuentra muy relacionada con lo que plantea Agejas:

Distinguiendo entre la posición intersubjetivista que se apoya en el psicoanálisis y en posiciones filosóficas postmodernas y la clásica postura que considera la importancia del objeto en la constitución de la subjetividad y apoyándose en ésta, se argumenta para mostrar como el sujeto no sólo se estructura en medio de vínculos, sino que estos son parte actuante en todo momento de la vida de cada persona. De modo que la tramitación pulsional no sólo es un proceso intrapsíquico, sino que participa de los vínculos intersubjetivos. De modo tal que al darse una perturbación significativa de los mismos, la economía psíquica se ve alterada en su totalidad (2006, p. 4).

Esto implica que con las particularidades en las cuales se pone en juego la dinámica de relaciones de un sujeto y en las formas, sentidos y tonos que adquiere Intersubjetividad (Dunn, 1995), se juega una forma particular de economía psíquica que genera en el sujeto desgaste, suma, ganancia, satisfacción, insatisfacción, seguridad o desconcierto.

En el caso de (P), se puede decir que el vínculo en el que se sostiene su personalidad y sus condiciones como sujeto, ciudadana y mujer, ha fluctuado entre varias representaciones de sí, en razón de las distancias geográficas, las distancias afectivas o frente a la presencia de la muerte. Esto abre la pregunta por la posibilidad subjetiva que tiene esta mujer de realizar movilizaciones afectivas y sociales, y en este sentido, la pregunta por las posibles razones que hacen viable esta movilidad, teniendo en cuenta que ella ha sido diagnosticada y es tratada socialmente como psicótica. Esta cuestión debe quedar expuesta con fines reflexivos, pues apurar una respuesta en ella, es un doble riesgo. Porque en primera instancia, se puede caer en lugares comunes de explicación; y en segunda instancia, obturar las posibilidades de creación de nuevas formas de interpretar, abordar y trabajar clínicamente con ciudadanos y ciudadanas diagnosticados con una de las llamadas enfermedades mentales duras o severas, generalmente asociadas a algún tipo de psicosis. El caso es que (P) logra adaptarse con alguna regularidad a los cambios del vínculo, el espacio y los sujetos.

A lo largo de la historia siempre se ha hablado de “mujeres” en una definición que parece convocar a lo femenino en plural, la aparición de “la mujer en singular” es reciente y se encuentra generalmente relacionada con las emancipaciones sociales del género femenino durante el siglo XX. En el artículo denominando *Mujeres Negras (Sirvientas, Putas, Matronas): Una aproximación a la mujer negra de Colombia*, Ruth Lozano Lerma (2008) muestra han habido cambios importantes en este grupo siendo estos nuevos significantes los que emplea el grueso de la sociedad para referirse a estas poblaciones (por ejemplo, del sujeto negro al sujeto afro descendiente). Sin embargo, la autora muestra que si bien se ha cambiado la denotación, no ha sucedido lo mismo con la connotación, puesto que el reconocimiento del imaginario, la sensibilidad o la “espiritualidad”, de estas personas, no ha sufrido mayores modificaciones en cuanto a la apreciación social que de ellos se hace. La identidad de las mujeres negras ha sido fijada desde el imaginario racista dominante que las homogeniza con atributos que son producto del prejuicio racial y que solo existen en la mente de quienes así las conciben: un cuerpo para el sexo, más cerca de la animalidad que de la razón. Un cuerpo que fue útero reproductor, fábrica de esclavos, objeto de uso y abuso para el placer de otros.

Es por esto que nacer mujer negra en la sociedad colombiana determina con mayor fuerza la posibilidad de un futuro de negación de derechos, desvalorización y subordinación, dado el racismo de una sociedad que no termina por asumir la pluralidad de los diversos rostros que la conforman. Se desconoce que la identidad de las mujeres negras está definida por una historia de subordinación, exclusión y resistencia, por lo que es una identidad en permanente reconstrucción.

Mujer y familia

Virginia Gutiérrez de Pineda fue una de las primeras investigadoras en Colombia que se interesó en el tema de la familia colombiana como objeto antropológico para el estudio y el reconocimiento de particularidades en la organización regional de los grupos familiares, siendo las familias afro descendientes de la zona pacífica colombiana, el objeto de estudio. Con relación a los análisis sobre las formas de parentesco, el establecimiento de pautas, de roles y de relaciones intergénero, Gutiérrez de Pineda muestra una visión compleja de las estructuras familiares, y en lo que respecta al tema que nos interesa, debido a la condición afro descendiente arraigada en el pacífico-litoral de (P), permite establecer las particularidades culturales de arraigo ancestral en las formas de organización familiar y afectiva de estos grupos primarios.

Ella constata para el complejo del pacífico la marcada presencia de una poliginia dispersa. Las mujeres en este complejo estarían, según su visión, no en una situación de desventaja sino de acomodamiento o acoplamiento a las condiciones estructurales de estas relaciones familiares, y en cierto sentido, después de haber cruzado ciertas etapas de inestabilidad familiar, la mujer consigue, según Virginia Gutiérrez, un gran poder al interior de su núcleo familiar, que se fortalece al pasar el tiempo especialmente debido a los lazos familiares con otras mujeres como la madre y sus propios hijos”.

Sin embargo, en las condiciones de vida actual, este complejo familiar y esta forma de asumir el género y el rol se amalgaman con la situación socio-política y económica del país, de tal manera que costumbres, creencias, formas de parentesco y condiciones de género se entretajan con todas las desigualdades sociales actuales, mostrando entonces que las prácticas y los discursos afro de las comunidades y sujetos del Pacífico colombiano, se reorganizan y redefinen, en una dimensión plural que hace que las identidades de género, étnicas, etáreas y de clase, entre otras, se deconstruyan dando como resultado otras identidades que pueden resultar subordinadas o reorganizadas. “Este proceso conlleva el reconocimiento de múltiples diferencias amalgamadas que se logran en el aprendizaje práctico de la vida social”.

Por su parte, Friedemann y Espinosa (1991) muestran también que en Colombia la familia centrada en lo femenino y en particular en la madre, resulta una imagen difundida sobre las familias negras. En esa forma de visualización de las familias negras, la presencia del hombre está asociada sobre todo al gran varón sexual, que tiene placer con muchas mujeres, que por su condición nómada y de viajero no es posible hacerse cargo de la educación y el sostenimiento constante de los hijos. Sin embargo, es importante hacer de esta lectura un acercamiento crítico que responda a las particularidades de una forma de organización social que se ha construido históricamente a partir de los legados africanos y de la historia de la colonización, esclavitud y libertaje de los pueblos afro. Esto significa invitar al lector y lectora a apostarle necesariamente a una condición emancipatoria del pensamiento, que permita superar los conceptos estereotipados, puesto que estos empañan la posibilidad de un pensamiento pertinente sobre la condición de estas poblaciones, al mirarlas desde el lente provisto por las creencias judeo-cristianas y el concepto occidental de familia.

En la discusión académica sobre la trata negrera se ha hecho hincapié, durante largo tiempo, en el rompimiento familiar y tribal que sufrían las víctimas. Gentes de diversas regiones sin afinidades lingüísticas, religiosas o sociales entraban a los

barcos con destinos desconocidos. Mantener la heterogeneidad de los esclavos en tierras americanas - fuera o no una estrategia con objeto de atomizar la solidaridad de los africanos - debió durar poco. La confluencia de esclavos procedentes de una misma región en periodos definidos aparece en estudios demográficos de la trata. La agregación de personas de la misma procedencia, seguramente propició formas de reintegración pasivas en oposición a las activas, que se dieron en circunstancias como el cimarronaje. De cualquier modo, el trance brutal de la esclavitud acarreó aniquilamiento físico y cultural. Y sus consecuencias dieron base para la construcción de argumentos que han sostenido la incuria cultural del africano en América. No obstante, la deculturación total es imposible (Friedemann y Espinoza, 1994. p. 19).

Por su parte Romero (1998), muestra que en el estudio contemporáneo de las familias, existen fuentes que permiten establecer que

(...) frente a la condición de esclavos y a una estructura esclavista que intenta negar toda posibilidad de reconocimiento de parientes y de arraigo a los territorios, (...) se encontró que tal poblamiento estaba definido por la formación de familias desde el mismo momento de vinculación de esclavos a las actividades mineras (...) Los esclavos se hicieron parientes más allá de la simple reproducción biológica del grupo, siendo lo más definitivo los reconocimientos sociales de los integrantes de un grupo de trabajo como integrantes de una comunidad. Así el parentesco sobre las crías se definió no por el reconocimiento del padre biológico, sino por la responsabilidad e identidad con el nuevo integrante como comunidad. Si bien una madre biológica define su línea sanguínea con la cría, cuando las crías hembras llegan a edades de reproductoras, serán co-madres con respecto al grupo de la comunidad. Alrededor de las co-madres, se establece un círculo de co-padres, siendo el principal referente obviamente los hijos (...) La madre obviamente adquiere un sentido de creadora de la consanguinidad y el tronco de identificación biológica de la descendencia. Los hombres adquieren un sentido de padres sociales, puesto que no se requiere, en un primer momento de una identificación biológica-del padre, pues la desproporción sexual del grupo (mayoría hombres y mínima participación de mujeres) y las posibilidades de acceso de varios hombres hacia una misma mujer hace difícil identificar al padre biológico (1998. p. 105).

Una familia se define como tal a partir del seguimiento de ciertas coordenadas que una cultura o grupo social ha establecido para poder identificarla, en tanto su estructura como su dinámica. Cualquiera que sean las coordenadas, deja claro que la familia constituye el fundamento de las construcciones subjetivas y sociales de los sujetos que a ella pertenecen, y en la que desarrolla modos y formas de vivir y de relacionarse. De esta manera, la estructura y las dinámicas de la familia hacen que los individuos que a ella se sujetan, tengan o movilicen

formas particulares de ser y de existir, e incluso de responder a las situaciones traumáticas de su existencia.

Serna (2008) en el artículo *Familia, destierro y tragedia*, caracteriza las particularidades de las familias víctimas de destierro a causa del conflicto socio-económico y político; esas particularidades, muestra la autora, generan múltiples formas de ruptura tanto en el grupo familiar, como en la subjetividad de cada uno de los miembros. Por ello, aunque la familia se estructura a partir de los referentes culturales que le subyacen y preceden, también es afectada por los acontecimientos y coyunturas históricas, propias del devenir social de los sistemas y culturas a las que pertenece. En el caso colombiano, el destierro, pero también otras formas de fenómenos sociales relacionados con el desarraigo, generan grupos familiares y sujetos cuya angustia manifiesta o no, es el síntoma con el cual responden a presiones que los superan. Pecaat, (1999) hace referencia al concepto del “no lugar” y Serna (2008) retoma esa definición del “no lugar” para mostrar que la tragedia no es solamente en relación con el espacio, sino también con el tiempo, las condiciones y la sensación necesaria para todo individuo de ocupar un lugar en alguna parte, para algo o para alguien. Si bien los pacientes protagonistas de este texto, no han sido sujetos con familias desterradas, sí aparece en ellos y en sus familias alguna forma de desplazamiento: social, económico, político o geográfico, que convoca a todo el grupo a tomar un lugar en espacios físicos o simbólicos dentro de los cuales dicho lugar no existía.

En el caso de (P), es posible afirmar que, por ejemplo, su vida laboral está asociada con las necesidades económicas sentidas por su familia de origen, que hacen del tránsito laboral de (P) algo accidentado, un tránsito muy mediado por las circunstancias, desastres o necesidades del orden familiar.

Mitos y creencias en el andamiaje ideológico

Para (P), el proceso de ser y hacerse mujer, amante, compañera, madre y ciudadana, con muchos de los afectos, encuentros y desencuentros que ello genera, está mediado por condiciones culturales de importante arraigo en las zonas costeras del Pacífico colombiano y por condiciones sociales relacionadas con el desarraigo y la migración. Ello incluye un conjunto de hábitos, costumbres, creencias y valores no necesariamente compartidos con las formas culturales hegemónicas en las grandes ciudades colombianas, incluso en Santiago de Cali, teniendo en cuenta el alto grado de mestizaje de esta ciudad.

La tierra natal, sus costumbres y particularidades, generan una forma de ser y existir en los sujetos, que constituyen gran parte de lo que serán los rasgos de identidad social y cultural. En el caso de de (P) se encuentran vínculos afectivos relacionados con los recuerdos, la experiencia vital, los duelos y las situaciones traumáticas que ha vivido en Tumaco. Pero también aparece el fuerte arraigo cultural alrededor de sus creencias y su pensamiento mágico.

Su tierra natal ha dejado en ella la huella de las creencias, los mitos y las tradiciones de la cosmovisión de la raza negra del Pacífico colombiano; estos tejen en su subjetividad todo un entramado de ideas y sentires que hacen parte de su realidad.

De este modo, vale anotar que si Freud se sirvió del mito para entender la cultura; si los antropólogos se permiten –en el estudio de las comunidades y colectivos– reconstruir en el mito los procesos o momentos históricos de los pueblos, con el fin de rastrear sus normas, leyes y cosmovisiones que permiten colocar al descubierto las formas de socialización y las leyes y dinámicas de parentesco, las estructuras de poder, los elementos simbólicos y religiosos (De Pedrique L, 2001), entonces se entiende que la dimensión interpretativa del mito, no solo es una comprensión sobre el colectivo, sino también sobre lo particular, y se reconocen él una forma de dar cuenta de aquello que está por fuera del orden consciente y racional, pero que hace parte de la subjetividad de cada humano. La referencia de (P) sobre la cualidad mortífera de “la pepa de aguacate” o la referencia afrodisiaca al sevice, son buenos ejemplos que cuestionan la racionalidad urgente, pero que colocan en el caso de (P) una obertura en el discurso que sopesa entre tradición ancestral y Modernidad, como cuando expresa a sus vecinos en Cali el carácter afrodisiaco del sevice y matiza con la expresión “solo es un mito”.

Aparece entonces una (P) permeada por el carácter moderno de la ciudad que habita. En ella coexisten sin dificultad dos vertientes de verdad sobre esas características propias de la cultura: al tiempo que afirma que eso es un mito, junto con el jugo de borojó, el chontaduro y el arrechón, también se permite pensar sobre la eficacia de dicho mito, pues su vecina logra quedar en embarazo. Vemos entonces como los mitos propios de las poblaciones afro descendientes y costeras del Pacífico colombiano, resultan ser uno de los temas sobre los cuales (P) habla, incluyendo asuntos relacionados con la dimensión exotérica, pero también con la dimensión sexual.

Pertenecer a una cultura implica una operación subjetiva en la que la identidad se pone en juego en varias vías. De un lado, se requiere el reconocimiento de las características propias de la cultura a la que se pertenece, de la identificación con los saberes, rituales y tradiciones culturales de los “otros” con los que se comparte la cultura, lo cual incluye al mito; y de otro lado, se necesita de un proceso de apropiación de aquello que ha sido reconocido como parte fundamental del andamiaje cultural, que supera el límite temporo-espacial que en ese conjunto de contenidos culturales se dinamizan. Así pues, como saber, ritual, tradición o creencia compartida y sostenida en el tiempo, el mito pone del lado del sujeto su carácter formador, pero también su impronta cultural (Berger y Luckman, 1991).

Históricamente, los individuos se han socializado alrededor de un conjunto de creencias, que la mayoría de las veces se idealiza y otras se comparten, constituyendo de esta manera un entramado cultural y social que será aquello que los identifica y les dará una impronta a su identidad. Los mitos, la hechicería²⁸ y la magia²⁹, se localizan en un ámbito relacionado con el determinismo, pues desde allí se explica aquello que no está sujeto a respuestas formalmente establecidas o aquello que, teniendo otras posibilidades de respuesta, puede ser permeado por explicaciones exotéricas o basadas en fuerzas superiores.

Carlos Alberto Uribe (2003) muestra la relación que culturalmente se teje en Colombia entre lo mágico, la sanación y la guerra, donde se privilegia el desempeño de lo brujesco –según expresión de Jeanne Favret-Saada (1980), retomada por Uribe–. “(...) la brujería nace de la desmesura, de la no conformidad, del conflicto, del rechazo a aceptar las restricciones propias de lugar que uno ocupa en la sociedad” (Balandier, 1990, p.106). La brujería, nos ofrece una vía regia para adentrarnos por los vericuetos del sufrimiento, la renuncia y la culpa (el pathos) en la cultura, esto es, de un camino para explicar lo que Sigmund Freud denominará como el malestar en la cultura (1930).

28. Al referirnos a la hechicería, hablamos de determinados poderes maléficos de carácter hereditario que determinadas personas poseen, incluso sin saberlo ellas mismas, para causar daño en las personas y sus bienes. La brujería, fenómeno presente en todo el mundo, consiste en que algunas personas, especialmente mujeres, tienen la facultad inconsciente de separar su espíritu de su cuerpo para actuar de forma independiente, usando como vehículo otros cuerpos u objetos para poder materializarse y poder llevar a cabo lo que desean.

29. En cambio hablaremos de la Magia como de las técnicas adquiridas por una persona para actuar sobre la naturaleza, generalmente para provocar el bienestar en los enfermos, asegurar una buena cosecha, procurar defensas contra determinados peligros, etc. En este sentido, a veces la magia va íntimamente unida a la medicina y a la adivinación. Y todos estos conceptos, a su vez, guardan una relación inseparable con la religión y la mitología.

De esta manera es como en nuestro suelo, los circuitos rituales de magia y curación datan de siglos. Todo el territorio está embebido de magia, hechicería, idolatría. Ninguna dosis de modernidad secularizante ha logrado (y quizá nunca logrará) destilar los filtros amorosos, las pociones y ungüentos, los rezos y conjuros, los entierros, “guacas” y “trabajos”, las cartas astrales y los cuarzos mediante los cuales diversos zahoríes buscan penetrar los arcanos de la incertidumbre, la enfermedad y la finitud humanas (Uribe, 2003. p. 60).

Gran parte del territorio suroccidental colombiano se vincula con la magia, no solo para causar mal físico o espiritual, sino para protegerse de los que hacen parte de este mundo y de los que ya no hacen parte de él. Si no se logra comprender la importancia que tienen estos rituales mágicos en la vida de los sujetos, no se podría comprender como miles de familias en Colombia tratan de explicarnos el tejido de las relaciones sociales en las que se insertan estos ritos significativos, a los que se atribuyen buenas cosechas y amores, así como enfermedades y desdichas, que no se atienen a explicaciones “lógicas o normales”, y las cuales se atribuyen a la brujería, los problemas mentales y corporales, producto de envidias, fracasos familiares y amores. Así pues, la magia y la brujería aparecen como causantes, pero también como cura de los posibles padecimientos humanos.

Esta creencia en las fuerzas que provienen de deseos malignos cobra tal importancia, que puede incluso llegar a influir en el estilo de vida individual y social de los sujetos.

Es por ello que en algunas culturas populares, los efectos de la hechicería no solo explican, sino que también pueden ser generadores de los síntomas. Es decir, el conflicto existencial propio del yo y los conflictos sociales de las familias, las comunidades o los pueblos, pueden producir el afianzamiento de la creencia en los poderes sobrenaturales, pero también pueden alimentarse de dichas creencias.

La fuerza del dolor

(P) recuerda la muerte de dos seres amados que fueron víctimas de la hechicería. El dolor y posterior afecto que deja en ella la muerte de seres significativos, aparece como un constante: su “mamita” –refiriéndose a su abuela–, su padrastro, su marido, su hijo. Así, el interrogante por la ausencia de sus seres amados no alcanza a obturarse con la explicación metafísica de este fenómeno. El afecto vinculado con las ausencias repetidas produce en ella sentimientos tristes. Incluso, si se sigue la lógica de su relato vital, se podría decir, que el duelo incide en la patología psicótica, pues la aparición de la sintomatología se localizaría en la experiencia de la pérdida.

Los estudios que se hacen del duelo como fenómeno suponen un conjunto de etapas y tareas entre dos momentos fundamentales. El primero consiste en el impacto por la realidad de la muerte. El segundo se relaciona con la estructuración de una nueva realidad sin el ser perdido. Entre una y otra de estas etapas aparecen momentos relacionados con una desorganización de la cotidianidad, de los afectos, del sentido de la realidad que se da al acontecimiento, etc. Ahora bien, en todos los estudios realizados al respecto, parece que los autores no se resisten a la tentación de la inscripción de las etapas en la temporalidad, y generalmente dicha temporalidad no implica los tiempos subjetivos del doliente, sino que se mide en las coordenadas socialmente establecidas como medidas longitudinales del tiempo. Estas coordenadas, si bien establecen una medición común y universal pertinente para muchas formas de medida, no siempre logran ser acertadas para dar cuenta del devenir vital de lo humano y mucho menos de lo humano en situación de padecimiento.

La concepción del tiempo acompañada de la idea de que es algo que se sucede progresivamente de manera lineal, se basa en la presunción de un continuo irrevocable y natural que marca la línea entre el pasado, el presente y el futuro. No hay forma de considerar atajo alguno en esta concepción del tiempo. Se ignora con ello la fuerza de lo que Olver Quijano (2008) denomina como “el acontecimiento”, en el que se deja de lado la riqueza y el impacto que sobre lo subjetivo generan ciertos instantes vitales. Zuluaga (2006), muestra que una de las formas como el tiempo se hace presente en la realidad histórica, “(...) está asociada a los hechos que fueron y que de algún modo siguen estando presentes, o porque sostienen una presencia tan activa que invitan a pensar su permanencia en el tiempo, o porque siendo pasadas y presentes, dichas presencias no son activas, sino que la materialidad de su presencia misma es la que da cuenta de la existencia del pasado: “porque son presentes en tanto que pasadas, su historicidad radica en que siendo materialmente presentes no son otra cosa que pasado...” (p. 3). En el plano de lo filosófico, Deleuze (1988) afirma que “El tiempo sólo se constituye en la síntesis originaria que versa sobre la repetición de los instantes” (p.138) (...) “Pero, a partir de la impresión cualitativa de la imaginación, la memoria reconstruye los casos particulares como distintos, conservándolos en el 'espacio de tiempo' que le es propio. El pasado deja de ser entonces el pasado inmediato de la retención, para pasar a ser el pasado reflejo de la representación” (p.152). Así pues, Quijano (2008), Zuluaga (2006) y Deleuze (2008), entre otros autores, incluso Freud y Lacan, muestran que el asunto del tiempo no es fácilmente ponderable o universalizable cuando se trata de hacer referencia a la subjetividad. Sobre ello parecen preferir una

cierta ignorancia los teóricos del duelo como fenómeno. Es posible aducir a ello razones epistemológicas, metodológicas, políticas o diplomáticas, pero como a lo que le apunta es a dejar de hacer de sus verdades palabras últimas y únicas, no se habrá entonces de agotar el asunto de sus móviles.

El tema del tiempo resulta ser de gran importancia en la impresión diagnóstica con la que se ha relacionado a (P) porque se presenta como un conjunto de duelos detenidos en el tiempo. Sin embargo ante las diferentes circunstancias dolosas, se puede reconocer que (P) pretende asirse a otros elementos y posibilidades más próximas a su entorno. En este sentido Bruner (1990) reafirma que “En la medida en que justificamos nuestras propias acciones y los acontecimientos humanos que suceden a nuestro alrededor principalmente en función de narraciones, historia y dramas, es plausible que nuestra sensibilidad para la narración proporcione el principal lazo entre nuestro sentido del yo y nuestro sentido de los otros en el mundo social que nos rodea” (p. 92). Ni en su relato, ni en su relación interpersonal con las investigadoras, ni en la forma como se le vio realizar intercambios sociales con sus familiares o su vecindario, se vio a (P) como una mujer melancólica. Lo que encontramos fue una insistencia de su memoria en pasar sin prisa por los recuerdos del dolor, y ante esa insistencia, una mujer aguerrida, interesada en construir sin pausa opciones de vida que acercaran a sus anhelos como mujer.

¿Un lugar para la enfermedad mental?

Mi enfermedad mental yo creo que fue iniciada cuando me devolví para Tumaco siguiendo a mi esposo, allí los viejos decían que a mi abuela le habían hecho la brujería de “la pepa del aguacate” que es cuando una persona se empieza a decaer en su salud hasta llegar al punto de morir. En Tumaco creen mucho en este tipo de cosas. Recuerdo también que nosotros vivíamos muy bien y desde ese tiempo para acá empezamos a decaer económicamente y fue por ese motivo que mi mamá empezó a mandar a los hijos mayores acá a Cali (o sea nosotros) para que empezáramos a trabajar y poder mantener a los pequeños. Relato de (P)

A lo largo de la trama de su vida, (P) desencadena una patología a la que estará inscrita por el resto de sus días. Su temor, su angustia y su ansiedad quedan resumidos en el rótulo de las psicosis. De Pedrique (2001) manifiesta que Pelli-zari (1997) nombra el síntoma como un “desorden social”, y agrega que tanto para este autor como para Devereux (1973) y Laplantine (1979), la sociedad genera discordancias profundas entre lo que demanda a sus sujetos y lo que los mismos desean o necesitan en términos de lo fundamental, por ello no es gratuito que junto con el cambio y afinamiento de los requerimientos sociales se

formen nuevos cuadros sintomáticos, adscritos bajo el signo de una enfermedad científicamente reconocida y notablemente definida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (D.S.M.).

El marco teórico vigente y más popular de las psicosis, suele poner su acento en la dificultad que tienen estos enfermos para interactuar socialmente, además de la incapacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria. Sin embargo, en (P) se ponen en juego acciones y habilidades y se sigue insistiendo en anhelos profundos que hacen parte fundamental de su vida. Ella muestra que en la actualidad es una persona activa y comprometida en el constante mejoramiento de su calidad de vida. Frente a esto expresa que: “En el curso que realicé, y del cual aprendí mucho, llegué a trabajar en un centro hospitalario del que salí cuando tuve una crisis. Luego, al recuperarme de la crisis y solicitar empleo en otras empresas del sector salud, mi conocimiento y mi experiencia en el ramo del aseo hospitalario fueron insuficientes, puesto que todos mis diplomas se dañaron durante la construcción de mi casa, y no fue posible recuperarlos, y las opciones laborales que me salían requerían siempre dicha certificación en papel, por tal motivo no pude organizarme laboralmente en dicho trabajo”. A lo que (P) apunta aquí es a una cuestión que caracteriza las dinámicas laborales firmemente desarrolladas en el tiempo actual, la necesidad de certificación de un saber que no alcanza a sostenerse, a validarse o a reconocerse mediante la ejecución, reflexión o puesta en práctica, sino que encuentra legitimación solo por la vía de un documento acreditador. Lo que se pone en cuestión no es su propia habilidad o su deseo, sino una postura abrumadora y tajante de un medio social que requiere cada vez con mayor fuerza de pruebas, comprobantes, papeles, certificados o mediciones que den cuenta de quién es, qué hace y qué puede hacer un sujeto, incluso si el sujeto está en posibilidad de decirlo por sí mismo.

(P) es una mujer que no manifiesta pérdida absoluta de realidad, que da cuenta de lo que desea, de lo que le disgusta, de sus habilidades, de sus lazos sociales, etc.; además de tener proyectos de vida que son frustrados por su situación económica.

Actualmente (P) vive del llamado “rebusque”³⁰ realizando actividades independientes relacionadas con las manualidades y la culinaria. Hace productos que luego vende a sus vecinos y conocidos. Además (P) tiene en su casa dos vitrinas pequeñas y un congelador de gaseosa, que intenta tener con provi-

30. Se conoce como trabajo informal. Según la Real Academia Española se emplea como: solución ocasional e ingeniosa con que se resuelve una dificultad.

siones suficientes de dulces, cigarrillos, helados y champús para la venta. Esto da cuenta que las diversificaciones frente al deseo de hacer, en los momentos de padecimiento de los sistemas, no hace que la realidad misma se tenga en el olvido (Sanmiguel, 1999; Rodríguez, 2001). (P), es una mujer con vida activa.

Ahora estoy sacando champús y me pongo a ver televisión; que día le dije a X. que me aburría porque no me invitaba ya a bailar y él me dijo que tenía que tener plata para llevarme a un parque, como él trabaja en construcción, me dice que debe tener plata y por eso que día estaba brava con él, (risas) yo le dije que uno tenía una pareja para salir y compartir ratos chéveres, pero un sábado me dijo que si yo quería gastar la plata o que si me daba para comprar los dulces, y allí fue donde me dio la sorpresa, y me dijo que lo que nos gastábamos en una discoteca o un parque, que era mejor para los dulces; pero en estos días me dijo que saliéramos a bailar.

Agrega también que entre sus actividades favoritas se encuentran aquellas que permiten ponerse en relación con otros, con su estado de ánimo o con su creatividad:

(...) me gusta mucho escuchar música porque eso me desestresa y me relaja, también disfruto mucho con mi nieta, mis hijas mayores y mi pareja actual, además de la realización de mis manualidades, la cual les dedico gran parte de mi tiempo para terminarlas y para luego venderlas" ... "Pues me gustaría ahora aprender a hacer más comidas, no sé, como un curso de culinaria para tener en que entretenerme y también para aprender más cosas, como a mí me gusta eso de la cocina entonces pues me gustaría, pero bueno yo ya he buscado por aquí por el barrio y no ha sido posible porque son muy caros los cursos y toca comprar los materiales, o porque no me han atendido bien; recuerdo que la otra vez quise averiguar y el vigilante ni siquiera me dejó entrar, entonces ni modo" ... "Yo lo que hago, es que cuando hay algo que me gusta lo copio y luego lo preparo y así.

Pero al instante, con un tono de deseo nostálgico, que acompaña con una gesticulación del rostro y seguida de una inflexión distinta de su voz expresó:

(...) que le hubiera gustado mucho estudiar derecho para así defender a la gente de las injusticias.

Se refiere a aquellas injusticias que ella cree que se cometen en el diario vivir con la gente del común.

No me gustan las injusticias y las he sentido en la medida de la burla en que por tener una enfermedad como la que yo tengo la gente y los niños a veces no me respetan y pasan enfrente de mi casa gritándome iloca! Y eso no me gusta, porque yo soy un ser humano normal que merece respeto, entonces no me gusta esa clase de

cosas como las que hicieron la otra vez; me entrevistaron y publicaron la entrevista con un video en el cual yo andaba por aquí por el barrio, y terminaron diciendo en el video que yo estaba en crisis, cuando eso no era cierto, aunque a pesar de todo aquí la gente es muy unida y yo si tengo que pedir un favor sé con quien cuento y la gente me colabora con lo que yo hago; las manualidades o las comidas para vender; pero me gustaría que la gente tuviera más respeto por mi persona.

La actitud de algunos niños de su barrio y la reacción indiferente de los adultos frente a dicha actitud, afectan a (P), sin embargo no tiende por ello a generalizar o a establecer ideas radicales en relación con un posible rechazo por parte de sus vecinos. Si bien ha sido objeto de situaciones que ella misma considera injustas, logra ponerse frente a las mismas como un sujeto capaz de seguir agenciando su vida en condiciones de dignificación. A pesar de que su casa esté en obra negra y se encuentre ubicada en lo que a muchos puede seguir pareciendo una invasión, es un orgullo para (P) haber sido partícipe siempre de todo el proceso de su construcción, mejoramiento y decoración: “(...) yo le doy gracias a Dios porque he podido organizar mi casa como la había deseado años antes, mi casa cuando se la entregaron a mi marido no estaba como ahora, yo poco a poco le he ido metiendo cositas, colocándole por ejemplo piso y aplicándole más; a mí me gustan las casas pequeñas son más hogareñas y acogedoras”.

Entre una coreografía fisio-química y una romanza negra en tono de amor mayor: normalidad o anormalidad... ¿De quién?

Universalmente se supone que aquellos que participan de los elementos fundamentales de una cultura compartida están generalmente puestos del lado de la “normalidad”. En efecto, los grupos poblacionales se interrelacionan en un proyecto común que les otorga una identidad y una pertenencia y con ello configuran las condiciones mediante las cuales alguien puede ser incluido, excluido o vulnerado. El desarrollo de esa búsqueda de identidad y pertinencia es el escenario en donde muchos sujetos sociales se juegan el ser.

En (P) se presenta la confluencia de ser afro descendiente, ser madre, ser mujer, ser pobre, ser diagnosticada con enfermedad mental, pero también ser un sujeto que sueña, que teme, que vive y que desarrolla valentías necesarias para insistir en su vida, incluso cuando la tristeza aparece como parte de su cotidianidad.

Lo curioso en este punto es que si se tiene en cuenta que (P) es señalada como una persona con enfermedad mental, y que en muchos de los diagnósticos, la bipolaridad de sus síntomas ha sido diagnosticada como Psicosis maniaco-depresiva, aparece aquí una postura subjetiva bastante móvil en esta mujer, es

decir, los aspectos relacionados con un pensamiento rígido o con unas ideas constantes de difícil movilización propios de la etiología de la psicosis, no son posibles de ubicar en (P), o por lo menos, no en el estado en que estuvo al momento de la entrevistarla. Aun así, suponiendo que ese estado en relación con el pensamiento y a las ideas, se presente en sus periodos de crisis, también cabe interrogar al diagnóstico, pues sus crisis han sido en los últimos años bastante esporádicas y no demasiado largas, como para hacer de ellas un diagnóstico que señale una forma de identidad en ella: “Ser psicótica”, y que estigmatice sus comportamientos.

La psicología, y sobre todo la orientación psicodinámica en la psicología, muestra que los sujetos, refiriéndose a los neuróticos, transmiten o dan cuenta del efecto mortificante de la represión y de lo que su ser íntimo no comparte con relación a su realidad social, a través del malestar. Así, el malestar, cuando se traduce mediante un síntoma, termina comunicando el desacuerdo del sujeto con las situaciones endógenas o exógenas que lo mortifican, sin necesidad de que medie la palabra, o por lo menos, no la palabra “socialmente” permitida.

En esa medida, lo “normal” y lo “anormal” aparecen como significantes que permiten poner un límite social, entregando al sujeto la promesa de libertades posibles en el plano de lo “normal”, y censurando o encerrando al sujeto en el plano de lo “anormal”. La primera es una promesa de libertad que se hace al sujeto que está del lado de lo significado como “normal”, pero que no alcanza a ser cumplida, puesto que el solo hecho de obligarle a ser, pensar y actuar dentro de unos parámetros previamente establecidos por la cultura, ya es un primer encierro condicionado para ser libre. Y en el segundo caso, la censura o encierro con el que se amenaza al sujeto que se ubica del lado de lo “anormal”, en efecto, termina cumpliéndose de varias maneras, de las cuales, la cárcel, los reformatorios, los asilos, las casas y centros de protección, los manicomios, los hospitales psiquiátricos, las zonas llamadas de “tolerancia”, los barrios socialmente marginados y los diagnósticos psiquiátricos, son la prueba (Rodríguez, 2001).

Se constituye así una relación particular de la sociedad con los síntomas de sus sujetos. Haciendo a cada uno de ellos, portador y responsable único de aquello que sintomatiza y que olvida que los síntomas no solo hacen parte del propio sujeto y que la ruptura que hace el síntoma en el sujeto, se localiza también en la particularidad de lo familiar y lo social; es decir, que el síntoma no solo es perteneciente a una singularidad, sino a la sociedad, que hace las demandas sociales y culturales al individuo, y que se toman como estilos de vida que se esperan de él.

De esta manera, la salud y la normalidad se constituyen como ideales a ser logrados y deconstruir las lógicas de ese ideal instaurado por la sociedad actual, es un trabajo difícil tanto para el ciudadano, como para los científicos de las ciencias sociales. En ese sentido Zemelman (1992) refiere que “La percepción de las anomalías expresa la capacidad para romper con las estructuras cognitivas desde el propio conocimiento acumulado”. Percepción ésta puesta no en el plano de lo que se da por hecho, sino en el plano de aquello que puede capturar nuestra atención, sensibilizarnos y constituir en nosotros un corpus conceptual alternativo.

(P) consume medicamentos para estabilizar y prevenir sus crisis:

(...) en la actualidad tomo queatiapina, de 200 mg, yo quise recaer en crisis y tomaba dos y luego me mandaron tres, y seguido a eso tomo el litio una por la mañana, una al medio día, solo estoy con esas dos, las medicinas han cambiado, cuando recién me enfermé me aplicaban piportil de 25 mg; con esa inyección incluso me torcí y me la quitaron y luego me mandaron la clozapina; eso acaba con mis glóbulos, me acuerdo que me mandaban litio y muchas drogas, luego me mandaron unas que me cayeron mal y decidieron no darme más droga por los glóbulos, y ya luego me dieron un papel para ir a la gobernación y poder pedir la droga que tomo, que es muy cara y la traen del otro lado (Estados Unidos). Tuve que ir al psiquiátrico para que me dieran la droga, voy a control cada dos o tres meses, ahora voy cada mes.

En lo que respecta a las soluciones farmacológicas que actúan sobre el cuadro sintomático, acallando la enfermedad, los profesionales en salud mental tienen posiciones encontradas. De un lado aparecen posturas a favor, según las cuales:

Cualquiera sea la razón por la cual la persona con enfermedad mental finalmente comienza su tratamiento, se le debe felicitar por su heroísmo. Se le debe comunicar que los beneficios del tratamiento no son sólo para ella, sino también para sus seres queridos. Una vez que la persona con enfermedad mental haya encontrado un tratamiento efectivo, será necesario confrontar los estigmas uno por uno, y para ello será importante el respaldo de familiares, amigos, prelados y los profesionales de salud mental. Los elementos esenciales de un tratamiento efectivo son el medicamento apropiado, junto con la participación de la familia y los cuidadores, y una terapia energética con el objetivo de rehabilitar al paciente. Instituto de Estudios Gubernamentales (2002, p. 16).

Pero de otro lado aparecen autores como Uribe, y Moreira; movimientos como la antipsiquiatría, la psiquiatría cultural, la contrapsicología y estudiosos expertos en varias disciplinas, que defienden un protagonismo del sujeto y de sus

mortificaciones, sobre la idea de un cerebro que debe ser equilibrado. En ese sentido, por ejemplo, González, y Pérez, (2007), expertos en Psicofarmacología y Psicología clínica, formulan una postura crítica que supone que las entidades diagnósticas de la enfermedad mental no siempre corresponden a problemas que los pacientes deban manejar mediante el medicamento, y afirman que lo que se ha generado en los procesos de producción y mercantilización de los medicamentos, y en la sociedad actual, mediada por las lógicas del consumo, es una suerte de invención de muchas categorías de trastornos mentales. Expresan que poner toda disfunción del orden mental del lado de la enfermedad, es un engaño, o cuando menos un equívoco. Por ello proponen una mayor flexibilidad frente al modelo rígido con el cual se determina la existencia de un enfermedad mental, y por supuesto un tratamiento farmacológico específico para cada una de ellas, planteando la posibilidad de constituir formas alternativas de abordaje con una perspectiva mucho más contextualizada y ajustada a las circunstancias particulares de cada paciente, en la cual la escucha a las personas y la escucha a sus sentimientos, miedos, expectativas e historia de vida, ocupe el lugar que hoy en día se le ha dado a los fármacos.

(P.) afirma que su alegría y su personalidad se han constituido en las principales herramientas “para luchar contra lo que no desea ser”, sentirse como una mujer alegre y luchadora y tratar de ser consecuente con ello, ha incidido positivamente en muchos momentos de crisis vital, para que de ello no se desencadene una crisis psíquica que culmine en otra hospitalización. Esta empresa se complejiza cuando se trata de la expresión de emociones, pues estas emociones indican para sus familiares un signo de alerta: “quisiera que cuando quiero estar sola, me dejaran mi espacio, no siempre me dan crisis, a veces solo quiero pensar, como otras personas lo hacen, quiero oír música y ya no se me permite”. A estas emociones su familia le da otra connotación, pues suelen ser interpretadas como códigos de alerta, que se movilizan debido a la preexistencia del diagnóstico psiquiátrico. Esto convierte a (P.) en objeto de permanente observación de esos otros que en virtud de su responsabilidad, afecto y cercanía física, vigilan constantemente sus comportamientos y evalúan estos no presenten condiciones que puedan definirse como extremas. (P.) se siente cohartada en la expresión de sus disgustos, tristezas, temores, alegrías o ilusiones personales. (P.) siente que el ser mujer y madre le dio la posibilidad de asumir libertades en torno a su elección de pareja, la constitución de su propia familia y el ejercicio de su sexualidad; sin embargo cuando su vida parecía resuelta, se desencadena en ella unos síntomas asociados a un trastorno psíquico severo y crónico, que parece constreñir sus derechos a la emotividad, puesto que el rótulo patológico con el

cual se le identifica, está asociado a su sentir, a su alegría y a su tristeza, y con ello, permea la posibilidad de expresión emocional a la que tiene derecho como sujeto sensitivo, emotivo, sensual y político.

Este aspecto en particular, hace que (P) valore mucho más a su actual pareja afectiva, pues siente que se trata de un hombre que la quiere y la acepta como es, incluso con su enfermedad. Siente además que no se trata de una relación que la sobrecargue con exigencias o requisitos, sino que la apoya para que a partir del constante esfuerzo, tanto ella como sus hijas, puedan minimizar los efectos y afectos asociados a la esquizofrenia y a los síntomas bipolares que afectan a (P)

Ahora bien, la mujer que ama, es también la mujer que pierde objetos de amor, o que se confronta frente a la aparición de nuevos seres para amar. Esto confiere en todo sujeto duelos y transformaciones que generan mayor o menor impacto, dependiendo de muchos factores externos e internos. En (P), hechos como conocer a quien fue el padre de sus hijas en el momento de la muerte de su propio padre, el nacimiento de sus hijas y la muerte del hombre amado, y sumado a otras pérdidas de diferente significación, han generado momentos de crisis, algunos de ellos asociados con el surgimiento de síntomas psicóticos. Sin embargo estos duelos, unidos a su condición femenina como hija, madre y esposa, aunque puedan llegar a asociarse con el desencadenamiento del delirio, no debilitaron en ella sus posibilidades de reconocerse como agente social activo dentro de la familia y la comunidad. Aun con la aparición de alucinaciones (definidas médicamente como alteraciones de la percepción de la realidad) y de delirios (entendidos como alteraciones del pensamiento), (P) expresa que sus momentos de crisis no fueron, ni son constantes, y que sobre todo, en gran parte de su historia de vida, su percepción de la realidad y su organización del pensamiento no es afectada. Se trata de momentos en los cuales aparece el cuadro sintomático, pero que constituyen solo un momento determinado en su historia de vida. Ello es reconocido y aprovechado por (P), quien insiste en ser cada día ciudadana y mujer. Incluso parece que dicha insistencia logra permear el espacio vital en donde se desarrolla su vida cotidiana, puesto que el vecindario es conocedor de su patología, pero la “acepta” en momentos en que sus crisis no son evidentes. En su cotidianidad, el rol como mujer y madre no se pierde, incluso cuando por prescripción médica pueda su familia estar tentada a relacionar las emociones de (P), como la alegría y la tristeza, con síntomas de alerta que pueden ser antesala de un brote psicótico. Con todo ello, (P) se niega a enajenarse de sus propias emociones, y las trata de manejar para evitar ser patologizada cuando ama, ríe, teme, odia o se entristece. Ella reconoce que esta es la vía por la cual debe responder a la tensión social, pero no se niega

su propio sentir. Ella ha resuelto el asunto tratando de medir sus expresiones afectivas al medio externo, ante la incapacidad que presenta el medio externo de entender que más allá de un sujeto patologizado, hay un sujeto afectivo.

La complejidad que implica el ser mujer, se expresa en (P) mediante el tránsito continuo “entre el duelo y la esperanza”. Esta historia es la narración de algunos aspectos de una vida singular, pero también es un instrumento y un fin. Un instrumento mediante el cual ha sido posible mostrar la singularidad de una paciente que en términos de su diagnóstico parece estar supeditada a la homogenización social; pero sobre todo obedece a un fin ético: mostrar que en cada sujeto humano se debate el duelo y la esperanza, que en cada mujer la alegría y la tristeza tienen múltiples razones y manifestaciones, y de visibilizar las pequeñas y cotidianas valentías con las cuales una mujer diagnosticada con enfermedad mental, debe responder al medio social, tratando de resistirse al marco del diagnóstico, y permitiéndose a sí misma la insistencia en “ser mujer”. (P) vive su proceso de constante socialización, enfrentando día a día los efectos del estigma social, y construyendo posibilidades de ser y de hacer, que mantenga el vínculo social.

Los anteriores son algunos aspectos fundamentales en la forma como (P) vive los duelos y las esperanzas, y sin embargo no constituye la historia de una sola mujer, como ella hay muchas que intentan vencer el rechazo social, así como familias que no saben cómo afrontar esta situación, o los temores a la locura y al no saber cómo afrontar las crisis.

Es pertinente señalar que con la llegada de un hombre que en la actualidad le prodiga sus cuidados y compañía, que la apoya y por el cual (P) se siente querida, incluso sabiendo que ella sufre de una enfermedad mental mayor, ha sido para ella un acontecimiento tan importante que desde que se siente amada y amando, no ha vuelto a tener hospitalizaciones.

Cuando la irreverencia marca la singularidad

El caso de un joven diagnosticado con enfermedad mental

Somos seres histórico-culturales, que generamos formas particulares de identidad, teniendo en cuenta, de un lado, el aspecto subjetivo –que se vincula más a las formas como cada sujeto incorpora, vive y dinamiza sus conocimientos, sentimientos y percepciones–, y de otro, el aspecto objetivo que surge frente a un acuerdo que se establece con los otros de una comunidad (Quijano, 2008).

En el relato de la historia de vida de (M.)³¹, un joven universitario y líder político, quien solicita la reserva acerca de algunas experiencias que hacen parte de su vida privada –aunque sabe que se protegerá su identidad–, parece también reconocer que más allá de que se le preserve el anonimato de su nombre, la circulación de su historia, constituye una especie de desalojo de su privacidad, y no está dispuesto a realizar transacción alguna para dejar de proteger aquello que es suyo, su vida, su historia, sus afectos y sus recuerdos. Esto se reconoce desde la perspectiva que todo sujeto tiene derecho a preservar su mundo privado y las memorias íntimas de su pasado, y que por su condición de liderazgo y las potencialidades que tiene como ciudadano y agente de transformación social, es importante a toda costa salvaguardarlo del daño.

Su palabra, aparece generalmente ligada al debate, y expresa constantemente el acuerdo o el desacuerdo que tiene con los sucesos, las circunstancias o los pensamientos de los otros. Es precisamente esta postura de apertura constante con el debate, que le permite hacer del medio político, un escenario posible en el cual oponer y proponer.

En el campo de lo social, aparecen tres escenarios posibles y casi que fundamentales que permiten que (M.) se configure como un sujeto político con responsabilidad social, que tenga fundamentos ontológicos ligados a la fe y que se constituya como un sujeto pensante que reflexiona teórica y críticamente. En el primer escenario aparece su vínculo a un partido político, por más de la mitad del tiempo en que ha vivido. En el segundo escenario aparece su decisión de vincularse y practicar los ritos de una religión no occidental. En el tercer escenario aparece (M.) como un lector insistente, como el estudiante reflexivo y como el sujeto en permanente estado de indagación.

(M.) afirma que en términos generales sus relaciones familiares suelen tener un carácter frío y distante. En su vida desempeña roles como estudiante, trabajador en un partido político, líder ideológico, pero con todo ello, siente que sus dinámicas familiares no son permeadas por esos logros. Dice que la relación mejoró un poco luego de que viajó a un municipio colombiano a dictar una conferencia acerca de la plataforma ideológica y las particularidades del partido político al que pertenece. En dicha conferencia obtuvo reconocimiento. Dice que la gente se paraba y aplaudía. Recuerda que en su conferencia no decía algo verdaderamente original, la fuerza de la misma radicaba en la insistencia que hacía para que los miembros de su partido reflexionaran y asumieran las

31. (M.) será la denominación que se utilizará para referirse al paciente.

consecuencias de su elección política, pues de lo que se trataba era de soportar, sostener y militar dentro de una ideología específica, con un recorrido histórico importante, con bases ideológicas firmes: “Yo digo lo que quiero decir, y lo que estoy diciendo es completamente estúpido, porque ustedes saben aquí todo esto (...) entonces qué vamos hacer con eso”.

A su padre le llega la noticia sobre el éxito de esta conferencia y ello parece permear de una manera importante la concepción que el padre tiene de las posibilidades políticas de (M.), al interior de la plataforma ideológica del partido al que pertenece y desde el cual aspira a generar procesos de transformación social. (M.) dice: “(...) con la resolución de conflictos que producen el seno de la sociedad, en medio del diálogo y la negociación política (...) Me gustaría participar políticamente dentro del concejo de mi municipio, mediante una propuesta que le está apuntando mucho al tema de la resolución de los conflictos de manera dialogada, pues el concejo le aprobó al alcalde una intervención de una militarización de una zona en la que se están peleando dos pandillas de dos barrios diferentes, por territorio, sin contar que hay algunos barrios, en donde el presidente de la junta de acción comunal es nombrado autoritariamente y nadie lo tumba porque nunca hay elecciones, ...porque él quiere estar ahí durante mucho tiempo y su función se limita a reunir los matones del barrio, y mandar a matar a los que representen alguna amenaza (...) Y está respaldado por gente de mi partido, aunque para mí es inconcebible que una persona que esté afiliada a este partido, esté respaldando una cosa de esas, cuando se supone que somos partidarios de la resolución pacífica, dialogada y política de los conflictos armados”.

Con respecto a los riesgos asumidos por la forma como asume su condición política, (M.) expresa “(...) todo el tiempo estamos en peligro”, debido a que considera que para subvertir y transformar lo establecido es necesario correr el riesgo. Con alguna dosis de sátira, (M.) dice:

... mmm pues retomando a Spinoza, es cierto que se puede cambiar la constitución de mi cuerpo, en este caso es posible que otro cuerpo pueda afectar la constitución de mi cuerpo (...) pero en ciertos casos, si uno no se pone en riesgo, sería traicionar la misma naturaleza de lo que se está tratando de crear; se está tratando de crear crisis y eso es lo que molesta, y eso es lo que puede conllevar a una posible muerte (...) un importante líder político colombiano dijo alguna vez «cuando se mata a una persona no se acaba con las ideas sino que muchas veces sobreviven esas ideas».

Esta significación que hace de la noción crisis, asociada al concepto que Deleuze y Guattari acuñan con el nombre de “Esquizoanálisis”, sirve a (M.) para

construir y tratar de consolidar el término de “Esquizopolítica”, para referirse a una forma política de “crear crisis en la percepción de los sucesos, para crear otras realidades posibles; y esta crisis de la percepción es una de las nociones que tradicionalmente se tienen sobre la esquizofrenia; pero en este último caso es haciendo hincapié en la pérdida de la realidad, no en la creación de alternativas”.

Algunos asuntos relacionados con la infancia, la juventud y la escolaridad

En la relación que establece con otros, (M.) identifica dificultades que se remiten a su infancia: “(...) la dificultad para relacionarme con la gente, viene como desde la infancia, o sea... para entablar una amistad, no lo lograba tan fácilmente, por ejemplo, cuando estaba en el colegio e íbamos a jugar fútbol, no me gustaba, y espero que no me guste”. Se presume una infancia compleja, pues lo poco que refiere de ella, da cuenta de unas relaciones interpersonales no muy estrechas, exceptuando personajes centrales como uno de sus tíos y su abuela, personas con las cuales él dice que: “realmente compartí muy buenos momentos (...) pero ya estas dos personas murieron”.

El tema de la niñez aparece como un tabú, sobre el cual sostiene un profundo silencio durante las entrevistas iniciales y los posteriores encuentros no formales. Cuando se tocaba el tema de la niñez, respondía siempre que pasáramos a otra cosa, con la excepción de un encuentro informal en el que se refirió a algunos asuntos.

Fue posible conocer asuntos tales como que en su niñez las actividades grupales con pares no eran las que socialmente se espera de un infante. Por ejemplo, dice que el deporte no le gustaba, aunque expresa: “(...) yo el deporte no lo he practicado mucho (...) pero después de un tiempo comencé a practicar la natación, como se puede notar”. Esto lo dice en forma de burla, haciendo un recorrido visual de sí mismo, pues su contextura es alta y delgada. Protesta con respecto a las actividades que deben ser practicadas por una obligación que le es dada desde afuera, y esto sucede por ejemplo con las actividades deportivas en el colegio, pero luego también es relacionado con las terapias del hospital, por las que siente desprecio:

(...) esas actividades son como obligadas, solo es a pegar papelitos (...) y esto me pasó incluso en el bachillerato, tuve problemas muy fuertes con una profesora de artística, porque limitaba mucho, decía que teníamos que hacer y a mí no me gustaba (...) nos daba una hoja de papel y decía «vamos a hacer un bodegón» agregando luego «las naranjas se pintan de amarillo, los bananos también, las manzanas de rojo o de verde», esa última era la máxima libertad que daba, aquí

va la manzana, aquí va el banano, la canasta tiene que ir así, o sea que estábamos frente en una hoja de papel en blanco, en la cual ise podría hacer tantas cosas! pero no, no lo dejaban hacer.

(M.) admira a las personas que logran tener un vínculo comprensivo, inteligente e interactivo con los números, esto, unido a la historia de vida de John Nash³², hacen que sienta gran admiración por este personaje, sin embargo dicha admiración incluye a pensadores como Espinosa y Pascal, quienes eran también unos grandes matemáticos. “(...) lamento no pertenecer a ese círculo de emblemáticos hombres (sonríe) (...) pues en la parte académica, la relación con los números nunca ha sido buena, aunque me gustaría, yo admiro a la gente que le pega a los números, pero conmigo no, yo soy muy brutico para eso”. Pero a cambio de un rendimiento medio en matemáticas, M. manifiesta que se destacaba en ciencias sociales, humanidades y geometría. “(...) yo estude en un colegio que se llama C en el municipio en donde vive actualmente mi familia (...) tienen el énfasis en humanidades”.

(M.) dice: “con las personas que no he tenido relación o más bien poca son con mis compañeros o personas de la misma edad, pero en cambio he tenido

32. Johnny Nash, nació en Bluefield Sanatorium el 13 de junio de 1928. Sus biógrafos dicen que fue un niño solitario e introvertido aunque estaba rodeado de una familia cariñosa y atenta. Parece que le gustaban mucho los libros y muy poco jugar con otros niños. Su madre le estimuló en los estudios enseñándole directamente y llevándole a buenos colegios. Sin embargo, no destacó por su brillantez en el colegio. Por el contrario, debido a su torpeza en las relaciones sociales, era considerado como un poco atrasado. Sin embargo, a los doce años dedicaba mucho tiempo en su casa a hacer experimentos científicos en su habitación. A los catorce años comenzó a mostrarse hábil en matemáticas, pero su interés principal era la química. Se licenció en matemáticas en 1948. En 1949, mientras se preparaba para el doctorado, escribió el artículo por el que sería premiado cinco décadas después con el Premio Nobel. En 1950 obtiene el grado de doctor con una tesis llamada "Juegos No-Cooperativos". En el verano de 1955, John Nash y Alicia salían juntos. En febrero de 1957 se casó con quien había sido su alumna: Alicia Larde. En el otoño de 1958 Alicia quedó embarazada, pero antes de que naciera su hijo, la grave enfermedad de Nash ya era muy manifiesta y había sido detectada. Alicia se divorció de él más adelante, pero siempre le ayudó mucho. En el discurso de aceptación del Nobel, en 1994, John Nash tuvo palabras de agradecimiento para ella. En 1959, tras estar internado durante 50 días en el McLean Hospital, viaja a Europa donde intentó conseguir el estatus de refugiado político. Creía que era perseguido por criptocomunistas. En los años siguientes estaría hospitalizado en varias ocasiones por períodos de cinco a ocho meses en centros psiquiátricos de New Jersey. A finales de los sesenta tuvo una nueva recaída, de la que finalmente comenzó a recuperarse. En su discurso de aceptación del Premio Nobel describe su recuperación así: "Pasó más tiempo. Después, gradualmente, comencé a rechazar intelectualmente algunas de las delirantes líneas de pensamiento que habían sido características de mi orientación. Esto comenzó, de forma más clara, con el rechazo del pensamiento orientado políticamente como una pérdida inútil de esfuerzo intelectual". Tomado de: http://www.portalplanetasedna.com.ar/una_mente.htm

muy buena relación con las personas mayores, sobre todo con los profesores, las aseadoras, las profesoras, los vigilantes y la señora de la tienda”. Para él es más fácil entablar una relación de amistad amena con las personas mayores, y con un tono de risa que se cruzan a través de las palabras, manifiesta: “la razón exacta no sé, habría que preguntarle al psicoanalista, o al veterinario no sé”.

En el bachillerato, (M.) estudió en un Colegio Técnico Industrial: “como para salir a hacer algo y ser útil”. Y el último año de su formación lo realizó en el colegio C.

(...) ya no tenía relación con nadie, ni con mis compañeros, ni con los profesores, ya que tenía muchos conflictos con ellos, sobre todo con los profesores, incluso hasta el último año casi no me graduó (...) Recuerdo que había una materia afro colombiana, la dictaba un afro descendiente, por no decir negro, y él mismo dictaba filosofía, él manejaba las dos cosas ligadas con argumentos estúpidos, pues decía por ejemplo que el que perdiera la cátedra de afro colombiana no podía ganar filosofía, porque estábamos desconociendo los aportes que hacen los negros a la filosofía, pero nunca vimos a un filósofo negro, pues siempre vimos a Kant, Aristóteles, Sócrates, Platón y los europeos. Por eso sus argumentos no eran válidos para mí, además el acusaba a todo el mundo de racista, basado en cualquier hecho que no tenía nada que ver con el racismo (...) había que hacer un proyecto de investigación, bueno muy presuntuoso para esa época, más bien una monografía o un escrito de investigación, que tuviera que ver con los afro descendientes en la política del municipio, y yo pensé que iba a encontrar buen material porque los partidos políticos siempre hablan de eso, de participación bueno salvo un partido específico, pero de resto creo que todos tienen participación minorías étnicas, o por lo menos en los estatutos, además porque mi municipio tiene una cantidad importante de población afro descendiente y líderes afro-descendientes, incluso concejales.

Pero el tema de la afro descendencia no está vinculado necesariamente con el color de piel, sino con una identificación particular que se hace con la historia y con los otros, en ese sentido, (M.) entiende que no puede clasificar al otro desde su propia perspectiva, así que por medio de entrevistas se acreció a la realidad racial y étnica, “pero hubo muchos que dijeron que no se identificaban de esa manera, así que sus aportes no podrían ponerse dentro del grupo de líderes afro; por ello la conclusión fue contundente: el aporte de los afro descendientes no era mayor en mi municipalidad. Eso disgustó al profesor y su enojo fue acompañado con expresiones de insulto, dijo incluso que yo era un racista y otras cosas”.

Recuerda también que tuvo deseos de hacer ejercicio político en su colegio “me lancé como personero del colegio, y me pegué una quemada espantosa, me saqué

como 500 votos o algo así, y eso que haciendo consulta popular y todo. Me gasté mucha plata en esa campaña, y después yo decía maldita democracia” (rie).

Con respecto a las relaciones que establece (M.) con los profesores de la universidad, comenta que se limita solo a las clases, pero no hay nada de cercanía amistosa, aunque a él le hubiera gustado acercarse más a (RS) o a (JH), por ejemplo, pues ellos son para él maestros, no profesores. “(RS) es un maestro de alta categoría, hace unos análisis que te dejan pensando, y tienes que retomar sus palabras para entender sus análisis, ya que dejaba la espinita sembrada, y cuando hacía chistes, a los días uno los entendía, aunque a veces eran malos y al tiempo uno decía, que chiste tan malo de (RS) es muy admirable, incluso tengo el correo electrónico de él, pero no me he atrevido a escribirle, porque no se cómo dirigírmele y además con qué pretexto”.

Religión y política como vínculos importantes en las relaciones intersubjetivas

(M.) no recuerda con exactitud cuando falleció su abuela, cree recordar que en su primera comunión ella ya había muerto, porque para homenajearla, hizo su primera comunión, “pero no era algo voluntario, ni de corazón en relación con la creencia en Jesucristo como Dios, sino como un evento simbólico”; pues recuerda que su abuela era muy religiosa, y que todos los días la acompañaba a misa. Recuerda que aquello que se significaba en la hostia como el cuerpo de Cristo le producía cierta sensación de asco: “el cuerpo de Cristo es como un canibalismo, además de la sangre”, pero lo realizaba ya que era más como una especie de obediencia hacia ella, porque lo estaba mirando desde el cielo o cosas de ese estilo. “Incluso yo creo que no me aprendí las oraciones cortas que le ponen a uno cuando hace el curso de la primera comunión, porque el Credo y el Padre Nuestro si me tomaron mucho trabajo; entonces era más como homenaje a ella. Claro que homenaje es una palabra muy grande, más bien como en memoria a ella...una cosa así”.

En lo que respecta a la religión, sus primeras prácticas –mediadas por la presencia de su abuela– estuvieron adscritas a la religión católica. Aunque en general no haya un gusto por esta forma de práctica religiosa, luego de un periodo que él denomina como de ateísmo, buscó otra forma de inscripción religiosa basada en otras creencias, en donde el sacerdote como figura suprema era sustituida por la imagen del líder. Expresa que una de las razones fundamentales de su inscripción en un credo religioso, lo debe a su lectura de Spinoza. El acercamiento y la definición de Dios que hace este autor le produjo algo que él define como

“(...) maravilloso (...) pues la concepción que este autor hace sobre la religión se enmarca en una significación particular sobre Dios... (...) Soy muy racional, pues cuando hacen estudios del fenómeno religioso hay una concepción como despectiva, ya que se nombra a la sociedad que practica algún tipo de religión, como menos privilegiada, inteligente o inferior”. Posteriormente ingresa a un credo religioso no occidental, permitiéndose la realización de nuevas prácticas, con las cuales se encuentra identificado.

En (M.), se representa significativamente la política, se refiere a ella como un “juego” que le ha gustado desde su infancia; es un juego de estrategias, a pesar de que no sea la palabra correcta con la que él interpreta el significado de política: “el juego no sé si sea la palabra correcta, pues puede haber una palabra mejor, es como una especie de hobby”. (M.) lo conceptualiza de esta manera porque no sabe cómo expresar esa significación de agrado y gusto que es para él la política, ya no aparece ante él como una tortura, sino más bien como algo placentero que entretiene su vida, siendo un aspecto enriquecedor.

Desde perspectiva, el campo de lo político es un lugar para el sueño y los ideales, para poder tratar de encontrar soluciones a los problemas más sentidos de las poblaciones, incluso opina que aunque no se logre este objetivo, y aunque no pueda cambiarse la sociedad en todos sus aspectos, por lo menos entretiene al individuo particular que se desenvuelve en este campo. Se trata entonces, para él, de un medio por el cual, al tiempo que realiza una labor que le gusta, también puede tratar de contribuir al desarrollo social desde las posibilidades y límites propios. Y es a partir de allí donde (M.) realiza y proyecta su vida, tomando la decisión de involucrarse con mayor compromiso y resuelve lanzarse al Concejo de la ciudad, donde habita su familia, a pesar de los graves problemas de corrupción, violencia, persecución a los líderes de derechos humanos y el creciente auge del paramilitarismo que caracteriza a este municipio.

En sesiones posteriores manifesté (M.), “que el significado de hacer política en mi vida no ha sido el mismo siempre, sino que este ha cambiado después de leer a Spinoza”. Con respecto a ello, él hace mención de alguno de los apartes, en donde este filósofo habla de los afectos y de la existencia de afectos tristes y afectos alegres:

(...) hay dos condiciones humanas: la alegría y la tristeza, además de que hay tres tipos de ideas para estas dos condiciones, pero de ella solo me referiré a la primera, que son las ideas de afecciones, sobre las cuales Spinoza pone un ejemplo: cuando uno sale de la casa y se encuentra con Pablo y con Pedro, entonces saluda, hola Pablo, hola Pedro, entonces Pablo me cae bien y Pedro me cae mal; Pedro afecta mi

cuerpo de una manera que me produce tristeza, porque Pablo afecta de una manera que me produce alegría, entonces los afectos de alegría que me produce me aumenta la potencia de actuar; y los afectos tristes me disminuyen la potencia de actuar.

La relación que hay entre la política y la teoría de Spinoza, tienen una connotación importante, pues él considera que es necesario que los afectos tristes disminuyan y que la alegría aumente la potencia de actuar, pero en algunos aspectos existenciales de la realidad de los sujetos, es contraria la forma como se podría representar la política. Aunque un sujeto cualquiera tenga el afecto-tristeza disminuido y esté preparado para actuar con potencia, su contrario u opositor, responderá a esta fortaleza y también entonces su potencia de actuar aumentará más. Y eso hace para (M.), que la política se constituya como un juego particular, pero un juego serio, en el que en ocasiones, las potencias de actuar pueden ser entendidas como amenazas, pero también pueden llegar a ser priorizadas en las dinámicas sociales y particulares de los sujetos.

Por ello, para (M.), cuando se consolida el ataque o la amenaza, “(...) no es o fue un mal, sino un bien”, ya que esta dinámica que se establece en lo político, puede ser considerado como un peligro, pero también puede verse como una contribución, pues puede inducir al individuo que se siente atacado a generar alguna estrategia de fortalecimiento, y de esta manera se desarrolla su proceso de evolución política.

“Me remito a Nietzsche cuando habla de las transformaciones del espíritu, Zaratustra, entonces una opción podría ser ver todas las dificultades desde el punto de vista del camello, bajo una perspectiva de sometimiento, lo que él llama la mala conciencia o resentimiento; y la otra opción sería verla como el león, la cual sería como una condición de agresividad”. Esta precisamente una de las críticas que (M.) hace a ciertos pensamientos políticos, pues “(...) la postura de algunos sujetos se torna en hostilidad, cuando se centra en aquello que los otros hacen mal, para expresar juicio crítico, muchas veces sin fuentes, ni expedientes de comprobación”. Para (M.), esto es como “una especie de venganza, y no una actitud de vigilancia”, lo cual convierte este tipo de posturas, en condiciones de sujetos con afectos tristes. Sin embargo, ello podría, por el contrario, generarse desde lo que Spinoza llama un afecto de alegría, una alegría que se transforma en la intención de perjudicar, para convertirla en un ente a favor. Pero esta relación del daño que no afecta sino que fortalece, es una lectura que no solo se establece en lo político, sino también en lo social, aunque no se visualice igualmente “las relaciones, se forman desde una intención sobre la decisión que yo tengo que hacer, y otra cosa es la lectura que el otro puede hacer de ello”.

Lo anterior hace parte de las dinámicas políticas cotidianas de (M.), pues este, a menudo, es confrontado por medio de la “amenaza” no física, sino verbal, que se enfoca en su cuerpo y que va desde la crítica por su forma de vestir o por su aspecto personal, y trascienden hasta amenazas de muerte o de daño físico. Se siente juzgado por varias razones “(...) pero esos son reproches que me hacen, que creo que terminan fortaleciéndome, por lo menos ya me empezaron hacer propaganda y yo no he sacado la primera, por lo menos y mucha gente sabe que estoy haciendo campaña para concejo y no por mí” (risa).

Síntomas, diagnóstico y terapéuticas

Existe el supuesto de que la enfermedad mental detiene al sujeto, es decir, lo inmoviliza. Ahora bien, una postura basada oficialmente y juiciosamente en la teoría psiquiátrica de la sintomatología maniaco-depresiva, puede explicar rápidamente el porqué este sujeto no se detiene tan fácilmente. Es decir, puede sustentar que es precisamente la condición maniaca de (M.) la que hace que tenga este tipo de posturas, muchas veces desafiantes. Sin embargo, es importante, que más que explicarlo, se pudiera más bien estar abiertos a nuevas preguntas, y mirar este aspecto desafiante desde otras perspectivas y miradas investigativas, para dar cuenta de las nuevas dinámicas que se presentan en los pacientes diagnosticados, pues el mundo gira y la sociedad se transforma, invitando a reformulaciones teóricas sobre el tema de la enfermedad mental, haciendo que los referentes familiares, institucionales, sociales y culturales modifiquen la significación.

En este apartado se hablará de los síntomas, cómo se desarrollan y cómo se percibe la patología. (M.) expresa que la primera alucinación que se hizo pública estuvo asociada con dos personajes representativos, un docente y un personaje de la intelectualidad europea del siglo XIX y principios del XX.

Para entender mejor la escena, debe darse cuenta del segundo momento alucinatorio, que fue el que tuvo con uno de los profesores de la universidad a los que más admira, pues ocupa el lugar que se reserva a aquellos que pueden denominarse como “maestros”.

(M.) dice que el día de su primera alucinación puesta en evidencia pública, él vio a este maestro universitario pasar repetidamente en cinco o seis veces por lugar en el que (M.) se encontraba. Era como la repetición secuencial de la misma escena, que aunque fue real la primera vez, no correspondía a la realidad objetiva. “(...) fue una cosa que se repetía, lo saludé, él me saludó –hola profesor–, –que hubo hermano–, siguiendo así sucesivamente”. La repetición generó de inmediato sospecha en (M.), pues el mismo expresa que no cabía la menor

posibilidad de que se presentara el caso de que el profesor se hubiera devuelto y repetido el saludo. A partir de allí, fue que comenzaron en la historia de (M.) las primeras alucinaciones. Ese mismo día (M.) había presentado a su mejor amigo a una mujer con cuya conversación, inteligencia y acompañamiento se encontraba totalmente seducido. Esta mujer había sido tema de conversación de (M.) con sus amigos, y correspondía al nombre, personalidad y características de alguien que influyó mucho en la vida afectiva, personal y académica de algunos de los más grandes pensadores y literatos de la Europa central, entre 1880 y 1920. Cuando (M.) hace la presentación de dicho personaje a su amigo, este se da cuenta de que algo muy complejo pasa con él, pues no le presentaba a un ser real, sino que en el lugar del personaje había un poste. Al referirse a lo anterior, (M.) dice que su amigo logra ver la existencia de un problema, cuando realiza el contacto imaginario de (M.) con la realidad compartida, pues dicha mujer no solo no existía en la realidad concreta de la vida de (M.), sino que –además–, él había dejado de asistir a clase. “(...) no entraba por estar dialogando con ella, compraba dos tintos en la cafetería para amenizar el encuentro, e incluso dejé de entrar a las clases de X (refiriéndose al profesor al que le profesaba gran admiración)” y además en un tono que acostumbra para acompañar algunas puntuaciones sarcásticas, M. agrega “(...) yo nunca supe que hizo ella con el tinto, porque yo le gastaba tinto, compraba siempre dos tintos para que ella también tomará y habláramos, o sea que vote un poco de plata en tintos”. Es de anotar que el sarcasmo aparece como una forma de asumir una realidad que de otra manera resultaría dolorosa, y que para (M.), dicha realidad consista no en haber alucinado con ella, sino con el hecho lamentable y duro de entender que ésta ella no existía.

Hacer presente a esta mujer, era para (M.) algo importante. En ella encontraba no solo a un interlocutor válido por su inteligencia, sino a una persona a la cual podía investir de afecto y sensualidad, es por eso que ella ocupó un lugar muy importante en su vida. Sobre ello, (M.) manifiesta algunas muestras de la importancia de dicha mujer en su vida cotidiana:

Mi amigo me preguntaba sin ninguna malicia, sino más bien con la curiosidad «¿por qué llegaste tarde?, ¿ya salís y por qué?». A lo cual yo le respondía: –no es que voy hablar con ella. En mi familia vinieron a dar cuenta que (S.) no existía apenas hasta hace poco, y esas alucinaciones se estaban dando desde hace cuatro años, pero llegué a convencer a la familia y a todo el mundo que (S.) existía (...) Para mí esta mujer era lo máximo, inteligente y hermosa, y dejaba de asistir a las clases del mejor profesor que he tenido porque el conocimiento de (S.) era comparable con el del profesor, sus conocimientos son impresionantes.

Durante el tiempo de estas alucinaciones (M.) no paraba de hablar de esta mujer cautivadora, tanto que llegó a causar curiosidad en los demás. Para (M.), esta mujer le seducía por su inteligencia, eso es lo que más resaltaba de ella, aunque sus amigos pidieran más bien una descripción de sus cualidades físicas, de su estética corporal, en últimas, él se centraba en describir la impresión total que causaba su inteligencia, mientras que a sus amigos lo que más les interesaba saber era sobre su belleza.

Para volver al momento en que (M.) intenta relacionar a su amigo con la mujer brillante, (M.) recuerda que en ese instante su amigo no le dijo nada, pues guardó prudencia frente a lo que estaba sucediendo, aunque de inmediato le dice “ve acompañame al servicio médico que tengo una cita”, y al llegar al servicio médico su amigo le dijo: “pendejo allí no hay nadie, hay un poste”. (M.) salió a correr, se encuentra con el docente, lo saluda, se vuelve a encontrar con él, lo vuelve a saludar, y de esa manera se presenta el acontecimiento repetitivo.

El siguiente momento que (M.) recuerda es haber despertado en el hospital, no recuerda si se desmayó o se cayó, lo que sí recuerda es que estaba totalmente dopado por los medicamentos y que por sus síntomas psicóticos, ya había sido diagnosticado con esquizofrenia, aunque posteriormente se cambiaron los diagnósticos “(...) con los síntomas que llegué, una vez me dieron la etiqueta de la esquizofrenia, y días después se me detectó la depresión, pero eso no quiere decir que me haya aparecido durante ese tiempo, de hecho estaba así desde mucho antes, pero muchísimos años, ese día lo que sucedió es que los demás se percataron de eso y se hizo más evidente”.

Para (M.) su cuadro sintomático y la manera como lo vive es la causa de una constante tensión con aquellos que lo valoran. La significación que tiene (M.) de la depresión y de la alucinación no es la misma que tienen los demás. Pareciera que lo que causa horror al otro, no es necesariamente lo que él siente como más mortificante.

Para (M.) la depresión ha sido algo progresivo, que se ha ido expandiendo poco a poco y muy lentamente, además de identificar en ese síntoma, algunos rasgos degenerativos, pues últimamente muestra que el cuadro depresivo se ha ido desarrollando más fuertemente y de forma más frecuente, esto llega al punto de desesperar a (M.), porque le produce frustración no poder lograr el control de las sensaciones y la incomprensión de la gente. “(...) yo le llamo depresión por los síntomas, pero pues no sé hablar clínicamente, es muy difícil, mis síntomas con respecto a la depresión son a través de la angustia y la tristeza”. La depresión

está asociada a dos intentos suicidas que ha tenido en el último año, y para él se trata de un profundo sentimiento de desolación con el que no puede hacer nada para superarlo. Sus familiares le piden que “ponga de su parte”, “como si fuera tan fácil” –dice–. Expresa que él más que cualquier otra persona desearía no sentir aquel afecto triste que lo perturba y lo acongoja, pero el afecto no solo le resulta triste, sino que abordarlo y superarlo le resulta imposible, cuando él mismo alcanza una intensidad que no le permite tomar decisiones, y su autonomía en el sentir se pierde al punto de no poder constituirse como agente activo para enfrentarlo y darle fin. “(...) me preocupa mucho más la depresión, porque incluso las alucinaciones, yo creo que hasta las disfruto, y aunque no están relacionadas con la paranoia y con persecuciones, ni cosas de ese estilo” (...) La depresión es indescriptible, es como el sabor de cuatro, es una cosa que no se sabe la palabra correcta o completa para describirla, se asemeja más hacia la angustia, a tristeza, tanto es así, que llegué al punto de intentar suicidarme los últimos días de la crisis depresiva, y fueron muy seguidas”. Este sentimiento de tristeza profunda era algo que (M.) conocía, incluso antes que se le diagnosticara una enfermedad mental, pero la ideación suicida es algo nuevo, ahora sus depresiones tienen mayor intensidad, al punto que los médicos a veces la relacionan con una depresión psicótica. El que ahora aparezca el intento suicida como un síntoma adicional a su depresión, lo hace pensar que es algo progresivo. Aunque no sepa exactamente en qué momento exacto que desencadenó la depresión, (M.) identifica que antes permanecía aburrido.

Frente a la solución química para la patología, (M.) dice que con la última dosificación de clonacepan y flouzetina se ha regulado y disminuido su tensión, “porque ya no son tan definidos los personajes, sino que son sensaciones de que alguien está allí donde “(...) veces escucho una voz que me llama”, sin embargo, dice que ahora no son tan definidas como al principio, a pesar de que la dosis del antipsicótico es menor.

La psicoterapia aparece en occidente como una forma importante y hegemónica de atención para los malestares y enfermedades de orden mental que generan mortificación en los sujetos. Al respecto Sampson (2001), expresa:

(...) sin lugar a dudas, parte de la singularidad de la cultura occidental contemporánea puede reconocerse en esta proliferación fantástica de psicoterapias. Lo que algunos llaman “alineación del yo moderno” se ve expresada en la búsqueda desesperada de métodos para la realización de sí; la hiperconciencia puesta en los propios procesos anímicos, la vigilancia extrema de las oscilaciones humorales, junto con la promoción cada vez más exacerbada de la imagen de sí, conducen a

un extrema vulnerabilidad que puede reclamar un apuntalamiento psicoterapéutico constante (2001, p. 361).

(...) ahora bien, es cierto que cada terapia pretende fundarse en una teoría, aunque dichas teorías en muchos casos guardan una relación bastante dudosa con lo que se entiende tradicionalmente por coherencia y racionalidad. Sin embargo, es preciso reconocerlo: no existe una psicoterapia científica, expresión que probablemente sea un oxímoron. Pero es justamente la ausencia de tal terapia científica lo que hace inevitablemente la multiplicación de procedimientos que aspiran a este estatuto, tan codiciado en nuestra cultura insusceptible de acrecentamiento. ¿No es entonces lícito que el médico se empeñe en apropiarse de ese factor, servirse deliberadamente de él, guiarlo y reforzarlo? A esto, y solo a esto, los alienta la psicoterapia científica (2001, p. 361).

Para (M.) la psicoterapia se debe basar más en la profundidad, en el reconocimiento de la singularidad de aquello que le acontece y de la manera como él lo vive, y no acepta que una intervención a la que se le dé el nombre de “terapéutica”, y de la cual se esperarían efectos favorables en el proceso de curación, se reduzca al mero acto de establecer los datos generales de una historia clínica y de dosificar los fármacos al amaño de quien lo atiende.

De otra parte, explica que no se puede mostrar como terapéutica una intervención mensual con estas características, ya que las citas en el hospital se dan nuevamente al mes o mes y medio, y muchas veces pasan hasta dos meses entre uno y otro encuentro. Esto genera una situación que para él resulta harto incómoda, pues pareciera que la persona del terapeuta está centrada en el síntoma y la enfermedad, más que en el sentir del sujeto que llega a poner su malestar en manos del otro, con el fin de darle algún alivio al mismo.

(...) la rutina de lo administrativo y los trámites administrativos, que son siempre bastantes demorados, cuando entro a la psicoterapia, el médico empieza hacerme preguntas que podía consultar en la historia, como cuál es su nombre y cosas de ese estilo, y luego me pregunta cómo me ha ido, qué medicamento estoy tomando, qué dosis, cuántos miligramos y cómo me ha ido con el medicamento, entonces le manifesté los problemas que había tenido, sobre todo en la parte de las alucinaciones, porque la depresión me preocupaba, a pesar de que yo entendía que estaba haciendo apenas el proceso de adaptación a la nuevas dosis.

Esto hace que (M.), se enoje con su psicoterapeuta, al que denomina como “de-sastroso”, porque la terapia se basó en llenar la historia clínica con datos que no dan cuenta de su singularidad como sujeto, sino que permiten construir rasgos característicos más que de un sujeto, de una enfermedad o de una patología;

pero de otra parte, porque de todo ello lo que resultó fue una reducción de la medicación: el clonacepan, que es parte del tratamiento antidepresivo, sin que aparezca alguna preocupación por los antipsicóticos, y terminar por decir: “se puede ir”. En esa ocasión, alterar la dosis del antidepresivo no era lo que (M.) considera adecuado. Pues “las crisis depresivas que había tenido eran muy fuertes (...) es más, era la más fuerte de todas las crisis que se han presentado hasta ese momento, pues de ella derivaron dos intentos de suicidio, y por ello se trataba de una crisis que me producía mucho miedo, y no sabía si al alterar la dosis o al reducirla podía afectarme, pues mi objetivo era no volver a recaer en otra crisis, ya que no sé si luego pueda detener el intento de suicidio”. Así, mientras lo que se ponía en juego en el dispositivo terapéutico para (M.), era la continuación de la vida; para el terapeuta era un asunto de control del medicamento y actualización de la historia clínica. Mientras que para (M.) se trataba de un aspecto mortificante de su subjetividad, de un dolor vital, del debate entre la vida y la muerte y del enigma del intento suicida, para el terapeuta era un asunto de actualización administrativa. Es decir, en el mismo dispositivo operaban dos búsquedas distintas y dos éticas disímiles, la ética de la vida como asunto humano, y la ética de la organización de los datos como asunto administrativo.

Ese día (M.) debía tomar una decisión, que no era precisamente la de hacer caso o no a su terapeuta, o la de reducir o no la dosis del medicamento. Él tenía claro que la decisión era otra y debía actuar coherentemente con lo que estaba buscando, así que frente a la inconformidad que sentía, se acercó a la secretaria que asigna las citas, y le preguntó “¿hay otro psicoterapeuta que me pueda atender?”, a lo cual ella respondió que no. Y explicó que la negativa se relacionaba directamente con el carácter operativo del sistema de salud vigente. Es decir, el programa estatal con el cual estaba vinculado (M.) como paciente del HPUV, pagaba una sola plaza psicoterapéutica en dicha institución, y dicha plaza correspondía a la persona que le había atendido. Con esta respuesta, (M.) se quejó en la siguiente instancia estatal, y con ello logró ser cambiado de institución asignada para su tratamiento y control.

En el momento del cierre de las entrevistas con (M.) para el presente proceso de indagación, él se encontraba comenzando nuevamente el proceso psicoterapéutico en la nueva institución:

... Y bueno realmente no fue nada, como fuera de lo normal, en la primera cita fue como allá, porque no tengo historia, entonces tuvimos que iniciar desde el principio; le manifesté los varios diagnósticos que he tenido, le comenté sobre los

medicamentos que estaba tomando, y con los que he llevado el tratamiento a lo largo del proceso, pero no hubo nada de psicoterapia en ese instante.

Además agregó que la terapia es de diez sesiones, es decir, la está previsto que el proceso tiene un tiempo determinado y un número de citas establecidas previamente por algún mecanismo burocrático, legal o económico, que no tiene en cuenta la singularidad de los procesos subjetivos propios de lo humano.

(M.) plantea que en relación con la psicoterapia, prefiere que sea realizada por un psiquiatra con conocimientos terapéuticos, que por psicólogos sin conocimiento psiquiátricos, pues piensa que “los psicólogos son especuladores, ya que carecen de ciencia en la cual puedan soportar su saber, por ello, esperaba que la psicoterapia se la diera un psiquiatra –añade– (...) tengo más confianza con los psiquiatras hombres”, por eso se desamina un poco, porque su terapia actual está a cargo de una psicóloga. Sin embargo, comenzó su terapia y la piensa continuar, mientras considere que la intervención esté siendo pertinente (M). explica lo anterior de la siguiente manera:

...con el psiquiatra se trata de una cuestión en donde media la psiquiatría como disciplina, ya tuve la experiencia del psiquiatra haciendo psicoterapia y es diferente. En la psicoterapia se entra como a entablar una conversación y a buscar las dificultades que se le presentan a la persona. Por lo que tengo entendido son dos tipos de tratamiento, el primero, tiende a encasillar al paciente en un diagnóstico, y dependiendo de eso, se responde a ese diagnóstico con medicamento, mientras que la psicoterapia o el psicoanálisis, bueno o no sé mucho de eso, de terapias o tratamientos, pero creo que lo que se busca es responder o dar respuesta a ese problema, (...) yo que sé, digamos que se quiere llegar a lo más profundo.

Agrega que solo con un terapeuta logró la interrelación de ambos objetivos, se trató de una terapia muy constante que tuvo (M.) con un psiquiatra y psicoterapeuta, en un proceso “que creo que duró un año y medio o un año si no estoy mal, de terapias cada semana, porque era muy intensivo el tratamiento y la mejoría que siente es indudable, es decir, mucho mejor”. La parte positiva para (M.) es que lo atendía un psiquiatra y que podía medicarle:

...se apersonaba más del caso, conocía mi historia personal y mis síntomas, sabía qué medicamento estaba tomando, cuáles eran las dosis y cuáles eran las consecuencias, en cambio con los psicólogos que hacen psicoterapia se trata solo de una parte, porque luego le toca a uno ir al psiquiatra para que formule el medicamento. Hay cierta ventaja que tiene el psiquiatra cuando hace psicoterapia y a la vez formule, está al tanto de todo y además puede saber con más certeza sobre las dosis que necesito.

En la psicoterapia con el psiquiatra psicoterapeuta, (M.) se sintió escuchado, más allá de los síntomas o de su patología, se sintió tenido en cuenta a nivel de lo personal.

(...) me sentía bastante mejor, creo que fue una experiencia muy buena, me dolió mucho cuando ya me dijeron que no podía continuar con las psicoterapias por cuestiones administrativas de la universidad, me pareció devastador, pero decía, bueno yo no puedo depender de la psicoterapia, –de si voy o no a la psicoterapia de todas maneras se dejó como algo construido–, pero lo que más me dolió fue que se interrumpiera de un momento para otro.

Aclara que no era dependencia de la terapia, sino la motivación que causaba con esta nueva forma de ver su caso.

Sobre el logro de la psicoterapia que realizó (M.) en año y medio, expresa: “(...) exactamente lo contrario de lo que está pasando, ahora se incrementaron las alucinaciones, pero la depresión se redujo, pero a mí no me preocupan tanto las alucinaciones (...) las alucinaciones no se parecen a la depresión, se disfrutan más bien, porque no están ligadas a la paranoia, ni a la persecución, ni al miedo ni cosas de ese estilo”. A (M.) las depresiones se le convierten en un afecto que no sabe cómo manejar y que parecen superarlo.

Sin embargo, a pesar de la ausencia de un proceso claramente definido del cual se deriven logros sustanciales, encuentra que la psicóloga de la entidad educativa en donde estudia, ofrece una alternativa terapéutica válida. Eso le permite afirmar que a pesar de sus propios cuestionamientos sobre los psicólogos, esta profesional se constituye en una de las pocas psicólogas a las que respeta, pues se siente de acuerdo con lo que él denomina “su método de confrontación”:

(...) yo no creo que ella haga propiamente psicoterapia, si no sesión de anti-psicología,... además hemos entablado como una especie de amistad como una especie de vínculo de paciente y psicóloga, porque ella vio cuando tuve un intento suicida, y ella fue la que lo impidió y me llevó al hospital (...) creo que es como una de las mejores psicólogas que hay ahí.

Además muestra que en el ejercicio de su labor terapéutica, la psicóloga cuenta con una ventaja adicional, al poder manejar su propia agenda: “(...) ella organiza su propio trabajo con respecto a esa parte de citación con los pacientes, lo cual le da mayor posibilidad de atención oportuna”.

(M.) agrega que el enfoque de su psicoterapeuta es:

(...) más enfocado a lo psicoanalítico (...) la forma como ella hace sus terapias son como de cuestionamiento, pues siempre cuestiona todo. Además uno puede decir que tiene las aptitudes para confrontar, por lo cual es difícil formularle una pregunta y que ella le responda, o a veces responde con otra pregunta, por ello digo que es psicoanalítica, porque ese método es propio del método psicoanalítico, aunque no sé mucho pero me da la sensación de que es como típico de los psicoanalistas (...) el cuestionamiento es algo que puede realizar uno mismo, pero no es igual que cuando otra persona lo está confrontando y no le da un espacio a nada (...) sino de una manera intensiva, como con rigidez y dureza, por eso, ese método me agrada.

Con esta psicóloga, (M.) siente que tiene la seguridad de un método y la rigurosidad de una confrontación que le permite plantearse preguntas. Esto se contrasta con otras experiencias que ha tenido con profesionales y por tanto le genera un afecto especial, ligado a la confianza en el método.

En otras ocasiones algunos psicólogos le han dicho “yo tengo un enfoque psicoanalista, pero yo le hago a todo. Podríamos también trabajar con cognitivo-conductual”. Y con respecto a ello, (M.) hace un cuestionamiento referido a la ética profesional.

(...) me parece falta de compromiso con un método, ya sabe que no tengo pelea con el psicoanálisis, pero que por lo menos se comprometa con un método cualquiera que sea, si se va a comprometer con el método de únicamente fármacos, bueno, pues que solamente sea eso, pero que el médico esté comprometido con uno solo, ya que eso garantizaría su profesionalismo, por ello digo que es falta de compromiso con un método, ya que los métodos se contradicen muchas veces, bueno yo lo llamo método y ustedes le llaman enfoque (...) creo que el hecho que se comprometa con uno solo, es como estar de acuerdo y seguro, la persona que está comprometida con el enfoque da más seguridad.

En las teorías generales sobre psicopatología se entiende que la anormalidad psíquica se manifiesta por conductas alteradas, desviaciones del pensamiento o la moral que se encuentran dentro del rango de lo esperable por un sujeto en condiciones “normales”. Entre lo que podría ser denominado como una disciplina que estudia las razones del padecimiento psíquico de un sujeto, y lo que se determina como un tratado o discurso científico sobre las afecciones del psiquismo humano, existe una brecha insoslayable. En el sujeto que padece se abre la pregunta por la forma como asume el sufrimiento y por las razones de él, pero en el individuo enfermo solo aparece como obligatoria la pregunta por el diagnóstico y la condición en que puede llevarse a cabo el proceso de curación de dicha enfermedad. Sufrimiento y padecimiento convocan algo que puede ponerse en el orden de la subjetividad. La enfermedad en cambio, suele ubicarse

epidemiológica y categorialmente en relación al sistema, al sistema biológico o psíquico que enferma, al sistema socio-económico que soporta la “carga de enfermedad”, y al sistema médico que cura.

En términos del “discurso científico sobre un conjunto de afecciones del psiquismo humano”, lo normal es entonces equivalente a lo “no afectado”; pero en relación al “estudio de las razones del padecimiento o sufrimiento psíquico de un sujeto”, lo que se pudiera considerar como “normal” en las conductas humanas estaría necesariamente apuntalado por un conjunto de requerimientos específicos para cada cultura en su respectivo momento histórico y dentro de condiciones sociales, económicas y políticas particulares.

La versión patologizante de acercamiento a la enfermedad mental y la hegemonía que alla ha tenido entre las posturas, estudios y abordajes, ha puesto en peligro la manera como las sociedades se relacionan con los sujetos diagnosticados con alguna forma de psicosis. En el caso de (M.), este muestra que para la sociedad es más peligroso un enfermo mental que un ladrón, y hace alusión a un viaje que hizo a una capital de un país latinoamericano con algunos compañeros. (M.) manifiesta que en esa ocasión, cuando iban a dormir, “todos debatían para dormir en la misma cama conmigo, yo me di cuenta de los comentarios que hacían sobre el temor de dormir conmigo, porque no sabían si podía llegar a ser peligroso y por eso preferí ir a dormir en otra parte solo”. Sin embargo, frente a situaciones como estas, (M.) dice que paulatinamente se fue acostumbrando, incluso ha optado por jugar con los imaginarios que circulan en relación con su diagnóstico:

(...) yo no sé cómo demonios recocho con mi enfermedad, pero el cinismo me ayuda, aunque al principio cuando te dicen no creas en lo que ves, no confíes porque no siempre es real, y que te ponga la etiqueta de esquizofrénico, es duro y difícil.

(...) una vez una compañera de la universidad, muy bonita, me decía «por qué no has vuelto a la universidad», (...) he tenido problemas de salud «¿y que tienes?», no pues me diagnosticaron esquizofrenia, y me dijo, hay que decepción”. Y frente a esto, (M.) se reta a sí mismo, expresando “sí soy un esquizofrénico, y no voy a ser normal, por lo tanto voy a ser la única persona que reconozca mi enfermedad, y por lo tanto me burlo de la patología.

A mí me gusta cuando en vez de producirles miedo, algunos amigos lo que hacen es que me cogen de recocha, eso me agrada, en vez de mi nombre real, me dicen el nombre de un medicamento psiquiátrico, dicen que hacen los exámenes conmigo porque si yo no sé, se me aparece el autor y me sopla la respuesta (ríe).

Su inteligencia, articulada a una forma particular de resolver los asuntos, asumiendo posturas analíticas, reflexivas y cuestionantes, acompañadas de importantes toques de cinismo y humor negro, ha sido para (M.) el recurso con el que cuenta para no hacerse víctima de un diagnóstico y para responder a las exigencias del entorno social.

Sin embargo, esas especificidades corren el riesgo de ser también desconocidas, pues al tratarse de un sujeto “psicótico”, la sagacidad que tiene para el análisis de los aspectos sociales, políticos y culturales de su país y su región, pueden ser rápidamente desvanecidas por un interlocutor que se sienta aludido, recurriendo a la salvedad –legitimada por el estigma social de la enfermedad mental–, de que dichas posturas son “cosas de locos”.

(M.) ha sido un colaborador importante en el proceso investigativo, en tanto aportó algunos apartes de su historia personal que han permitido la reflexión, los cuestionamientos y los asombros. Pero adicionalmente a ello, (M.) cumplió el papel de alertador constante sobre el cuidado que se debía tener con la puesta en acto de la subjetividad a la hora de abordar el dato. Él hubiese preferido un manejo mucho más “objetivo” de la información.

Esa postura crítica y analítica en relación con el proceso de investigación, se sostiene en la manera como agencia su vida cotidiana. Tanto (P) como (M.) se constituyen socialmente como agentes de cambio social y político válidos, sus posturas, la forma como asumen los nodos problemáticos de sus comunidades, regiones y grupos humanos a los que pertenecen, generaron muchas veces en quienes les conocimos durante este proceso investigativo, discusiones sobre la importancia social de sus posturas y acciones sociales en escenarios históricos tan convulsionados como el de Colombia. Muchas veces, alrededor de estas discusiones, se concluyó que la sanción social por “la locura”, diagnosticada en personas y ciudadanos como (P) y (M.) afecta sus historias personales, pero también afecta la historia socio-cultural de pueblos que parecen tranquilamente condenados a su perversión social, al tiempo que condenan la fuerza vital de la palabra de sujetos como (P) y (M.).

Capítulo



**Discusión final
y prospectiva**

Apuntes necesarios para una reflexión...

Por: Jennifer Perdomo y Carmen Eugenia Cobo

“La cuestión no es cómo ser curado, sino cómo vivir”
Joseph Conrad

Algunas corrientes psicológicas afirman que los seres humanos son agentes de constante transformación del entorno y de sí mismos, puesto que pueden desarrollar la capacidad humana de elección y con ello acceder a un mínimo de libertad que le permita aumentar las opciones reales para hacerse cargo de su propia existencia. No obstante, para no caer en lugares comunes ni hacer promoción de imaginarios positivistas sobre los cuales se generan posturas ingenuas en relación con el desarrollo humano, es importante entender que dichas libertades dependen, no solo de la elección singular de los sujetos, sino también de sus circunstancias y de las condiciones generales de su entorno. Siguiendo la postura de Max-Neef, se trataría de identificar cuáles son las condiciones del ser, tener, hacer y estar de cada sujeto.

González Rey (1997), se refiere a Martín Baró para mostrar una dialéctica compleja en la relación del sujeto con lo social, expresando que el ser humano es una realidad objetiva en el ámbito de una sociedad, y ello hace que el sujeto sea objeto y sujeto en cuanto a las circunstancias; producto y productor en cuanto a las producciones materiales; y en lo que respecta a las relaciones sociales, es al tiempo interlocutor y referente. Pero el sujeto no es solo realidad objetiva, sino también realidad subjetiva, porque genera perspectivas, acciones, actividades y procesos que lo convierten en productor personal y social; por tanto constructor activo de una forma específica de vivencia.

Por su parte, Montero (1994) y otros autores de la psicología comunitaria se refieren al cambio social, considerándolo como una opción de los sujetos

sociales para abordar y superar las condiciones de exclusión social a las cuales son sometidos los miembros más vulnerables por sus condiciones personales, mentales, ideológicas, económicas o productivas. En esta perspectiva de cambio social, el acento está puesto en la necesidad de "devolver el poder" a los sujetos con los cuales se hace el abordaje de una situación crítica determinada, a favor de la generación de soluciones pertinentes y responsables, a la luz de una ética compartida por las familias y las comunidades, y de una perspectiva de futuro que surge de las cosmovisiones, sueños y posibilidades de cada grupo humano, sin que medie en el proceso el beneficio particular de un poder político imperante, que a menudo actúa precisamente como el actor principal de aquella exclusión.

Ello introdujo no pocos cuestionamientos en relación con el método de investigación y al manejo mismo del dato. Si bien se hizo énfasis en una postura abierta de escucha durante cada encuentro con los colaboradores de investigación, se entendió también que era necesario que dicha escucha estuviera centrada no sólo en la singularidad de sus subjetividades, sino también en sus sueños, posiciones ethopolíticas y posibilidades de agenciamiento civil en su condición de ciudadanos. Siendo consecuentes con ello:

- ¿Qué podría escribirse de todo aquello que nuestros colaboradores compartieron?
- ¿Cómo dar cuenta del impacto de sus relaciones intersubjetivas en las formas particulares de su integración social, sin afectar dichas posibilidades de integración con la publicación de los resultados de investigación?

Hemos dicho ya de varias formas que las teorías generales y hegemónicas que se han generado en torno al tema de la salud-enfermedad mental, insisten en significar como patológica toda manifestación de "conductas alteradas" o toda presencia de "desviaciones" de las funciones que se consideran "normales". Pero entre lo normal y lo patológico no aparece realmente claro el límite. Entre uno y otro se entrecruzan caminos y en esos laberintos se ha extraviado mucho de lo que queda por decir.

La transformación de lo real en imaginario y la mediación simbólica entre ambos campos, no es tan clara en el devenir de los ciudadanos contemporáneos, a menudo ligados y atados, más que sujetados, a ideales, necesidades y satisfactores enajenantes. Así pues, la alienación no siempre es o ha sido un asunto de sujetos, es más, cada vez con mayor propiedad parece ser un asunto propio de la acción social, una acción social que a su vez parece incrementar de continuo su vínculo con los modelos económicos vigentes.

Si normal es entonces la puesta en escena de conductas, funciones y pensamientos, que corresponden al ideal que impone una cultura o el modelo social dominante de una época, ello implica entonces que la normalidad se traduzca como lo que definitivamente corresponde a “lo natural”; pero ¿Qué pasa entonces cuando rompiendo con muchos de los esquemas propuestos por esos ideales, estos sujetos insisten en construir ideales propios mediante mecanismos diferentes al delirio?

En dos de sus textos, Galende (1994,1997) muestra desde diferentes escenarios de análisis que el valor dominante está puesto, en la sociedad contemporánea, en asuntos relacionados directamente con la apariencia, entendida esta desde una significación que si bien tiene relación directa con los límites de la belleza de los cuerpos y la riqueza en los atuendos, ha permeado otras instancias y se representa así mismo en ideales tales como alta calidad, eficiencia, eficacia, titulaciones, certificaciones, progreso, éxito, etc. El traslado de la importancia centrada en el ser, a la importancia concentrada en la apariencia, facilita el ejercicio de una comercialización de la propia personalidad, de las plataformas ideológicas, e incluso de los proyectos de vida particulares o comunitarios; en efecto, incluso las redes sociales se han organizado de tal manera que lo significativo es tener algún beneficio que tenga vínculo con las leyes del mercado.

Representar un papel acorde con estas necesidades y tendencias de la cultura y la sociedad, parece ser el requisito impuesto para acceder a la promesa de una existencia posiblemente trascendente en el futuro. Para ello el sujeto y las sociedades han de pagar el precio de normalizar sus deseos y necesidades, reproducir las condiciones de dominación, y evitar encontrárselas con la sensación del vacío y de la nada. Los procesos propios del ciclo vital humano: el nacimiento, la adolescencia, la vejez, la sexualidad, el dolor y la muerte, han de ser también dominados por la perspectiva de éxito, calidad, eficiencia y eficacia, lo contrario introduce la pregunta por lo patológico y luego de un estudio generalmente provisto de mediciones empíricas, esa pregunta puede tener como respuesta un diagnóstico. Ello sin que importe que la resignificación médica de los procesos de la vida cotidiana, conviertan al sujeto en un objeto de enfermedad, al tiempo que deba hacerse “responsable” o “culpable” de padecerla. Para incrementar esa culpa suelen ser muy efectivos algunos programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, generados por fuera de las necesidades y realidades de los sujetos en un contexto específico.

El daño del estigma social con el que se responde a los sujetos con diagnóstico de enfermedad mental, hace que muchos de los ciudadanos diagnosticados,

conserven en mayor reserva su condición, puesto que saben que el ejercicio libre de su ciudadanía puede ser afectado en virtud de la actitud excluyente con la cual los otros pueden responder. Esto hace que en este proceso se haya tenido que reconocer la pertinencia de reservar muchos de los datos con los cuales se supone que un caso clínico debe ser presentado. Los ciudadanos colaboradores aportaron su confianza, pero dicha confianza exige el respeto por el dato, no solo en relación al cómo decirlo, sino también en relación al qué decir.

Integración social

Más que un fin, una metódica socialmente responsable para el tratamiento de ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental mayor

Por: Carmen Eugenia Cobo M.

En la tesis de maestría, Sánchez y Vergel (2010), retomaron que Morin (1995) en su autobiografía se hacía la pregunta por la veracidad de sus afirmaciones y de su postura, entendiendo que incluso en la postura más honesta que asuma un humano, es posible el autoengaño, precisamente por su propia condición de humanidad.

Hoy me pregunto: ¿Seré verídico? sé que todo conocimiento de una sociedad, de una historia, de una vida, incluida la propia, es a la vez una traducción y una reconstrucción mentales (...) Sé que la percepción de un acontecimiento puede comportar selección de lo que parece principal, ocultación u olvido de lo que molesta, y sé que el recuerdo puede alterar gravemente lo que rememora. Sé que las ideas que nos son necesarias para conocer el mundo son, al mismo tiempo, lo que nos camufla el mundo o lo desfigura. Sé que la mirada del presente retracta siempre sobre el pasado histórico o biográfico que examina. Sé que nadie está al abrigo de mentirse a sí mismo (Morin, 1995, p.10).

Teniendo en cuenta el riesgo constante de autoengaño intelectual, cognoscitivo o incluso mental, el riesgo que aquí se corre es el de suponer una prospectiva fundamentada más en el deseo que en las opciones concretas basadas en las situaciones socio-políticas y económicas presentes.

No obstante, es preciso poner en palabras las reflexiones, las búsquedas y las posibles respuestas surgidas a partir de una serie constante de actividades, más bien silenciosas, que incluyen estrategias aplicativas, investigativas y académicas.

micas sobre el tema de los enfermos mentales, con énfasis en el asunto de las posibilidades de integración social de ellos.

En las sociedades que exageran la perversión (ya que por algún motivo histórico no han llegado o se han alejado del sentido de la ley y del lugar coartante, pero también posibilitante de su cultura), lo patológico parece sujetar al individuo y la deprivación social es la que parece desencadenar una serie acciones que la voluntad de un humano socializado no desearía para sí. Al andamiaje cultural no le basta con socializar, sino que también es fundamental que la propuesta sobre la cual construya vínculos, logre seducir, esto es, convencer al sujeto humano que su ofrecimiento de goce dosificado y de placer asociado con momentos de sosiego y sensaciones de bienestar, es mejor que los caminos del placer desenfrenado, asociado no ya a la represión o la dosificación, sino a la cercanía siempre gozosa, terrible, temible, pero también seductora de la fuga mental o física, cercanas ambas al aniquilamiento y a las formas simbólicas o concretas de la muerte.

La pregunta ética por la sociedad que queremos y la que tenemos, en términos de la dignidad que ofrece a sus miembros, la productividad y las responsabilidades asumidas entre grupos y estamentos que a ella pertenecen, nos permite un análisis válido desde el cual se puede partir para generar planes, programas y proyectos a corto, mediano y largo plazo, que desde una concepción integral en los sistemas e interdependiente en los grupos sociales y estamentos, sean garantes de una recuperación social sostenible que apunte todas las dimensiones del desarrollo humano.

El mundo de hoy es un mundo que se debate entre lo objetivo y lo subjetivo, entre el sistema y los Actores. De un lado, el mundo parece global; del otro, los multiculturalismos parecen no tener límites. En tanto que la ley del mercado destruye sociedades, culturas, movimientos sociales; la obsesión de identidad se aprisiona en políticas arbitrarias que no pueden sostenerse más que en la represión y el fanatismo. Por el camino sistémico, al que conduce la racionalidad, no se vislumbra solución por lo que se hace necesario redefinir la sociedad, recuperar lo subjetivo y retornar al Sujeto. Esto es así porque la modernidad racionalista aprisionó en instituciones represivas todo aquello que parecía resistirse a su triunfo. En lugar de ayudar a su desarrollo, le ha amputado la mitad de ella misma. Se puede concluir que no es posible la modernización sin racionalización pero que también es indispensable la formación de Sujetos que se sientan responsables frente a sí y frente a la sociedad. Lomelí Meillon (2003).

Asistimos a una nueva cuestión social, que implica una renovación importante a nivel del método y el marco de lectura de los fenómenos actuales, de las

categorías de estudio, y por supuesto, de las formas de gestión social que ellos ameritan (Rosanvallón, 1995). “La sociedad y los grupos están creando constantemente nuevos significados y valores, y el individuo mismo contribuye a esta innovación. Este es el cambio social, o quizá sencillamente la vida (Garay, 2001. p.13). Aparecen nuevos escenarios, nuevos sujetos, y con ello, nuevas necesidades y acciones. La existencia de este marco complejo de situaciones reclama nuevos, mejores y más efectivos medios de conocimiento, que los que reducen la realidad a lo simple y la generalizan buscando principios o leyes de explicación, o la dividen y aíslan para observarla desde ópticas que no interrogan a las epistemologías, como tampoco interrogan a los sujetos, negando con ello la posibilidad de validar otras narrativas posibles, otros saberes y formas de dimensionar los aspectos fundamentales del devenir humano. Este panorama hace necesario un accionar desde posturas éticas y políticas que nos permita redimensionar responsabilidades³³ y corresponsabilidades.

Algunas de esas respuestas contextualizadas en lo geopolítico, socio-histórico y demográfico, tienden a ponerse del lado del fortalecimiento de las comunidades, los grupos o los colectivos. Pareciera así que la respuesta a la tendencia individualizante y obediente de las exigencias del capitalismo económico, el hacer surgir un sujeto, pero no cualquier tipo de sujeto, sino un sujeto asido al grupo y a los otros, como una forma de hacer resonar su voz, pero también como una alternativa válida y deseable para potenciar el logro de sus esfuerzos. Así, los grupos de la palabra, las acciones colectivas³⁴, las asociaciones de su-

33. Hacer referencia a la responsabilidad es necesariamente hacer referencia a la relación con los demás y a la necesidad de crecer en la consciencia de que no estamos solos, sino que compartimos un mundo de diversos seres y que nuestras decisiones tienen un efecto que va más allá de nuestra propia vida. El científico chileno Humberto Maturana expresa que, “la responsabilidad, consiste en darse cuenta de las consecuencias que las propias acciones tienen sobre otros seres, humanos y no humanos, ya sea directa o indirectamente, así como en darse cuenta de si uno quiere o no quiere esas consecuencias y en actuar de acuerdo a ese querer o no querer”. Así, la responsabilidad es ante todo consciencia, es comprender la relación de esta con el respeto a sí mismo y al otro.

34. Acción colectiva, traducida como el efecto de una ruta construida intencionalmente, mediante relaciones sociales de miembros cuyas intenciones se juntan, en una interacción concreta y física, para el aprovechamiento de los recursos, o la búsqueda de oportunidades en común. Esto genera una serie de redes y conexiones que permiten la mutua identificación de los miembros con relación a problemáticas que le son comunes y que requieren de una postura activa de las personas que las sufren, para lograr la resolución del conflicto, pero, adicionalmente, para lograr fortalecerse como grupo y como sujetos durante el proceso mismo de la resolución. En una acción colectiva, aparece entonces un proceso identificatorio entre las subjetividades que conforman la colectividad, pero también aparece la posibilidad de deconstrucción de realidades desde la interacción social y el desarrollo de actividades conjuntas. (Betancourt, referenciado por Ramírez, 2010).

jetos en virtud de su grupo etéreo, social o de otras condiciones específicas, se constituyen en construcciones sociales fundamentales para que de ellas surja un sujeto fortalecido, al tiempo que se genera una colectividad cohesionada, no necesariamente en la uniformidad, sino también en la tensión que proviene de la diferencia³⁵. Esto es, una ciudadanía participativa en el marco de la construcción colectiva de acciones que favorezcan la generación de condiciones de mayor dignidad para sus miembros.

Vale la pena mencionar aquí a Bustelo (1998), quien explica que la ciudadanía no es algo que pueda conceptualizarse de la misma manera, de hecho, habla de dos formas de ciudadanía posible y muestra cómo en cada una de ellas se configura un sujeto civil diferente (Ver cuadro 3).

Esta caracterización de diferentes formas de ciudadanía, convocan a pensar en qué tipo de ciudadano puede permitir o viabilizar procesos de integración social en términos de dignificación de las vidas de quienes hacen parte de su comunidad. Y por supuesto, aparece entonces la idea de que se trataría de un ciudadano emancipado, capaz de construir proyecto con los otros y de dinamizar acciones civiles que movilicen el fundamento de los asistencialismos sociales. Esto implica la necesidad de constituir con los sujetos sociales proyectos comunitarios acordes con la búsqueda cooperativa y participativa de la dignidad humana. Se parte entonces del reconocimiento de una ética civil fundamentada en el consenso social, el pluralismo y la democracia, que permite que el sujeto, la familia, la escuela, las comunidades y las instituciones asuman la responsabilidad por lo propio, pero también por su interrelación con los demás a fin de fortalecer los vínculos y garantizar el cumplimiento de los derechos civiles, mediando comprometidamente para su cumplimiento.

Al provenir de posturas que plantean una ética del reconocimiento del otro y de su diferencia, se espera que los procesos alcancen transformaciones sustanciales y que con ellas los sujetos logren el reconocimiento desde sí, de aquello que constituye verdaderamente la satisfacción de sus necesidades y de las acciones necesarias para acceder a dichos satisfactores. Es decir que el reconocimiento del otro como sujeto que precisa de la satisfacción de necesidades afectivas, sociales, culturales y económicas, básicas para constituirse como tal, pueda entenderse

35. "Tensión que alimenta el desafío por reconocer la dialéctica interna del sujeto para desenvolver su capacidad para transformarse en sujeto constructor, lo que se corresponde con una forma particular de conciencia: la conciencia histórica. Esta conciencia al expresar el movimiento interno del sujeto y orientarse hacia la construcción de espacios para ser sujeto erguido convierte al conocimiento en una postura ética" (Zemelman, 2002, p. 11).

Cuadro 3

Ciudadanía asistida	Ciudadanía emancipada
<p>Se trata de una ciudadanía que responde a lógicas de pensamiento basadas en el modelo neoliberal. Desde este modelo se configura una ciudadanía con unas formas particulares de pensar el sentido de su participación política, económica y social. Dicha participación se pone del lado de la producción económica y supone que en un modelo de amplia posibilidad de participación económica de los miembros de un grupo social, toda la sociedad podrá ser beneficiada y retribuida. De esta manera aparece un sujeto económico con cuyo aporte al Estado pueden beneficiarse todos los demás sujetos que componen su sociedad, centrandó este beneficio en cuestiones relacionadas con la adquisición y consumo de bienes y servicios previamente costeados.</p> <p>Este tipo de ciudadanía se encuentran vinculadas estrechamente con modelos de actuación estatal, que en el terreno del bienestar, adquieren una óptica asistencial-paliativa, para el abordaje de las problemáticas de sus comunidades³⁶.</p>	<p>Pone su acento en un sujeto, o bien una colectividad que visualizan su condición ciudadana en el marco de un Estado de Bienestar que no se identifica solamente con el asunto económico. Aparece aquí una opción de construcción ciudadana vinculada con una mirada de desarrollo humano que introduce otras condiciones diferentes al “tener”, en términos de lo puramente económico-monetario, y que no reduce la cuestión de los bienes y servicios, a los que generalmente aporta el modelo capitalista, sino que es capaz de incluir bienes inmateriales y servicios sociales relacionados con la interacción socio-comunitaria y no necesariamente con el acceso a las instituciones reguladas por el Estado.</p>

como un ejercicio complejo, que parte de la contextualización de ese otro, con una mirada que debe desagruparse de concepciones de identidad excluyentes y totalizadoras³⁷ e incluso nacionalistas, y focalizarse en el reconocimiento de

36. Brugué, Quin y Gomá R. (1998) muestran que este tipo de óptica asistencial paliativa implica por lo menos: “a) dejarse llevar hacia roles públicos reactivos con poca o nula capacidad de anticipación a los problemas; b) articular respuestas sólo a partir de demandas expresadas, sin tener en cuenta ni el amplio universo de las necesidades no explicitadas, ni la distribución desigual de capacidades de expresión de problemas entre los colectivo sociales y c) privilegiar actuaciones de base estrictamente individualizada, con la infravaloración consiguiente de las dimensiones grupal, y sobre todo, comunitaria, que seguramente pueden ser resortes de inserción mucho más potentes y fructíferos (p. 49)”.

37. Aunque también debe recuperarse la identidad colectiva que permita el acercamiento a nuevos referentes de sentido y la concreción de un proyecto de ciudad que posibilite el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio, promoviendo iniciativas globales que incidan en el logro de metas de interés particular y de interés común. Marco Raúl Mejía J. en su escrito *Construir Educativamente el Conflicto hacia una Pedagogía de la Negociación Cultural*, expresa: “Hemos terminado convertidos en ciudadanos del mundo olvidando que también somos hijos de la aldea y a partir de esta negación se ha construido una explicación en la cual se ha perdido la cultura que nos daba identidad y unidad. Desde el multiculturalismo crítico, la interculturalidad no es vista como el simple encuentro de culturas, sino como el encuentro que enriquece, reconociéndole los sustratos de poder, a la idea multicultural y por ello está en condiciones de producir una negociación cultural real, es decir, empoderamiento en y desde las culturas”.

las particularidades de las culturas, las comunidades y los sujetos como seres autónomos en la interdependencia.

La incoherencia entre las políticas y los modos de actuar sobre problemáticas ya diagnosticadas, responde al lugar verdadero y no solo conceptual, que se le ha dado al sujeto. Cada política, cada plan, cada modelo y la definición de sus efectos en los ciudadanos, da cuenta de cómo se piensan sus “sujeciones” (sujeto a qué, de qué y para quien) y su subjetividad (como la forma en que dichos sujetos interiorizan, piensan, viven, sueñan y transforman su realidad). Los modelos de desarrollo humano y de abordaje de las problemáticas sociales que no reconocen la complejidad de lo humano, quebrantan cada vez más las condiciones de vida de la mayor parte de la población mundial.

Pero no solo la manera como se percibe al otro es determinante en el desarrollo, también lo es la forma como se interpreta la realidad, pues esto determina el curso y el sentido que se le da a su transformación, por ello cobra especial importancia en los tiempos de la globalización y la incertidumbre social, la pregunta sobre la manera como el Estado, el mercado y la sociedad civil conciben al ser humano y su desarrollo social Integral.

¿Mediante cuáles senderos es posible que aquellos impensados formen parte de aquello que puede ser visto, interrogado, reflexionado y abordado como “acontecimiento” de cara al momento actual y al contexto social que nos implica? ¿Será posible la construcción de una red compleja de miradas, construcciones, conceptualizaciones, epistemologías y malestares contemporáneos, que nos invite a la búsqueda de alternativas interdisciplinarias³⁸ y transdisciplinarias³⁹ que en la convergencia y en la bifurcación permitan nuevos abordajes de las problemáticas humanas y sociales? En las jornadas de investigación “Las dimensiones políticas de la investigación en psicología”, Ana María Fernández (2006), haciendo alusión a la psicología y en particular a las facultades de psicología expresa que “(...) es estratégico desnaturalizar la cultura psi, que produce

38. que implica vínculos, relaciones y cooperación entre disciplinas; interacción, intercambio y enriquecimiento mutuo, disciplinas que conceptualizan, interpretan y accionan juntas, manteniendo su interdependencia y al tiempo su independencia.

39. como modo de acercamiento a la realidad que universalice y no especialice las disciplinas; libere la creatividad de los profesionales que las representan y flexibilice los quehaceres administrativos y normativos; para que no estén por encima de la necesidad de generación de conocimiento nuevo y su difusión.

como fuertes impensados las dimensiones políticas, sociales e históricas de las condiciones de producción de eso que luego se llamará “el sujeto”⁴⁰.

Si lo que se pone en juego es una praxis que reconozca el “uno a uno”, o “las particularidades” o “las diversidades” o “las diferencias”, es necesario entonces hacer una apuesta por la visibilización de las subjetivaciones y de las producciones de subjetividad que en la pluralidad de los pensamientos científicos convertidos en “ismos⁴¹”, se ponen del lado de las teorías universalizantes, y con ello sirven adecuadamente, tal vez sin así desearlo, a nuevas formas exclusión⁴², pues en el afán de propender por teorizaciones que dan cuenta de un supuesto “sujeto universal”, por demás inexistente, opacan el reconocimiento de la existencia de los singulares, con los que a menudo nos topamos, tanto en el mundo de la locura, como en el de la cordura. La idea y la insistencia en

40. Esta autora hace mención a que Pueden variar las orientaciones teóricas y los modos de intervención, pero se considera que la gente categoría abstracta si las hay -sufre por conflictos individuales que no pueden resolver cada uno por sí mismo; si alguien no puede resolver sus problemas se deberá, sin dudas, a fragilidades en la constitución de su psiquismo. De tal modo, la cultura psi ha naturalizado su psicologización de lo social. Y agrega además que La psicologización de lo social implica toda una tendencia a reducir al máximo los investimentos en lo público y a valorar lo más posible las prioridades de la vida privada. Forma parte de un doble movimiento de psicologización de lo social y sentimentalización (y despolitización) de lo público. Una de sus principales y más visibles consecuencias es las fuertes retracciones de objetivos comunitarios de estos tiempos.

41. Economicismos, sociologismos, psicologismos o psicoanalismos.

42. En este momento del texto me he referido en varias ocasiones a la exclusión social para hacer alusión a aquellos ciudadanos del mundo que no pueden ejercer su derecho al acceso de los bienes y servicios públicos ofertados por su nación y por el sistema económico que la rige. Sin embargo, es importante hacer mención a uno de los más significativos y recientes colaboradores del proceso investigativo que actualmente llevo a cabo, quien hace un énfasis notable en la pregunta por la exclusión social, mostrando conceptualmente, a partir de su saber sociológico, que la sociedad no tiene un afuera, y por ello no es posible sostener dicho término. Aún con la insistencia con la cual este colaborador defiende conceptualmente el asunto, es de anotar que él mismo ha mencionado que durante las crisis psicóticas un sujeto puede rebatir esta postura teórica de la no existencia de un “afuera” en lo social. No obstante, es importante anotar que autores como Bustelo, Minujin y Velásquez, utilizan el término para denotar una de las tres categorías o universos de personas que es posible distinguir en cualquier sociedad, según el grado en que pueden ejercer sus derechos civiles, y en especial los derechos sociales. Estas tres categorías son los incluidos, los excluidos y los vulnerables. De los excluidos Velásquez (1997) expresa que “hacen parte de esa categoría de personas o grupos que se encuentran imposibilitados o inhabilitados para el ejercicio de sus derechos sociales. Se trata de poblaciones que subsisten en situaciones de alto riesgo, con barreras educativas, culturales y de acceso a los servicios públicos. Generalmente se encuentran por fuera de los circuitos políticos y culturales, de manera que no pueden influir en las decisiones colectivas (p. 55)”.

la construcción de un sujeto universal, posicionado y reconocido como tal en diferentes modelos, enfoques o perspectivas de las ciencias sociales y humanas, termina por legitimar científicamente muchas de las exclusiones, desarraigos, discriminaciones y violencias epistemológicas⁴³ universales que ubican lo que está del lado no comprensible, en el lugar de la patología, la anormalidad, lo maligno, lo peligroso.

Mirando los procesos desde esta postura, se hace evidente que estos habrán de tener en cuenta los aspectos en juego, alrededor de la constitución de las subjetividades, entre dichos aspectos es importante hacer énfasis en algunos, tales como el entorno demográfico y ecológico, el entorno socio-cultural y el entorno económico.

El entorno demográfico y ecológico

En términos de lo demográfico se trata de tener en cuenta las características cuantitativas y cualitativas de la población que va a beneficiarse de los objetivos trazados por el proceso. Las variables cuantitativas están relacionadas, entre otros aspectos, con el número de miembros de la comunidad que se involucrará en el proceso, el porcentaje por grupos de edad y género, el porcentaje por estrato y comunas, los ingresos familiares, los niveles de educación, la situación laboral, el acceso a servicios básicos, etc. Esto introduce la necesidad de pensar en las particularidades demográficas de la población, es más, sería pertinente incluso adelantarse a algunos resultados del estudio de dichas variables teniendo en cuenta las características sociodemográficas de nuestras poblaciones e intuir que un programa habrá de vérselas con una población diversa en cuestión de edad, sexo, género, creencias religiosas, filiaciones políticas y condiciones socio-laborales, incluso dentro de un mismo territorio. Las características cualitativas del orden demográfico serían entre otras: oportunidades de desarrollo, relaciones, vínculos y conflictos familiares. Se puede decir que las características cuantitativas y cualitativas del entorno demográfico están en diálogo con el entorno ecológico, el cual designa espacios públicos que permite la sostenibilidad del medio ambiente, en este caso espacios de acceso público que adicionalmente posibiliten oportunidades de distensión de sus visitantes.

43. Por no hablar de otro tipo de violencias tal vez mucho más sensibles que las epistemológicas –aunque inevitablemente unidas a estas -y que atraviesan el orden de lo social, lo cultural, lo político y lo económico, ofreciendo como resultante, no solo la invisibilización, sino también la destrucción, el confinamiento o la muerte de la diferencia y de lo diferente.

De otra parte, de acuerdo con el Consejo Científico del CLAD, 2000, ha de decirse que la reconstrucción de la gestión pública necesita fortalecer las capacidades institucionales del Estado como actor principal en la organización y coordinación de la acción colectiva, Brugué y Gomá (1998) se refiere que “Se requiere una gestión que supere la segmentación y el centralismo tecnoburocrático” y que permita su renovación por un modelo de producción de servicios integrado, descentralizado, participativo y pluralista y que emprenda su búsqueda hacia políticas públicas cuyo propósito fundamental sea la equidad, como la posibilidad de todos los miembros de una sociedad para acceder a un punto de partida común, desde donde poder emprender su ruta hacia el bienestar. Pero para que la gobernabilidad democrática posea bases legítimas, esta debe estar sujeta a evaluación y seguimiento por quienes han legitimado dicho gobierno (Camou, 2001).

El entorno socio-cultural

Si reconocemos que el entorno cultural, incluye no solo las costumbres, tradiciones y expresiones culturales, sino también las interrelaciones humanas a partir de factores culturales que los vinculan, tales como valores y patrones de identidad y de comportamiento, ha de entenderse el estrecho vínculo de este con lo social. En este caso, para hacer referencia al entorno social, teniendo en cuenta todo lo escrito anteriormente, ha de hacerse énfasis en los principales problemas de la comunidad que afectan al grupo social, pues este entorno inmediato del paciente con enfermedad mental, incluye a la familia, el vecindario, las comunas y el municipio, se convierten en agentes primordiales para el apoyo o para desatención del proceso de recuperación o de minimización de las crisis emocionales de los sujetos en mayor grado de vulnerabilidad social y subjetiva.

El entorno económico

Referido a las oportunidades, prioridades, reacciones actitudinales y características asociadas a las formas particulares dadas al consumo, el entorno económico permite dar cuenta de la manera como los sujetos y las comunidades asumen un ejercicio contemporáneo de ciudadanía desde su desempeño social, relacionado con la diada capital-consumo. Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que la estrecha unión conceptual entre ciudadanía social y derechos, ubica en un lugar de tensión al sistema capitalista de relaciones sociales: por sí mismos, se pretende que el sistema garantice el principio de igualdad y la perspectiva de libertad, no obstante, el sistema espera ser dinamizado dentro de estructuras en donde funcionan claramente las estratificaciones sociales provenientes del

capitalismo, estructuras que por su propia cualidad limitan el ejercicio de los derechos y con ello debilitan el desarrollo de la ciudadanía, esto es el desarrollo más que con el poder económico, con la capacidad que los ciudadanos tienen para valorar, elegir y actuar libre y autónomamente, en un medio que les ofrezca un mínimo de oportunidades de acceso a bienes y servicios relacionados con las necesidades básicas humanas, que son universales, y las necesidades culturales, propias de cada grupo social. Al respecto Galende, E (Sf.) dice que:

En contextos culturales de consumidores ávidos de consumir y ávidos, además, de actuar sobre sí mismos, el problema con el espacio social, el espacio público, las formas de organización social producen cada vez más desánimo y desinterés. Muchas veces se habla del abandono de la política como práctica social y esto tiene que ver con la sensación de que ninguna actividad humana parece tener capacidad de modificar la realidad en donde se vive. Si bien no se trata de una situación extrema en la que todos nos volcemos autistas o psicóticos, si se genera una relativización de nuestra relación con el mundo simbólico (p. 5).

Ramírez (2010), refiriéndose a Norbert Lechner, menciona que para este autor una de las particularidades de los procesos ciudadanos contemporáneos es que la gente no solo demande el acceso a bienes y servicios, sino que insisten en algo más, insisten en la reivindicación de su ser, buscan ser reconocidos en su dignidad personal y en su identidad social, ser valorados por su contribución a la sociedad y sentirse apoyados en sus esfuerzos y sacrificios. Esto implica una postura que no es solo la exigencia al Estado del cumplimiento de un listado de obligaciones que le competen, sino que es también la solicitud expresa de ser vistos como sujetos sociales en el lugar en el que les compete agenciar su vida y su historia. Ramírez (2010) expresa: La gente no quiere solo atención médica oportuna, sino respeto a la dignidad humana. Se demanda no solo una previsión social adecuada, sino el reconocimiento a una vida de trabajo, creando la riqueza del país. Son estos bienes simbólicos –respeto, reconocimiento, protección, integración– los que debería procurar la política para crear ‘un mundo común’. De este modo la política no es el ámbito donde se expresa la subjetividad de la sociedad, simplemente se encarga de resolver problemas concretos de la gente, en este sentido la subjetividad queda huérfana y reclama una instancia de voz y visibilidad a las demandas de reconocimiento, seguridad y pertenencia (2010, p. 10).

Los efectos de la globalización, con los cambios en la concepción de la productividad, la fuerza laboral y las relaciones humanas, han aumentado los niveles de incertidumbre, inestabilidad y pobreza en la población en los países que no estaban preparados para asumir los cambios y los retos a los que esta convoca,

pues no se hicieron la pregunta o no buscaron éticamente las respuestas sobre las construcciones, la reestructuración de dinámicas, las políticas y las formas de “hacer de lo social” que debían realizarse para un efectivo “tránsito progresivo, pero cada vez más acelerado, hacia una sociedad mundial,... determinado por el desarrollo e introducción de la revolución científico-técnica a la producción, distribución y consumo de bienes y servicios, ...hacia un mundo cada vez más homogéneo en lo material” (Colmenares, 2003, p. 11). Y más diverso en lo cultural⁴⁴.

La forma como se ha definido la pobreza y la marginalidad a lo largo de la historia de las ciudades, dice del lugar que los modelos económicos de turno, los políticos y sus planes de desarrollo le han dado al sujeto humano. Cada política, cada plan, cada modelo y la definición de sus efectos en los ciudadanos da cuenta de cómo se piensa su subjetividad (como la forma en que dichos sujetos interiorizan, piensan, viven, sueñan y transforman su realidad) e incluso lo que podría denominarse con un intento de neologismo como “subjetividad” (sujeto a qué, de qué y para quien).

Julio Silva-Colmenares, en su invitación a proponer soluciones a la crisis estructural, da relevancia a la necesidad volver la mirada hacia adentro, y a poner el acento más que en los modelos⁴⁵, en los modos⁴⁶. En ese planteamiento hacia la redimensionalización de las responsabilidades, que permite no solo señalar al otro que interfiere en nuestro camino, sino que también nos obliga a reconocer nuestras posturas frente a ese otro que modifica el entorno, este autor señala que “son indispensables transformaciones éticas en las relaciones sociales, refor-

44. Sin embargo Minujin, Bustelo y otros resaltan que la composición de la pobreza se ha heterogenizado y se ha conformado una zona de vulnerabilidad social y económica creciente en torno a la línea de pobreza que incluye a pobres estructurales y a nuevos pobres y a amplios sectores intermedios, por ello ya no funcionan Políticas focalizadas que incorporen a la población pobre a sectores de ingreso medio, proporcionándoles condiciones de vida aceptables en un contexto e integración social. Por ello lograr tasas positivas de crecimiento económico mediante un modelo económico que reduzca la desigualdad laboral, favorezca una adecuada inclusión social y productiva con empleo (que responda a las aceleradas transformaciones tecnológicas y de producción actuales), garantice un considerable margen de estabilidad laboral y el acceso a bienes y servicios básicos y a los constituyentes de identidad compatibles con una ciudadanía plena, es una meta fundamental de las nuevas políticas.

45. Como arquetipos o esquemas.

46. Como particularidades en las formas y medios para alcanzar los fines de un modelo o para satisfacer las necesidades universales y las propias de una organización social que moviliza su identidad en relaciones de poder, mercado e interacción social, comunitaria y cultural.

mas institucionales profundas y cambios microeconómicos y microsociales que permitan una mejor distribución del ingreso nacional y democratizen el acceso a las oportunidades de valorización del capital humano” (2003, p.).

En ese sentido, países como Colombia han respondido a la necesidad de reconocer las particularidades de las comunidades, mediante el establecimiento de procesos de desarrollo descentralizados. Pero las preguntas que siempre surgen cuando de descentralización y municipalización se trata, tienen que ver con la construcción necesaria de los elementos mínimos, no solo en lo que respecta a los recursos técnicos, tecnológicos, logísticos y financieros, sino también con respecto a las posturas participativas y la concepción de ciudadano que posee quienes manejan política o económicamente el poder, hasta los que bebemos, respiramos, caminamos, aprendemos y aprehendemos lo público.

Es importante que aquello que se identifica como “lo local” pueda –más allá de su denominación–, construir y formular estrategias de acción propias, contando con la participación ciudadana como un componente fundamental que garantice que dichas formulaciones –por ser construidas a partir de los elementos que aporta y que porta la realidad–, den cuenta de la manera como los miembros de la sociedad interiorizan, construyen, permean y transforman su entorno y contorno.

Esto implica entregar posibilidades de acción, interacción, participación y autonomía a los actores tanto locales como extralocales, pertenecientes a diversos estamentos de la sociedad, capaces de diseñar y ejecutar gestiones potenciadoras de recursos y de unir esfuerzos hacia el alcance de logros relacionados con el bienestar general, en un entorno de convivencia inclusiva y equidad.

En este orden de ideas aparece como posibilidad la generación de procesos permanentes de desarrollo social en los cuales las personas que han sido diagnosticadas con alguna enfermedad mental severa, puedan pertenecer a grupos sociales con los que puedan compartir algunos rasgos identificatorios, que no necesariamente estén inscritos en un nombre diagnóstico, sino también en otras características, tales como clase social, problemáticas socio-económicas, habilidades artísticas, destrezas deportivas, aptitudes artesanales, prácticas, oficios, sueños, utopías, etc.

Estos actores, en perspectiva de una ética colectiva y autónoma de bienestar comunitario, han demostrado, en procesos grupales y comunitarios parecidos, su capacidad para privilegiar la construcción colectiva, participativa y concertada

de los asuntos que les compete. Así pues, una postura ciudadana y políticas públicas locales, que permitan el desarrollo de actitudes relacionadas con el ejercicio y la construcción de civilidad de hombres y mujeres diagnosticados con enfermedades mentales, se convierte en una opción, que desde lo social, puede permitir transformaciones en la subjetividad de estas personas, al tiempo que ellas mismas agencian desarrollos sociales en su entorno.

El sujeto diagnosticado, estigmatizado y excluido, podría realizar otros tránsitos: del sujeto diagnosticado, al actor social capaz de indicar los problemas de su entorno y señalar sus posibles soluciones; del cuerpo intervenido, al interventor que verifica las acciones públicas y privadas que afectan a sus comunidades; del cerebro medicado, al agente de cambio social-comunitario capaz de formular Estrategias Integradas e Integrales de desarrollo, social, personal y cultural. Esto es, pasar de un individuo diagnosticado y puesto en el lugar del “desorden”, la “discapacidad” o la “minusvalía”, a un sujeto que agenciando un lugar en lo público, deconstruye constantemente lo privado⁴⁷.

Pero ello no es fácil, y lograrlo con un mayor número de personas requiere de vecinos y comunidades con posibilidad de promover y rescatar opciones sanas (en tanto incluyentes e integrativas) y válidas (en tanto éticas y viables) de sujeción para todos los miembros de una comunidad, rescatando con ellos el acceso a la dignificación humana como la vía para lograr que las subjetividades se ubiquen de otra forma frente a las diferentes maneras de exclusión, y a su vez, en una dinámica complementaria, se superen las posturas excluyentes y se afiance el valor de la ciudadanía en las subjetividades, como un empoderamiento de los *sujetos sociales de derecho*.

Pensar en la democracia como convicción y postura ética y política que atraviesa todos los espacios en donde se construye el vecindario; implica asumir paradigmas que permitan la construcción de nuevas realidades en lo público, lo privado y lo íntimo; y generar acciones que en lo cotidiano adquieran un significado importante para quienes participan de ellas.

47. Esto implica una dinámica tal vez contraria a la propuesta tradicional de muchos “ismos” de la psicología. Sin embargo, esta posición se puede sostener, teniendo en cuenta los procesos compartidos con muchos pacientes diagnosticados con enfermedad mental severa, y en particular, teniendo presente el gran aporte realizado por los ciudadanos que participaron de esta investigación, muchos de ellos pacientes que habiendo vivido hospitalizaciones largas y constantes, con diagnósticos severos, encontraron en el accionar social-comunitario y político, una opción para posicionarse de otra forma frente a su sociedad, y al tiempo que han venido realizando transformaciones con los otros, han ido generando procesos importantes de reconocimiento de sí.

Como la manera en que se percibe y se interpreta la realidad determina el curso y el sentido que se le da a su transformación, es posible que la utopía cobre especial importancia en los tiempos de la globalización y la incertidumbre social, para el desarrollo y la búsqueda de un enfoque que vuelva la mirada hacia lo fundamental⁴⁸, no como un retroceso, sino como el resultado de nuestro recorrido histórico, el cual nos viene replanteando la pertinencia de las presuntas respuestas y nos dice ahora, de múltiples formas, desde las más simples y silvestres como la placidez de un jardín, las piedrecillas de una playa o la bondad del agua en los tiempos de fenómenos atmosféricos que nos asfixian, hasta los más desgarradores, como la bomba, la mutilación, el conflicto en Colombia, los huérfanos y los desaparecidos, que es importante hacernos la pregunta por lo que efectiva y primordialmente nos hace humanos.

Esto supone, entre otras cosas, interrogar nuestra responsabilidad social en torno a la consolidación de una democracia participativa e incluyente –en los micro y macroespacios–. Y en relación con el asunto que convoca este texto, se trata de suponer una metódica socialmente responsable para hacer posible la integración social de ciudadanos diagnosticados con enfermedad mental, esto implica:

1. La construcción de espacios deliberativos que conjuguen el pensamiento y la experiencia vital de las personas diagnosticadas con enfermedad mental, en concertación pluralista con la rigurosidad técnica de los científicos, los estudiosos y los trabajadores en el campo del tratamiento de enfermedades. De esta manera se hace posible que el conjunto de personas directamente involucradas en el asunto de la enfermedad mental puedan construir metódicas para un diagnóstico más allá de cada sujeto, analizando estratégicamente las tendencias y las realidades del entorno o de la organización, perfilando los escenarios de futuro posible y adoptando líneas concretas de actuación hacia la satisfacción de las necesidades que la población tiene en términos de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, tiempo libre, creación, identidad y libertad⁴⁹.

48. Como conjunto de “cosas simples” que nos hacen felices y que hemos complejizado para darle un valor material y económico al alcance de la felicidad.

49. Manfred Max Neff, en su visualización del desarrollo a escala humana, se refiere a estas necesidades según categorías axiológicas y las analiza transversalmente con necesidades humanas según categorías existenciales que incluyen el Ser, el Tener, el Hacer y el Estar. En su interrelación Max Neff crea una matriz de necesidades y satisfactores entre los cuales se encuentran: la solidaridad, el entorno vital, el entorno social, la adaptabilidad, la autonomía, el equilibrio, la seguridad, el contorno vital y social, los derechos, la autoestima, la sensualidad, la pasión, la privacidad, la intimidad, los espacios de encuentro, la conciencia crítica, las políticas educativas, las agrupaciones comunitarias, el vecindario, las asociaciones, las

2. La promoción de redes de cooperación, grupos de solidaridad, actividades culturales y productivas, etc., que mediante la integración de los pacientes en los procesos de toma de decisiones políticas, hagan su aporte a la superación de dificultades sociales que ubican a la población en condiciones de vulnerabilidad o exclusión.
3. Contribuir en la construcción y fortalecimiento de nuevos referentes de sentido hacia la definición de un proyecto de ciudad, en donde los referentes de identidad colectiva no necesariamente estén asociados con ideales de homogenización⁵⁰, sino de otras opciones de colectividad, personalizables, diversificadas y conectadas a la vida socio-comunitaria cotidiana.
4. Estimular la acción en red y la interacción entre programas, proyectos, estudios e investigaciones, cuyo impacto social se minimiza en virtud de su desarrollo escindido.

familias, el medio ambiente. Las habilidades, la sensibilidad, la inventiva, la producción, la retroalimentación, las etapas madurativas, la plasticidad, los valores, los grupos de referencia, las costumbres, la asertividad, etc. Estos satisfactores a las necesidades de humanización de los individuos se encuentran estrechamente vinculados con las posibilidades de hacer parte del tejido social humano y de reconocerse al mismo tiempo la identidad personal y la cultural. Por ello deben tenerse en cuenta cuando se trate de establecer procesos o políticas que propendan por el desarrollo social y humano desde cualquier esfera en que dicho proceso o política se desarrolle.

50. ...el bienestar ya no es la satisfacción de necesidades homogéneas, sino de otras, personalizables, diversificadas y conectadas a la vida cotidiana, en ese sentido la cultura política del bienestar debe ser el resultado de la construcción de relaciones sociales participativas, integradoras y solidarias en el ámbito local.

Bibliografía

- AGEJAS, Eduardo (2006). *Un sujeto parcialmente descentrado. El Desvalimiento en la Clínica*. 5° Jornada y Taller. Universidad de ciencias empresariales y sociales. Argentina.
- Cali en Cifras 2010. Departamento administrativo de planeación. Alcaldía de Santiago de Cali.
- ARANDA, P y OLIVAS, M. (2002). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Región y Sociedad, Vol. XVI, No. 25.
- AUGE, Marc (2000). *Los “no lugares” espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- AVENDAÑO TRIVIÑO, Fabio H (1997). *Lectura interpretativa de contextos urbanos de periferia. La calle lo ajeno, lo público y lo imaginado* (p. 51-70). Serie ciudad y habitad. Vol. 4. Barrio taller.
- BAÉZ, J. (2007). *Escritos psicodinámicos*. Bogotá: Psigrupos.
- BALANDIER, Georges (1990). *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. 2ª. ed. Barcelona: Gedisa Editorial.
- BARÓ, M. (1992). *Conflicto social e ideología científica: De Chile a El Salvador*. Revista de Psicología de El Salvador, 1992.
- BARÓ, M. (1992). *Los grupos con historia: un modelo psicosocial*. Revista de Psicología de El Salvador.
- BARRIENTOS de Llano, G. (1999). *Bases Teóricas de la Salud Mental Comunitaria*. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico "10 de Octubre". Cuba.
- BASAGLIA, F (1977) *¿Qué es la psiquiatría?* Barcelona: Ediciones Guadarrama.
- BECERRA, Angela (2005). *El penúltimo sueño*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.

- BERENSTEIN, Isidoro (2001). *El vínculo y el otro*.
- BERGER, P, Luckmann, T. (1991). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- BRUNER, J. (1990). *La elaboración del sentido*, Barcelona: Paidós.
- BRUNER, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- BUILES CORREA, María Victoria et. al (2008). *La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental*. En: *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. 36, No. 3. Colombia.
- CALVIÑO, M.I (2003). *La acción comunitaria en salud mental, Multiplicadores y multiplicandos*. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana. Cuba.
- CAMOU, Antonio (2001). *Gobernabilidad y Democracia*. México: Instituto Federal Electoral.
- CARRIZOSA, Julio (2000). *La sostenibilidad de la ciudad*. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 1, No. 1. Colombia
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago (2000). *La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- CASTRO-GÓMEZ, Santiago (2005). *La hybris del punto cero. Ciencia raza e Ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Centenario en Cali. Compilación de los discursos pronunciados con motivo de la gran fecha, 1910, imprenta comercial Cali.
- CEPAL (2000). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*, Santiago de Chile.
- CHAMORRO, J. (2004). *Clínica de las Psicosis*. Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires.
- CIURANA, E. (1997). *Edgar Morin: introducción al pensamiento complejo*. Universidad de Valladolid. Salamanca,
- COBO MONTENEGRO, C; et al. (2005). *Acercamiento propositivo para efectivizar la responsabilidad social en la gerencia del proyecto “Salud Mental Comunitaria” en el Distrito de Aguablanca y la comuna siete de Santiago de Cali*. Especialización en gerencia social. Facultad de ciencias económicas y administrativas. Pontificia Universidad Javeriana, Santiago De Cali.

- COCHRANE, R. (1995). *La creación social de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- COMELLES, J. (1997). *De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual*. Departamento de Antropología Social y Filosofía, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. España
- Consejo Científico del CLAD, coord. (2000). *La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana*. Buenos Aires: CLAD; BID; EUDEBA.
- CORTINA, A. (2003). *Ética, ciudadanía y modernidad*. Universidad de Chile.
- CUERVO, Luis Mauricio (1996). Ciudad y complejidad: la magnitud del reto. En: Giraldo y Viviescas (comp.), *Pensar la ciudad*, Tercer Mundo Editores.
- DAMATTA, Roberto (2000). Lo social y lo estatal desafiando al milenio. En: *Nueva Sociedad*, N° 168, julio-agosto, 2000, Caracas, Venezuela
- DE PEDRIQUE, Luisa (2001). *La enfermedad mental y la cultura: Evaluación antropológica de un caso clínico*. En: *Boletín antropológico*. Año 20. Vol. II, No. 52. UNiversidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
- DELEUZE, G. (1988). *Diferencia y Repetición*. Madrid: Júcar.
- DÍAZ, Álvaro (2005). *Subjetividad: una perspectiva histórico cultural. Una conversación con el psicólogo cubano Fernando González*.
- DOR, Joël (1989). *El padre y su función en psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- DUNN, J. (1995). La Intersubjetividad en Psicoanálisis: Una Revisión Crítica. En: *Libro Anual de Psicoanálisis XI*, Ed. Escuta Ltda.
- ECHEBURÚA ODRIOZOLA, Enrique y ESBEC RODRÍGUEZ, Enrique (2011). *La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V*. Actas españolas de psiquiatría, Vol. 39, N° 1, 2011, pp. 1-11.
- ELIAS, N. (1990). *La sociedad de los individuos*. Barcelona: Península.
- ELIZUR J. y MINUCHIN S. (1997). *La locura y sus instituciones*. Barcelona: Gedisa.
- ESCOBAR, Arturo (2000). *El fin del salvaje: Naturaleza, cultura y política en la antropología contemporánea*. CEREC-ICAN. Bogotá
- ESCOBAR, Arturo (2005). *Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia -ICANH-, Bogotá.

- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los Tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia. Ediciones Alfons El Magnanim.
- ESPINOSA, Mónica y DE FRIEDEMANN, Nina S. (1994). La familia minera en el Litoral Pacífico. En: *Colombia: Pacífico*, Pablo Leyva, ed., Bogotá: Fondo para la Protección del Medio Ambiente, pp. 560-569. ISBN: 9589129269
- ESTERSON, A. (1970). *Dialéctica de la locura*. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- FERNÁNDEZ, A. (2006). *Las Dimensiones Políticas de la Investigación en Psicología*.
- FERRANTI, D. et al. (2003). *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?* Banco Mundial. Washington, D.C.
- FOUCAULT, M. (1985). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT (1975), “Los anormales”. México: Fondo de Cultura Económica.
- FREUD, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Obras completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- GALENDE, Emiliano (1992). *Historia y repetición: temporalidad subjetiva y actual modernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- GALENDE, Emiliano (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- GALENDE, Emiliano (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós. Buenos Aires.
- GAMO MEDINA, Emilio et al. (2003). *El impacto del duelo en pacientes psicóticos*.
- GARCIA, R. (1997). “A propósito del otro: La locura” En: *Imágenes del otro*. Barcelona: Virus Editorial.
- GIRALDO, Victoria Eugenia et al. (2003). *Trata de Personas y Desplazamiento forzado*. pp. 30-35. Fundación Esperanza.
- GONZÁLEZ PARDO, Héctor y PÉREZ ÁLVAREZ, Marino (2007). *La invención de trastornos mentales*. Ed. Alianza
- GONZÁLEZ, E (1978). *La locura y los derechos humanos*. Madrid: Ed. Zero.
- GONZÁLEZ, E. (1999). *Dimensión ética de los proyectos sociales*. Unicef. Bogotá: Fundación Restrepo Barco.

- GONZÁLEZ, F. (1997). *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. La Habana: Edit. Pueblo y Educación.
- GUTIERREZ de PINEDA, Virginia (2000). *Familia y Cultura en Colombia. Tipologías, Funciones y familia*. 5ª edición, Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario (2003). *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América latina*. Rev. Cubana Salud Pública 2003; vol 29, número 3.
- HOYOS VÁZQUEZ, Guillermo (1999). En: "Ética para ciudadanos" *La ciudad: espacio de inclusión y exclusión*.
- Instituto de Estudios Gubernamentales. Informe de asuntos públicos. (2002). La calidad de salud mental depende de quién la mire. Universidad de California, Berkeley. (Vol 43 No. 1 Primavera, 2002).
- IÑIGUEZ, I. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- JIMÉNEZ MANTILLA, Luís Carlos (1998). La ciudad como espacio de inclusión. En: *La ciudad: espacio de inclusión y exclusión*.
- JORQUERA, Víctor (2003). *De la psicologización de la locura a la objetivación del individuo* (A propósito de "Historia de la Locura en la Época Clásica" de M.Foucault) (mimeo). Universidad de La Plata, Argentina.
- KLEIMAN, J. (2000). Lo moral, Lo político y Lo médico. En: *Psiquiatría transcultural*. Madrid: AEN.
- KRAMER, P. (1994). *Escuchando al Prozac*. Barcelona: Seix Barral.
- LACAN, J (1992). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis*. México. Siglo XXI.
- LACAN, J (1995). *Las psicosis*. Seminario 3. Buenos Aires: Amorrortu.
- LACAN, J. (1999). *Seminario V: Las Formaciones del Inconsciente (1957-1958)* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- LAING, R. D. y COOPER, D. G. (1973). *Razón y violencia. Una década de pensamiento sartriano*. Buenos Aires: Paidós.
- LANDER, Edgardo (2000). "Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos". En: Edgardo Lander (comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO-UNESCO.

- LANDER, Edgardo (2000). “¿Conocimiento para qué? ¿Conocimiento para quién? Reflexiones sobre la universidad y la geopolítica de los saberes hegemónicos”. En: Santiago Castro-Gómez (ed.). *La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, Instituto Pensar, pontificia Universidad Javeriana.
- LEÓN CASTRO, Héctor M. (2005). *Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social*. Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan. Vol VI Número 1 Enero-Junio 2005, pp. 33-42.
- LÓPEZ SEGRERA, Francisco (2000). Abrir, impensar y redimensionar las ciencias sociales en América latina y el Caribe. ¿Es posible una ciencia social no eurocéntrica en nuestra región? En: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Edgardo Lander. Argentina: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- LÓPEZ, Carmen Adela (2001). *Madres e hijas, historia en tiempo de mujeres*.
- MARTÍN-Baró, I. (1992). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*.
- MAX-NEEF, Manfred et al. (1993). *Desarrollo a Escala Humana*.
- MEJÍA J, M. (). *Construir Educativamente. El conflicto hacia una pedagogía de la negociación cultural*.
- MELUCCI, Alberto (1994). *Asumir un compromiso: Identidad y movilización en los movimientos sociales*. En Zona Abierta 69.
- MELMAN, Charles (2005). *El hombre sin gravedad*. UNR Editora, Rosario.
- Ministerio de Protección Social (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental*, Bogotá.
- Ministerio de Protección Social (2005). *Lineamiento de política de salud mental para Colombia*, Bogotá.
- MONTERO, Maritza (1994). "Un paradigma para la psicología social. Reflexiones desde el que hacer en América Latina". En: Maritza Montero (coord.) *Construcción y crítica de la psicología social*. Barcelona: Anthropos.
- MONTERO M. (1999). “Los unos y los otros: de la individualidad a la episteme de la relación.” En: *Revista Avepsa*. Año 1999. Vol XXII, No 2.
- MORÍN, E. (2002). *Educación en la era planetaria*. Barcelona: Gedisa.
- NÚÑEZ, A. C. et al. (2007). *Psicopatología y complejidad: de la linealidad a la autoorganización*. En: *Psicología desde el Caribe*. N° 19, enero-julio de 2007.

-
- PASTOR, Juan y OVEJERO, Anastasio (2008). *Michel Foucault, caja de herramientas contra la dominación*. Ediciones de la Universidad de Oviedo.
 - POSTEL, J. et al. (1997). *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura económica.
 - QUIJANO, Olver (2008). *Entorno global, estudios culturales y agenciamientos socio-político*.
 - RAMÍREZ, M. (2010). *Rasgos de civilidad construidos por grupos de adultos mayores a través de los años de gestión y funcionamiento de los mismos*. El caso de 6 grupos de la ciudad de Cali. Tesis de Maestría. Maestría en Educación: Desarrollo Humano, Facultad de Educación. Universidad de San Buenaventura Cali.
 - RODRÍGUEZ, Francisco (2001). *Subjetividad y Poder en el Espacio Psiquiátrico*.
 - RODRÍGUEZ, Jorge (2001). *Capitalismo Flexible y Estado de Bienestar*. Comares, Granada, p.4.
 - ROLDAN G, Clara Luz et al. (2000). *Hacia la construcción de un modelo para el tratamiento integral e integrador del desplazamiento forzoso, en Cali y el Suroccidente Colombiano*. Documento publicado en la internet por Equipo Nizkor y Derechos Human Rights. Tomado el 23 de noviembre de 2010 <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/desplazados/2000.html>
 - ROMERO, Mario Diego (1995). *Poblamiento y Sociedad en el Pacífico Colombiano, Siglos XVI al XVIII*. Universidad del Valle. Cali: Editorial Facultad de Humanidades.
 - ROMERO, Mario Diego (1998). “Familia afrocolombiana y construcción territorial en el Pacífico sur, siglo XVIII”. *Geografía Humana de Colombia. Los afrocolombianos*. Luz Adriana Maya (Coordinadora). Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. Tomo VI, pp. 105- 140.
 - ROSANVALLON, P. (1995). *La nueva cuestión social*. Buenos Aires: Manantial.
 - SAN MIGUEL ARDILA, Pio Eduardo (1999). Salud, enfermedad y síntoma en el discurso actual (o de la ceguera de la psicología). En: *Revista Colombiana de Psicología*, No. 9 pp. 7-10.
 - SÁNCHEZ, G. y VERGEL, M. (2010). *Estéticas y Subjetividades Postcoloniales en la Educación*. Tesis de Maestría. Maestría en Educación: Desarrollo Humano, Facultad de Educación. Universidad de San Buenaventura seccional Cali.
 - SERNA, Cielo María (2008). *Familia, destierro y tragedia*. Dossier: Psicoanálisis y criminología. Virtualia No. 18.

- SIGMUND Freud (1925). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Obras completas. Argentina: Amorrortu.
- THUILLIER, J (1981). *El nuevo rostro de la locura. Una revolución en la Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- URIBE, Carlos Alberto (1999). Narración, Mito y Enfermedad Mental: hacia una psiquiatría cultural. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 28 No. 3.
- URIBE, Carlos Alberto (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 29, No. 4.
- URIBE, Carlos Alberto (2002). *El yajé como sistema emergente: discusiones y controversias*. Documentos del Ceso, No. 33, Bogotá, Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (Ceso), Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de los Andes.
- URIBE, Carlos Alberto (2003). Magia, brujería y violencia en Colombia. En: *Revista de Estudios Sociales*. Ed: Universidad de Los Andes Facultad de Ciencias Sociales v.15.
- MILLER, James (1996). *La pasión de Michel Foucault*. Barcelona: Editorial Bello Española.
- MORIN, Edgar (1978). *El paradigma perdido*. Barcelona: Kairós.
- MORIN, Edgar (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- MORIN, Edgar (1978). *Mis demonios*. Barcelona: Kairós.
- MORIN, Edgar (2003a). El Método V. La humanidad de la humanidad. La identidad humana. Madrid: Cátedra.
- MORIN, Edgar (2003b). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- MOREIRA, V. (2005). ¿Enfermedad mental o pobreza? Una intervención clínica en la perspectiva de la psicopatología crítica. En: J. L. Sigall, *Temas selectos en orientación psicológica: Creando alternativas* (pp. 63-73). México: Editorial El Manual Moderno.
- NERUDA, Pablo (1978). *Para nacer he nacido*. Barcelona: Seix Barral.
- WALSH, Catherine (2004). Geopolíticas del conocimiento, interculturalidad y descolonización. En: *Boletín ICCI-ARY Rimay*, Año 6, No. 60.
- WORDEN, J.W. (1997). *Las cuatro tareas del duelo. El tratamiento del duelo, asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

- ZEMELMAN MERINO, Hugo et al. (1992). *Los horizontes de la razón: uso crítico de la teoría*. V.1: Dialéctica y apropiación del presente: las funciones de la totalidad. Barcelona: Anthropos.
- ZEMELMAN, H. (2002). *Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento*. Barcelona: Anthropos.
- ZEMELMAN, H. (2005). *Voluntad de Conocer*. Capítulo 1 ¿Hacia un cambio de paradigmas? Barcelona: Anthropos.
- Manifiesto del Colectivo Contrapsicológico Esquicie (1995). Barcelona.
- El Rayo Que No Cesa. Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría. Anuario-Barcelona. Nº1-Verano/Otoño 1998.
- El Rayo Que No Cesa. Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría. Anuario-Barcelona. Nº2-Marzo 2000.
- El Rayo Que No Cesa. Boletín de Contrapsicología y Antipsiquiatría. Anuario-Barcelona. Nº3-Mayo 2001.

Webgrafía

- <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repp/v5n15/v5n15a03.pdf> Julián Cabral, Carlos (2007). Algunos elementos-componentes esquizoanalíticos para Psicología Política. Rev. Electrónica de Psicología Política (En línea), Dic 2007, vol.5, no.15, p.0-0. ISSN 1669-3582 Tomado el 26 de marzo de 2011
- <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/448/1/Participaci%C3%B3nSocioPolítica.pdf>
- http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle.php?h_id=30186 “Locototá, años 40” tomado el 12 -05- 2010
- http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/gonzalon-perjuicios-y-tamayo-tres-locos-bogotanos-del-siglo-xix_4653746-1 “Gonzalón', 'Perjuicios' y 'Tamayo', tres locos bogotanos del siglo XIX” tomado el 10 de mayo de 2010
- <http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp>
- http://www.ibe.unesco.org/user_upload/archive/fileadmin/publications/ThinkersPdf/illichs.PDF Gajardo, M. (1993). Ivan Illich (1926-), en Revista Perspectivas vol. XXIII. 3,4, .Extraído el 10-08-2010

- http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/morin_autobiografia-completa.pdf
- GALENDE, Emiliano (sin fecha). El impacto de la cultura en la subjetividad de las personas” Resumen de ponencia. Universidad Nacional del Rosario. AVCD. Argentina. Tomado el 20 de septiembre de 2011 de: <http://www.avcd-argentina.org/pdfponencias/galende.pdf>
- GALLO, Jairo (2005) SUBJETIVIDAD Y VÍNCULO SOCIAL. Tomado el 5 de noviembre de 2010 de http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=784
- ZULUAGA, Francisco. El Tiempo histórico. Tomado el 22 de junio de 2010 de <http://historiayespacio.univalle.edu.co/TEXTOS/24/Pacho.pdf>
- SAMPSON, Anthony (2001) La psicoterapia como artefacto cultural. Revista Colombiana De Psiquiatría. Vol. 30 No. 4. Tomado de <http://cognitiva.univalle.edu.co/archivos/grupo%20cultura/AS/Articulosycapitulos/La%20psicoterapia%20como%20artefacto%20cultural.pdf>
- LOMELÍ MEILLON, Luz (2003). Modernidad y Sujetos Sociales en Alain Touraine. Tomado el 17 de agosto de 2010 de:: <http://www.debate.iteso.mx/numero08/Articulos/06.htm>
- Consejo científico del CLAD. La responsabilización (accountability) en la nueva gestión pública Latinoamericana. Tomado el 10 de julio de 2011 de: <http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catdirorgpub/materiales/accountability.pdf>

El presente texto ha sido concebido como la primera formalización que hacen la autora y sus auxiliares de investigación, de una apuesta discursiva en torno a asuntos derivados de su indagación sobre la Integración social de ciudadanos diagnosticados con Psicosis. Si bien no se trata de una serie de verdades que hayan adquirido la contundencia, ni el tiempo de maduración necesario para hacer de ellas un constructo terminado, si se trata de la concreción de un deseo y de la expresión de una necesidad: socializar el estado actual de la reflexión al respecto de las relaciones inter-subjetivas en la integración social de ciudadanos diagnosticados con Psicosis, para someter a análisis, discusión y confrontación las posturas construidas; en la búsqueda de retroalimentaciones que permitan ampliar las perspectivas desde las cuales pueda constituirse una ruta de indagación constante y responsable sobre el asunto, capaz de incidir tanto en los procesos y abordajes con ciudadanos diagnosticados con psicosis, como en la formación y reflexión de quienes ejecutamos o agenciamos dichos procesos.



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA
CALI**



La Umbría, carretera a Pance
PBX: 318 22 00 – 488 22 22
Fax: 555 20 06 A.A. 25162
www.usbcali.edu.co