

31921  
37 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

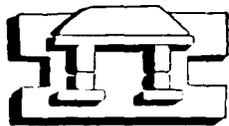
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

LA SOCIO-CLINICA DENTRO DE UNA INSTITUCION  
PSIQUIATRICA UN ESTUDIO CUALITATIVO DE LA  
ENFERMEDAD MENTAL

REPORTE DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ANGEL OMAR CERERO BENITEZ

ASESORES:

DRA. BERTA ELVIA TARACENA RUIZ  
MTR. ANDRES MARES MIRAMONTES  
MTRA. IRENE AGUADO HERRERA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***No existen verdades absolutas  
Y eso es una Verdad  
F. Nietzsche***

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Eloy**

Me diste la fuerza y el nombre  
de encontrarme  
En el tiempo  
Gracias por ser lo que eres  
Que nunca fuiste  
Gracias por darme  
lo que no recibí  
Gracias por enseñarme  
Lo que no comprendí  
...Gracias por los colores  
que llevo gravados en el pecho

**Amelia**

Es inmenso el mar  
que llena mi corazón  
gracias por enseñarme  
a conservar cada gota  
de vida  
gracias por alimentar  
el deseo de vivir  
luchar amar y compartir

**elvia**

es tan grande el mundo  
y solo tenemos una vida  
gracias por brindarme  
tu tiempo  
tus conocimientos  
tu aliento  
tu fuerza y pasión de vivir  
cada instante  
al lado del camino  
"...gracias"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Gracias a*

Eloy, Marisol, Elizabeth y Eduardo, Eloy Ivan, Pascual y Angelita, Cirenía y Artemio, Rebeca y María Refugio.

A, Irene, Andrés, María Luisa, Albertini Romo, Fernando.

A, Griselda.

A mi "doctoressa" Lujan.

Y porque no, a *Don Cliff*.

Gracias a todos, sin ustedes este pequeño gran paso no tendría sentido.

Gracias por sus conocimientos, por su guía, por su apoyo, por su cariño, por su esperanza, por sus sueños, por su respeto, por su compañía, por sus enojos, por su alegría, por su tiempo, por sus tristezas, por sus regaños, por su comprensión, por su locura, por los besos de tornillo, por compartir su vida, por creer en mi y en especial por su amor que alimentó cada una de las palabras nombradas, pensadas, negadas u olvidadas.

TEL. CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

El presente trabajo, parte del proyecto de investigación "Subjetividad y Sociedad". Es una investigación de corte cualitativo y se realizó en una institución psiquiátrica. Se parte del análisis Socio-Clinico, el cual ayuda en la comprensión y ubicación psico-social, haciendo énfasis en la palabra del sujeto como portador y creador de su historia.

En un primer momento se mencionan los diferentes conceptos de salud y enfermedad mental, así como los criterios para determinar las diferentes concepciones teóricas y prácticas que tratan la enfermedad mental, dando diagnósticos, tratamientos, cura o rehabilitación.

Se parte de la teoría Psicoanalítica de la construcción del sujeto, para dar lectura y analizar *cuatro casos* de pacientes internadas y la relación que se tiene con la violencia a través de su historia, principalmente dentro de la familia, los valores y principios religiosos, los cuales puedan llevarlas a la intervención psiquiátrica.

La correlación entre las características hospitalarias y los diferentes diagnósticos y tratamientos rehabilitatorios realizados, se relacionan con la forma en que se ubican las pacientes dentro de la Institución y en la vida diaria. El análisis del discurso y el uso de la palabra, se proponen tanto para conocer su historia, como una forma de resignificación alterna a la intervención psiquiátrica institucional.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

6

# ÍNDICE

- RESUMEN
- IMPLICACIÓN
- INTRODUCCIÓN

## 1) LOCURA, ENFERMEDAD MENTAL Y SOCIEDAD

1.1	Concepto de salud y enfermedad.....	2
1.2	Criterios de salud y enfermedad.....	4
1.2.1	Criterio Estadístico.....	4
1.2.2	Criterio Normativo.....	5
1.3	Psiquiatría y enfermedad mental.....	7
1.3.1	Criterios diagnósticos de las enfermedades mentales.....	8
1.3.2	Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	8
1.4	Anti-psiquiatría como alternativa de la enfermedad mental.....	9
1.5	Comunidades terapéuticas.....	11
1.6	Psicoanálisis y Conflictos psíquicos.....	13

## 2) CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO Y SUBJETIVIDAD

2.1	Construcción del sujeto en psicoanálisis.....	18
2.1.1	Edipo y Estadio del espejo.....	20
2.1.2	Noción de Forclusión y Procesos psicóticos.....	23
2.2	Socio-clínica y análisis de la construcción subjetiva.....	26
2.3.1	Socio-clínica y el estudio del sujeto.....	28
2.2.2	Historia e historicidad.....	29

## 3) METODOLOGÍA..... 31

## 4) EL LUGAR DE LA PALABRA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO

4.1	Sujeto en la Institución Psiquiátrica.....	39
-----	--	----

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

7

4.2	Análisis de Casos.....	44
4.2.1	Caso 1.....	44
4.2.2	Caso 2.....	49
4.2.3	Caso 3.....	52
4.2.4	Caso 4.....	56
5)	<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>61</b>
-	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>70</b>
-	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>72</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>I</b>
A-I	Escuchas Clínicas.....	II
A-II	Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales CIE-10.....	XVII
A-III	Criterios Diagnósticos de la CIE-10.....	XXVIII
A-IV	Derechos Humanos del Enfermo Mental.....	XXXVII

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## IMPLICACIÓN

La presente tesis y el trabajo de investigación que implica, ha tenido no solo una tendencia hacia la autodestrucción, sino que ha tratado y ha luchado por sobrevivir en cuanto a los embates del autor y de su postura por los diferentes marcos teóricos por los que ha atravesado, ya sea desde la teoría del género, la masculinidad, la violencia institucional, hasta llegar a los estudios de la construcción del sujeto, desde el psicoanálisis y la socio-clínica, parte del proyecto "sujeto y sociedad".

El hablar de implicación experimental, no con el rigor cientificista en donde el investigador solo se dedica a mantener en alto su objetividad, sino el hacer explícita la participación y concreción del investigador en función de sus construcciones, tanto teóricas como de sujetos de investigación, ayuda no solo a entender que la "realidad" investigada no solo se encuentre en el imaginario del que escribe, haciendo de su investigación, una participación subjetiva dentro del campo en el que se ha insertado y de los sujetos de los que habla.

El tener en cuenta que el investigador es y esta inmerso en un campo social, ya sea de instrucción universitaria, concepción teórica, ámbitos y constructos sociales, tanto de clase, así como ideológicos ayuda a enmarcar y entender la postura tanto de lo que se habla como del que habla. El tener en cuenta estos mínimos puntos, hace entender y contextualizar las palabras del autor, que habla de un otro sujeto de investigación, así como la forma en que se inserta, explica y/o entiende una realidad social de la que es juez y parte.

En cuanto a la investigación específica en la que me inscribo, puedo decir que mi formación profesional teórica, se entiende como multi-valente y multi-reducible, ya que si bien la experimentación con rigor científico, es el auge y la guía, existen marcos teórico metodológicos que muestran y permiten el tener acceso, no solo a la realidad social, sino a las construcciones psíquicas subjetivas que crean y componen la sociedad.

El conocer tanto constructos teóricos del psicoanálisis y de la Socio-Clinica, me han dado las bases, no solo de referencia teórica, en cuanto a lo profesional y a la práctica de la psicología, sino una forma de entender mi construcción subjetiva y mi forma de entender la realidad en la que estoy inmerso, así como inscribirme en las demandas y ámbitos que la carrera conlleva, tanto sociales, institucionales, e individuales, específicamente dentro de *la*, o mejor dicho, de *las* clínicas.

En un principio, mencionaba de los diferentes saltos que he dado, tanto al concebir mis sujetos de investigación, como de las miradas que me ayudan y ayudaron a concebir y entender las diferentes problemáticas en las que me vi inmerso, ya sean en el furor que implica el ser parte de una campaña realizada por

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

una organización en pro de las relaciones de género igualitarias, así como de la "no" violencia masculina, hacia las mujeres. ¿Qué fue lo que buscaba y encontré de la participación, tanto dentro del colectivo (CORIAC) como de la campaña misma? Estas son parte de las preguntas que hoy día me hago y que logro responder.

El implicarme en una propuesta diferente, tanto de relacionarse con la sociedad, como de ser y hacer la masculinidad menos conflictiva (al menos para las mujeres que conviven con hombres golpeadores); fue un punto de conflicto al cuestionarme mi forma de ser hombre y la relación con el poder implícita, ya que conocer y convivir con hombres de todos los niveles sociales, académicos, profesionales, ideológicos y de distintas edades, los cuales tenían en común que ejercían la violencia en sus diferentes presentaciones, en contra de mujeres, llámense esposas, hijas, madres, amantes, novias, amigas, hermanas, etc. me llevó a preguntarme si no era yo también "un hombre violento".

Las respuestas fueron bastas y dolorosas, el tratar de alejarme del poder de dominación de las personas que me rodeaban, me llevo a perder incluso, el poder de ser "yo" (¿?). Pero esto me llevo a otra pregunta, que era eso de "ser yo", como poder entender que eso llamado yo era (es) una construcción social resultado de las diferentes interacciones, lugares en los que estuve y he estado inscrito.

Si bien la lucha de los hombres misóginos que se avergüenzan de ser golpeadores me dio pautas para cuestionarme, no fue del todo relevante, al no identificarme del todo con esos hombres que *sufren su hacer sufrir* a las mujeres con que se desensuelven.

¿En donde se desarrollan los hombres y bajo que puntos de referencia? ¿Qué es lo que lleva a un hombre a convertirse en golpeador? ¿Qué es lo que lo lleva a arrepentirse de sus actos y de ser lo que es? ¿que es lo que hace a un hombre ser hombre? Si bien mi participación dentro del proyecto de "hombres en contra de la violencia hacia las mujeres y por relaciones igualitarias" no me dio respuestas específicas, si me dio infinidad de preguntas, que no pude responder, al menos no con los referentes teóricos e ideológicos implicados en la visión del colectivo.

Una de las preguntas que surgieron que mas me ha guiado tanto mi ser como la forma de inscribirme en la investigación de tesis es ¿que me llevo a mantener mi atención en la violencia? ¿Es acaso la violencia una parte importante en mi vida y en la forma de relacionarme socialmente? ¿Es la violencia un fenómeno negativo en las relaciones sociales y en las sociedades actuales?

A la primera pregunta, me respondo que es un fenómeno o una constante en mi vida, ya que si bien en mi familia existió la violencia en diferentes formas, también fue esta la que me llevo a no ejercer la violencia, al menos hacia lo externo y los que me rodeaban.

Eureka, descubri que la violencia puede ser auto-dirigida y que yo era un hombre violento. Sin embargo, como poder entender y concebir que mi ser, se podía reflejar e implicar en el desarrollo de mi investigación y de mi práctica profesional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

¿Qué es la violencia? La forma de entender esta pregunta simplista, tal vez fue la clave para poder relacionarme y dejar de hacerlo con aquellos que se dicen violentos, y que quieren dejar de serlo, debido a que sus relaciones sociales se han visto truncadas debido a los efectos de ser violento.

Dentro de la psicología y de su multiplicidad de reduccionismos, encontré que se pueden tener preguntas generalizables, y que la violencia se ha convertido en un fenómeno implícito en la psicología misma, ¿o no es violento el catálogo de patologías y personalidades en los que se aliena a los sujetos?

¿Cuál es el motivo del salto de la violencia masculina a la violencia auto-dirigida en los jóvenes? ¿es que los actuales hombres jóvenes violentos no lo fueron en su juventud? Si bien no puedo concebir la violencia solo como un fenómeno masculino, tampoco lo puedo hacer con respecto a los hombres adultos.

Uno de los legados que nos ha dejado tanto la sociología (rigurosamente positivista) como la psicología, es que en la juventud y específicamente en la adolescencia, se presenta el mayor índice de violencia, ya que los jóvenes son violentos y se rebelan ante la autoridad, rebasando y rompiendo los límites que la sociedad marca para la buena relación entre sus miembros. ¿No son acaso los adultos los que ejercen el poder convertido en ab-uso de la violencia, para normar y enmarcar a los futuros regidores del orden social? Este es otro punto importante que debo resaltar, "*la Ley social*" que marca los derechos y obligaciones a seguir dentro del desarrollo individual dentro de la sociedad.

Si bien yo soy (y en ese momento lo era mas) joven, como no implicarme en el estudio de la violencia en la juventud, y mas aunado a la violencia de los hombres jóvenes. Pero, ¿si la violencia de los hombres jóvenes puede ser auto-dirigida, como es que se presenta y que la motiva? Algo que no puedo olvidar, es que mi generación, ha crecido con los estragos que marcaron y dejaron los 60's en los diferentes ámbitos, desde socio-políticos, culturales, incluyendo el uso, ab-uso y proliferación de las drogas. Es cierto que el hablar de drogas en un tema bastante amplio, por lo cual me reduciré a lo que implica su uso como forma de Auto-destrucción.

Sin embargo, el uso de drogas no es específico de la juventud, pero si es en esta etapa donde se da mayor consumo, pero ¿cuando hablar de consumo de drogas como violencia auto-dirigida? ¿es esta la única forma de autodestrucción? Hasta este punto son demasiadas preguntas sin respuesta, si por un lado la elección de los sujetos de investigación se había dado en función de mi implicación como hombre joven violento, la autodestrucción se encontraba lejos de parecerme personal y menos en función del ab-uso de drogas incluyendo el suicidio como forma de ejercicio de la violencia auto-dirigida.

¿Qué es lo que motiva o da origen a que se presenta la violencia auto-dirigida en la juventud? Previamente había mencionado la visión estereotipada de "la juventud" o mejor dicho, "*de las diferentes formas de juventud*" Pero la violencia

TEMAS CON  
FALLA DE ORIGEN

que implica el violentar la juventud al decirla violenta, no solo es por parte de las normas y de la encarnación de la ley dentro de las instituciones encargadas de la formación de los sujetos, sino que puede constatarse en el ejercicio mismo de las juventudes.

Otro punto: los jóvenes se desenvuelven y moldean dentro de las instituciones, y dentro de estas se ejerce violencia, ya sea para reforzar el orden, para reprimir-moldear a los individuos socialmente. La violencia, siempre es de orden social, y son las instituciones del estado las encargadas de llevar el orden, las que ejercen el poder de dominación y control, por lo tanto, a manera de silogismo, ¿no es la violencia institucional, la que promueve la violencia Auto-dirigida?

¿Cuáles son las instituciones encargadas de formar a los sujetos y enmarcarlas en función de las normas sociales? Ya sea la familia, la escuela y los educadores inscritos en ella, así como las instituciones de reclusión, ya sea la cárcel o los hospitales psiquiátricos con el fin de rehabilitar y regresar a los sujetos al orden establecido.

Hasta aquí, otro salto ¿cómo se construyen las juventudes? ¿no es acaso un proceso de construcción subjetiva? Como poder entender las juventudes, sin conocer los contextos en los que se desarrollan. ¿No es la familia, la primera institución en la que se desenvuelven y se construyen los sujetos? ¿No son las características de cada familia y su forma de desenvolverse en lo social, lo que determina las características o parte de las características de los sujetos? ¿no es el deseo mater-paterno pre-existente a cada infante, conformador del sujeto? En este punto, cobra sentido el lugar de cada partenaire en función del lugar que tendrá cada sujeto, tanto dentro de esa matriz simbólica, como dentro del orden social.

Hasta aquí, dos conformadores teórico metodológicos: a) el ámbito familiar (matriz simbólica) y las características psicosociales de cada miembro, así como la encarnación metafórica de las funciones, ya sean maternas (deseo) y paternas (ley) que construyen, heredan y determinan la continuación del orden social; y b) las posiciones socioeconómicas, culturales, raciales, ideológicas, etc. en las que será contextualizado cada sujeto.

Cada una de las etapas, ya sean biológicas (si es que se puede hablar de ellas en aislado) o sociales por las que atravesamos todos y de las cuales nos concretamos como sujetos. ¿no son específicas y determinadas por las relaciones en las cuales nos desarrollamos? ¿se puede hablar de teorías o (tramas de la "ciencia" que puedan enmarcar, reducir, concluir y especificar el conocimiento de la subjetividad? esta es una pregunta falaz, la subjetividad solo se puede generalizar por sus particularidades o particularidad.

El salto del estudio de las juventudes a los pacientes psiquiátricos es bastante grande, puedo mencionar que en un primer momento, y esencial en el transcurso de mi (s) investigación (es) conformadoras del proyecto de tesis de licenciatura ha sido la violencia ¿por qué pasar a la ejercida institucionalmente, llámense escuela,

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

familia o policía y que deviene en instituciones de reclusión (específicamente el hospital psiquiátrico) a la ejercida hacia sí mismo? Y viceversa, ya que ambas, están inmiscuidas en cada uno o en la mayoría de los casos de los internos, mejor conocidos como psicóticos en sus múltiples presentaciones.

El catalogo ofrecido por la psiquiátrica y la forma de abordar o de negar la problemática específica de cada caso, vía los tratamientos farmacológicos y la rehabilitación en forma de re-educación, ¿no son en sí, formas tanto de des-subjetivizar a los pacientes, como formas de ejercer violencia, atentando ya sea los derechos individuales como a anular totalmente al sujeto? Ese sujeto histórico que sufre, desea, odia, teme, etc. en el mundo en el que se desarrolla.

Debo de asumir que la implicación dentro de la institución psiquiátrica no la tenía contemplada como de tiempo completo y menos en función de las formas de abordaje, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psiquiátrica, estas se conjugan y emergen en el trabajo con cada uno de los pacientes.

La necesidad absoluta de ser escuchados y al mismo tiempo de ser negados y comprendidos bajo los efectos de los medicamentos anti-psicóticos (¿?) es un punto a mi parecer, importante y esencial, en el tratamiento y reconstrucción psíquica vía el lazo social, así como el *re-tomar la palabra*, tanto que norma, como que construye.

Esta conjugación, tanto de escucha como de habla, así como el deseo de comprensión y no represión, se dan como resultado implícito, en la reconstrucción de la historia de vida, ¿el dar al paciente el lugar y el tiempo de hablar, no se convierte en una vía (¿) de cura? ¿el dejar a un lado el catalogo diagnóstico acerca de la patología que enmarca y anula al sujeto, no dispone al paciente a una búsqueda de lugar de sí mismo?

Es cierto que la recomposición de las dinámicas institucionales, tanto hospitalarias, como de demanda social en función de reclusión de los hijos no deseados es y llegaría a ser una utopía de la construcción social y que su transformación es tarea que no se lograría con investigaciones y menos reducidas a una tesis de licenciatura. Pero si me dan pauta y lugar como campo no solo de investigación sino de implicación de la cual emerjan cambios, que logren ayudar en el reconocimiento de sí-mismo por parte de los pacientes, así como del lugar de la reclusión como forma de solución de la llamada locura.

De esta forma, puedo mencionar y reducir la trama que enmarca el desarrollo, tanto de investigación, como de implicación dentro de esto que se llama psicología, así como sus formas de abordar, tanto a sus objetos-sujetos, como de lo cual estoy sujetado profesionalmente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se han incrementado los estudios acerca de la subjetividad, así como el número de ciencias interesadas en esta, desde la antropología, sociología, etnología, psicoanálisis, hasta llegar a la psicología. Si en las décadas anteriores el conocimiento científico en sus diferentes ramas volcó la mirada sobre la generalización, ya sea hacia la *norma* o su contrario lo anormal, dejando a un lado todos los intermedios dentro de estas polaridades, los estudios acerca de individuos aislados, ya sean estudios de caso o acerca de la subjetividad, quedaron sombreados por la necesidad de encontrar registros enmarcadores de la realidad generalizable.

Sin embargo, las necesidades y características de la sociedad actual, han hecho regresar la mirada a los estudios acerca del sujeto y la subjetividad, interrogando la generalización del conocimiento y de la normatividad de lo social, así como el interés por los estratos considerados como fuera de la norma: minorías o grupos vulnerables (o vulnerados), desde niños de la calle, adolescentes embarazadas, bandas juveniles, población geriátrica, homosexuales, etc. así como a los problemas relacionados con estas, ya sean desempleo, abandono, farmacodependencia, alcoholismo, violencia doméstica, exclusión, etc

Cada una de las ciencias dedicadas al estudio de estas poblaciones y de las diferentes problemáticas, han tenido y tienen diferentes metodologías y marcos que ayudan a la comprensión e intervención en el campo social, por lo cual, las visiones multi-referenciales, pueden ayudar a comprender de una manera amplia los fenómenos estudiados, así como contextualizarlos e individualizarlos, optando por una particularización dejando a un lado la generalización estadística

El estudio propuesto se realiza en el área de la Salud y específicamente dentro de la salud mental. Las visiones acerca de esta problemática han sido vastas y van de la psiquiátrica, sociología, psicología, Anti-psiquiatría y psicoanálisis, de las cuales se desarrollan diferentes teorías, ya sea de su génesis, diagnóstico tratamiento o desahucio.

Las diferentes corrientes dentro de cada una, también son amplias, por lo tanto se ha vuelto imposible no solo por las características de los sujetos de investigación, sino por las de los sujetos investigadores, llegar a acuerdos acerca de su estudio, interpretación e intervención.

Es necesario puntualizar, que esta investigación se realiza dentro del proyecto de investigación "Subjetividad y Sociedad"<sup>1</sup>, el cual surge de la necesidad de análisis, reflexión y discusión de los problemas sociales, de salud y de educación

<sup>1</sup> Subjetividad y Sociedad es dirigido por la Doctora Bertha Elvia Taracena Ruiz, en la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

principalmente, en los cuales se encuentra y dilucida el estudio de lo subjetivo y la construcción de la subjetividad. Dentro de este proyecto, se define a la subjetividad como el lazo social que constituye a los seres humanos en un contexto cultural, el cual apunta a mostrar la dimensión transindividual respondiendo a una forma de leer la realidad así como de construirla. De esta forma, se conceptualiza a la subjetividad como una categoría de articulación entre lo psíquico y lo social, como forma de aproximación que permite entender la producción de conocimiento y su relación con la práctica profesional. Así como también de la Atención a Grupos con necesidades especiales, en donde se remarca la importancia de investigar e intervenir en poblaciones que por sus características, sufren de maltrato, violencia, segregación, etc. ya sean migrantes, niños de la calle, hombres y mujeres que sufren violencia sexual, homosexuales, enfermos de VIH y niños con aptitudes sobresalientes, así como pacientes psiquiátricos.

Dentro de la metodología planteada para el estudio de la subjetividad se hace énfasis en la adopción de métodos cualitativos, capaces de hacer énfasis en la relación del sujeto con el contexto social. Por lo tanto, se pueden mencionar el psicoanálisis y la clínica social, ya que permiten la posibilidad de dilucidar la subjetividad misma, referenciando el inconsciente e implementando categorías como el deseo, la fantasía, el placer y/o la identificación, así como conformadores del sujeto dentro del marco social, inscribiéndolo, no como un objeto preformado, sino como construido resultado de su interacción y participación con el mundo social, reconociendo el inconsciente como dimensión constitutiva del sujeto mismo y de la colectividad.

Concibiendo la apertura en cuanto a la metodología, el análisis clínico social, refiere que no es sino una forma de co-construcción en cuanto a la investigación misma y a la relación existente entre investigador e investigado, por lo cual la metodología no es estática, sino que se va re-creando en función de las necesidades y cambios contextuales de la investigación y en esto hago hincapié, debido a las características de la población investigada y de la institución en la cual se realiza.

¿Qué es la locura? El reduccionismo de esta cuestión es tan innegable, como la voracidad de las diferentes respuestas que se han dado, tanto a través de los siglos y culturas que componen la historia de la humanidad. Desde seres privilegiados por la divinidad, hasta entes poseídos por demonios, han sido las formas de entender y tratar, los diferentes males que enmarcan la locura, ya sean alienados, psicóticos, idiotas, hasta llegar a los esquizofrénicos en sus múltiples presentaciones. Desde alucinaciones, ideas delirantes, mitomanías, megalomanías, depresiones, ataques de ansiedad y demás sintomatologías, son algunas de las características de con (de)forman a los enfermos mentales.

El hablar de enfermedad mental hace remontarse a las tres principales formas de abordar esta temática desde los modelos psicológico, organicista y sociológico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de los cuales se desprenden no solo diferentes formas de concebir a la enfermedad mental, sino de abordarla en cuanto a diagnósticos y tratamientos.

Si una de las formas de explicar la enfermedad mental es un dis-funcionamiento neuronal bio-químico, y la forma de abordarlo es precisamente mediante tratamientos bioquímicos, sería esperado que los resultados fueran generalizables y tajantes. Por otro lado, si la locura fuese originada a partir de un acontecimiento traumático dentro del ambito social, sería innecesario el apoyo de químicos como parte del tratamiento. En algunos casos y dependiendo del diagnóstico referido, estas formas de trato se contraponen o se limitan la una a la otra, ya sea emudeciendo al sujeto o encadenandolo a un químico de por vida.

Hasta este momento, me he referido minimamente a las formas de entender y tratar la locura o mejor dicho, la enfermedad mental ; ya que no es un objetivo el hacer polémica acerca de cual de las diferentes concepciones es la mas adecuada en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Sin embargo, como encuadre de esta investigación y como parte del estudio de la subjetividad en específico en la psicosis ( sujeto de la psicosis) me referiré al análisis de la construcción del sujeto, contextualizado y enraizado via la teoria psicoanalitica y la socio-clínica.

Una primera pregunta sería ¿que es el sujeto ? de la cual se derivaría ¿En donde se construyo ese sujeto ? Siguiendo el encuadre teórico psicoanalítico y haciendo una contextualización social, solo se puede llegar a saber del sujeto, mediante la palabra en la cual esta sujetado, así como a la forma de representarse dentro de lo socio-estructural o socio-simbólico Por lo tanto, es mediante el relato del sujeto mismo, que se puede conocer y saber acerca de él como resultado de su historia, así como de sus miedos, deseos, anhelos, fantasías, etc

Partiendo de la hipótesis de que en lo social se construye el sujeto y que este en un segundo momento re-construye lo social, la contextualización ayudará a conocer al sujeto que habla y su status actual, conjuntamente a su construcción histórica, de la cual es resultado

La investigación y construcción histórica en el campo de la psiquiatría, es difícil, no solamente por las características que conforman, tanto la institución, como la atención a los pacientes por parte de los diferentes profesionales que la integran así como las características de los sujetos psiquiátricos en general. Por lo tanto, será necesario el hacer una descripción, tanto de la institución, así como su intervención, tanto en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico

Es necesario especificar que esta investigación se realizó dentro del programa "Rehabilitación del Paciente Psicótico Hospitalizado en fin de semana" el cual es solo una parte de los diversos servicios que otorga el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

TERMINA CON  
FALLA DE ORIGEN

Una de las características que se han hecho evidentes a través de los años, es que los manicomios, hoy día "hospitales psiquiátricos", son los encargados por el estado, ya sea para recluir y/o de rehabilitar a los sujetos que han salido de la "norma" social en la que están inscritos, sin embargo, las formas de normatividad, no son estáticas, sino que están en constante cambio, en función de la misma sociedad.

Las enfermedades mentales han sido a través de los años, un gran enigma, ya sea por la diversidad de sus presentaciones, por las características tan variables en cuanto a su relación con las formas de producción y nivel socio-económico, así como a los métodos utilizados en cuanto a la intervención médico-psiquiátrica, psicológica, sociológica o en las últimas décadas, psicoanalítica.

El hablar de enfermedades mentales, abre un campo muy grande, tanto por las diferentes definiciones, presentaciones y tratamientos seguidos. Si bien existen clasificaciones capaces de ilustrar a los especialistas, en las diferentes características de las patologías, ya sean el DSM-IV o la CIE-10, estas no pueden especificar, ni los marcos sociales, ni la historia, carencias, necesidades, deseos, etc. de cada uno de los portadores de dicha clasificación. Esto es imposible, sin embargo, las clasificaciones ayudan a que se logre una generalización de los patrones, conductas y características que debe tener un individuo para poder obtener determinado diagnóstico, por lo cual es necesario no olvidar las características sociales en las que está inmerso el sujeto, así como la historia que ha construido y se ha construido de sí mismo, lo cual solo se puede entender de la palabra del sujeto.

Las preguntas que guían este proyecto de investigación se encuentran principalmente: ¿Cuál es el lugar de la violencia, dentro de la historia del sujeto que lo pueda llevar a una intervención psiquiátrica? y ¿es la reclusión psiquiátrica una forma de ejercicio de violencia sobre el sujeto?

Estas preguntas guía son muy amplias, en función del análisis de la subjetividad y teniendo muy claro, que la construcción del sujeto, solo se puede entender desde la propia historia que se ha desarrollado y por lo tanto, las características son específicas de cada caso, sin embargo, el lugar de la violencia como determinante de una intervención psiquiátrica es fundamental, en el estudio de la subjetividad en pacientes hospitalizados en institución psiquiátrica.

Los objetivos planteados son

- 1) Analizar el lugar de la violencia en cuanto a la construcción del sujeto y la relación que esta tiene en la historia de cuatro pacientes psiquiátricos
- 2) Analizar las formas de intervención de un programa de Rehabilitación psicológica en una Institución Psiquiátrica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 3) Analizar y proponer desde el marco psicoanalítico formas de análisis e intervención de la psicosis en el marco institucional psiquiátrico.

La metodología propuesta, se hace en función del análisis e investigación cualitativa, desde el estudio socio-clínico, ya que esta forma de investigación, propone la adopción de diferentes metodologías y marcos teóricos, en función de las necesidades de la investigación misma, además de ayudar en la comprensión multi-referencial de la conformación del sujeto.

Las técnicas propuestas para esta investigación, son: Observación participante, entrevistas cualitativas, escuchas clínicas y análisis de historiales clínicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I  
**LOCURA, NORMALIDAD,  
ENFERMEDAD MENTAL  
Y SOCIEDAD**

*HAY UNA LOCURA NECESARIA,  
Y SERÍA UNA LOCURA DE OTRO ESTILO  
NO TENER LA LOCURA DE TODOS.  
PASCAL*

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 1.1 Concepto de salud y enfermedad

Como punto de partida, se propone conocer, las diferentes formas de concebir los conceptos de salud y enfermedad, ya que es en función de estos y de los marcos sociales en los que se desarrollan, que se problematiza o no ciertas condiciones, ya sean sociales o subjetivas en cuanto a la patología o la sanidad.

En todas las sociedades y a través de los años, han existido diferentes formas de entender, no sólo la enfermedad, sino conceptos de salud y normalidad, y los criterios particularizados en cada una de estas han variado a través de los años y circunstancias sociales.

Giovanni Jervis (1979) establece diferentes propuestas para entender, la enfermedad y la patología, y considera que es "normal" la persona que tiene la suerte de formar parte de una definición convencional del no trastorno mental; es decir el que tiene *la buena fortuna* de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría. Esta definición no esclarece nada, y se basa en sus antagonicos, en este caso llevando al extremo la normalidad en función de la condición psiquiátrica. Sin embargo, agrega, es normal *quién se resigna a su dosis cotidiana de sufrimiento y aquel que no es obstaculizado en sus proyectos por específicas dificultades psicológicas, así como aquel que es aceptado por su ambiente como un individuo que no necesita ser curado y que se conforma a las reglas dominantes, por lo tanto no tiene graves problemas y no lo representa para los demás (citado en Guinsberg, 1996).*

Estas diferentes formas de abordar la normalidad, se basan esencialmente en las reglas dominantes, por lo tanto, son estas reglas las que determinan en que grado cada individuo es normal o mejor dicho, esta normado y no representa un problema para la sociedad, ya que es en función de los intereses de productividad que se puede llegar a perder el status de persona "normal", al no ser parte de los medios de producción, y estar en contra del *stablishment* especificado o no permitir a otros su libre y "sano" desarrollo.

Por lo tanto y como lo menciona Guinsberg (1990), el modo de producción de la vida material determina el proceso de la vida social, política y espiritual en general. No es la conciencia del hombre la que determina su ser, sino por el contrario, el ser social es el que determina su conciencia.

Laplantine (1973) afirma que sólo se puede llamar estructuralmente a-normal en la medida en que se aleja de la norma culturalmente compartida por la mayoría de los miembros de una sociedad, para abrazar otras normas que constituyen, parte integrante del sistema total que nos proporciona modelos de comportamientos que aunque marginales, no por ello son menos convencionales y aceptables para el grupo entero.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Este tipo de afirmaciones, representan y muestran la gran dificultad de poder establecer criterios generalizables acerca de la enfermedad mental, sin embargo, existen tres modelos que se han tratado de comprender el desarrollo, tanto de la salud, como de la enfermedad, así como diagnósticos y tratamientos específicos a cada forma y concepto de enfermedad, estos son: el Modelo Psicológico, el Modelo Orgánico y el Modelo Social.

*El modelo psicológico* pretende comprender todas las actitudes y estructuras de la personalidad del hombre, solo en función de *si mismo* y de su personalidad. Se basa en dos principios básicos:

- 1) La reducción del proceso social a la conducta del individuo.
- 2) El estudio del individuo como gobernado por fuerzas psíquicas originadas por los instintos, las que se conciben como profundamente enraizadas en la naturaleza humana, que a su vez es considerada como estructura esencialmente estable y determinada biológicamente.

De este modelo se deriva otro, el *psicosociológico* el cual reconoce que el individuo no es un ser totalmente aislado, sino que esta influido por la sociedad y de alguna manera afectado por el marco social en el cual se desenvuelve. Sin embargo, esta perspectiva concibe al medio social como un medio ambiente, ya sean la familia, el medio laboral o las inter-relaciones personales.

El segundo modelo de comprensión de la salud mental, es el que se refiere a lo *social*, a diferencia del anterior, este modelo comprende al hombre como producto del medio social en el que se desarrolla. Es así, que esta determinado por las características y funcionamiento de las dinámicas sociales, dejando a un lado los aspectos psicológicos individuales, ya que estos no representan valoraciones si no es en función de su determinación social.

La generalización en cuanto a las características del medio, dejan a un lado no solo las características individuales, sino que puede llegar a generalización en cuanto a las diferentes posiciones, socioeconómicas o culturales, por lo tanto, la enfermedad mental, estará determinada, por los conflictos sociales específicos en el que esta sujeto el individuo, lo cual se determina que la salud mental, estará mediada en cuanto al análisis e intervención de las estructuras sociales.

El *modelo orgánico* trata de comprender la enfermedad mental solo en base a perturbaciones físicas, dejando por completo, los aspectos psicológicos y sociales en los que esta enmarcado el individuo, por lo tanto, los métodos de intervención serán en función de los aspectos biológicos, ya sea por una determinación bioheredada o por una alteración biológica en el transcurso del crecimiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estos tres modelos utilizados en la forma de concebir y entender tanto la enfermedad como la salud mental, pueden llegar a ser totalmente contradictorios y dependen del marco epistemológico desde el cual se parta. Y es en función de estos, que se determinan las formas de entender y tratar las diferentes problemáticas ligadas a la concepción de la enfermedad mental.

¿Qué es una enfermedad mental? han existido en las diferentes épocas y culturas diferentes formas de concebir y mirar esta problemática, si bien, en las últimas décadas y debido a los cambios económico políticos y tecnológicos, se ha dejado atrás el estigma de la locura y de los mitos que esta ha representado para las diferentes sociedades y civilizaciones a través de la historia, no se ha podido generalizar y especificar, una definición exacta de la enfermedad y de las diferentes formas en las que se presenta. Así como también de las diferentes formas de abordarlas, ya sea de la psicología, la psiquiatría o el psicoanálisis.

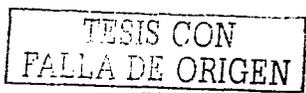
### 1.2 Criterios de salud y enfermedad

Con respecto a los criterios empleados para representar e identificar, lo que es la salud y la enfermedad, se encuentran dos principalmente, ya sea el estadístico y el normativo (Guinsberg, 1990). Ambos criterios corresponden no solamente a la presentación o ubicación de las diferentes formas de enfermedad, sino que son establecidas en función de las necesidades de los medios de producción y en función de las ideologías gobernantes.

#### 1.2.1 Criterio Estadístico

El criterio estadístico, parte de la aceptación de la existencia de *diferentes criterios*, sobre salud y enfermedad. Los discursos empleados para definir cada uno, dependen del marco social en el que se inscriban, adoptando el concepto de "relativismo cultural", así como de la concepción de "normalidad" social en la que se desarrolle. Este criterio, es generalizable en tiempo o espacio, y de este se desprende, que la salud es "normal" en función de las características que reúnan la mayoría de las personas de la sociedad en la que se desarrolla. Sin embargo, además de no ofrecer una definición específica, esta es cambiante y depende de los cambios sociales, así como de las características de las mayorías.

A este criterio, también suele llamarse *adaptativo*, ya que parte de la adecuación de la conducta individual a las normas y valores de la sociedad. Por lo tanto, el estar adaptado al marco social, aceptarlo de manera conformista y validar las condiciones sociales imperantes en toda su magnitud, así como aceptar los valores y normas, será reflejo de una buena salud mental; el cuestionar las



normas o contradecir el orden social, por el contrario, reflejara no solo un malestar, sino un tipo de enfermedad mental.

### 1.2.2 Criterios normativos

En cuanto a los criterios normativos, estos establecen como parámetros valores o normas específicos, fuera de los cuales, se encontrará entonces la enfermedad o la patología. La salud será reflejo no solo del buen seguimiento de las normas establecidas, sino que todo lo que altere dicho orden, será visto como una forma de enfermedad, así todo individuo que rompa o viole dichos valores, deberá ser catalogado como un enfermo, ya que atenta contra la salud de los demás y el orden público

De este criterio, se deriva la definición de la Organización Mundial de la Salud, que define a la salud mental, como el *estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, así como al desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales, en cuanto no afecte el desarrollo de otros individuos*. "una acción normal" es la que entra en los límites del comportamiento esperado en una sociedad particular. Su variabilidad entre diferentes pueblos es esencialmente una variabilidad de las pautas de conducta que las diferentes sociedades han construido para sí mismas y no puede ser nunca separada de la consideración de los tipos de conducta socialmente institucionalizados.

Ambos criterios de salud mental, permiten sacar como conclusión la dificultad de hallar el significado de tal término, sea por adaptación o conformismo, como por la explicitación de contenidos ideológicos, ya que las distintas acepciones propuestas, presentan distintas concepciones de hombre y de la(s) sociedad(es). En tanto el hombre actúe y evolucione en un marco social, cualquier definición de salud mental solo puede referirse a tal marco y tal periodo histórico en el cual este inscripto.

Estos criterios corresponden y reflejan diferentes formas de entender la salud y la enfermedad mental, sin embargo, ambos establecen que es en función de las características sociales, normas o a generalidades que contextualizan al medio en el que se desarrollan los individuos, y resulta incuestionable que todo lo referente a la salud mental, normalidad e importantes aspectos de la locura, tienen íntima vinculación con múltiples aspectos intervinientes, *con incidencia cualitativa* de todas las expresiones sociales (Guinsberg, 1990). Por lo tanto, la enfermedad mental no solo exige condiciones sociales e históricas, sino también condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de la reacción (Foucault, 1961)

Teniendo estos modelos y criterios de establecer la salud o la enfermedad, resulta claro que las contradicciones sociales actúan como el terreno donde se desarrolla el ser humano, del cual nadie puede escapar y que por tanto, el hablar de "salud "

TESTS CON  
FALLA DE ORIGEN

mental es una mera abstracción. Tomando en cuenta al medio y sus características como punto de diferenciación y clasificación de enfermo-no enfermo, y a la sociedad misma como enfermando en cuanto a que sus condiciones de bienestar social no cubren con las expectativas o necesidades para brindar un ambiente en el que se desarrollen individuos sanos y alejados de toda patología ¿se podrá aseverar que dentro de una sociedad que permita y suministre las condiciones óptimas, tanto en régimen normativo, como económico-productivo, no exista la enfermedad mental?

La locura es por doquier una construcción colectiva determinada a partir de un mito (Laplantine, 1973, Pág. 58). En cuanto a la "enfermedad mental" y las diferentes formas de concebirla, ya sea de los modelos o criterios de salud, su estudio e intervención se da en función de tres diferentes ejes:

- génesis o influencia de las variables orgánicas o sociales,
- diferentes definiciones o clasificaciones, y
- la validez científica de las diferentes clasificaciones diagnósticas.

Con respecto a la génesis de las enfermedades mentales, ya se mencionaba en los diferentes modelos de salud, sean de corte psicológico, orgánico o sociológico, que cada uno de ellos no solo representa una diferente mirada acerca de la problemática, sino una forma de atención diagnóstica y de tratamiento, de las cuales se derivarán formas de abordaje, tratamiento o cura, ya sean por períodos de tiempo específicos o de por vida, en forma aislada o en instituciones de re-adaptación o reintegración social.

En nuestros días, las instituciones encargadas de la atención a enfermos mentales son principalmente: los asilos, hospitales psiquiátricos o Comunidades Terapéuticas (Attie, 1994) y Centros Psicoanalíticos para adultos jóvenes psicóticos (Apollon, 1990).

Cada una de estas instituciones tienen diferentes formas de concebir la enfermedad mental, ya sea como una ruptura o disfunción de origen orgánico, como una disfunción en cuanto a las relaciones sociales en las que se ve implicado el individuo o como una estructura psíquica que requiere una comprensión y análisis que le haga posicionarse como sujeto dentro de la sociedad.

En estas tres diferentes posiciones, se ha generalizado que la encargada de atender este tipo de problemáticas es sin ninguna duda la Psiquiatría, ya que es esta la que puede no solamente ayudar en le diagnóstico, sino en la intervención (hospitalización psiquiátrica), y tratamiento no solo en función de las necesidades individuales u hospitalarias, sino que socialmente, es la Psiquiatría, la encargada de auxiliar en la re-adaptación y aislamiento de los "anormales".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 1.3 Psiquiatría y enfermedad mental

La Psiquiatría ha sido la encargada del estudio y definición de las enfermedades mentales, así como también se le ha propuesto como órgano de reclusión, aislamiento, rehabilitación y/o reintegración de los enfermos mentales. Sin embargo, lo hace con ayuda de otras ciencias de la salud, ya sea la psicología, farmacología e incluso la sociología, así como en los últimos años el psicoanálisis. Los cuales actúan de diferentes formas, en cuanto a objetivos, métodos y espacios de intervención.

Galende (1975) menciona que la práctica psiquiátrica y la demanda social se estructuran en una ideología específica que atiende a la necesidad del sistema social de resolver las fracturas que produce en sus miembros, ocultando al mismo tiempo las contradicciones en que ese daño se asienta, para posibilitar así la reproducción actual del modo de producción<sup>1</sup>.

El papel de la psiquiatría y de los hospitales psiquiátricos, ha sido estudiado y analizado desde diferentes perspectivas, incluyendo las más tajantes críticas, las cuales las definen como órganos de represión y control social.

La Psiquiatría es la rama de la medicina que tiene por objeto del estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales. La psicopatología o patología mental, designa una parte de la psiquiatría: la teoría de la práctica. Es la psiquiatría la encargada del estudio de las enfermedades mentales, desde su descripción, su clasificación, sus mecanismos y su evolución (Cooper, D, 1985). Sus formas de tratamiento son diversas, y estas van desde el uso farmacológico entendiendo la problemática enraizada a una disfunción neuronal, electroshocks, o técnicas de re-educación social que permitan la disminución y erradicación de marcos conductuales que faciliten su readaptación a la sociedad.

En cuanto a la historia de la psiquiatría moderna, se pueden mencionar dos nombres principalmente, Pinel (1745-1826) y a Kraepelin (1856-1926), de la escuela francesa y alemana respectivamente (Cooper, 1985).

Pinel, inició la reforma psiquiátrica en la medicina clínica, y la historia real e individual de la enfermedad. Fue pionero de los estudios de caso, creando las primeras entidades nosográficas, siendo: la idiocia, la melancolía, la manía y la demencia, dando pauta a los primeros tratamientos psíquicos individualizados.

Con Pinel, desaparecieron las cadenas que detenían a los locos en los asilos, llevo a una profundización de la domesticación de la subjetividad del enfermo.

<sup>1</sup> Galende, J. (1975) Psiquiatría y Sociedad. Gramsa, Buenos aires, Argentina. Citado en: Guinsbrg, op. cit

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tratando de que el poder exterior regule al enfermo, redoblando su eficacia, pero esta vez desde dentro (Roxitchner, 1979)<sup>2</sup>.

En cuanto a Kreaplin, constituyó la forma acabada de la nosografía psiquiátrica del siglo XIX, siendo pionero en los estudios de caso, constituyendo una teoría de la personalidad, así como estudios sobre el sueño, el valor de las pausas en el trabajo y los efectos de los tóxicos sobre los procesos mentales.

Ya en la época actual, los estudios psiquiátricos de la escuela estadounidense, derivados, de las actividades militares y necesidades socio-laborales, posteriores a la segunda guerra mundial, en donde se plantean el tratamiento del estrés en el combate, la readaptación social, impulsando y determinando los criterios de productividad laboral, como parte del sistema económico capitalista, así como las investigaciones farmacológicas en cuanto al relación del uso de químicos en el sistema nervioso central, de lo cual deriva hoy día, no solo el auge, sino la limitación de los tratamientos psiquiátricos al uso de fármacos en las diferentes enfermedades mentales.

### **1.3.1 Criterios diagnósticos de las enfermedades mentales.**

Los criterios diagnósticos en psiquiatría, se aplican simultáneamente a los principios que sirven para elaborar las clasificaciones psiquiátricas y a los criterios a partir de las cuales el clínico formula su diagnóstico. Las diferentes formas de clasificación y diagnóstico de las diferentes enfermedades mentales, se hacen en función de dos perspectivas, ya sea de la Clasificación Internacional de enfermedades mentales CIE-10, o por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales de la asociación Americana de Psiquiatría DSM-III, DSM-IV.

Según el tipo de clasificación considerada, los criterios serán de naturaleza descriptiva, sintomática o etiopatogénica, precisando la causa de la enfermedad mental y los mecanismos que intervienen en su patogenia y evolución.

Ambos enfoques son calificados como descriptivos, en la medida que los trastornos mentales son reagrupados en base en algunos temas comunes o ciertas características descriptivas comunes, siendo a-teóricos porque no se basan en consideraciones etiológicas o patogénicas hipotéticas.

Uno de los objetivos principales de los criterios diagnósticos, es el contribuir a reducir las discordancias entre conceptos diagnósticos utilizados por los psiquiatras de diferentes países para el registro de las enfermedades mentales

<sup>2</sup> Roxitchner, E. (1989) Freud y la problemática del poder

#### 1.4 Anti-psiquiatría como alternativa de la enfermedad mental

Las críticas a la psiquiatría tradicional, se han dejado escuchar debido a sus formas de abordar las diferentes problemáticas, y por considerarse un organismo represivo al servicio del estado.

El problema de la represión y violencia dentro de la psiquiatría y dentro de las instituciones en general, se hizo evidente y tuvo mayor auge en las décadas de los 60's y 70's; entre sus principales integrantes, se encuentran, Franco Basaglia(1976), Marie Langer(1976), David Cooper(1968), R. Laing(1964) y Szasz (1976).

Entre los principios que guían esta corriente, se mantiene que *"la violencia y la exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad"* (Basaglia, 1976). Los grados de aplicación de la violencia varían según las necesidades de aquel que detenta el poder: tiene que ocultarlas y disfrazarlas.

La violencia y la exclusión son justificadas en estos sitios en nombre de la necesidad, como consecuencia de la finalidad educativa de las primeras, y de la culpa y enfermedad para las segundas. Estas instituciones, pueden definirse como las instituciones de la violencia (Basaglia, 1978).

Franco Basaglia (1978), menciona que la violencia psiquiátrica es aquella ejercida por los que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediamente colocados bajo su dominio. La familia, la escuela, la fabrica, la universidad, el hospital, son instituciones basadas en una clara distribución de papeles: la división del trabajo, reafirmandose las necesidades de las formas de producción y el lugar que ocupa el hombre como fuerza de trabajo para el estado.

Como se ha visto, las características socio-económicas y las formas de producción, son los determinantes, ya sea de normalidad, salud o enfermedad, por lo tanto, los criterios de normatividad, estarán al servicio de las implementaciones de los organismos de poder.

Foucault (1961) menciona que todos nos hemos convertido en psiquiatrizables: la mas racionalizante de las sociedades, se ha colocado bajo el signo valorizado y temido de una locura posible. la psiquiatrización no es algo que acontece a los más extraños, a los más excéntricos; puede sorprendernos a todos en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas y profesionales (laborales)

Sin embargo, como lo dice Guinsberg (1990) al nivel de desarrollo tecnológico de los países occidentales, esta organización del control ya no es explicita. El control es enmascarado y al mismo tiempo legitimado por las diversas ideologías

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

temido de una locura posible: la psiquiatrización no es algo que acontece a los más extraños, a los más excéntricos; puede sorprendernos a todos en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas y profesionales (laborales).

Sin embargo, como lo dice Guinsberg (1990) al nivel de desarrollo tecnológico de los países occidentales, esta organización del control ya no es explícita. El control es enmascarado y al mismo tiempo legitimado por las diversas ideologías científicas: para el hospital psiquiátrico (el manicomio), por la ideología médica que se encuentra en la definición de la irrecuperabilidad de la enfermedad de la justificación a la naturaleza violenta y segregante de la institución; para la cárcel, por la ideología del castigo.

Esta violencia no se hace explícita, sino se justifica: "la sociedad llamada de bienestar y abundancia ha descubierto que no puede mostrar abiertamente su rostro de violencia sin ocasionar en el seno de sí misma el nacimiento de unas contradicciones demasiado evidentes, que terminarán por volverse contra ella. Por ello ha encontrado un nuevo sistema: entender la concesión del poder a los técnicos que la ejercerán en su nombre, y seguirán creando -a través de otras formas de violencia: la violencia técnica. - El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete e un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación (Mannoni, 1970).

David Cooper (1985), en referencia a la violencia en psiquiatría llega a la conclusión de que quizá la más notable forma de violencia en este campo, sea nada menos que la violencia ejercida por la psiquiatría, en la medida de que esta disciplina, opta por refractar, condensar y dirigir hacia sus pacientes identificados, la violencia sutil de la sociedad: con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar la sociedad contra esos pacientes.

*... "en el hospital psiquiátrico se cuidan con diligencia los cuerpos, pero se asesina la personalidad de los individuos"*

Dentro de los principios de la corriente anti-psiquiátrica, se manifiesta, al contrario de la psiquiatría tradicional, el lugar de los ámbitos sociales, tanto generales como contextuales, en los que se desarrolla el individuo, dejando a un lado las aseveraciones que dan mayor importancia a los factores biológicos predeterminados, que ha heredado cada individuo. Por tanto, la "enfermedad" mental, solo surge en función de las características patógenas de la sociedad, ya sea como segregante, explotante o marginal, y es en función de los cambios en esta área que se obtendrán resultados en cuanto a la salud, no solo individual sino pública

No es el loco quién es peligroso, no es el loco quién golpea a los demás: el loco, por el contrario, es el golpeado. Los que matan a los normales no son los locos. A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

temido de una locura posible: la psiquiatrización no es algo que acontece a los más extraños, a los más excéntricos; puede sorprendernos a todos en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas y profesionales (laborales).

Sin embargo, como lo dice Guinsberg (1990) al nivel de desarrollo tecnológico de los países occidentales, esta organización del control ya no es explícita. El control es enmascarado y al mismo tiempo legitimado por las diversas ideologías científicas: para el hospital psiquiátrico (el manicomio), por la ideología médica que se encuentra en la definición de la irrecuperabilidad de la enfermedad de la justificación a la naturaleza violenta y segregante de la institución; para la cárcel, por la ideología del castigo.

Esta violencia no se hace explícita, sino se justifica: "la sociedad llamada de bienestar y abundancia ha descubierto que no puede mostrar abiertamente su rostro de violencia sin ocasionar en el seno de sí misma el nacimiento de unas contradicciones demasiado evidentes, que terminarán por volverse contra ella. Por ello ha encontrado un nuevo sistema: entender la concesión del poder a los técnicos que la ejercerán en su nombre, y seguirán creando -a través de otras formas de violencia: la violencia técnica. - El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete e un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación (Mannoni, 1970).

David Cooper (1985), en referencia a la violencia en psiquiatría llega a la conclusión de que quizá la más notable forma de violencia en este campo, sea nada menos que la violencia ejercida por la psiquiatría, en la medida de que esta disciplina, opta por refractar, condensar y dirigir hacia sus pacientes identificados, la violencia sutil de la sociedad: con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar la sociedad contra esos pacientes.

*... "en el hospital psiquiátrico se cuidan con diligencia los cuerpos, pero se asesina la personalidad de los individuos"*

Dentro de los principios de la corriente anti-psiquiátrica, se manifiesta, al contrario de la psiquiatría tradicional, el lugar de los ámbitos sociales, tanto generales como contextuales, en los que se desarrolla el individuo, dejando a un lado las aseveraciones que dan mayor importancia a los factores biológicos predeterminados, que ha heredado cada individuo. Por tanto, la "enfermedad" mental, solo surge en función de las características patógenas de la sociedad, ya sea como segregante, explotante o marginal, y es en función de los cambios en esta área que se obtendrán resultados en cuanto a la salud, no solo individual sino pública

No es el loco quién es peligroso, no es el loco quién golpea a los demás: el loco, por el contrario, es el golpeado. Los que matan a los normales no son los locos. A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

veces hay violencia en la locura, pero se trata siempre de una reacción contra las condiciones imposibles del encarcelamiento y estúpidas intervenciones psico-tecnológicas (Jacques Adout, 1986)\*.

Ambas propuestas representan no solo opciones en cuanto al trato de "enfermedades mentales" o disfunciones sociales, sino que permiten observar la problemática desde diversas perspectivas, tanto la violencia social como generadora de todo trastorno psíquico tanto individual como colectivo, como la violencia ejercida por parte de la psiquiatría como organismo encargado de readaptar a los individuos que han salido de las normas, o aislar a los que han sido desahuciados y no podrán regresar a las productivas formas de lo social.

### 1.5. Comunidades terapéuticas.

Las *Comunidades terapéuticas* (Attie, 1994), se derivan de la psiquiatría social. Dentro de esta perspectiva, se establece el lugar de los factores sociales en la formación de los individuos, así como la enfermedad física o mental, sin subestimar los factores biológicos de los diferentes padecimientos. Se refiere a la reintegración de los pacientes, por medio de actividades psico-educativas y planes de integración social, basados en la psicología de la conducta.

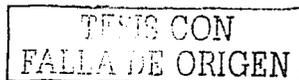
Estas comunidades, consideran como enfermos mentales a aquellas personas que llegan a un hospital psiquiátrico, con la meta de escapar de las tensiones del mundo exterior, que amenazan con abrumarlos y a causa de una sensación subjetiva de confusión, inadecuación, fracaso, miedo, depresión u otros.

Los tratamientos a seguir se evalúan y ejercen en función del estado emocional del paciente y de los medios a "su" disposición: químicos a través de medicinas; psicológicos por medio de terapias, tanto grupales como individuales; y sociales, ya sea ambiente, cultura, familia, relaciones interpersonales, y demás espacios en los que se desenvuelve el individuo, así como terapias ocupacionales, tanto grupales como emocionales.

A diferencia de los tratamientos psiquiátricos tradicionales, el paciente juega un lugar activo, dentro de su "re-habilitación", opinando tanto de lo que le concierne como individuo, y como parte de la comunidad terapéutica, siendo la participación de cada uno de los integrantes, ya sean médicos, profesionistas o pacientes. Por lo tanto, el involucramiento dentro de la comunidad, se asume como parte primordial del tratamiento y proceso re-habilitatorio.

Las comunidades terapéuticas, tienen como principios:

\* Jacques Adout, ¿Las razones de la locura?. Citado en Guinsberg, op.cit



- 1) Comunicación abierta
- 2) Sistema de liderazgo múltiple
- 3) Toma de decisiones por consenso
- 4) Responsabilidad compartida
- 5) Vivir aprendiendo.

Uno de los principios básicos de estas comunidades, es que son organizaciones sociales democráticas e igualitarias sin jerarquización tradicional, ya que tiene la finalidad de lograr una flexibilidad suficiente de la conducta de los integrantes, con lo cual se pretende lograr el reflejo de las expectativas y necesidades tanto del personal como de los pacientes en re-habilitación.

Este tipo de tratamientos psico-químico-sociales, basados tanto en la modificación de conductas, como en la toma de decisiones en cuanto a procesos de re-habilitación, conforman no solo un tipo diferente de tratamiento en cuanto a enfermedades mentales, sino una reintegración social óptima en función de las características ambientales en las que se ha desarrollado el paciente. Sin embargo, esa "readaptación", limita la libre decisión del paciente, siendo solo en función de las necesidades del medio que le rodea y que le han llevado a la hospitalización.

Si por un lado propone formas diferentes, tanto de la concepción de enfermedad, como de tratamiento, este es basándose en los criterios establecidos socio-culturalmente y en función de la re-adaptación del individuo al margen al que esta sujetado, lo cual implica que este se ha salido de las normas establecidas y debe ser re-inscrito en función de su "libre" toma de decisiones a las circunstancias sociales que le circundan, ya sean familiares, escolares, laborales o institucionales en general.

El decir que se pueden establecer criterios generalizables, ya sea de salud o enfermedad, como se ha visto hasta ahora, no solo es difícil, sino casi imposible, ya que cada sociedad particular tiene sus propias definiciones y estas no son estáticas y se modifican en tanto cambian las circunstancias particulares que les dieron origen, por lo tanto, las relaciones sociales son condicionantes directas de la expresión de la patología; la enfermedad mental no puede reconocerse ni entenderse escapando del entendimiento y funcionamiento de tales relaciones, así como en la forma en que cada sujeto se desarrolla, tanto social como psíquicamente.

Hasta este momento se han mencionado las formas de diagnóstico y tratamiento de la "enfermedad mental", ya sea de la psiquiatría tradicional, o de las perspectivas psicológicas en función de la re-adaptación social. Así como de la perspectiva, antipsiquiátrica, que establece que la sociedad, es la causante de todo mal, y la violencia ejercida por las diferentes instituciones, no hace mas que borrar al sujeto y contemplarlo en un catalogo de patologías causadas por

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

trastornos, ya sean de orden biológico o debidos a formas inadecuadas de adaptación al medio.

Sin embargo es imposible como lo hace notar Guinsberg (1990), un "estado de completo bienestar" ya que, por sus características de sujeto inserto en un marco cultural, es inevitable la existencia de conflictos y no resulta posible la satisfacción de todos sus deseos.

## 1. 6 Psicoanálisis y conflictos psíquicos

El psicoanálisis es otra de las corrientes teóricas que se ha encargado del trato de la enfermedad mental y en particular de la psicosis. Su desarrollo ha sido a la par y en función de los desarrollos de la psiquiatría. Freud, fundador de una de las corrientes del pensamiento que mas controversia y polémica han creado a partir de inicios del siglo pasado, partiendo de la psiquiatría tradicional, dio pauta a uno de los saberes que mas se han acercado al entendimiento, no solo de lo individual, sino también de la colectividad en cuanto a relaciones, sociales, construcciones colectivas, religión, sexualidad, etc.

Si bien Freud, no abordó el estudio de las psicosis de forma específica, fue Jaques Lacan, quien siguiendo y haciendo uso de sus escritos, se dio a la tarea no solo de comprender a la psicosis, sino de hacer en función de clínica misma, un tratamiento que diera pauta tanto para entender los trastornos y su desarrollo, como del establecimiento de una nueva forma de implicar e implicarse en el trato de la diferentes patologías, o mejor dicho, las diferentes formas de presentación, de la psicosis.

La salud o la enfermedad, lo normal o lo patológico ya no son paradigmas universales, sino conceptos contextualizados en campos culturales sociales y simbólicos; conceptos concretos y cambiantes dice Ana María Araujo (1998), de esta forma el estudio psicoanalítico nos permite adentrarnos al estudio de la subjetividad, sin olvidar el contexto, marco de referencia al cual el sujeto ha sido sujetado

El psicoanálisis promueve en el área del tratamiento de las psicosis, prácticas clínicas innovadoras y un modo de gestión particular y original (Apollon, 1990). El psicoanálisis se ha convertido en nuestros días en una forma de ayuda, cuya ética demanda el regreso del sujeto del deseo en el campo del saber y en el lazo social.

El proponer en cuanto al tratamiento de las psicosis el lugar del deseo en el sujeto, no solo permite el abordaje desde otro punto de vista, sino que ayuda a regresar al lugar de sujeto al mismo paciente, haciéndole parte activa de su tratamiento. El deseo podría expresarse como un impulso formidable que moviliza la inteligencia, la imaginación, el espíritu crítico, el gusto por el juego y el sueño, o también como

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un elemento dinámico, que apela al talento de la creación, de comunicación, de observación, que le permite finalmente a la organización, sacar provecho de toda riqueza y de la diversidad de los individuos (Apollon, 1990).

El tratamiento psicoanalítico requiere que el sujeto tome en sus manos su propia cura y comprometa en ella su propio deseo. Requerir que el sujeto se comprometa en el análisis sobre la base de lo que se revelará luego como su deseo o un elemento esencial de su deseo, esta exigencia ética que funda el proceso de la cura, esta representada por el deseo mismo del analista. Esta puesta en juego del lugar del deseo del paciente sobre su proceso de tratamiento, ofrece una postura diferente de la psiquiatría tradicional, ya que no solo permite que se integre activamente, sino que decida sobre si mismo, no poniéndolo en el lugar de objeto de la psiquiatría o de los diferentes órganos que se implican, y de las diferentes palabras que no solo barran, sino que anulan su posición de sujeto.

El enfermo dentro de la institución psiquiátrica, no tiene otra salida que la de borrarse totalmente como sujeto, para convertirse en la enfermedad y su referencia es desde entonces a la vez médica y moral, el paciente se ha convertido el producto que se ha desviado de una norma. Tiene, además sobre su estado, la opinión de los terapeutas y de sus padres; son las palabras de los otros las que terminan por convertirse en su única palabra (Mannoni, 1970, pág. 39)

Las Psicosis no es una demencia, las psicosis son... lo que corresponde a lo que siempre se llamo y legítimamente se continúa llamando así, las "locuras" (Lacan, 1955). Una de las diferentes formas de concebir a la psicosis en comparación con la psiquiatría tradicional, es que para el psicoanálisis no hay psicogénesis y que no se puede establecer relación alguna con un origen que puede dar lugar a tal, ya que siendo por medio de las palabras que el sujeto emerge, será en función de estas que se establezca su posición de sujeto.

El tratamiento habitual de las psicosis es hacerse cargo totalmente del psicótico, con una atención global prolongada centrada en psico-farmacología, en un marco de vigilancia hospitalaria. Las practicas ubicadas en tal perspectiva apuntan al control y a la estabilización de la descompensación psicótica juzgada peligrosa para la integridad física y psicológica de la persona y/o de su entorno social inmediato. En un segundo tiempo, el tratamiento hoy en medio de una atención muy avanzada, intentará lo que se considera una reinserción social del psicótico a través de actividades psico-pedagógicas y re-educativas re-socializadoras (Nicole Duval y Reine Gobeil, 1990).

La psicosis no es como se cree cuando se habla de la pérdida de la realidad, la psicosis es mas bien la pérdida del lazo social. El tratamiento y la cura de la psicosis no hacen desaparecer la estructura, es a partir de esa estructura y del fantasma que pone en escena el trauma, que el sujeto tendrá que reorganizar la ética y la estética de su presencia en el mundo y de sus lazos con los demás.

PSICIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para Apollon, Cantin, Duval y Gobeil (1990), de sus intervenciones e investigaciones en cuanto al tratamiento de la psicosis, han establecido cuatro tiempos lógicos que ordenan la re-organización del trabajo de la psicosis, siendo:

1.- La producción de un limite que supla la falta del Significante respecto de ese goce (pulsión de muerte) que trabaja el espacio subjetivo. Es el tiempo de (re) construcción de una historia subjetiva en tanto asiento de la palabra.

2.- La reconstrucción de la imagen corporal, tiempo del síntoma donde el sujeto habita su cuerpo como escrito del Otro y como eje de articulación de su relación con los otros y de su gestión del espacio y del tiempo.

3.- El tiempo del objeto interno, nudo de goce loco, alrededor del cual se constituyen las cuestiones del deseo del sujeto que lucha con el goce del Otro. Es el tiempo extremadamente frágil del descubrimiento de las cuestiones vertiginosas del deseo, frente a la inconsistencia de los proyectos sociales y de las imposturas del consenso social.

4.- La exploración de los fundamentos estéticos de una ética del lazo social. En ese tiempo donde ha tomado posesión suficiente de sus medios de saber, de su cuerpo deseante, de la gestión de su espacio en el tiempo socio-económico y político, el psicótico se vuelve a encontrar frente al vacío de una sociedad que niega la dimensión trágica de lo humano.

Estos cuatro puntos, ayudan a establecer un margen en el cual el tratamiento del sujeto de la psicosis o mejor dicho el sujeto en la psicosis, podría establecer o re-establecer su lugar de sujeto dueño no solo de su palabra, sino de propio cuerpo, cambiando la postura de alienado, por la de conformado en relación con otros. Estos cuatro ejes, mas que dar una solución o una receta en cuanto al tratamiento de la psicosis, establece el hacer explicita la posibilidad del sujeto de existir como tal, y no en función de un orden marginal, que mas que ayudar en su reincorporación en el mundo social, lo reduce a una posición de objeto aislable.

Esta forma de tratamiento que promueve el re-adaptar la posición del sujeto psicótico, ofrece no solo una ruptura en cuanto a la marginación que implica la institución psiquiátrica en su forma tradicional, sin embargo, no solo no garantiza una recuperabilidad del sujeto, ya que es en función de sí mismo, que se puede llegar a un re-posicionamiento en cuanto a la relación y en función de lo social, como tampoco implica un tratamiento económico psíquicamente, ya que la forma de re-posicionarse se vuelve la lucha a vencer en sí mismo. El psicótico, lucha con algo que concierne a la comunidad, a la civilización misma, o al universo del lenguaje como tal. Mas que la pérdida que impone el lenguaje, es el defecto mismo del lenguaje para representar lo real, y por ende para fundar el orden del sentido, lo que aparece como un mal absoluto para el psicótico. A este defecto de fundamento y de completud del lenguaje, el neurótico responde con la elección del Padre, o sea, de una autoridad que garantiza la Ley. Es la elección que le hace posible su inserción en una civilización cristiana donde el padre es la figura

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN

principal en la puesta en escena del principio de autoridad. Tal elección es inconcebible para el psicotizado, el Padre es increíble y no garantiza nada.

Para Lucie Cantin (1990) la psicosis es la enfermedad del padre, ya que es en función de la imagen paterna y en específico de la metáfora del Nombre del padre, que se llega a establecer el sujeto como tal.

El ser humano es un ser de lenguaje, un ser hablante; y es precisamente esa inscripción en el universo simbólico lo que hace de él un sujeto. El niño, mucho antes de su nacimiento, existe en el discurso de sus padres. Este discurso que lo preexiste y lo constituye como sujeto se desarrolla alrededor de algunas palabras significantes, ellas mismas tomadas en lo que ha marcado la existencia de los padres, tejiendo una verdadera red de significantes que marcan la carne y la vida del sujeto en el momento de su entrada al mundo. Es este discurso del Otro que captura al sujeto, constituyendo su inconsciente y que, aunque ajeno al yo (moi), no deja de determinar el hilo de su existencia y de su destino.

En este apartado me he referido al trato de la psicosis por parte del psicoanálisis y no a la teoría de la psicosis, ya que esta será abordada en el capítulo siguiente en función de la relación de la metáfora Nombre del padre, relacionándola con los estudios de caso que se presentan en esta investigación, además de la relación con los diferentes clasificaciones del CIE-10 con las cuales se han diagnosticado dentro de la institución psiquiátrica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2  
**CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO Y SUBJETIVIDAD**

*NADIE ES AUTOR Y PRODUCTOR  
DE LA HISTORIA DE SU VIDA.*  
HANNAH ARENDT

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La multi-referencialidad de ámbitos y miradas acerca del estudio de la subjetividad y del sujeto, se ha engrandecido en las últimas décadas, debido a que la generalización positivista que moldeó la ciencia en el siglo pasado ha perdido fuerza debido a que obligó a los diferentes saberes a destacar con criterios de cientificidad la objetividad en todas las áreas en las que se insertaba e investigaba, además de que con la generalización atiborrante se tiende a borrar al sujeto: histórico, deseante, productor, constructo, constructor, actor social, histórico e historizante (De Gaulejac, 1998).

Las cuestiones que tienen que ver con el hombre y la subjetividad han sido tajantemente dejados de lado por el cuidado puesto en la objetividad que animaba a la sociología hasta hace muy poco, como si su credibilidad dependiera de su capacidad de modelarse en función de los modelos de las ciencias exactas (De Gaulejac, 1998, pag. 20).

El revertir la mirada hacia el sujeto, enmarcándolo dentro de lo social, contextualizándolo en las diferentes formas en que se suscribe e implica, nos hace pensar en que la posible forma de generalización del estudio de la subjetividad, es en sí su particularidad misma. Para Marcel Mauss los fenómenos sociales no pueden ser aprehendidos totalmente si no se integra la manera en que los individuos los viven, se los representan, los integran y los tratan<sup>9</sup>.

Ya sea desde la etnografía, la sociología, la antropología o la psicología (social), y psicoanálisis se ha tratado de comprender, analizar e intervenir en diferentes espacios en los que los individuos se desarrollan, desenvuelven y construyen o re-construyen las características socio-ambientales en las que están inmersos (Enriquez, 1998).

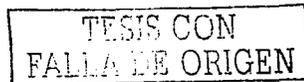
El individuo es a la vez producto y productor en su relación con lo social: su subjetividad es un elemento indisoluble de eso que se tiene la costumbre de llamar "la realidad" (De Gaulejac, 1998), el medio en el que se desarrolla, relaciones familiares, escolares, laborales, así como las características socio-culturales, económicas, políticas, etc .

## 2.1 Construcción del sujeto en psicoanálisis

La teoría del sujeto que el psicoanálisis produce, se enfoca al esclarecimiento de la relación entre el lenguaje, lo simbólico y la constitución subjetiva (Saettele, 1999).

Roxitchner (1989), menciona que Freud es quien va a tratar de mostrar de qué manera la historia está presente articulando y organizando ese "aparato psíquico".

<sup>9</sup> Citado en: De Gaulejac, V (1998) Introducción a algunos elementos de sociología clínica



donde la sociedad se ha interiorizado hasta tal punto en el sujeto, que éste aparezca congruentemente integrado dentro de la re-producción del sistema que lo produjo: que funcione para él y de acuerdo con él.

El psicoanálisis trata de explicar la estructura subjetiva como una integración pulsional e histórica enmarcada en un contexto social. Si cada uno de nosotros ha sido constituido por el sistema de producción histórico, es evidente que el *aparato psíquico* no hace sino reproducir y organizar ese ámbito individual, la propia corporeidad, como adecuado al sistema para poder vivir y ser dentro de él.

Al referirse al aparato psíquico, Freud mencionó que no se trata de un aparato biológico, definido anatómicamente, si bien se supone que se desarrolla en un cuerpo biológico, solo que aquí esa biología sirve de lugar material donde se desarrolla un aparato psíquico, es decir histórico.

No se puede olvidar que el Psicoanálisis desde sus inicios, puso gran importancia en cuanto a las características sociales y a la influencia de estas sobre la construcción psíquica, así como a las diferentes patologías presentadas y contextualizadas, en función de la historia del sujeto, principalmente en cuanto al desarrollo infantil en el medio paterno, implementando el deseo como conformador de las estructuras psíquicas.

El aparato psíquico corresponde a una forma mediadora entre el sujeto y la estructura del sistema histórico-social, que no aparece todavía en su nombre, salvo cuando aparecen la censura y el lenguaje, que surgen si y solo si, mediante ese proceso de sujetación, que representa el Edipo y el campo que abre. El "complejo de Edipo" es donde la teoría psicoanalítica, concretiza la relación intersubjetiva, siendo un proceso estructurante para el sujeto (Jöel Dior, 1985, pág. 89)

La censura determinará lo que sí podrá inscribirse dentro de esa prolongación del aparato, que tiene a la palabra y a la conciencia de que ella resulta, como su forma culminante. Esta censura encarnada por la *ley del padre*, es la que determina y establece la pauta, tanto para la estructuración psíquica, como para la conformación del sujeto en las normas sociales

Freud encuentra que el dualismo está presente en la estructuración del aparato psíquico que la censura separa, nosotros hemos sido organizados en el lugar donde la dominación y el poder exterior, cuya forma extrema es la racionalidad pensante que nos cerca desde dentro y desde afuera, reprime nuestro propio poder, el del cuerpo, que solo sentirá, pensará y obrará siguiendo las líneas que la represión, la censura y la instancia crítica le han impuesto como única posibilidad de ser "normal" (Roxitchner, 1989, pág. 28).

Es mediante el Complejo de Edipo, que se instauran las dos principales leyes de todo proceso cultural. La prohibición del incesto y el parricidio. La prohibición del incesto implica la amenaza de la pérdida de su ser presente en la amenaza de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

castración. El niño al igual que el padre quiere a la mujer, esposa o madre; lo cual es negado mediante la prohibición que hace el padre (Roxitchner, 1989).

La función del padre será entonces, encarnar la ley social, de la cual es parte y a la cual esta sujetado, sin embargo, se tiene que tomar en cuenta al padre no como un objeto real, sino como un significante que aparecerá en lugar de otro significante; se trata menos de un ser encarnado en lo real que de una *función esencialmente simbólica*, ordenadora de una función. El papel del padre será, entonces ser quién aleje de la madre fálica a ese objeto totalizante (falo) que es el niño, implementando así la castración (Dor, 1989).

Jóel Dor (1989) propone cuatro líneas que ayudan a entender la función del padre dentro de proceso edípico:

- 1.- La noción de función paterna instituye y regula la dimensión conflictual del Edipo.
- 2.- El desarrollo de la dialéctica edípica requiere, la instancia simbólica de la función paterna sin exigir por ello la presencia necesaria de un padre real.
- 3.- La carencia de un padre simbólico, es decir, la inconsistencia de su función en el curso de la dialéctica edípica, no es de ningún modo coextensiva a la carencia del padre real en su dimensión realista.
- 4.- La instancia paterna inherente al complejo de Edipo es exclusivamente simbólica, puesto que es metáfora.

Estos cuatro ejes nos permiten entender de forma mas explicita el lugar del padre en la conformación del sujeto, así como de esta instancia en el desarrollo del sujeto, ya sea dentro del discurso histórico que lo cubre, como del objeto real con el que se desarrolla.

### 2.1.1 Edipo y el estadio del espejo

Es necesario al adentrarnos en la teoría del sujeto y del Edipo como proceso de estructuración, hacer mención del estadio del espejo, ya que es en este, que realiza el proceso de identificación con la imagen de sí mismo, el niño conquista la imagen de su propio cuerpo, promoviendo la estructuración del yo, eliminando así la fantasía del *cuerpo fragmentado* (Lacan, 1958).

El estadio del espejo es una experiencia que se organiza con anterioridad a la aparición del esquema corporal, al simbolizar la "preformación del yo", la fase del espejo presupone en su principio constitutivo su destino de alienación en lo imaginario (Dor, 1985).

Para Lacan (1958) el estadio del espejo se presenta en una manifestación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto.

Esta fase de identificación con su imagen, es la que nos ayuda a entender el lugar del niño en la relación con la madre y la identificación que hace este con el objeto del deseo de ella, por lo cual, el niño se hace deseo del deseo de la madre. Es a esta fase, lo que Lacan nombrara como el *primer momento del Edipo*.

En el primer momento del Edipo el niño es el *falo* de la madre, el complemento que la iguala y la distancia del padre; la fantasía del niño, no es solo tener a la madre contra el padre, sino de tener el valor de ser todo para ella, realizándola y complementándola (Roxitcher, 1989). El niño tiende a identificarse con el único y exclusivo objeto de deseo del otro, se identifica con el *Falo* (Dor, 1985 pág. 93) el cual le da la posición de todo para el otro, en el que se convierte en amo.

El falo, será instituido como significante primordial del deseo en la triangulación edípica. El complejo de Edipo se presentara alrededor de la localización respectiva del lugar del falo en el deseo de la madre, del hijo y del padre, en el transcurso de una dialéctica que se pondrá de manifiesto en la modalidad del "ser" y del "tener" (Dor, 1985, pág. 88).

En cuanto al *segundo momento del Edipo*, este se produce e introduce mediante la *castración*<sup>6</sup> via la intrusión paterna. Es aquí donde la mediación del padre en la relación madre-hijo, privará entonces a la madre del objeto fálico y por otro lado fungirá como "castrador", de ese objeto imaginario (el falo) por lo tanto el niño se ve obligado a renunciar a ser el objeto del deseo de la madre (Lacan, 1958 )

Es el padre el que somete a cada uno a la *ley del deseo del otro*, lo cual supone, que el deseo de la madre esta sometido y depende de un objeto fálico que tiene o no tiene el otro (el padre) reconociéndolo como aquel que representa la ley por la cual fue de la misma forma castrado, siendo el padre real el "representante" de la ley y poseedor del falo

En el *tercer momento del edipo*, se pone termino a la rivalidad fálica padre-niño, ya que es investido el padre como atributo fálico de la madre. Este momento es marcado por la simbolización de la ley, dado que el padre tiene el falo deja de ser el que priva a la madre del objeto de su deseo. Tanto la madre como el niño, se inscriben en la dialéctica de tener el falo, en el lugar de la madre puede deseárselo de parte de quien lo posee (el padre) y en el niño esta dialéctica del tener lo lleva al juego de las identificaciones, en donde se ubicará y comenzará su estancia de sujeto ya no del deseo del otro, sino como sujeto deseante.

El varón que renuncia a ser el falo materno toma el camino de la dialéctica del tener al identificarse con el padre quien es poseedor del falo. Por el otro lado, la niña, abandona la posición del objeto de deseo de la madre y encuentra la

<sup>6</sup> La castración es la falta simbólica de un objeto imaginario y se remite a la prohibición del incesto

dialéctica del tener en la modalidad de no tener (Dor, 1985. Pag. 101), sin embargo, al igual que la madre, puede llegar a tenerlo.

Hasta aquí se ha visto, como el padre tiene lugar predominante en la estructuración del sujeto, en función del deseo materno. Entendiendo la figura del padre, no solo del padre real, sino como una figura simbólica, representante de la ley (social), instaurando la ley como forma de normar y estructurar el sujeto, sujetarlo, asirlo a las representaciones sociales en las que esta y estará inmerso.

El drama del enfrentamiento del niño con el padre aparece bajo la forma de un duelo, es decir de un enfrentamiento por dominar la voluntad del adversario, y por lo tanto de una lucha a muerte, esta lucha a muerte esta presente en el núcleo de la subjetividad, y determinará la inclusión dentro de la sociedad y de las relaciones humanas (Roxitchner, 1989).

En este enfrentamiento con el padre, el niño se identifica y se iguala con su represor, dándole muerte en el nivel imaginario, anulándolo como este querría hacerlo con él. Sin embargo, al darle muerte imaginariamente en su subjetividad al padre odiado y amado al mismo tiempo, vuelve a darle vida, animando la vida que le quito con la de su propio cuerpo, el padre reencarna en el cuerpo del niño. Lo que circulaba en el niño como afecto y razón hacia el padre, en tanto se oponía a su deseo, resulta excluido y negado, *reducido a inconsciente*, dando así origen y encarnando la Ley del padre (Lacan, 1958).

El Complejo de Edipo es una operación simbólica que se resuelve con el advenimiento de la metáfora del Nombre del padre, en la cual, el niño sustituye el significante del deseo de la madre por el significante del Nombre del Padre, la falla en esta instauración, puede producir procesos psicóticos, en cambio su realización exitosa puede alienar el deseo del sujeto en la dimensión del lenguaje creando una estructura de división subjetiva, que lo separa irreversiblemente de una parte de sí mismo y produce el advenimiento del inconsciente (Joel Dor, 1985, pág. 109).

Es la Ley del padre la que aparecerá como reguladora de la conciencia, todo cuanto piense tendrá que estar necesariamente regulado por el Otro, pero esta ley no estará presente en la conciencia como objeto del propio pensar.

Esta ley, se convierte en la que guía y controla al sujeto mismo, ya no desde afuera, sea en el padre real, sino que se instaura dentro, convirtiendo los límites y prohibiciones externos en la interiorización del poder de dominación social que llevará al sujeto por los diferentes ámbitos en los que se desarrolla (Roxitchner, 1989) Desde afuera, desde el orden externo inapelable, la ley absoluta va a determinar y organizar la vida de mi propio cuerpo, en la negación del propio deseo aparecerá la Ley del Otro determinando el contorno y los límites de nuestro pensar y nuestro sentir

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Si el padre está en mí como fundamento de mi propio ser, si la forma del otro aparece como el lugar desde el cual yo soy, puesto que yo soy quién soy por haberme identificado con él, es evidente entonces que a partir de aquí todo intento de ampliar los límites de mi propio ser en mi relación con el mundo real, implica de alguna manera, la negación del otro que esta en mí como fundamento de mi identidad, *ser de otro modo implica el riesgo de dejar de ser, y la angustia de muerte el sentimiento renovado da un increíble terror (Roxitchner, 1989).*

Si el niño (ahora sujeto) pensara en ir mas allá de lo que la Ley autoriza, aparecerá la angustia de muerte bajo sus tres formas: 1) angustia ante las propias pulsiones, 2) angustia ante el super yo, y 3) angustia ante la realidad exterior.

El poder esta omnipresente en todas las relaciones que establece con la estructura social, las organizaciones y las leyes represivas que el sistema organizó para que toda satisfacción que persiga lo sea dentro del mantenimiento de sus límites. La ley no esta fuera, limitando desde la relación con el otro, sino que esta dentro, limitando la relación con el Otro.

El Otro es representado fundamentalmente por el lenguaje y la cultura, corresponde a un orden anterior y exterior al sujeto que lo constituye más allá del otro, el semejante, el compañero imaginario que interviene en su alteridad inicial. La Ley del padre intervendrá en la introducción y consolidación de este orden fundante del sujeto (Fernández Rivas, 1999).

Pero que sucede si esta metáfora del Nombre del Padre no cumple con el cometido de insertar al niño en el marco social, si no puede acceder al campo de lo simbólico y hacerse sujeto del mismo.

## 2.2.2 Noción de Forclusión y Procesos Psicóticos.

Dentro del Psicoanálisis, es necesario hacer mención de tres estructuras principales, de las cuales surge tanto la teoría como la clínica, ya sea la neurosis, psicosis o estructura perversa, siendo los mecanismos constitutivos de cada una de ellas la *represión* (Verdrängung) *forclusión* (Vewerfung) y *re-negación* (Verleugnung) (David Guilling, 1987)<sup>7</sup>. Aunque se hará referencia explícita a la psicosis y a la forclusión, esta no generaliza la relación con las diferentes presentaciones de la "locura", ya la estructura, no implica necesariamente, que los casos presentados sean estructuras psicóticas

La psicosis, enfermedad del padre (Lucie Cantin, 1990, pág. 85) en sus múltiples presentaciones, ha tenido un especial interés para el psicoanálisis en función con la relación, tanto a la ley paterna, como a la relación con el padre, ya sea en lo

<sup>7</sup> David Guilling, "Neurosis O Perversion"

imaginario o con el real. El Padre es la "figura" que da un inicio simbólico que el mito produce en el lugar de la ausencia de fundamento o de "verdad" última, es la instauradora de sentido (Apollon, 1990).

En el apartado anterior, se hizo un bosquejo, de cómo la figura del padre, instaurando la ley, es la que da pauta para el devenir del sujeto. Mediante la castración, es que el sujeto se presenta no como deseo del deseo de la madre, sino como sujeto deseante. Para poder explicar el lugar del padre en la presencia de la psicosis, será necesario incluir el concepto de *Forclusión* del Nombre del padre.

Este concepto, es una construcción teórica que intenta explicar el mecanismo psíquico que esta en el origen de toda psicosis, así como de algunos trastornos episódicos como alucinaciones, delirios, pasajes al acto o enfermedades psicosomáticas (Nasio, 1988), los cuales estarán ocasionados por un desorden de la simbolización de la experiencia de castración, ya que es mediante esta, que se instaura el sentido, la ley y las normas, siendo a partir de ella que se conforma la identidad sexual, con relación a la dialéctica de *ser o tener* el falo.

La metáfora paterna tiene la función de estructurar al sujeto psíquico como tal (Dor, 1985, pag 111). Al fallar, la pérdida o ausencia del sujeto se hace evidente en la psicosis. Tanto Freud como Lacan, hicieron mención de este mecanismo, pero es Lacan, quien con ayuda del significante de Nombre del padre, quien va integrarlo y hacerlo crucial en cuanto a la clínica de las psicosis. Siendo el Nombre del padre, entendido como una expresión del deseo de la madre o del deseo del niño, Lacan lo llamará metáfora paterna, metáfora del deseo, el cual no designa algo objetivo, es cualquier expresión significativa que ocupe el lugar del deseo del niño o del deseo de la madre.

El término Forclusión, fue tomado del vocabulario jurídico por Lacan, para traducir el término alemán propuesto por Freud *Verwerfung*, transcrito generalmente al castellano como rechazo. Dentro de la matriz simbólica (triada simbólica), la Forclusión será ejercida exclusivamente sobre el significante del Nombre del padre

El Nombre del padre, no se remite a un padre particular (real) sino que designa la función paterna en la forma que es internalizada y asumida como ley, por el niño. Nasio (1988) menciona que si se quiere ubicar el significante del Nombre del Padre, se debe indagar en como la madre se sitúa como deseante, respecto a la ley simbólica de la prohibición, y la forma en que el niño como sujeto deseante integra la prohibición. Al ser forcluida la metáfora del nombre del Padre, se crea una ruptura en cuanto al acceso al campo de lo simbólico (Dor, 1989).

El Nombre del Padre, no es solamente un lugar simbólico, sino toda expresión simbólica, producida por la madre o por el niño, que represente la instancia tercera, paterna, de la ley de prohibición del incesto. La forma en que el niño como sujeto deseante, integró o no esta ley delimitará el lugar y la forma en que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

se inscribe delimitando(se) en función del deseo materno (Nasio, 1988). Un síntoma, un gesto, una palabra, una decisión e incluso una acción, son ejemplos del significante del Nombre del Padre, ya que son expresiones del deseo en lo singular.

El significante del Nombre del Padre, es la respuesta siempre renovada a un llamado de otro, solo hay significantes del Nombre del Padre en una sucesión "infinita" de respuestas llegadas a la luz de lo simbólico (Nasio, 1988). Por lo tanto, la Forclusión será entonces la suspensión de toda respuesta a la solicitación dirigida por otro, que produzca un mensaje o instituya un límite. La forclusión, será la *no-llegada* del significante del Nombre del Padre en el momento, que debió advenir, justo al llamado de un tercero, respecto a la relación imaginaria entre el sujeto y un semejante amado u odiado apasionadamente.

El fracaso de la instalación de la metáfora paterna como causa de orden y sentido, puede llegar a la instalación de procesos psicóticos, ya que su realización aliena el deseo del sujeto a la dimensión del lenguaje. "El lenguaje, es la condición del inconsciente, el cual es la implicación lógica del lenguaje: no hay inconsciente sin lenguaje" (Lacan, 1958).

El lenguaje, representa la ausencia de algo real por medio de su propia ausencia, es "gracias a la palabra" que es una presencia hecha de ausencia, es la ausencia misma de lo que se nombra (Lacan, 1958).

La mención de la Forclusión del Nombre del Padre como proceso inductor de la psicosis implica acentuar el hecho de la imposibilidad en que se encuentra el niño de poder referirse al padre simbólico (Dor, 1989, pag. 1989) sin embargo, se habla de forclusión, cuando el significante, *es negado en el discurso de la madre*, lo cual implica, que la ley no es instaurada, no existiendo la posibilidad de simbolizar la ley instituyente de la castración simbólica. Es mediante la palabra de la madre, que se da la instauración de la ley, via el significante del Nombre del Padre (Lacan, 1958).

En cuanto al análisis que se hace de la psicosis y de los procesos psicóticos, será necesario entonces, ubicar al individuo, en esa dialéctica, que permitiría el acceso a lo simbólico (deseo-ley), el ubicarlo como sujeto deseante, portador de un palabra, a la cual le ha sido negado su acceso, permitirá entonces, el surgimiento del "sujeto mismo". Como lo diría Mannoni (1970) el sujeto que habla se ha constituido efectivamente como sujeto a partir del Otro, y su palabra es ante todo palabra del Otro.

En la psicosis, esta palabra será la que en vez de construir y constituir al sujeto, lo parásita, por lo tanto, el sujeto se deja poseer por el otro volviéndose parte de lo absoluto (en el delirio o en la alucinación), o es expulsado como abominación de Dios, hijo del demonio, borrado del campo de lo humano, arrojado a la muerte psíquica (Agazzi, 1999, pag. 66)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el estudio de la psicosis y del sujeto dentro de una institución psiquiátrica que se propone, es necesario tener en cuenta estas instancias involucradas en el desarrollo y construcción subjetiva que produce el psicoanálisis y la socio-clínica, ya que la ubicación en cuanto a su desarrollo como sujeto histórico y sujeto del inconsciente, nos ayudará en la relación que se establezca de la palabra sobre sí mismo o de sí mismo, siendo, esta toma de la palabra una forma de intervención a la vez que se hace y toma una posición de sujeto sobre el discurso, ya no como palabra que aliena, sino como forma de asumirse como sujetos deseantes en el transcurso del tratamiento dentro de la institución psiquiátrica y la forma en que se asumen como sujetos enfermos o catalogados con una patología, por un saber social encarnado en la palabra del psiquiatra.

Estas dos vertientes, tanto el sujeto de la palabra, como sujeto a la palabra del psiquiatra, son dos apuestas contrapuestas en la relación que tiene dentro de la institución el ser sujeto, ya sea alienado, aislado e incluso anulado y en contraparte un sujeto deseante dentro de la institución.

## 2.2 Socio-clínica y análisis de la construcción subjetiva

Una de las miradas que se han encargado del estudio de la subjetividad en las últimas décadas, es la sociología clínica, la cual como la psicología, no tienen objeto propio, no son ciencias de la salud, se trata de una aproximación, de una manera de abordar los problemas (Enriquez, 1998). Esta da cuenta del rol del psiquismo humano, ya sea en lo individual o en lo colectivo, refiriéndose al psicoanálisis, el existencialismo y/o al marxismo, como saberes con los que esta en relación de convivencia, inspiración y aún, en relación conflictual, ya que ellas ponen en el centro de sus preocupaciones la manera en que los individuos o los grupos son capaces de salir de sus determinaciones sociales y psíquicas; y como se constituyen como sujetos, es decir, seres capaces de autonomía y originalidad

La socio-clínica se trata de una aproximación, de un método de investigación que permite abordar diferentes espacios (Enriquez, 1999 pág. 8), no tiene un objeto propio y se ayuda de marcos teóricos establecidos que permiten comprender y aprehender al sujeto social (Rheume, 1995, pág. 123) de esta forma y en función de los objetivos y necesidades de esta investigación, se toma la teoría psicoanalítica y la forma de comprensión de la estructuración del sujeto, ya que esta nos permite, enlazar el orden social en el que se inscribe, así como el deseo implicado del cual surge. Guy de Villers Grand-Champs (1999, pág. 109) plantea que el Psicoanálisis, toma en cuenta la especificidad de la patología humana en tanto que su causalidad se interpreta a partir de ese hecho elemental y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

fundamental que es la inscripción del ser humano como "ser hablante en la dimensión transindividual que lo determina", a saber el lenguaje.

La aproximación socio-clínica, se presenta como una ciencia o un arte de investigación y de búsqueda progresiva de sentido o sentidos, los cuales no están dados, están para ser buscados, para ser contruidos en el tiempo, o aún están por aparecer en el transcurso del trabajo de investigación e intervención.

Jacques Rheume (1995, pág.123) se refiere a la aproximación clínica, como un método de investigación, el cual no pretende construir un corpus teórico particular, ayudándose de diferentes teorías que le ayuden a comprender al "sujeto social".

La sociología clínica tiene como objeto desenredar los nudos complejos entre los determinismos sociales y los determinismos psíquicos en las conductas de los individuos y los grupos, así como las representaciones que ellos hacen de sus conductas; se inscribe en el corazón de las tensiones entre objetividad y subjetividad, entre estructura y acción, entre el individuo producto socio-histórico y el individuo creador de historia, entre la reproducción y el cambio, entre las dinámicas inconscientes y las dinámicas sociales (De Gaulejac, 1998).

La sociología clínica se preocupa por los modos de articulación que pueden establecerse entre lo individual, lo grupal y lo societal. Nadie intenta reducir lo social a lo individual o lo inter-individual, nadie piensa lo individual como reflejo o producto puro de lo social erigido en causa única y todopoderosa. El hombre es percibido como fundamentalmente libre y la sociedad como continuamente actuante sobre él; es el análisis de esta contradicción que está en el corazón mismo de los trabajos que se realizan (Enriquez, 1998).

Entre los principios que guían el análisis socio-clínico se encuentran:

- El pluralismo causal.
- La problematización múltiple.
- La autonomía relativa.
- La reciprocidad de las influencias.
- La causalidad dialéctica.

Estos principios, nos ayudan tanto a reconocer la multiplicidad de escenarios en los que se desenvuelve el sujeto, limitándonos a entenderlo, en cuanto a las múltiples referencias que lo construyen y de las que es parte integrante, por lo cual se debe abandonar la idea de construir una meta-teoría de lo social que nos permita entender la totalidad de los hechos sociales (De Gaulejac, 1999, pág. 97), así como tener en cuenta las reglas, normas y prohibiciones que moldean y construyen al sujeto, además de entenderlo, no solo como producto de las relaciones en las que desarrolla, sino como productor activo de lo social en el que esta inscrito

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 2.2.1 Socio-clínica y el estudio del sujeto

El enfoque clínico, se refiere al estudio orientado a encontrarse con la particularidad del "caso individual", en función de objetivos determinados y según un método apropiado, partiendo de un referencial teórico y en vista a producir un conocimiento de este individual (Guy de Villers Grand-Champs, 1993, pág. 106).

El estudio del sujeto, se inscribe como fundamento de la socio-clínica, este se realiza en la intersección de tres ordenes teóricos, remitidos a diferentes campos teóricos y disciplinarios:

*El universo de la ley*, las reglas, las normas, del lenguaje y de lo simbólico, en que el individuo es "sujeto de derecho", confrontado a la ética de respeto de códigos y de valores.

*El universo del inconsciente*, de las pulsiones, de fantasmas y de lo imaginario, en el que el individuo es "sujeto de deseo" y es confrontado al deseo del otro que contribuye a producirlo y/o sujetarlo.

*El universo de la sociedad*, de la cultura, de la economía de las instituciones, de las relaciones sociales, en las que el individuo es "sujeto socio-histórico", confrontado a determinaciones múltiples ligadas al contexto en el cual emerge.

Ya sean el Psicoanálisis, la Sociología o la Psicología, estas nos deben ayudar a entender las múltiples referencias que en marcan a los sujetos, o mejor dicho a él sujeto enunciante; sujeto de la palabra que lo habita y que lo construye, determinándolo en el campo del lenguaje. Por lo tanto, toda toma de la palabra es constitutiva del advenimiento del sujeto en sí mismo (Grand-Champs, 1993, pag. 111).

Es la palabra misma, la que nos hace entender al sujeto, instituido como tal y determinado al campo del lenguaje, ya sea de la sociedad y las instituciones que la determinan y norman, como de su deseo y del deseo que lo estructura (deseo del otro). No podemos pensar el tema del sujeto sin inscribirlo en una doble determinación *psíquica y social*.

Si el individuo es el producto de una historia, condensa por una parte, el conjunto de factores socio-históricos que intervienen en el proceso de socialización, y, el conjunto de factores intrapsíquicos que determinan su personalidad. De esta forma, De Gaulejac (1999) menciona que el objeto de la sociología clínica, es "la articulación entre el análisis de las relaciones estructurales, de las contradicciones que ellas producen, de las prácticas concretas de los actores sociales y las respuestas personales que cada individuo aporta para intentar *construirse él mismo*, para situarse como sujeto de su historia".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2.2.2 Historia e historicidad

Como se ha visto hasta ahora, es imposible separar el estudio del sujeto del estudio de la palabra a la cual está sujeto, y es ésta la que nos muestra como es que se refiere el sujeto a sí mismo y a su historia, marcada por las múltiples relaciones y vínculos que se ha creado.

La historia no puede ser objetiva, nos dice Vincent de Gaulejac (2002, pág. 32) puesto que se basa en interpretaciones a posteriori de hechos cuya totalidad resulta imposible captar, obligando al historiador a completar la trama con su propia subjetividad, a partir de su capacidad de imaginación.

*Cuando uno cuenta algo sobre sí, siempre cuenta cuentos.* es imposible el buscar en el sentido tradicional, una objetividad que nos permita acceder a un saber o a una verdad total. La historia y el relato que hace sobre sí mismo el sujeto, solo se puede entender en relación con la historia misma, y es función de esta que el sujeto se construyó como tal, en cuanto a sus relaciones familiares, deseos, relaciones interpersonales, implicaciones escolares y/o laborales, etc. Por lo tanto, la memoria juega un papel básico, no solo en lo que se refiere al sujeto, sino que es a partir de esta que se fundan las identidades, ya sean individuales o colectivas.

El papel que juega la historia en el estudio de la subjetividad y de la construcción misma de cada sujeto, es básica y esencial, ya que aunque el hombre no puede cambiar la historia, sí puede cambiar la manera en que la historia actúa en él. El hombre no tiene una historia, es historia. Es producto de una historia, de la cual él busca convertirse en el sujeto (De Gaulejac, pág. 38).

La historia es de esta forma un constructo no absoluto ni lineal, la historia que se construye el sujeto sobre sí mismo, no está totalmente contada ni finiquitada, esta puede y es cambiante, no en función de cambiar los hechos pretéritos, sino en la forma de interpretarlos y de asumírselos como parte de la historia en lo individual. El hombre es un "hacedor" de historias, puede inventar historias, imaginarse dentro de un porvenir diferente de lo que ha vivido y actuar con miras a construir ese futuro.

Es a partir de las determinaciones, tanto sociales como de la interpretación de la historia personal, que se puede ubicar en el presente el sujeto, y en función del lugar que se ocupe en la historia, se funda un porvenir. Es así, que el simple hecho de narrar-se, se convierte en un acto de cambio. La memoria es a la vez saber sobre los hechos y los hombres y lección normativa para la acción futura (De Gaulejac, 2002).

El sujeto se afirma mediante su capacidad para construir su propia versión de la historia, y no solo la experiencia vivida, sino la multitud de diferentes historias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mitos, cuentos, sueños y fantasías, deseos, prohibiciones y normas que construyen el todo de la historia sobre sí mismo. La "historicidad" es un proceso dinámico, que nunca puede darse por adquirido y que *consiste en aprender del pasado para ubicarse mejor en el presente y proyectarse en el futuro*, es por medio de la historicidad, que se puede plantear un cambio sobre sí mismo, sobre la forma de incluirse dentro de ese constructo en el cual se es protagonista.

El trabajo sobre la historia de vida y los diferentes relatos que se hacen de ella, así como los diferentes actores, no solo ayuda a contextualizar al sujeto que habla y que por medio de la palabra a la que esta sujeto, se representa dentro del mundo social y simbólico. El entender como se representa y como se ha construido en relación a otros y a las normas establecidas, una re-construcción, tanto de la interpretación de sí mismo, como de la implicación en los diferentes espacios de acción social, implicaría situar al sujeto, como actor principal de la historia que ha creado, y de la cual ha sido parte y esencia.

Para que el trabajo de reconfiguración de la historia de vida produzca efecto, es importante articular los diferentes planos a partir de los cuales se ha construido el sujeto: el reflexivo, psíquico, emocional y el plano socio-histórico. Al individuo para surgir como sujeto, le es preciso volver la vista hacia su historia, podríamos decir que "allí donde está la historia debo advenir -yo-." (De Gaulejac, 2002, pág. 38).

La memoria viva se basa en la memoria genealógica (de los orígenes), la memoria simbólica (reglas, leyes, prohibiciones) y la memoria subjetiva (expresión de la conciencia y la subjetividad).

Estas tres formas de presentación de la memoria, o de ubicación de la misma, son las que ayudan tanto al sujeto de la investigación como al investigador, para poder centrar el lugar desde el cual se habla, así como para lograr una reubicación en cuanto al lugar que ocupa el sujeto dentro de la historia, ya sea como objeto de otros como poseedor de las palabras de los otros, o como creador de un discurso propio.

Anteriormente se había mencionado que la socio-clínica no es una teoría capaz de entender al sujeto totalmente sino una forma de investigación, que se ayuda de otros discursos teóricos que ayuden a comprender y situar al sujeto. Por lo tanto, ubicamos al psicoanálisis como ese otro saber que nos ayudará en cuanto a la representación y construcción del sujeto y en especial del sujeto psíquico.

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

**3**  
**METODOLOGÍA**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el apartado anterior, se hizo referencia al marco teórico psicoanalítico y al socio-clínico, que mas que una teoría es una forma de aproximarse al conocimiento del sujeto en su particularidad, sin aislarlo del contexto social en el cual esta situado y constituido.

El campo socio-clínico nos abre una perspectiva amplia de poder entender al sujeto en su multi-referencialidad, también se puede convertir en un marco ecléctico de diversidades epistémicas, de lo cual surgiría no solo una descontextualidad teórica, sino una forma de dilucidar el diluirse del sujeto mismo.

Dentro del estudio socio-clínico, se pretende dar cuenta mediante metodologías cualitativas de la forma en que se desarrollan los sujetos y como se relacionan y inter-relacionan dentro del contexto social, en esta investigación específicamente, en la relación entre su construcción subjetiva y la forma en que se sitúan dentro del marco institucional psiquiátrico. La forma en que construyen relatos de si mismo alternos a la concepción de "enfermos mentales", portadores de una patología específica que los etiqueta socialmente.

Los sujetos psiquiátricos a los que hacemos referencia, forman parte del grupo determinado como respondiendo a "Necesidades especiales", los cuales tienen como características:

- Surgen y viven con carencias dentro de su comunidad
- Encuentran trastocada su manera natural de insertarse socialmente a su comunidad
- Sufren de aislamiento y marginalidad
- Carecen de redes de soporte social
- Se convierten en una evidencia de fallas sociales
- Suelen ser objeto de diversas formas de violencia

Estas características determinan no solo la forma de abordar los diferentes sujetos, sino el hacer hincapié en que no se puede hacer uso de metodologías cerradas o especificadas previo a la implicación del investigador, sino que es necesaria cierta flexibilidad, que nos permita, el acercamiento y la contextualización de cada uno de los grupos y sujetos que lo componen.

En cuanto a la implicación existente por parte de quién escribe, y la demanda explícita efectuada por parte de las pacientes, se hizo dentro del marco institucional, derivado de la participación en la modalidad de Practicas Profesionales en el programa de Rehabilitación del Paciente Psicótico en Fin de semana del Hospital.

En cuanto a la Rehabilitación Psiquiátrica que se refiere y del cual es parte este programa, se establecen dos aspectos fundamentales, siendo:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 1) Disminuir al máximo la capacidad y el impedimento de los pacientes, y
- 2) Aumentar al máximo la capacidad, habilidad y funcionalidad del paciente., ya sea mediante abordajes psicoterapéuticos o re-educativos.

La Rehabilitación, se define como un término que se aplica a los impedidos mentales y que consiste en el uso racional de procedimientos de validismo, como son las medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, que tienen por objeto adiestrar o re-adiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo a sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional<sup>8</sup>.

Es necesario indicar que la rehabilitación en psiquiatría debe contar con distintos niveles de aprendizaje, ya que no todos los pacientes tendrán las mismas capacidades y posibilidades de reincursión laboral, social, familiar o recreacional, la rehabilitación entonces, implica estimular cambios en el paciente, así como lograr que estos cambios no se extingan dentro del medio social, con el fin de ayudar a alcanzar una mayor funcionalidad.

Este programa surge ante la necesidad de disponer de un recurso que permita mejorar la atención al enfermo mental, tiene como objetivo principal, brindar a los usuarios, un sistema de atención los fines de semana que contribuya por medio de actividades estructuradas a su rehabilitación.

Como objetivos específicos se implican:

- Proporcionar al paciente hospitalizado, actividades rehabilitatorias de tal manera que pueda continuar el proceso de rehabilitación que quedaba interrumpido parcialmente entre semana.
- Estimular capacidades cognitivas y percepto-motoras, mediante actividades educativas, deportivas y de esparcimiento.
- *Favorecer un espacio donde se logre un acercamiento que posibilite que el paciente hable, escuche y reflexione.*
- Contribuir a la adherencia terapéutica del paciente.
- Favorecer la socialización y capacidad creativa de los pacientes por medio de actividades que lo propicien
- Canalizar la ansiedad y agresividad de algunos pacientes en trabajo productivo.
- Propiciar que el proceso de hospitalización en los pacientes sea percibido vivencialmente de una forma positiva.
- Motivar el hábito por el ejercicio físico y el deporte en nuestros pacientes enfatizándoles todos los beneficios que estos conllevan.

Estos objetivos se dirigen especialmente en la rehabilitación de las capacidades cognitivas, motoras y de relación social, que el enfermo ha perdido o se han

<sup>8</sup> SSA. Coordinación de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Servicio de Rehabilitación, Programa de rehabilitación del paciente Hospitalizado en fin de semana, 2003

deteriorado en su estancia dentro del hospital y previo al diagnóstico de su enfermedad, por lo tanto, el lugar del pasante de Psicología dentro de este programa, será el realizar las actividades anteriormente descritas, en función de la re-adaptación del paciente al medio social del cual es parte, así como el que alcance una mayor funcionalidad en cuanto a su productividad.

En lo referente a la implicación específica de quién escribe, hago crucial énfasis en el objetivo referente a la escucha del paciente, siendo en función de los datos recogidos dentro de esta actividad y con conocimiento de las pacientes que se presentan, que se plantea el análisis de la construcción y determinación subjetiva.

Con respecto a la escucha del paciente dentro de este programa, mas que una actividad planteada institucionalmente, es una necesidad explícita de los pacientes hospitalizados, la demanda, no solo de escucha, sino de apoyo, comprensión y ayuda, es tan contrastante, como la implicada en la sumisión, o de la demanda de atención y compañía de los profesionales implicados.

El hacer una generalización en cuanto a la demanda de escucha puede llegar a ser vana, en cuanto a especificidad de cada caso, sin embargo, en los cuatro casos presentados, si se hizo una demanda específica de escucha por parte de las pacientes, lo cual se observa, no solamente en la forma que se hace uso de la palabra, sino en como se sitúan como sujetos de la palabra, apoderándose de ella, para referirse a su historia. En las cuatro escuchas clínicas que se presentan, las pacientes no permiten respuesta o dialogo alguno con quién escucha, siendo la participación de quién escribe, de escucha, acompañante y co-constructor del relato de cada una de ellas.

En cuanto a los historiales clínicos, se hace mención de la hospitalización en curso en cada una de ellas, ya sean datos generales, diagnóstico psiquiátrico, motivo de hospitalización, y referencia explícita de las palabras de la paciente durante la consulta previa a su hospitalización. Estos datos se incluyen en los anexos, así como las escuchas con cada una de las pacientes.

El enfoque cualitativo para atención a grupos con necesidades especiales reúne ciertas características comunes derivadas de la psicología francesa y la sociología clínica.

Este enfoque incluye los siguientes elementos teórico metodológicos en donde se vinculan la intervención y la investigación.

- Comprensión de la persona en su totalidad en situaciones de interacción ligada a la investigación o a la intervención
- Control de los elementos metodológicos, no en el sentido experimental, sino en el trabajo de la subjetividad, la elucidación de lo implícito y en el análisis de los efectos de los dispositivos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Análisis de la implicación. Esta se refiere al análisis de los elementos emocionales y afectivos que acompañan los procesos de investigación y de intervención.
- Aceptación de una cierta impotencia en el control de la situación sustituida por la caracterización de la situación en un proceso de integración sintética de los datos, más que un proceso de reducción analítica.
- Caracterización de las relaciones entre los diferentes niveles de acción social: el personal, el organizacional y el macro-social.
- Análisis de la demanda. A partir de la demanda es necesario explicitar un contrato verbal o escrito. La demanda se analiza de manera diferente si se trata de un trabajo de investigación, de tesis, de regulación institucional. Del análisis de la demanda depende el resto de la intervención. El trabajo en la aproximación clínica se hace en el espacio abierto por el análisis de la demanda

Para el socio-clínico el aplicar el método clínico en su trabajo implica intentar: aprehender las situaciones a la vez en su singularidad y su complejidad, aceptar la no reproductibilidad de cada experiencia, aclarar las diferencias de posición entre él y las personas que son sujetos de la investigación, trabajando la naturaleza de su implicación y de la naturaleza de la transferencia y de la contra transferencia. (Enríquez 1994).

*El enfoque clínico social nos permite pensar las articulaciones entre lo social y lo psíquico individual, inscribiendo la singularidad de una historia que le trasciende, nos posibilita pensar lo simbólico en lo psíquico, y en la historia social buscar sus modos de relación y sus mediaciones (Gaulejac, 1998).*

En cuanto al estudio de la construcción subjetiva de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica, se implementan como herramientas metodológicas específicas, los estudios de caso, escuchas clínicas o historiales clínicos, ya que permiten tanto el acercamiento y contextualización histórica del sujeto mediante su relato, así como la forma en que es diagnosticado y tratado en el ámbito psiquiátrico.

Desde el punto de vista metodológico una herramienta fundamental es la escucha en sus múltiples vertientes, la lectura, los testimonios, los escritos que permitan la historización de los sujetos participantes en la relación dentro del campo de la investigación. Como ejemplos podemos citar: la novela familiar, la narrativa, la autobiografía, las historias de vida, las entrevistas en sus diversas modalidades y los estudios de caso.

Los estudios de caso pueden considerarse como uno de los métodos básicos de investigación en las ciencias sociales, de los cuales se pretende responder cierto tipo de interrogantes, ya sea de carácter descriptivo o explicativo. Lo que hace al estudio de caso, no es el empleo de información cualitativa sino que es el estudio

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de lo particular, sin embargo el empleo de información cuantitativa no es incompatible con los estudios de caso.

El empleo de estudios de caso, hace referirnos a entidades dotadas de límites espacio-temporales, de una estructura y de una lógica específica de funcionamiento (Gundermann, 2001), por lo tanto, esta herramienta ayudará a comprender no solo la construcción subjetiva, sino que esta será reflejo de la forma en que se construye y re-construye la institución psiquiátrica en cada uno de los individuos que se implican en ella y en específico de los que son recluidos, así como la forma en que son ubicados (u omitidos) dentro del tratamiento psiquiátrico.

El uso tanto de la narrativa del paciente sobre sí mismo y acerca de su estar dentro de la institución, nos ayuda a contextualizarlo mediante el cruzamiento de los historiales clínicos; la forma en que se habla de sí mismo y la manera en que es ubicado por la institución, nos permite una comprensión mayor de la relación entre sujeto y su construcción histórica dentro de la institución psiquiátrica.

De acuerdo con Fernández Rivas (1999) la historia del sujeto esta permeada por lazos afectivos, las sustituciones y pérdidas de los seres queridos o mas significativos para él, nos permite hacer un mapa del proceso singular que atraviesa el individuo para alcanzar un lugar de subjetivación y dominio de su palabra y nos lleva a comprender su novela familiar impregnada siempre por fantasmas que desafían o contradicen su realidad observable. Pero no solamente la pérdida en el ámbito familiar, ya que el estar diagnosticado y recluido en una institución psiquiátrica puede convertirse en la pérdida tanto de sí mismo como de la libertad.

La palabra del sujeto sobre sí mismo constituirá entonces un criterio de verdad (subjetiva) que se establece por la manera en que el narrador representa su propia historia frente al otro y frente a sí mismo. Lo que los sujetos dicen se constituye en el dato fundamental del proceso de investigación. La unidad de análisis son los discursos emitidos por el sujeto hablante (de la Peza, 1999).

La lectura que se propone de los datos emitidos por los sujetos, ayudará entonces en el análisis multireferencial de su status, ya sea como enfermos mentales, locos o psicóticos, tanto dentro de la institución, como en las relaciones que permean su vida diaria fuera del nosocomio.

Esta toma de la palabra y de su referencia subjetiva, podrá entonces tomarse como parte de la intervención, ya que el posarse como agentes emisores de la palabra acerca de su historia, no solo permite el posicionarse como sujetos, sino que advierte una forma de acceder a su historia y cambiar el lugar que se ocupa dentro ella, ya no como poseído por la palabra del otro, sino como constructor y poseedor de la palabra acerca de sí mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Se presenta el estudio de cuatro casos, las cuales han sido diagnosticadas por diferentes clasificaciones psiquiátricas. Se plantea la historia que cada una de ellas construye en función de su estar, dentro de la institución, y su vivencia de enfermas, catalogadas con cierto diagnóstico, siendo: Psicosis paranoide, Trastorno afectivo orgánico o Esquizofrenia paranoide<sup>9</sup>.

Se hace análisis de su expediente y de una escucha clínica en particular, las cuales se hicieron, dentro del horario de visita hospitalaria por parte de los pasantes del programa de rehabilitación.

<sup>9</sup> Para más información acerca de la clasificación de las enfermedades mentales y de su descripción diagnóstica se anexa la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales CIE-10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4  
LA PALABRA EN LA  
CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO

YO SOLO DIGO MENTIRAS,  
LO DIGO PORQUE ES VERDAD.  
JACQUES DERRIDA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### 4.1 El Sujeto en la Institución Psiquiátrica

El Hospital "Fray Bernardino Álvarez se fundó en mayo de 1967, fue llamado así en recuerdo del hombre que se dedicó al cuidado de los enfermos mentales y quien fundó el primer hospital de México y de América Latina (Gomezjara, 1982).

"El enfermo mental ha dejado de ser un paria para transformarse en un individuo digno, con derecho a recibir todos los beneficios que la psiquiatría moderna pueda proporcionarle a través del Estado" (Guillermo Calderón Narváez, 1978)<sup>10</sup>.

Este hospital esta a cargo de la Secretaría de Salubridad y esta dirigido a la atención de enfermos mentales agudos. Cuenta con siete pisos, de los cuales cinco están abiertos para la atención, ya sea para trabajadores del estado (ISSSTE), pacientes geriátricos, o población en general, cada piso cuenta con pabellón para mujeres y para hombres.

Cada una de las áreas esta a cargo de 3 psiquiatras, los cuales atienden a una parte de los pacientes de cada pabellón. El diagnóstico, tratamientos y rehabilitación están a cargo del médico tratante, siendo él quien diagnostica la enfermedad en función de la Clasificación Internacional de Enfermedades mentales (CIE-10), ya que este es el parámetro utilizado en este Hospital.

Dentro de la atención brindada, se encuentran laborando el siguiente equipo profesional: Psiquiatras, enfermeros, psicólogos, odontólogos y trabajadores sociales, así como personal administrativo y de vigilancia. Este hospital, es considerado como una de las instituciones con mejor atención, capacitación y rehabilitación en América Latina, así como el que mayor número de investigación produce en el área de la psiquiatría, principalmente en cuanto a la implementación de nuevos medicamentos en los diversos tratamientos.

Las áreas encargadas de atención-diagnóstica, tratamiento y rehabilitación en el Hospital, son:

- Hospital Parcial
- Psiquiatría comunitaria
- Rehabilitación Integral del paciente psicótico Hospitalizado
- Hospital parcial de fin de semana
- *Rehabilitación de fin de semana*
- Hospitalización continua
- Capacitación y desarrollo para empleados

<sup>10</sup> Guillermo Calderón Narváez, director de salud Mental, cuando abrieron los Hospitales Campesores en México, sustituyendo a la Castañeda - En Gomezjara, F. (1982) Alternativas a la Psiquiatría y a la Psicología Social, México, Edm. Fontamara

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- Psicología en el área de enseñanza
- Consulta externa

Cada una de las áreas cuenta con profesionales especializados, residentes y pasantes que se integran en las actividades diarias.

"Desde un punto de vista integral, al psiquiatra le debe importar el ser humano que tiene enfrente, su historia, sus necesidades, sus aspiraciones, sus determinantes de todo tipo... yo imagino que nos pusieramos en el lugar de aquellos que son nuestros pacientes" (Juan Ramón de la Fuente, 1982)<sup>11</sup>.

En cuanto al área de Rehabilitación, esta cuenta con diferentes talleres en los que se implica a los enfermos que deseen y tengan la capacidad para realizar las diferentes actividades: Pintura, carpintería, bordado, alebrijes y moldeado en plastilina y papel.

Cada uno de los trabajos realizados, pueden ser vendidos por los pacientes y obtener dinero de su trabajo, ya sean pinturas, esculturas, madera o bordados.

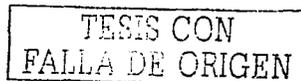
La población es muy amplia en cuanto a su diversidad, hombres y mujeres mayores de 18 años, campesinos, empleados, amas de casa, profesionistas, maestros de escuela, estudiantes, desempleados, personajes de televisión, ancianos y extranjeros.

El hablar de una generalización en cuanto al trato y tratamiento seguido en "los" pacientes es imposible, ya que si los medios institucionales son específicos, la forma de llevarlos a cabo, está en función de los criterios del personal que atiende a cada uno de los pacientes, así como de las características de cada paciente.

La hospitalización, corre a cargo del área de Hospitalización Continua y Urgencias, esta área es la que determina que paciente necesita de internación psiquiátrica o implementa tratamientos principalmente farmacológicos que le permitan exentarse de una internación. Dentro del hospital, los Psiquiatras de cada piso, son los encargados de su tratamiento e intervención institucional, siendo ellos los que determinan en cada paciente la intervención necesaria: farmacológica y/o psicológica.

Poder mencionar las causas de los internamientos sería remitirse a cada uno de los expedientes, haciendo énfasis en el criterio de cada uno de los psiquiatras que hacen la evaluación, de los familiares o de las personas que remiten cada uno de los enfermos; en algunos casos, son los pacientes mismos los que acuden a solicitar su internamiento

<sup>11</sup> Apuntes, Juan Ramon de la Fuente, Director de la SSA y responsable de la psiquiatria oficial. En Gomezjara. Op. Cit



De acuerdo con las diferentes formas de concepción de enfermedad mental, haciendo énfasis en cuanto a la producción o formas de producción que el individuo posee como capacidades tanto de valía personal, como de relacionarse con el medio circundante, es notorio en cuanto a las diferentes formas de internación psiquiátrica que la palabra del paciente queda anulada, ya sea por los remitentes que acuden por ayuda, familiar u otras instituciones gubernamentales; y dentro del nosocomio, por la del especialista psiquiátrico encontrándole lugar, dentro del catálogo de enfermedades mentales.

En cuanto a los cuatro casos presentados, las diferentes categorías en las que han sido sobrepuestas las pacientes, ¿les ayudan en su tratamiento, cura o rehabilitación?. Dentro de los derechos para enfermos mentales que exige la Comisión Nacional de Derechos Humanos<sup>12</sup>, se encuentra el saber que padecimiento se tiene y las formas de tratamiento que conllevan la enfermedad, sin embargo, ¿cuál es el papel que juega el tener "conciencia de enfermedad" en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos emitidos? El posicionarse como enfermo mental y es específico con una categoría, no tiene implicaciones en cuanto a la identificación como tal, ya sea esquizofrénico, esquizofrenico-paranoide, etc., como en los casos presentados.

De acuerdo con la CIE-10, *la esquizofrenia y los trastornos esquizofrénicos (F20-F29)*, se caracterizan por distorsiones fundamentales de la percepción, del pensamiento y de las emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Este trastorno, compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal, la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado, sintiéndose el centro de todo lo que sucede, presentando alucinaciones frecuentes, especialmente las auditivas, que pueden comentar, los actos o los pensamientos del propio paciente. La perplejidad es frecuente, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. El pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal, es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad, son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor.

En cuanto a la esquizofrenia paranoide(F20.0), se menciona que es el tipo de esquizofrenia mas frecuente, en la cual predominan las ideas delirantes, que suelen acompañarse de alucinaciones principalmente auditivas. Entre las ideas

<sup>12</sup> En los Anexos se presentan los Derechos de los Enfermos Mentales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

delirantes y alucinatorias, se presentan principalmente las de persecución, de referencia, de celos, de misión o transformación personal. En las pautas para el diagnóstico<sup>13</sup>, deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y se presentan relativamente poco llamativos los trastornos de afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Las ideas delirantes pueden ser de cualquier tipo, pero las más frecuentes son las de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución.

Con respecto a los Trastornos psicóticos agudos(F23) menciona que aún no se dispone de información clínica sistemática para facilitar la descripción de pautas definitivas para su clasificación. Los datos existentes son limitados y la tradición clínica no proporciona conceptos claramente definidos y delimitados. El método utilizado para evitar confusiones diagnósticas se basa en construir una secuencia diagnóstica la cual refleja el orden de prioridad asignado a características claves del trastorno. Siendo el orden de prioridad:

- Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica que define al grupo general.
- Presencia de síndromes típicos.
- Presencia de estrés agudo.

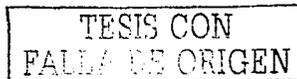
En cuanto a los síndromes típicos seleccionados, son: el estado rápidamente cambiante y variable (polimorfo), y la presencia de síntomas esquizofrénicos agudos.

Estas diferentes categorías, son las que han marcado a las pacientes que se presentan, dos de ellas remitidas por familiares (1 y 2), otra con internamiento voluntario (3) y la última remitida por agentes de seguridad pública (4), como se vera en cada uno de ellos.

El lugar de la palabra de cada paciente, al menos dentro del historial clínico es mínimo, citando solamente las frases que puedan ser utilizadas para justificar ya sea la hospitalización, como las diferentes formas de intervención, sean psiquiátrico-farmacológica y/o psicológica.

Una de las propuestas que siguen el análisis de estos casos es el discurso mismo de cada una de ellas, si se pone cierto énfasis en cuanto al diagnóstico psiquiátrico, es solo para delimitar los parámetros establecidos para corroborar e implementar, tanto la clasificación como la intervención hospitalaria, en la cual el sujeto pasa a ser borrado como tal, refiriéndolo como portador de una etiqueta y alienado por la palabra de los diferentes profesionales que atienden. Por lo tanto, el discurso de cada una de ellas, ayuda no solo a referirlas como "enfermas" con determinada sintomatología, o como problema para el medio en el que se desenvuelven y quienes remiten y demandan la hospitalización, ya sean familiares, u organismos gubernamentales.

<sup>13</sup> Ver anexos



¿En que forma el relato de un paciente psiquiátrico puede tomarse en cuenta? Si desde la visión institucional, los individuos que no pueden valerse por sí mismos y atentan ya sea contra el orden social o contra sí mismos, son los principales candidatos a una internación. ¿El discurso emitido por cada uno de ellos no refiere a un malestar personal del medio social en el que se desenvuelven, así como a la construcción histórica que los constituye?

Para el análisis de los casos presentados se utilizan *las siguientes categorías*, las cuales refieren el lugar del paciente, tanto dentro del marco social, como la relación entre su malestar y las leyes o reglas bajo las cuales se rigen subjetivamente.

1)	Mandato social. Ley del Padre
	Religioso
	Orden de género
2)	Palabra del otro
	Familiar, paterno y materno
	Profesional-institucional
3)	Relación con familia
	Relaciones parentales
4)	Relación con el personal institucional.
5)	Relaciones amorosas-sexuales.
6)	Abuso y violencia.
	Paterno
	Entre iguales
	Personal hospitalario
7)	Construcción subjetiva de enfermedad.
	Origen y culpa
8)	Relaciones interpersonales

Estas ocho categorías y sus derivadas, se establecen en función del análisis de los cuatro casos, ya que la lectura y la comparación entre ellas, pueden ayudar en la comprensión tanto de la enfermedad (malestar), la vida diaria de las pacientes, y la internación hospitalaria. Así como el lugar de la palabra dentro del tratamiento a seguir en cada caso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 4.2 Análisis de casos

4.2.1 **Maria-E**  
**56 años**  
**Ama de casa**  
**Soltera**

**Diagnóstico psiquiátrico:** Esquizofrenia-Paranoide c/ Alucinaciones Místico-religiosas.

**Motivo de Ingreso:** *Agresión a uno de sus cuñados, lo acusa de tener el demonio y lo golpeo con una tabla. 3er reingreso con el mismo diagnóstico.*

**Psic. Pac.** *"dios me ha dicho que yo soy la elegida para llevar a mis hermanos por el camino del bien, que los lleve a la iglesia que se casen por las leyes de dios, él me ha dicho que los demonios están sueltos y que vienen a apoderarse del mundo"*

En el caso de Maria-E se puede leer el lugar de la palabra del otro en función de su malestar construido a través del mandato religioso, siendo ella la encargada de llevar por el camino del bien, el de Dios a su familia.

¿Cuales son las palabras que guían y que rigen la norma? Se presentan tres diferentes ordenes: uno *el de su padre*, que la ama, protege y abusa. El segundo, *el materno familiar* que la establece y posiciona como loca al no creer que su padre abusa de ella y de sus hermanas, siendo ella quien hace enojar a la madre al hacer explícito el abuso sexual por parte del padre, y por último *la palabra de Dios*, implantada por la madre como herencia religiosa católica, es ella quien le enseña y le manda el lugar de dios como guía de vida, estableciendo un mandato y una negación de sí mismo. Dios, ser supremo que escucha, ve todo, pero no habla, solo a los que saben como hacerlo.

1 La palabra del padre. El padre real al cual se refiere esta paciente, es ambivalente, en el sentido, de que establece el orden y el mandato como ley protectora *"mi papá me enseñó a defenderme y nunca me han hecho nada, además, si estuviera mi papá él si las regañaría y no me tendrían encerrada"* pero por otro es él quien transgrede esa ley impuesta por sí mismo, el abuso sexual que ejerce, no sólo contra ella, sino en contra de sus hermanas, es determinante, al ser el objeto transgresor, pero al mismo tiempo ser el objeto de deseo por parte de ella

*cuando era chica mi papá me llamaba a su cuarto y apagaba las luces y me decía que me quitara la ropa o el me la quitaba y pus... hacíamos el sexo, me agarraba de aquí (señalándose los muslos) y me apretaba, algunas veces me dejaba morado, pero luego se me quitaba*

*siempre que estaba en la casa me llamaba a su cuarto y me pedía que le hiciera cosas y que me lo besara, eso le gustaba más besarme, decía que yo era su verdadero amor y si es cierto, él para mí siempre fue mi único y verdadero padre y yo también lo amaba*

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

*"...él también le hacía cosas a mis hermanas, siempre abuso de ellas, mi mamá nunca se dio cuenta, pero yo sí. Todas sabíamos que él abusaba de mis hermanas, eso de los problemas sexuales siempre se han dado en la familia, bueno sabemos de mis hermanas, pero de mis hermanos, pues eso sí no sabemos, nunca nos dimos cuenta. Yo creo que a ellos también los tocaba, no como a nosotras verdad, pero yo creo que sí"*

El padre esta ausente dentro de la dinámica familiar, siendo su presencia sólo en función del ejercicio de la violencia, ya sea hacia su relación marital, como sexual hacia sus hijas. Sin embargo, la paciente lo refiere como abuso, solo al ejercido hacia sus hermanas, ya que al hacerlo con ella, es representado como una relación amorosa. Con respecto al abuso hacia sus hermanas, es por culpa de ella, ya que al ser rechazada, se convierte en la causante de este se ejerza hacia ellas en estado de alcoholismo.

*" Cuando estaba muy borracho me ponía muy triste, porque no dejaba que lo besara, decía que estaba sucia y que si no me bañaba me iba a pegar, por eso abusaba de mis hermanas, porque yo estaba sucia, cuando me di cuenta, mejor me bañaba y me lavaba bien todo mi cuerpo, para que no abusara de mis hermanas. Ellas lloraban mucho, pero como también lo querían, no tanto como yo, pero por eso no le decían a mi mamá por que sabían que ella si les iba a pegar y que mi papá se iba a poner muy triste. ¿porque a quién le va a gustar que le peguen a sus hijas verdad?"*

*" Me acuerdo que cuando estaba en la casa siempre quería estar conmigo por eso mis hermanos no lo querían, siempre fui su consentida. imagínese, que el a sido el único con en que realmente me quería casar"*

Por una parte es quien hace sufrir a sus hermanas, pero no puede ser delatado, ya que es amado, además de que la madre no cree que suceda el abuso hasta verlo, en ese momento, la hija loca que inventa cosas, es quien tenía razón, sin embargo, no fue determinada como quién hizo ver el hecho, sino quién fue culpable por haberlo hecho evidente.

2) La palabra de la madre. La madre es representada, como la catalogadora de la hija como loca, es ella la que afirma el lugar de la hija dentro de la familia. La que dispone, es benefactora y proveedora de la familia, así como la engañada en cuanto a su relación marital, abusada y maltratada por el padre. Sin embargo, también es la que posee al objeto amado, la rival en cuanto al amor del padre, pero la que puede darlo y validar el amor sentido por no amarlo.

La madre posee al padre por ser su esposa y haberse casado bajo la ley de Dios, por un lado, es ella quién valida al padre como autoridad y respeto, pero también quién lo corre al verlo abusar de sus hijas, acusándolo ante la ley. Para la paciente es también la madre la que puede validar su amor hacia el padre, siendo ella la que puede dárselo, por no amarlo como ella, por ser el amor el que determina la pertenencia y la posesión.

*"Desde que soy muy chica me decían que estaba loca, que porque nadie podía hablar con dios y que no tenía porque hacer enojar a mi mamá"*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"siempre se iba con su otra esposa, y eso le daba mucho coraje a mi mamá, porque ya no nos veía. Ella siempre fue la que nos mantuvo, porque mi papá siempre estaba borracho y le pegaba y le decía que era una puta"*

*"Yo lo quería mucho, hasta que le dije a mi mamá lo de mis hermanas, ella no me creía, desde entonces decía que estaba loca, que porque inventaba cosas, y no es cierto, a mi me daba coraje que abusara de mis hermanas, hasta que un día le dije a mi mamá y ella lo vio todo, entonces si me creyó y lo corrió de la casa, hasta sus hermanos lo golpearon y casi lo matan"*

*"Si no hubiera abusado de ellas, le hubiera pedido que se casara conmigo y hasta yo lo pediría con mi mamá, no creo que se hubiera negado, porque ella no lo amaba como yo, además, si lo hubiera amado, nunca se hubiera casado con otro y menos con otro que no me quisiera como mi papá, por eso si me hubiera dejado casar con él, porque yo si lo amaba"*

El lugar de la madre puede entenderse como quién establece el orden dentro del núcleo familiar, la que dispone y provee los medios para sus hijos, por un lado promueve la imagen del padre como de respeto y autoridad, pero es también ella, la que lo denuncia. En cuanto al mandato religioso, es ella la que lo implementa en su hija, siendo la palabra de Dios, la que puede salvarlas una de la otra, ya sea para no estar encerrada, o para ser curada de su locura.

*"...mi mamá me encerraba en el baño y no dejaba ir al mercado, que porque me podían robar, yo me trataba de escapar, pero aunque gritara nunca me dejaba salir, hasta que ya me callaba y mejor le pedía que me llevara a la iglesia, ahí si me llovaba y juntas le pedíamos a dios que no nos desamparara, y que mi mamá ya no me encerrara, doveras que dios es grande porque ya me dejaba salir y podía ir a la Iglesia cuando quisiera aunque no me acompañaran mis hermanos"*

**3) La palabra de Dios.** El discurso religioso referido por la paciente, se puede entender como vía de escape y como salvación divina, pero también, como ese gran ojo que todo lo sabe, que escucha, pero que no habla, que impone un mandato, principalmente en cuanto al ejercicio de la sexualidad, el que ofrece un refugio y salvación de la condena familiar, siendo mediante su palabra que se puede obtener la salvación y solución a su locura.

Es la palabra de este gran Otro omnipresente, que determina, que juzga, la que obliga, principalmente en lo amoroso, donde la sexualidad es invalidada, si no es por amor dentro de las leyes de Dios dentro del matrimonio.

El castigo por romper esta norma es la condena eterna, solo el amor hacia un gran Padre, es lo que ofrece la salvación después de haber transgredido la ley impuesta, el mandato. ¿Pero a cual mandato se refiere? El del padre real amado que protege, exige fidelidad amorosa y abusa, el que aconseja y rechaza, o a la ley de Dios Padre que no permite el tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, pero que puede perdonar cuando es un acto de amor, ese Padre todo poderoso que no quita la vista ni un solo momento, que puede escuchar y hablar, pero solo cuando se sabe como hablarle. O al mandato materno, que rechaza, que juzga y limita, pero al mismo tiempo ofrece protección.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"... dicen que ya no quería comer y que me la pasaba hablando de sexo y que decía que Dios me hablaba, pero verdad que Dios nos escucha a todos, y si nos escucha, pues también nos debe de hablar, pues ni que fuera mudo, pero nunca lo vi, eso si sería estar loca, pero no, como voy a estar loca, si mi mamá fue la que me enseñó a rezar, porque uno debe de saber rezar para que Dios lo escuche, él no escucha a cualquiera, por eso no le habla a cualquiera, si tu le sabes hablar y pedir por la gente que quieres, entonces él no solamente te escucha, sino que te dice lo que debes hacer... yo creo que se enoja conmigo, porque debe ser cierto eso de que decía puras cosas de sexo, porque ya no me ha hablado"*

*"... Pero si amas a alguien, no está mal que tengan sexo, porque el amor es el que te lleva al cielo y no que reces mucho, sino el saber querer a la gente y no nada más pensar en sexo, porque eso si está mal, porque aunque estén casados, si no se aman y tienen sexo, se pueden condenar, no importa que hayan bautizado a sus hijos, porque Dios siempre ve todo y él sabe si tienen sexo por amor o solamente por viciosos ¿verdad que el sexo es un vicio? Y como todo vicio es malo"*

*"... siempre fui su consentida, imagínese, que él ha sido el único con en que realmente me quería casar, se imagina, eso si te hubiera gustado a Diosito, porque a él si le gusta que se casen los que se aman y no nada más que tengan sexo, porque el sexo no es malo, pero siempre que se haga entre quienes se aman de veras"*

*"... me ama, porque desde el cielo me está viendo junto a Dios, por eso se enoja Dios y me quita a mi novio, porque mi papá se sentiría mal si supera que tengo novio, porque una vez me pidió que lo amara para siempre y yo se lo prometí"*

La paciente se ubica entre estos tres mandatos y es el amor, el que determina la forma en que se implica dentro de ellos. El amor por el padre, el amor por Dios Padre que ofrece la salvación al reivindicar el amor sin sexualidad, o a la sexualidad por amor, o al amor hacia la madre-rival.

La paciente crece dentro de un margen sin orden, en el cual, las funciones paternas son transgredidas, el padre abusador se convierte en objeto de deseo, pero es al a vez el padre el que hace el mandato en cuanto a la elección de pareja de la hija, *"no te enamores de un hombre vicioso, porque esos no saben querer"*, no te enamores de alguien como yo, de alguien que se condena ante la ley de Dios por ser un vicioso.

Este *no te enamores* paterno, se convierte en un *no tengas sexo* Paterno-celestial, la relación amor-sexo se puede entender como indisoluble, la sexualidad está condenada por la ley y es sólo permitida en el matrimonio o por amor, ¿se podrá hablar de amor al padre, para no violar este mandato Paterno? En donde no existe salida o salvación, si no es porque el abuso sexual por parte del padre se convierte en relación amorosa, de lo contrario se forcluiría la ley, la del padre, objeto de respeto y protección y la de Dios, no tendrás relaciones sexuales sino no es dentro del matrimonio "y/o" por amor

*¿usted me puede ayudar a encontrar a mi novio? Hace tiempo que ya no lo veo, se fue de la colonia, mi hermano me dijo que lo golpeo, que porque se estaba propasando conmigo, pero eso no es cierto, yo la verdad nada más me subí a un taxi con él, porque él a eso se dedica, es taxista y le va bien, digo no tiene mucho dinero pero tampoco le falta nada. Lo que pasa es que mis hermanos no lo quieren, que porque quería abusar de mí, pero la verdad es que yo quería estar*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*con él ¿verdad que no es malo que un hombre y una mujer tengan sexo? Por que yo me queria casar con él y así pues si esta permitido verdad? . .*

*"...tengo que decirles lo que me decía mi papá, que no se enamoren de un vicioso, porque esos las obligan a tener sexo y si no se casan pues se van a condenar, yo por eso me quiero casar, porque si me aman, no puedo condenar, aunque tenga sexo, no me puedo condenar, porque dios dice que el sexo no es malo dentro del sagrado matrimonio y si es por amor"*

*"Tengo que decirle algo, extraño a mi novio y la verdad por mas que rezo no se quita del pensamiento y no me importa que me condene, yo lo amo y como por amor si esta permitido el sexo no va hacer algo malo"*

La relación establecida por parte de la paciente, sexo-amor permitida por la ley de Dios, capaz de reivindicar cualquier transgresión de la ley, se convierte en la que determina su salvación. El sexo sin amor, se convierte entonces a los ojos del Padre que la están viendo, en el causante de su posible condena, no solamente ahora es malo tener sexo con su padre, sino que es el padre el que la observa y juzga, por no ser fiel a la promesa de sólo amarlo a él, por lo tanto, a los ojos del Padre, es mejor renunciar a la búsqueda del objeto deseado, que transgredir la imposición.

En cuanto a la representación que se hace tanto del motivo de internación como de su enfermedad, es la palabra de la madre la que determina la posición de loca, dentro de la familia, al ser vista como la mentirosa acerca del abuso ejercido por parte de su padre a sus hermanas, quien hace ver el hecho real. La mentira creada sin embargo, es corroborada a los ojos de la madre, el lugar de loca, permaneció vigente recluyéndola al encierro dentro de la casa materna, por lo que la única salida, se presenta en función de asumir el mandato materno de la ley de Dios, siendo él, el que puede hacer que desaparezca su malestar y su posición de loca dentro de la familia. Él es quien manda, juzga, habla y a la vez, salva de la imposición y de la transgresión de "su" ley.

El acudir a pedirle a Dios por si misma y por la salvación de su padre, es la salida a su encierro. Sin embargo, es la palabra de Dios, la que la condena, ya que le habla y le dice que es la salvadora de sus hermanos y su familia. ¿de que forma se puede entender el lugar que da la madre a la palabra de Dios, si esta será anulada por la madre misma? ¿para que hablar con un dios, del cual no se tiene la certeza de que escucha, sino es por medio de su respuesta?

*" dicen que ya no queria comer y que me la pasaba hablando de sexo y que decía que dios me hablaba pero verdad que dios nos escucha a todos y si nos escucha pues tambien nos debe de hablar, pues ni que fuera mudo, pero nunca lo vi eso si seria estar loca, pero no, como voy a estar loca, si mi mamá fue la que me enseñó a rezar, porque uno debe de saber rezar para que dios lo escuche, él no escucha a cualquiera por eso no te habla a cualquiera, si tu te sabes hablar y pedir por la gente que quieres, entonces él no solamente te escucha, sino que te dice lo que debes hacer " yo creo que se enoja conmigo, porque debe ser cierto eso de que decía puras cosas de sexo, porque ya no me ha hablado"*

Ese Dios que escucha, entiende, ofrece cobijo y habla, es también el que juzga y castiga, él determina y obliga. En el caso de esta paciente, es Dios el que la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

condena a la renunciade sus objetos de deseo, ya sean su padre y su nombrado novio, pero el que le habla y le de-manda seguir su palabra, fuera de la cual sería anulada del orden familiar.

**4.2.2 Candelaria**  
**27 años**  
**Médico general**  
**Soltera**

**Diagnóstico:** Trastorno Afectivo Orgánico. Presenta cuadro psicótico, además de presentar alteraciones en el estado de ánimo, al parecer en un inicio con cuadro maniaco.

**Motivo de Internamiento:** Ideas delirantes de daño, megalomanía, ideas místico religiosas, alucinaciones auditivas, hiperactividad, expansividad, insomnio.

**Psic. Pac:** *"siento que la gente habla de mi, que les caigo gorda, que me quieren hacer algo malo"... yo se que soy alguien importante ahorita, yo estoy coordinando la comisión de arbitraje médico a nivel nacional... Dios sabe que soy su hija. él sabe que soy el amor caminando, tengo el don del amor, puedo hacer que las personas que se amaban ya no lo hagan mas. He visto a dios, es hermoso, el me dice que soy preciosa que me ama, que siempre vamos a estar juntos"*.

En el caso de esta paciente, el análisis se puede hacer en función de las relaciones amorosas, conjuntamente a los mandatos sociales, en específico los religiosos. Esta paciente pide su internamiento voluntario, teniendo conocimiento de su padecimiento, en función de la clasificación de enfermedades mentales. Ella es medico y aunque vive en el D.F. es originaria de Chiapas. Su estancia en la ciudad, es debido a un altercado con la familia de su novio, por lo cual sus padres deciden mandarla a vivir con unos tíos al D.F esperando que se olvide el hecho y pueda regresar

Cual es el significado que le otorga a la palabra que refiere de Dios, quién le da el *don del amor* y le permite hacer que las personas que no se quieren lo hagan, es después de rechazar a su novio, que Dios le habla y le dice que es hermosa y que van a estar juntos por siempre. La palabra de Dios Padre es un mandato incuestionable. Dios ve todo como lo hacen los padres en función de los actos de los hijos, los padres saben todo acerca del comportamiento de los hijos, pudiendo castigar en función de las reglas religiosas, principalmente en cuanto a las relaciones premaritales. es el padre el encargado de hacer valer *la palabra de Dios*

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

*"...siempre sentía que mi papá me estaba vigilando, porque él siempre decía que los padres saben lo que hacen los hijos y aunque se les mienta no se les puede engañar. Eso es cierto, porque cuando hablé con dios, él me dijo que hay que respetar a los padres"*

La ley de Dios, es puesta en escena por el padre y la ley que encarna el padre, es reafirmada por Dios. Esta relación doble, es transmitida y entendida por la paciente, como una norma inseparable. Dios y el padre, están relacionados, ambos ven lo que hacen los hijos, dios presente y el padre ausente, pero ambos "saben" que es lo hacen, sin embargo es una generalización, en función de saber que ella también sabrá que es lo que hacen sus hijos, en este momento, ya no solo la ley de dios es llevada a cabo por el padre, sino por *los padres* (padre y madre), en su lugar ambos saben lo que hacen sus hijos.

La transgresión de los hijos, sin embargo, no solo es castigada por el padre, sino que a ojos de Dios, puede causar, tanto dolor como enfermedad en los padres, pudiendo ser *la culpable* de una catástrofe en la salud de los padres

*"hay que respetar a los padres, que a ellos nos debemos lo que somos, por eso yo amo a mis padres y no me gustaría que les pasara algo por mi culpa. imagine que por hacer algo malo le pasara algo a mi papá, si hoy tiene parkinson y ese no se cura. que por mi culpa se complicara o le pasara algo"*

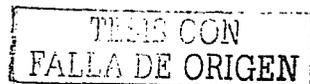
La palabra de Dios manda el respeto hacia los padres, en este caso, dios juzga y también informa, específicamente el estado de salud del padre, pero al transgredir la ley de no a las relaciones premaritales, pudo haber sido castigada de dos formas, tanto por el padre que todo lo sabe, como por Dios-Padre que todo lo ve, el castigo del padre pudo haber sido en función del abuso hacia la hija, el del Padre, dirigido hacia el padre en función de su salud.

*" porque yo sé que esta bien, dios me lo ha dicho, él lo cuida por mí, por eso soy buena, porque él me prometió que lo cuidaría siempre que yo no hiciera tonterías"*

Es gracias a que rechaza a su novio de tener relaciones sexuales, como se hace merecedora a poseer *el don del amor*, no del amor carnal, sino del amor sublime hacia todas las personas

*eso que me pidió mi novio, quería que tuviéramos relaciones antes de casarnos, yo sé que no es malo pero yo no creo en eso yo quiero entregarme solo a un hombre y dentro del matrimonio y no porque me obliguen"*

*gracias a que lo rechazé pude escuchar a dios y él si me ama y yo le correspondo, lo primero que me dijo es que yo soy hermosa y que tengo el don del amor por eso yo amo a todos ¿sabes a que me refiero? no a que me este acostando con todos no sino que es como dios manda amarnos todos"*



No es malo tener relaciones premaritales, pero si puede ser castigada por ello, y sufrir de abuso por parte de los padres en reprimenda. Ese Padre que lo ve todo, específicamente lo que los hijos hacen principalmente en lo que respecta a romper el orden establecido, en cuanto al ejercicio de la sexualidad sólo dentro del matrimonio.

*"... mi padre es bueno, y el nunca me toco, y él tiene razón, lo malo que hacen los hijos, ellos lo saben, tal vez por eso abusaron de ellas, porque se portaron mal, o porque tuvieron relaciones sin casarse y eso fue el castigo que les dieron, para que no lo volvieran a hacer, por eso dios es bueno conmigo y me dio el don del amor, porque yo si me lo gane y no como esas mujeres, que pobres, imagínate, se entregan a un tipo que no las quiere, las castiga dios y su papá abusa de ellas, las corren de su casa o quedan embarazadas y después, las traen aquí, pobres, ellas si que sufren, pero es por su culpa, si no hubieran hecho tonterías, no les hubiera pasado nada ¿no crees?"*

*"Creo que dios es bueno, pero siempre que no transgredas lo que él dice, además no hay porque hacerlo, de todas formas, si lo que quieres es tener relaciones, pues te casas y ya, no crees, eso es lo que deberían haber hecho estas mujeres que fueron abusadas por alguien, eso es su castigo"*

Por no romper la ley de las relaciones premaritales tuvo su recompensa, dios le dio el don del amor, pero en lo que respecta al deber ser genérico, en el cual las mujeres son las encargadas del cuidado del hogar, estando en función de la palabra del hombre, al salir de la casa paterna, no por estar casada, sino para estudiar una profesión ¿no transgredió el orden?

*"Creo que por eso dios me dijo que yo debía ser la que tuviera el don del amor, imagínate, si hubiera tenido relaciones con Carlos, nunca me hubiera dicho nada y no sería lo que soy ahorita, no hubiera estudiado ni nada, sería como mi mamá, que solo dice lo que mi papá piensa que está bien, y tiene razón, porque si no es el hombre el maneja la familia, pues sería un caos, por eso dios es hombre y él así lo quiso"*

La palabra y mandato de Dios, no pueden ser restituidos ni negociados, es una ley absoluta. Esta ley es vigilada por el padre y comandada por dios, ambos ven y saben todo, pero Dios castiga al padre por los actos de los hijos y el padre castiga a los hijos por orden de Dios. No existe posibilidad de salir bien librado al transgredir el orden y por mandato del Padre, hay que acatar resignadamente el castigo del padre, ya que es él, quién asumirá el castigo divino al transgredir la ley del Padre.

*"yo no soy nadie para poder juzgar a mi padre, aunque me hubiera violado como a las compañeras de aquí, si eso es lo que quiere dios, eso es lo que hay que aceptar, porque si las papas hacen eso es porque los hijos lo merecemos"*

*"aunque este enfermo pero todavía sabe que me porto bien y que nunca hare tonterías, además, si dios me hablo y me dijo que yo tengo el don del amor y puedo hacer que las personas que se odiaban ahora se quieran, pues tambien debe saber mi papá que lo tengo y se debe sentir orgulloso de mi. Si estoy en este hospital, es porque dios lo quiso, ese es mi camino y no lo*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*puedo negar y sé que mi padre este como este, estará orgulloso de mí, porque nunca le voy a fallar"*

Ambas palabras, la del padre y la de Dios, se conjuntan y se siguen en ganarse el don del amor, el no romper las normas, tiene sus costos en cuanto a sus relaciones amorosas, pero tiene sus ganancias al ser elegida por Dios y al ser protegido su padre que todo lo sabe de ser castigado por los actos de ella, por parte de Dios. Ella tiene el don del amor, pero no tiene el permiso de ejercerlo, mas que en función de la ley del ejercicio de la sexualidad dentro del matrimonio y lograr que las personas se amen.

#### 4.2.3 Beti

42 años

Dedicada al hogar

Soltera

Diagnóstico : Esquizofrenia-paranoide, drogadicta.

**Motivo de internamiento:** La paciente acude a consulta y pide su internamiento por voluntad propia, este es su 18avo internamiento en esta institución. Dice que tiene muchas ganas de agredir a su mamá, así como no haber tomado sus medicamentos en los últimos dos meses. Ha tenido varios intentos de suicidio, no se especifican cuantos.

**Psic. Pac.** *"no puedo dormir doctor, hace varias semanas que no tomo los medicamentos y aquí siempre me han dicho que no deje de tomarlos. Mi mamá no me entiende, dice que me va a encerrar de por vida... yo tengo ganas de pegarle, pero ya es una persona grande, ni modo que le pegue..."*

En el análisis de esta paciente, se incrementa una categoría, ya que es consumidora de drogas ilegales, cocaína, marihuana y meta-anfetaminas.

En el expediente se menciona su diagnóstico como esquizofrénica paranoide y drogadicta, prefiero hacer mención de que es consumidora de drogas ilegales, debido a que ante este diagnóstico es necesario llevar un tratamiento farmacológico de por vida, ya que no existe una rehabilitación o cura total, para esta *enfermedad*

El expediente de esta paciente es bastante grande, ya que la escucha clínica presentada se hace durante su 18avo internamiento. Como en el caso anterior, esta paciente acude por voluntad propia a consulta externa, donde se determina su internación, el motivo es por que tiene muchas ganas de agredir a su madre, por lo tanto, prefiere estar encerrada y alejada de ella.

Esta paciente es hija única de madre soltera, quien fue abandonada por el padre antes de su nacimiento, ella conoce a su padre, solo en función de la palabra de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la madre, quién hace referencia a él como un hombre pudiente económicamente, con educación universitaria, fuerte, grande y con poder.

La construcción que menciona la paciente en referencia a su enfermedad, la hace en función del discurso de su madre y de la historia de abandono por parte de su padre, ya que es ella la que no le permite tener amigos o vida social alguna, teniéndola confinada al trabajo doméstico de su casa. Cuando tenía trece años, fue hospitalizada por primera vez, por agredir a una maestra en su escuela, acusándola de coquetear con un maestro al que veía como su padre.

*"La primera vez que me trajeron fue porque de la escuela en la que iba, había un maestro que yo pensaba que era mi papá, porque estaba muy alto y era muy guapo y todas las demás maestras querían casarse con él, entonces yo no dejaba que se acercaran a ella, por eso me corrieron, porque una vez le pegue a una que estaba de loca, y yo no quería que nadie se acercara a mi papá, pero él se enoja, porque dijo ella era su novia y que yo no tenía derecho a acercarme a él, y si es cierto, porque si me dejo con mi mamá fue por algo, porque no me parecía a él, por eso no tenía porque acercarme aunque fuera en la escuela"*

¿Cuál es lugar que ocupa el padre ausente construido por la madre en el malestar de esta paciente? El padre abandonó a la madre al saberla embarazada, por lo que nació la paciente de un embarazo no deseado. En el relato, se hace evidente el hecho de que la madre había querido abortarla, culpándola del abandono por parte del padre. Sin embargo, construye a un padre todopoderoso, hombre de negocios, rico, alto y guero, estas dos características, estarán presentes durante todo el discurso de la paciente, contrastando con ella que es una mujer baja de estatura, de complexión gruesa, de tez morena. Mencionando que es igual a su madre.

*"... ya sé que me pasa, fíjese que no he podido dormir, me acuesto, pero la verdad no puedo dormir, el médico me dice que es por los medicamentos, pero yo me siento muy mal, extraño mucho a mi mamá, ella es la que me cuida cuando estoy en la casa, soy su única hija, pero siempre reniega de mí dice que mejor hubiera sido que me abortara, porque por mi culpa la dejó mi papá, ella lo quería mucho pero cuando le dijo que estaba embarazada, dice que le pidió que se casaran pero se fue y ya nunca regreso"*

*"... yo hubiera querido conocer a mi papá me lo imagino como uno de esos hombres de negocios que son muy ricos y que tienen muchas cadenas en el cuello y con muchos carros. Si supiera que yo existo, yo creo que tendría rodeada de médicos que me cuidaran todo el tiempo, se me hace que mi mamá está celosa de mí porque él me quiere más que a ella, por eso se invento eso de que la abandono antes de que yo naciera"*

*"... Mi mamá dice que era muy guapo y que tenía mucho dinero, además de que era muy alto, yo como me parezco a mi mamá así, chaparria y gorda, por eso no me ha de querer ver, porque no me parezco a él"*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta fantasía de padre poderoso, es construida por la madre y reconstruida por la paciente, el deseo de conocerlo, el representarlo como sobreprotector, como salvador de los brazos de la madre, que la anula, y que la niega. La hija ocupa el fantasma del padre, sin embargo no es como él, sino es como ella, no hay forma de que la niegue, porque son iguales, menciona. La madre no quiere que le pase a la hija lo que a ella, le dice que no tenga novio, que las mujeres *enloquecen* por los hombres cuando se enamoran (como lo hizo ella), y los hombres son quienes las abandonan. La representación de la madre, es de madre soltera, que sale adelante con su hija, que trabaja por ella, pero no para brindarle un mejor porvenir, sino para reprocharle que por ella perdió a su padre.

*"... ella nunca me ha querido y tiene razón, porque por mi culpa la dejo mi papá, pero yo me hubiera querido parecer a él y no a ella, me imagina así guera y muy alta, no estaría aquí porque a ellas no las encieran, al contrario las quieren ver todos y hasta en la tele salen, por eso no estaría loca sería famosa y aunque me drogara no estaría mal, porque ellas se drogan y nadie los dice nada, al contrario a ellas les regalan las cosas y todos quieren que sean sus esposas y hasta se pelean por ellas, pero no me importa, porque por mi también se han peleado, mi mamá no me cree, pero mis amigos que me invitan fiestas"*

Parte de la fantasía de la paciente, es referida a la posición estereotipada de las mujeres "güeras" como ella lo menciona, no están mal o no pueden estar enfermas, en comparación con su imagen corporal, en el caso del estereotipo, esas mujeres, pueden hacer lo que quieran, son queridas, pueden drogarse y no tener problema alguno, sin embargo, en su caso no puede hacerlo, por ser morena y de baja estatura como la madre, imagen protectora odiada, a la cual quisiera eliminar, sin embargo lo hace mediante su autodestrucción, destruyéndose a sí misma mediante el consumo de drogas, también la aniquila a ella se libera de ella, como lo hace al estar dentro de la institución psiquiátrica, la hospitalización, significa la liberación.

*"Yo no quiero que mis hijos se parezcan a mi mamá, yo quiero que se parezcan a mi papá, porque a los niños gueros no los abandonan los papás"*

Esa representación creada del padre grande, güero, rico y protector, denota no solamente el rechazo a la madre sino así misma, la madre la culpa de haber perdido a su padre por su existencia. Si se hubiera parecido a él, no la habría abandonado, ella se esmera en parecerse a él, crecer mas o drogándose como las mujeres güeras, que no hacen mas que agradar a los hombres, en ellas no esta mal visto, al contrario, es un atributo, porque los güeros ricos, son dadivosos y aparecen en televisión dando caridad, en comparación con los morenos "feos" que le hacen daño a la gente, como su mamá, como ella.

*"... yo creo que mi papa jugaba mucho basquet, por eso estaba tan alto y era muy guapo, por eso no se caso con mi mamá. Porque los guapos prefieren a las gueras y no a las morenas o gordas"*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*como ella. Por eso yo juego mucho basquet, para que mi papá me quiera, y sea alta como él y no chaparrá como mi mamá"*

*"Mi papá si es bueno, porque los güeros son ricos, y no conozco ningún rico que no sea buena gente. ¿Nunca los ha visto en la televisión? siempre ayudan a los niños de la calle y les llevan juguetes y comida, porque ellos sí son buenos, no como los otros feos, que se le pasan haciéndole daño a la gente y la roban para que no puedan ayudar a los pobres. Por eso mi papá me va a llevar a donde yo le pida, porque él si es bueno y no le importa que yo este fea, a mi mamá sí, pero a él no, y lo voy a querer mucho, porque él se merece que lo quiera"*

Yo quiero ser como él, porque las mujeres como él, son queridas y apreciadas, no importando nada, mas que sean güeras, bonitas y apreciadas. Con respecto a las relaciones amorosas, están limitadas por la madre, quien le dice que no se enamore, para que no le pase lo que a ella. No solamente es negado el tener relaciones amorosas, sino relaciones sociales en general, ya que significaría perderla, como perdió a su pareja. Ella no puede irse, no tiene escapatoria, tiene que quedarse junto a la madre abandonada.

*"mi mamá no me deja tener novio, porque dice que las mujeres enloquecen por los hombres cuando se enamoran, y que no quiere que a mi me pase lo que a ella, que la dejo mi papá"*

En el mandato materno, las mujeres enloquecen cuando se enamoran por un hombre y son abandonadas, en la imagen que se ha creado, las mujeres como ella no las pueden querer, si fuera como su padre, no la hubieran abandonado. Sin embargo, en sus relaciones interpersonales, tanto dentro como fuera del hospital, giran alrededor de "un" hombre, que la cuida y protege de su madre, con quien tener hijos, que se parezcan a su padre, para que sean queridos y no abandonados como lo fue ella por parecerse a su madre.

En cuanto al consumo de drogas, este se hace tanto dentro como fuera del hospital, fuera marihuana y cocaína, dentro del hospital los fármacos que integran el proceso de rehabilitación. Esta drogadicción, se puede entender de tres formas, como una vía de escape del mandato materno y su aniquilación mediante su propio cuerpo, así una forma de acercarse a ese padre imaginario. La otra, como parte de su vida social, ya sea dentro o fuera del hospital, la integración social, con iguales, solo se logra mediante drogas de por medio, a excepción de jugar basquetball dentro del hospital. ¿Entendiéndolo de esta forma, de que sirve la palabra del médico que le dice que deje a sus amigos para poderse curar?

¿Qué papel tiene la hospitalización como proceso de socialización de esta paciente? Fuera de la institución, sus actividades se resumen en estar en su casa, hacer que-hacer y estar confinada al cuidado materno. En el caso de los amigos, los busca y se integra en prácticas de drogadicción. Dentro de la institución, tiene amigos, novio, obtiene fármacos como parte de su tratamiento, realiza actividades sociorecreativas y se aleja del poder de su madre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"Además, aquí es donde están mis amigos, siempre que regreso conozco a más, algunos ya los conozco, pero otros son muy encimados, todos quieren que sea su novia, pero solo para que los bese y que me toquen y además quieren que les haga cosas"*

*"...allá afuera, si no veo a mis amigos me aburro, y aquí no, porque aquí no tengo que estar esperando haber cuando me consigo pastillas o cigarros, mis amigos me convidan de sus cigarros y las pastillas pues me las dan las enfermeras"*

*"Además cuando nos sacan a jardín, juego fútbol o basquet, porque yo creo que mi papá jugaba mucho basquet, por eso estaba tan alto y era muy guapo"*

*"yo vengo a jugar basquet, con ustedes los doctores y con los demás compañeros, con los psiquiatras no, porque ellos nunca van a jardín y ni nos pelan, pero no importa, porque ellos piensan que estamos locos y ni nos hacen caso, pero la verdad es que son unos tontos, porque es bien fácil decirles lo que quieren y te dejan salir, ni se dan cuenta, pero ya no les voy a mentir, porque ya no quiero ir a mi casa"*

El deseo materno, es el que establece el lugar que ocupa la paciente, tanto como hija, como objeto causante del abandono, sujeto abandonado por un ser todopoderoso, protector, ser deseado, salvador que no le importe su apariencia física, que se merezca ser querido y que la quiera.

**4.2.4 Patricia**  
**48 años**  
**Empleada**  
**Soltera**

**Diagnóstico:** Esquizofrenia-paranoide, megalomanía, ataques de ansiedad, insomnio e intentos de daño hacia sí misma.

**Motivo de Hospitalización.** Después de dos semanas de insomnio y crisis de ansiedad, por la madrugada salió de su casa y rompió los parabrisas de los autos estacionados en la acera frente a su casa con un tubo. Fue traída por elementos de seguridad pública. Dentro del hospital, fue amarrada y sedada por 2 días "para que no se hiciera daño", escribe el médico que la recibió.

*Patricia, 48 años, ha estado en diferentes instituciones psiquiátricas desde los 17 años de edad, en la cual fue diagnosticada como esquizofrénica-paranoide durante un viaje por Europa. Estuvo hospitalizada en París por dos meses en lo que le permitían viajar de regreso a México. Este es su 22avo internamiento*

Esta paciente ha tenido múltiples reingresos, el diagnóstico emitido, siempre ha sido el mismo, sin embargo, los tratamientos han sido diversos, desde farmacológicos, hasta electroshocs, debido a que no responde a los medicamentos.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

La escucha que se presenta se hace en dos partes, la primera realizada durante su cuarto día de internamiento y la segunda una semana después. Se nota gran diferencia en cuanto a la forma de establecer su discurso, en la primera se presenta muy alterada, incluso agrediendo a otras pacientes. En la segunda, se muestra mas tranquila, notándose los efectos de los fármacos, adormilada, pero con un discurso elocuente y fluido.

En cuanto a la construcción subjetiva de su enfermedad, ella refiere que fue durante un viaje, después de haber acabado la educación preparatoria a Europa, el cual realizo con unas amigas. Durante el viaje, tiene que ser internada debido a un brote psicótico. Relata que conoció a unos hombres con los cuales salieron y mantuvieron relaciones durante varios días. Para esta paciente, las mujeres deben ser unas damas, solamente teniendo relaciones sexuales dentro del matrimonio, por lo que se sintió muy mal por haberse entregado a un hombre que *no la merecía*, por no ser "un caballero".

*"Lo que pasa es que me fui a Europa, a Francia cuando tenía como 17 años, salí de la prepa y me fui con unas amigas, eran unas putas y querían que fuera como ellas. Total que conocimos a unos franceses y nos invitaron a salir. Yo hablo francés. Pero entonces nos invitaron a la casa de uno de ellos, y pues ahí tuvimos relaciones, estuvo muy mal, porque estuvimos mas de 5 días con ellos y nunca nos pidieron que fuéramos sus novias, entonces yo me enoje y me regresé al hotel, pero ya no me dejaron salir, dicen que me puse a gritar y no se que tantas cosas, hasta el hospital fui a dar."*

*"Yo sé que estuvo muy mal lo que hice, porque aunque fueran mis amigas no debí haberles hecho caso, las mujeres decentes no se acuestan con alguien que acaban de conocer, si mi papá hubiera sabido, se vuelve a morir. El siempre me decía que las mujeres decentes deberían llegar puras hasta el matrimonio, así como mi mamá que nunca tuvo relaciones con nadie hasta que se caso, así lo manda dios y tiene razón, porque así los hijos salen bien y después de bautizados pues no hay pecado."*

Dos años antes a este suceso, falleció su padre debido a cáncer de hígado. Ella es hija única de un matrimonio católico con principios muy rígidos. Su madre se encargo de su educación. Termino la carrera de Contaduría en una Universidad Privada.

Una de los principios que rigen la construcción de esta paciente, es que las mujeres deben ser unas *damas*, siendo solamente en el matrimonio, que se permiten las relaciones sexuales (en este caso en comparación con los anteriores, no se hace explícito el amor como sentimiento relacionado a la sexualidad), las mujeres que tienen sexo, se convierten en putas que no tiene valor alguno (para los hombres). Los hombres, deben ser respetuosos, unos caballeros, que no permitan que las damas manejen automóviles, ya que esa actividad solo es permitida para las mujeres que trabajan, sino tendrían el apelativo de "putas".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"...aquí no me siento bien, todos están como locos y todas son unas putas que se besan con todos. Yo no quiero que me besen, además, yo no soy una puta, yo soy una dama que se da a respetar y voy al teatro y al cine, pero solo cuando me invitan y llevan en auto "*

*"las mujeres que trabajan si pueden manejar, las demás no por que son unas putas. Además, yo me voy a matar con esas de allá enfrente, se la pasan hablando de hombres y además no hacen más que bailar e insinuarles las cosas. Además, van allá atrás y se tocan, son unas asquerosas, por eso me voy a matar con ellas a machetazos, ellas no merecen vivir, yo si, porque solo las mujeres que trabajan pueden manejar. Además, yo ya me voy, porque si no, nos vamos a matar todas a machetazos"*

La madre es quién remarca la ley del Padre, en la cual no esta permitido tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, al enterarse la madre del suceso durante su viaje, se enoja y le menciona que ya no será bien querida, que ha perdido su valor en cuanto a su status de virgen, que ya no es como ella, que se caso pura con su padre, afirmando que ella si es una dama que se dio a respetar. Este mandato, se convierte en determinante, en cuanto a sus relaciones interpersonales, construcción subjetiva y status de enferma, la madre le prohíbe tener amigas y más tener novio, al querer transgredir esta norma, es amenazada de regresar al hospital y tener que dejar la escuela.

*" cuando ya regresé a mi casa, mi mamá se enojó mucho conmigo cuando le conté lo del francés. hasta les llamo a mis amigas para que volvieran por la casa. Ella me dijo que ya nadie me querría bien, porque yo ya no era tan pura como ella cuando se casó con mi papá, porque él nunca le pidió nada antes de casarse. era un caballero. Además, el francés no era un caballero porque él ni siquiera me pidió que fuera su novia"*

*"Cuando regresé a la escuela ya a la universidad, mi mamá me dijo que no quería que saliera con nadie y nada de amigas, porque si no me sacaría de la escuela y regresaría al hospital. Ella no lo sabe, porque nunca le conté, pero tuve un novio que se llamaba Gilberto, pero como yo nunca me quise acostar con él, se fue con una puta, por eso lo deje. Pero nunca lo supo mi mamá "*

El mandato a seguir es el de la pureza hasta el matrimonio, ser una dama que se da a respetar, seguir la ley de Dios que establece que solo en el matrimonio se esta permitido el tener relaciones sexuales. El padre muere, pero la madre continúa el mandato del Padre, esa ley que no puede ser corrompida, ya que fuera de ella no se tiene existencia mas que en lo contrario a una dama. De que se queja la paciente al ver bailando o besando a las demás pacientes, se molesta y las acusa de ser unas resbalosas, asquerosas, por hacer lo que *ella hizo* y no le estuvo permitido.

Sin embargo, ella es la sucesora y heredera de la ley paterna, ella lleva su nombre, por lo cual debe llevar también la ley en su vida. No existe otro heredero de los valores paternos, por lo tanto, es ella la que tiene el deber, de mantener ese legado, aún por encima de si misma.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"...yo me llamo como mi papá, bueno, él se llamaba Patricio, por eso me quería mucho, porque yo era como él, él siempre fue muy correcto y todo un caballero, por eso yo soy una dama y no me quiero rebajar a estar con estas putas que solo piensan en sexo, no se dan cuenta de que estos peñados solamente las utilizan, como las van a querer si no son unos caballeros, los caballeros si quieren a las mujeres, pero solo a las que se dan a respetar, porque si no, no los hacen caso, además como se van a fijar en unas corrientes como ellas. Por eso me da coraje, y no es porque este loca, sino que no puedo soportar a esas putas, pero a mí es a quién me amarran, por eso no me quieren dejar salir, que porque soy muy violenta, pero no es cierto, solamente con esas putas que no se dan a respetar"*

En cuanto a los diferentes tratamientos seguidos en las múltiples internaciones, ¿de que sirve que se trate de rehabilitar en función de los ordenes productivos, si no se hace una elaboración de la construcción y constitución subjetiva del malestar de esta paciente? se ataca los síntomas como lo son la violencia en contra de las mujeres, o en contra de los automóviles, así como ansiedad, pero cual es el verdadero significado de romper los parabrisas de los autos o de golpearse con otras mujeres a las que cataloga como putas, las cuales han perdido su valor social y simbólica, de que forma funciona una intervención psiquiátrica, si solo se hace en función bajar los síntomas de violencia y agresión hacia otros por medio de fármacos, si no se ha entendido el significado de cada una agresión

Durante la primera escucha, ella menciona, matarse con alguien a machetazos, lo cual se hizo real al pelearse con la paciente, acusándola de resbalosa. Este suceso ocurrió tres días después durante la visita familiar, por lo cual tuvo que ser amarrada y sedada por dos días.

Es cierto que se ha hablado y hecho muchos estudios acerca de la violencia hospitalaria hacia los pacientes psiquiátricos, acusando a las instituciones de ejercer el poder del estado en su máxima expresión, sin embargo al menos en los casos presentados la violencia se hace evidente solo en este último caso, en los demás se presenta como falta de atención, como no escucha por parte del personal hospitalario, así como la pérdida y anulación y deseo. En el caso número dos, si se expresa un malestar en función de maltrato médico. Sin embargo no es posible hacer una generalización de ejercicio de violencia institucional, sino es en función de las palabras de cada uno de los pacientes, ya que la violencia se presenta como una concepción subjetiva.

¿En que consiste que se haga explícito o no un ejercicio de violencia por parte de la institución, ante alguien que es parte de la institución? Cuando son los médicos tratantes los que determinan el periodo de internación, así como el estar dados de alta, como en el caso número tres, que menciona que es muy fácil salir, solo es necesario hacer mención de lo que "quiere" escuchar el médico, para poder salir de la institución ¿el hacer explícito un ejercicio de violencia por parte del personal institucional ante el mismo personal, no podría ser tomado como justificación de la internación hospitalaria?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*"...yo vengo a jugar basquet, con ustedes los doctores y con los demás compañeros, con los psiquiatras no, porque ellos nunca van a jardín y ni nos pelan, pero no importa, porque ellos piensan que estamos locos y ni nos hacen caso, pero la verdad es que son unos tontos, porque es bien fácil decirles lo que quieren y te dejan salir, ni se dan cuenta, pero ya no les voy a mentir, porque ya no quiero ir a mi casa"*

Dentro del margen de las escuchas presentadas, el ejercicio de la violencia, se presenta en función de su historia, conforme su desarrollo, en el caso número uno, la violencia y el abuso de poder, se hacen presentes por parte del padre de la paciente al abusar sexualmente de ella. El abuso de poder, sin embargo, se presenta por parte de mas miembros de la familia, principalmente por la madre quién cataloga y anula a la paciente, manteniéndola en el status de loca y mentirosa. En cuanto a su experiencia dentro de la institución, ella refiere que no se le escucha, pero a la vez, subraya la importancia y el deber hablar con el personal médico o psicológico.

*"Quiero hablar con alguien, porque aquí nadie me escucha Me he sentido mejor, pero dicen que toda vía no voy a salir, hasta que me tranquilice mas Ya no veo a los demonios, ya a los médicos no los insulto, porque sé que ellos son los que me están ayudando"*

*"ustedes están para ayudarnos y si no les decimos a ustedes lo que pensamos pues entonces a quién"*

El análisis de cada caso, no solo nos ayuda a conocer y analizar la construcción subjetiva de cada una, sino analizar el papel que puede llegar a tener la intervención psiquiátrica, en cuanto a su tratamiento o rehabilitación social.

Siendo la Institución Psiquiátrica la encargada de atender las necesidades sociales, de ayudar o rehabilitar a todos aquellos, que por sus conductas, necesidades, frustraciones o condiciones socio-económicas, han alterado el orden establecido, esta determinará los tratamientos necesarios para "ayudar" a que el paciente se reintegre a las actividades productivas y a su vida diaria en cotidianidad. Pero ¿que sucede cuando estas características especiales en que se desarrolla el paciente son las que intervienen en su malestar? O mejor dicho son las causantes de su enfermedad, si bien es cierto que no se puede hacer una reducción y determinación de las causas en cada sujeto, ya sean sociales, psíquicas u orgánicas, si es necesario hacer una contextualización para poder conocer el lugar en el que se desarrolla cada sujeto.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**5**  
**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

**LOS MITOS SON MENTIRAS  
QUE DICEN LA VERDAD**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Uno de los ámbitos que presentan mayor dificultad de análisis e intervención en el área de la salud, es sin duda alguna, el de la "Salud Mental", tanto por las múltiples formas de presentación de la patología, enfermedad o locura, sus definiciones y las formas en que son abordadas o negadas.

Las diferentes definiciones presentadas, ya sea de la enfermedad, normalidad o salud, reflejan que es muy difícil llegar a definiciones absolutas en esta área, principalmente, debido a que los marcos sociales y sus características de producción, son tanto los que de-limitan, la a-normalidad, como las formas de producción en constante cambio, donde la rapidez, la eficacia, la tolerancia y la excelencia, con-forman el incesante movimiento de la vida productiva.

Los modelos o criterios de salud, su estudio e intervención se dan en función de tres diferentes ejes:

- génesis o influencia de las variables orgánicas o sociales,
- diferentes definiciones o clasificaciones, y
- la validez científica de las diferentes clasificaciones diagnósticas.

Sin embargo el ubicar la "génesis" de las enfermedades mentales en los casos presentados específicamente, nos hace referirnos a formas de construcción subjetiva, no solamente a circunstancias orgánicas o sociales, sino a una contextualización que nos permita no solo determinar el porque surge cierto malestar, sino entender la forma en que se presenta en cada sujeto, relacionándolo necesariamente tanto al medio presente, como a la historia construida y constructora del sujeto.

Con respecto a las diferentes definiciones y clasificaciones, así como a la validez científica de cada una, estas necesariamente deberían referir y hacerse en función del sujeto mismo, si por un lado se ha visto que los principales criterios de salud, ya sean normativos o estadísticos dependen del medio y las características socio-económicas en las cuales se presente, ¿cómo puede hacerse un generalización en cuanto a las formas de definición, diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías cuando las características en las que se desarrolla un individuo no son iguales o generalizables, así como la forma de vivir dentro de ellas?

La Psiquiatría es la rama de la medicina que tiene por objeto del estudio y el tratamiento de las enfermedades mentales así como la ubicación y mandato social de rehabilitar a los individuos que presenten características fuera de la norma. Por lo tanto, la ubicación que se hace del "enfermo mental" será precisamente el tratar de regresarlo al margen de la productividad, por lo tanto, las clasificaciones, no solo sirven para ubicar al enfermo dentro de un parámetro, sino al profesional.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

en cuanto a su ubicación social, de diagnosticar, tratar y re-habilitar, adecuando al individuo a las características y necesidades del medio en el que se desenvuelve.

Los objetivos planteados de esta investigación, fueron:

Analizar el lugar de la violencia en cuanto a la construcción del sujeto y la relación que esta tiene en la historia de cuatro pacientes psiquiátricos:

Analizar las formas de intervención de un programa de Rehabilitación psicológica en una Institución Psiquiátrica.

Analizar y proponer desde el marco psicoanalítico formas de análisis e intervención de la psicosis en el marco institucional psiquiátrico.

Con respecto al primer objetivo, el análisis propuesto de la construcción histórica que realiza cada paciente, hace referirse a la violencia y sus diferentes formas de ejercerla, como determinante en cuanto a la intervención dentro de la Institución Psiquiátrica, ya sea violencia sexual, psicológica, verbal e incluso la auto-dirigida, como lo es la drogadicción.

El análisis de cada caso en función de la narración de las pacientes, nos ayuda a poder conocer la forma en que cada una de ellas se desarrollo y construyó. Si bien las características socio-económicas de las cuatro son diferentes así como la procedencia geográfica, ya sea de provincia, como de la ciudad, no se puede hacer una generalización de los motivos por los cuales se hace una intervención psiquiátrica, sino que se hace explícito, el lugar de la violencia tanto la dirigida hacia ellas, como la ejercen.

La violencia, cumple un lugar importante dentro de la construcción y narración de las pacientes, sin embargo, la forma en que interpreta y ubica cada una de ellas dentro de las relaciones, ya sean familiares, de pareja o dentro de la institución psiquiátrica, con iguales o con personal institucional, son diferentes incluyendo a la violencia como una forma de relación cotidiana, amorosa o de interacción social.

Como lo menciona Foucault (1961) todos nos hemos convertido en psiquiatrizables. la mas racionalizante de las sociedades, se ha colocado bajo el signo valorizado y temido, de una locura posible: la psiquiatrización no es algo que acontece a los más extraños, a los más excéntricos; puede sorprendernos a todos en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas y profesionales (laborales) y la violencia dentro de estas relaciones puede llegar a ser determinante, así como la forma de ejercerla y alterar el orden.

Pero la violencia y el ab-uso de poder que implica, puede ser justificado socialmente y lo es, por lo tanto, quién tiene el poder dentro de las relaciones, ya sean laborales, familiares, entre iguales, profesionales o escolares determina la

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

valoración ética que el ejercicio de la violencia implica, ya sea justificándola o rechazándola.

Con respecto a la intervención que se hace dentro de la institución y en específico del "programa de rehabilitación", que tiene por objetivo principal el "re-adaptar, adiestrar o readiestrar", por medio de actividades re-educativas grupales o individuales a los individuos que por diferentes razones han perdido la capacidad, habilidad y funcionalidad de desarrollarse plenamente en la sociedad, se ubica al "enfermo", como alguien que ha perdido algo, en específico la forma de desarrollarse productivamente en el medio social.

Esta ubicación no solo determina que el individuo ha perdido la capacidad de relacionarse, sino que da por hecho, que cada individuo en su desarrollo ha podido y ha adquirido formas de relacionarse óptimamente, por lo cual hay que regresarlo mediante "técnicas" rehabilitatorias y actividades re-educativas, que le permitan a cada uno poder re-integrarse al medio social, a sus actividades y relaciones sociales.

Hasta aquí, la palabra del sujeto previamente anulada durante la intervención y hospitalización, solo se deja escuchar, como reflejo de su incapacidad o capacidad de reintegración y readaptación realizada durante su hospitalización.

Si bien es necesario que exista una integración social de los pacientes, y que se realiza mediante actividades ya sean recreativas, deportivas, productivas y terapéuticas individuales o grupales, la forma en que se ubica a cada sujeto, como "enfermo" o invalido, no solamente determina el trato por parte del personal de salud que se integra en la institución, sino que es él quien decide cuales son las formas de intervención y "re-adaptación" necesaria o generalizada para los pacientes como poseedor de la técnica y el saber.

Hasta aquí ¿el sujeto no es anulado por parte del discurso médico psiquiátrico que lo determina como enfermo o discapacitado para relacionarse socialmente?. ¿no es el tratamiento diagnóstico e intervención farmacología, psiquiátrica y psicológica una forma de ejercicio de violencia y abuso de poder?

Como lo menciona Franco Basaglia (1978) y la corriente anti-psiquiátrica, la violencia psiquiátrica es aquella ejercida por los que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediablemente colocados bajo su dominio. La familia, la escuela, la fabrica, la universidad, el hospital, son instituciones basadas en una clara distribución de papeles: la división del trabajo, reafirmando las necesidades de las formas de producción y el lugar que ocupa el hombre como fuerza de trabajo para el estado.

El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

medidas de segregación (Mannoni, 1970). Y es la forma de concebir esta segregación, que se determinan las formas de re-integración, los medios son justificados, solo en función de la no alteración del orden social, quedando el sujeto sujetado y abolido por las normas institucionales.

Con respecto al análisis y mirada psicoanalítica del tratamiento de la psicosis y las diferentes presentaciones de la enfermedad mental, el ubicar y proponer el deseo del sujeto dentro del proceso, no solo permite el abordaje desde otro punto de vista, sino que ayuda a regresar al lugar de sujeto al mismo paciente, haciéndole parte activa de su tratamiento.

El psicoanálisis dentro de esta investigación, es propuesto de dos formas, en un primer momento, como un marco que permite leer y entender los casos presentados, su malestar y la historia que cada una narra con respecto a su estado y construcción subjetiva, ya sea de enferma o loca. El tratamiento de la psicosis por parte de la clínica psicoanalítica, solo se propone como una forma de intervención diferenciada de la psiquiatría tradicional, mas no se realiza dentro de la investigación, el trabajo analítico, requiere que cada sujeto se posicione de su deseo y en específico de requerir de un proceso de análisis, de ser una propuesta subjetiva y no institucional.

Es el deseo, el que determina la forma en que se implica tanto el paciente como profesional dentro del proceso terapéutico, ya no concibiéndolo como una forma de re-adaptación al medio social, sino como una forma de ubicarse dentro de él, bajo sus posibilidades, necesidades y deseos. El paciente, adquiere no solo el lugar de sujeto, sino que determina su participación activa tomando sus propias decisiones, dejando a un lado posiciones jerárquicas, tomando en sus manos su propia cura.

El hacer énfasis en cuanto al deseo del sujeto, es también determinar, que es él quien hace la demanda explícita de una intervención, por lo tanto, la referencia familiar tradicional, de ubicar al sujeto como enfermo segregable se anula, ya que es el trabajo, tanto histórico como de resignificación subjetiva, el que se presenta como esencial dentro del trato del malestar subjetivo.

El análisis psicoanalítico como la ubicación y mirada socio-clínica, nos dan pauta para que por medio de la palabra del sujeto, su construcción histórica, se pueda entender el malestar subjetivamente, la forma de implicarse dentro de la narración, así como la relación con los otros y su participación dentro de la construcción del sujeto, ya sean valores, identificaciones y normas, permiten crear un margen de referencia que permita lograr un cambio de posición en cuanto a las relaciones sociales y productivas, no como un deber, sino como una decisión subjetiva.

Guy de Villers Grand-Champs (1999, pág. 109) plantea que el Psicoanálisis, toma en cuenta la especificidad de la patología humana en tanto que su causalidad se interpreta a partir de ese hecho elemental y fundamental que es la inscripción del

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ser humano como "ser hablante en la dimensión transindividual que lo determina", a saber, el lenguaje.

Como lo mencionan Willy Apollon y colaboradores, en función de la experiencia dentro del centro de atención a pacientes psicóticos jóvenes "388", la psicosis no es como se cree cuando se habla de la pérdida de la realidad, la psicosis es mas bien la pérdida del lazo social. El tratamiento y la cura de la psicosis no hacen desaparecer la estructura, es a partir de esa estructura y del fantasma que pone en escena el trauma, que el sujeto tendrá que reorganizar la ética y la estética de su presencia en el mundo y de sus lazos con los demás.

El aparato psíquico corresponde a una forma mediadora entre el sujeto y la estructura del sistema histórico-social, que no aparece todavía en su nombre, salvo cuando aparecen la censura y el lenguaje, que surgen si y solo si, mediante ese proceso de sujetación, que representa el Edipo y el campo que abre. Por lo tanto, esa matriz simbólica de la cual emerge el sujeto, será la que permita y ubique al sujeto, dentro de las relaciones sociales.

Es mediante el Complejo de Edipo, que se instauran las dos principales leyes de todo proceso cultural: La prohibición del incesto y el parricidio, cuando se transgrede estas principales leyes de la cultura, se corre el riesgo también, de anularse como sujeto. El transgredir la ley hace que aparezca la angustia de muerte en sus tres principales presentaciones: 1) angustia ante las propias pulsiones, 2) angustia ante el super yo, y 3) angustia ante la realidad exterior.

Por lo tanto y conforme a lo establecido por Apollon y colaboradores (1990) el trabajo psicoanalítico se basará principalmente en:

- 1.- La producción de un límite que supla la falta del Significante respecto de ese goce (pulsión de muerte) que trabaja el espacio subjetivo. Es el tiempo de (re) construcción de una historia subjetiva en tanto asiento de la palabra.
- 2.- La reconstrucción de la imagen corporal, tiempo del síntoma donde el sujeto habita su cuerpo como escrito del Otro y como eje de articulación de su relación con los otros y de su gestión del espacio y del tiempo.
- 3.- El tiempo del objeto interno, nudo de goce loco, alrededor del cual se constituyen las cuestiones del deseo del sujeto que lucha con el goce del Otro. Es el tiempo extremadamente frágil del descubrimiento de las cuestiones vertiginosas del deseo, frente a la inconsistencia de los proyectos sociales y de las imposuras del consenso social.
- 4.- La exploración de los fundamentos estéticos de una ética del lazo social. En ese tiempo donde ha tomado posesión suficiente de sus medios de saber, de su cuerpo deseante, de la gestión de su espacio en el tiempo socio-económico y político, el psicótico se vuelve a encontrar frente al vacío de una sociedad que niega la dimensión trágica de lo humano.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El trabajo analítico entonces, permitirá que el sujeto se ubique dentro del margen social, conforme a su deseo, que se pueda ubicar, ya no como lo determina la palabra del Otro, sino como sujeto portador de la palabra, sujeto deseante, no solamente construido a través de las diferentes relaciones y características sociales, sino co-constructor de nuevas formas de relación social.

En cuanto a los cuatro casos presentados, se puede observar, como es la ley normativa, la que determina no solamente su ubicación de sujetos, sino que anula el deseo subjetivo, el significante del Nombre del Padre y literalmente la palabra de dios, es la que limita, juzga, dispone y ubica, dentro de las relaciones sociales.

El mandato de dios en los cuatro casos presentados, se hace escuchar, ya sea mediante su propia voz, como por la palabra de la madre o los ojos del padre. El transgredir esa ley, resulta mortal, por lo que el sujeto es anulado, por las diferentes formas de la angustia de muerte, principalmente en lo que respecta a la angustia ante las propias pulsiones, las cuales en contracción con lo que la ley del padre establece, ya sea no tener relaciones premaritales o no tener relaciones incestuosas, permite que cada una haga valer el mandato en su propio cuerpo.

En función de la resolución del Edipo y de la identificación sexual, el niño mata al padre, pero le da vida en su propio cuerpo con lo cual, no solamente se establece el orden sino que se dé su permanencia.

En análisis de los casos, se puede leer el lugar fundamental de la palabra de dios, tanto heredada como parte de la cultura e ideología religiosa, como forma de salvación del entorno familiar; ese gran ojo que observa, manda y juzga, es determinante en cuanto a la ubicación de cada paciente así como de entender el malestar presentado durante sus diferentes internaciones. En comparación con el tratamiento psiquiátrico, reducible al uso de fármacos para desaparecer los síntomas, el análisis de la historia de cada sujeto, permite tanto que el malestar se reduzca, como que sean ellas las que se ubiquen como portadoras de una palabra, la propia, por lo que su ubicación y participación dentro de "su" tratamiento se haría en función de su propio deseo. La ubicación o re-ubicación del paciente dentro de la narración de su historia, sería precisamente, una forma de intervención, si bien, la estructura no se puede cambiar, si se puede ayudar a que se haga poseedor de su palabra y cuerpo.

Sin embargo, la propuesta de este trabajo no es hacer una intervención psicoanalítica, sino hacer uso del marco analítico para efectuar una lectura de los casos presentados, la palabra, de cada una y la postura que se tome dentro de la narración.

El lugar de cada paciente dentro de la Institución, solo se puede entender como de alienado o enfermo, si por un lado es "el psiquiatra" el que define y ataca la problemática, no dando lugar a la palabra de cada sujeto, si no es en función de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

justificar tanto el diagnóstico, como su internación y tratamiento; y el psicólogo que hace su participación institucional, solo en función de ayudar a que el paciente se re-habilite, sea adiestrado o re-educado, con la finalidad de regresarlo a la vida productiva, es difícil el implementar dentro del margen institucional, un lugar "como sujetos" a los pacientes, si la internación se hace en la mayoría de los casos en función de la demanda de otro, al cual le preocupa que el paciente se vaya a dañar o vaya a dañar a otros.

De esta forma, el trabajo de resignificación subjetiva, es posible, solo fuera del margen de la psiquiatría institucionalizada, dando pauta a que cada individuo pueda hacerse partícipe de su tratamiento. Esta afirmación es demasiado riesgosa, ya que es la Psiquiatría dentro del orden social, la encargada de readaptar y rehabilitar a los individuos que salen de la norma, por lo tanto, la concepción social del enfermo, es aún un estigma de aquel que "debe" ser recluido y apartado y del medio social en el que se desarrolla.

La posición que adopte y acepte cada individuo en función de su hospitalización y tratamiento, también depende de que se pueda lograr o no, tanto una mejoría o una disminución de su malestar, y específicamente hablando del proceso de resignificación subjetivo solo su puede hacer *fuera del orden de la imposición*, siendo la decisión de cada paciente la que determine o no su implicación en esta forma de tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BIBLIOGRAFIA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

YO SOY LOS LIBROS  
QUE HE LEÍDO  
J.L.BORGES

ESTA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA

- Araujo, A., M., " Interjuego de lo Psíquico y lo Social" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay. Montevideo.
- Bar-On, L., "Cuando la otra Familia no es una Novela" en: Vives, R., (1999) Violencia Social, Sexualidad y Psicoanálisis. XXII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Edit. Plaza y Valdes. México.
- Braunstein, N., Lingüística "Lacan, entre el lenguaje y la lingüística". En: Braunstein, N., (1986) El Lenguaje y el inconsciente Freudiano. Edit. Siglo XXI. México.
- Calligaris, C., (1989) Introducción a una Clínica diferencial de las Psicosis. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires Argentina. 1era edición en castellano 1991.
- Cherki, A., "Hay Violencia" en: (1989) Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis. Mar del Plata, 26-29 octubre. Edit. Nueva Visión. Actas de Reunión.
- Cochrane, R., (1983) La Creación Social de la Enfermedad Mental. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- Del Moral-López (1987) El psicoanálisis a la Luz de Jaques Lacan. Edit. Campo Lacaniano, México
- Didier-Weill, A., "Ley Simbólica, Ley Metafórica, Ley Superyoica" en: (1989) Reunión Latinoamericana de Psicoanálisis. Mar del Plata, 26-29 octubre. Edit. Nueva Visión. Actas de Reunión.
- Foucault, M., (1994) "El no del padre", en: De lenguaje y Literatura. Edit. Paidós. ICE de la U.A. de Barcelona, España.
- Huguet, M., "Una Lectura Interdisciplinaria de las Nuevas Patologías" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay. Montevideo.
- Juranville, A., (1992) "El sujeto del Inconsciente y la metáfora paterna", en: Lacan y la Filosofía. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires Argentina.
- Landa Reyes, F., "Ética y Teoría del sujeto en las Prácticas de Transformación Subjetiva" En: Zardel, Flores, Yrizar, (1999) El sujeto y su odisea. Compilación, UNAM, campus Iztacala, DGAPA. México

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- Laurent, E., (1989) Estabilizaciones en las psicosis. Edit. Manantial, Buenos Aires, Argentina.
- Lorenzer, A., (1973) "Del esquema de Eros-pulsión de muerte a la apreciación psico-social del objeto del psicoanálisis" en: Sobre el objeto del psicoanálisis Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.
- Ramirez, A., "Quería a papá pero lo tuve que matar... Psicodinamia de la delincuencia Juvenil" en: Vives, R., (1999) Violencia Social, Sexualidad y Psicoanálisis. XXII Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Edit. Plaza y Valdés. México.
- Rodríguez, A., (1997) Rehabilitación psico-social de Personas con Trastornos Mentales Crónicos. Edit Pirámide, Madrid, España.
- Sladoña, A., Bicecci, M., Fernández, A., Gerber, D., Greco, G. "La Entrevista: fundamentos de una Técnica" En: DIALECTICA, Año IV, Núm. 6, Jun-79. Escuela de Filosofía y Letras. U. A. P.
- Tarrés, M.,L., (2001) Observar, escuchar y Comprender. FLACSO, COLMEX. Gpo. Edit. Miguel Angel Porrúa
- Zelman, H., "Entorno del sujeto social", en: Zardel, Flores, Yrizar, (1999) El sujeto y su odisea. Compilación, UNAM, campus Iztacala, DGAPA, México.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## REFERENCIAS

- Apollon, W., Bergeron, D., Cantin, L., (1990) Tratar la psicosis. Editorial Polemos, Buenos Aires Argentina. 1era edición en castellano, 1997.
- Attie, T., (1994) El lenguaje Silencioso en una institución Psiquiátrica. Edit. Manual Moderno. México, D.F.
- Agazzi, L., "Sujeto y Locura". En: Zardel, Flores, Yrizar, (1999) El sujeto y su odisea. Compilación, UNAM, campus Iztacala, DGAPA, México.
- Baside, R., (1988) "Psiquiatría de la sociedad Global: de las profesiones y las clases sociales a la sociedad industrial". en: Sociología de las Enfermedades Mentales. Edit. Siglo XXI, México.
- Basaglia, F., Langer, M., Caruso, I., Szasz, T., Verón, E., Suárez, A., Barrientos, G., (1978) Razón, Locura y Sociedad. Edit. Siglo XXI, México
- Cooper, D., (1985) "Violencia y psiquiatría". En: Psiquiatría y Antipsiquiatría Edit. Paidós, España.
- Dör, J., (1985) Introducción a la lectura de Lacan. El inconsciente como lenguaje. Edit. Gedisa, Barcelona, España.
- Dör, J., (1989) El padre y su Función en Psicoanálisis. Edit. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
- Enriquez, E. "El análisis Clínico en ciencias Humanas" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo.
- Enriquez, E. "La aproximación clínica: Génesis y desarrollo en Francia y Europa del Este". En: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo
- Foucault, M. (1961) Enfermedad mental y personalidad. Edit. Paidós. Buenos Aires, Argentina
- De Gaulejac, V. "Introducción a algunos Elementos de la Sociología Clínica" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- De Gaulejac, V. "El sujeto entre el Inconsciente y los determinismos sociales" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo.
- De Gaulejac, V., "Trayectoria Social y conflictos de Identidad" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo.
- De Gaulejac, V., "Memoria e Historicidad" En: Revista Mexicana de Sociología, Vol. 64, Núm. 2 abril-junio, junio 2002.
- De Gaulejac, V., (1999) "Historia de vida y Sociología Clínica". En *Proposiciones*, num. 29, Chile.
- De la Peza C. Ma. Del Carmen. "Algunas consideraciones sobre el problema" del Sujeto y el Lenguaje" En: ENCRUCIJADAS METODOLÓGICAS EN CIENCIAS SOCIALES. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Fernández Rivas, I.,(1999) "Construyendo el Problema de investigación" En: ENCRUCIJADAS METODOLÓGICAS EN CIENCIAS SOCIALES. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Gomejara, F., (1982) Alternativas a la Psiquiatría y a la Psicología Social. México, Edit. Fontamara.
- Guilling, David. "Neurosis (i) Perversión, En: Braunstein, N., (1987) La Reflexión de los conceptos de Freud en la Obra de Lacan. Edit. Siglo XXI, México.
- Guinsberg, E., (1996) Normalidad, Conflicto Psíquico, Control Social. Sociedad, salud y enfermedad mental. Edit. Plaza y Valdes. UAM-Xochimilco, México, segunda edición.
- Grand-Champs, G., (1993) "La Historia como método Clínico". En: *Proposiciones*, num29, 1999. Chile.
- Huguet, M., "Una Lectura Interdisciplinaria de las Nuevas Patologías" en: Benedetti, A., Ruiz., Secco, R., (1998) Materiales de Sociología Clínica. Publicación del Grupo de Sociología Clínica del Uruguay, Montevideo.
- Lacan, J., (1975) De la Psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. Edit. Siglo XXI México. 1era Edición en español 1976.
- Lacan, J., (1981) "Las Psicosis 1955-1956" En: El Seminario Libro 3 Edit Paidós, México. 1era edición castellana, 1984.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Lacan, J., (1966) "De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis". En: Escritos II Edit, Siglo XXI, México. 1era edición en español, 1975
- Laplantine, F. (1973) La etnopsiquiatría. Edit. Gedisa. Barcelona, España. 2da edición en español, 1986.
- Mannoni, M., (1970) El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Edt. Siglo XXI, cuarta edición, 1981, México.
- Nasio, D., "La Forclusión y el nombre del padre". En: Braunstein, N., (1987) Re-flexión de los conceptos de Freud en la Obra de Lacan. Edit. Siglo XXI, México, Compilación.
- Nasio, J. D. (1988) Enseñanza de siete conceptos Cruciales del Psicoanálisis. Edit. Gedisa, Barcelona, España. 1era edición en Español 1991.
- Roxitcher, L., (1989) Freud: La interiorización del Poder en la Formación del Sujeto" en: Freud y el Problema del Poder. Edit, Plaza y Valdés, México, D.F.
- Saettle, H, "Teoría del sujeto", en: Zardel, Flores, Yrizar, (1999) El sujeto y su odisea. Compilación, UNAM, campus Iztacala, DGAPA, México.
- Clasificación internacional de enfermedades mentales CIE-10  
Criterios Diagnósticos de investigación  
Trastornos Mentales del comportamiento

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# PAGINACIÓN DISCONTINUA

TESE CON  
FALLA DE ORIGEN

H

**ANEXOS**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## A-I ESCUCHAS CLÍNICAS

### #1 María-E

Esta escucha se realiza en el 3er piso del hospital, donde esta remitida la paciente en el horario de visita hospitalaria por parte de los pasantes de psicología del programa "Rehabilitación del paciente psiquiátrico en fin de semana".

Hola doctor ¿cómo esta? Quiero hablar con alguien, porque aquí nadie me escucha. Me he sentido mejor, pero dicen que toda vía no voy a salir, hasta que me tranquilice mas. Ya no veo a los demonios, ya a los médicos no los insulto, porque sé que ellos son los que me están ayudando, además de todas mis compañeras, porque entre todas nos ponemos a rezar y eso es lo que hace que estemos mejor mas tranquilas.

Le puedo contar de mi vida? Es que no nos hacen caso, cuando queremos hablar con alguien nos dicen que están ocupados y que no tienen tiempo de vernos.

Me llamo Malena, tengo 56 años y dicen que soy esquizofrénica paranoide. Desde que soy muy chica, me decían que estaba loca, que porque nadie podía hablar con dios y que no tenía porque hacer enojar a mi mamá.

Siempre he sido muy amiguera y la verdad pues si me gusta tener amigas, aquí en el hospital he tenido muchas, pero también hay algunas que se ponen mal y que golpean a las demás, a mi no me han pegado pero si he visto como se agarran. Últimamente me ha dolido mucho aquí (se señala el vientre bajo) dicen los doctores que es por la edad, pero yo creo no, hace mucho que me duele y no se que hacer, ¿usted no ve que tenga algo? Desde que era chica me dolía, pero es que no entiendo como me duele si no tengo sexo, yo ya no estoy en edad de eso, pero si fuera mas joven si me gustaría

Oiga, ¿usted me puede ayudar a encontrar a mi novio? Hace tiempo que ya no lo veo, se fue de la colonia, mi hermano me dijo que lo golpeo, que porque se estaba propasando conmigo, pero eso no es cierto, yo la verdad, nada mas me subí a un taxi con él, porque él a eso se dedica, es taxista y le va bien, digo, no tiene mucho dinero, pero tampoco le falta nada. Lo que pasa es que mis hermanos no lo quieren, que porque quería abusar de mí, pero la verdad es que yo quería estar con él ¿verdad que no es malo que un hombre y una mujer tengan sexo? Por que yo me quería casar con él y así pues si esta permitido verdad?

Por eso quiero que me ayude a encontrarlo, no se donde este ahorita, pero la verdad es que si lo extraño mucho, dígame que venga a verme, yo estoy rezando mucho por él, espero que le vaya bien. Una de mis hermanas, la mas grande, me

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dijo que mis hermanos lo golpearon y le dijeron que lo iban a matar si regresaba por la casa.

Verdad que no es malo querer hacer el sexo siempre y cuando uno sea bueno y no le haga daño a nadie. Sabe... en mi casa todos tenemos problemas con eso del sexo, cuando era chica mi papá me llamaba a su cuarto y apagaba las luces y me decía que me quitara la ropa o él me la quitaba y pus... hacíamos el sexo, me agarraba de aquí (señalándose los muslos) y me apretaba, algunas veces me dejaba morado, pero luego se me quitaba.

Le digo que siempre que estaba en la casa, porque se iba con otra señora, siempre que estaba en la casa me llamaba a su cuarto y me pedía que le hiciera cosas y que me lo besara, eso le gustaba más, besarme, decía que yo era su verdadero amor y si es cierto, él para mí siempre fue mi único y verdadero padre y yo también lo amaba. Pero siempre se iba con su otra esposa, y eso le daba mucho coraje a mi mamá, porque ya no nos veía. Ella siempre fue la que nos mantuvo, porque mi papá siempre estaba borracho y le pegaba y le decía que era una puta, porque disque se acostaba con sus hermanos, pero eso nunca fue cierto, bueno sí, pero porque vivían en un cuarto cuando era chica y se dormían todos juntos, pero verdad que eso no es tener sexo, y que, aunque fueran hermanos no es malo porque dios dice que todos somos hermanos, bueno no todos, porque mi papá y yo pues no éramos hermanos. Pero ¿verdad que cuando se ama a alguien el sexo no es malo?

Además, él también le hacía cosas a mis hermanas, siempre abuso de ellas, mi mamá nunca se dio cuenta, pero yo sí. Todas sabíamos que él abusaba de mis hermanas, eso de los problemas sexuales siempre se han dado en la familia, bueno sabemos de mis hermanas, pero de mis hermanos, pues eso sí no sabemos, nunca nos dimos cuenta. Yo creo que a ellos también los tocaba, no como a nosotras verdad, pero yo creo que sí.

Yo lo quería mucho, hasta que le dije a mi mamá lo de mis hermanas, ella no me creía, desde entonces decía que estaba loca, que porque inventaba cosas, y no es cierto, a mí me daba coraje que abusara de mis hermanas, hasta que un día le dije a mi mamá y ella lo vio todo, entonces sí me creyó y lo corrió de la casa, hasta sus hermanos lo golpearon y casi lo matan. Yo me puse a llorar mucho y le pedí a dios que no se muriera, porque lo dejaron en la calle todo sangrando y me asuste mucho. Mis hermanas estaban contentas de que ya no estuviera mi papá, pero yo lo extrañaba y nadie me creía.

¿Verdad que me va a ayudar para encontrar a mi novio? Quiero que venga a verme, que me traiga flores. Mi papá siempre nos llevaba flores, a mi mamá no le gustaban, por eso me las regalaba, pero cuando se caso otra vez, sí le gustaban las flores. Se caso después de que se llevaron a mi papá, porque vino por él la policía y nunca me dejaron ir a verlo, decían que estaba en él... como le llaman a... en la cárcel, sí, se lo llevaron y mi mamá se caso con un señor, que disque la quería mucho, pero la verdad yo no lo quería, él no era como mi papá y nunca me

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

quiso, yo por mas que lo queria nunca me beso como mi papá y pues la verdad es que mejor ya no lo queria.

Además, el no nos llevaba flores, solo a mi mamá, por eso mis hermanas y yo nunca quisimos salir con ellos, siempre nos mandaban al mercado y no íbamos porque el no era mi papá y no podíamos obedecerlo porque el no nos queria.

¿Lo estoy aburriendo? Todas mis compañeras de aquí dicen que soy muy parlanchina, y si es cierto que me gusta platicar, además ustedes están para ayudarnos y si no les decimos a ustedes lo que pensamos pues entonces a quién. Oiga, ¿usted no puede hacer que me saquen mas rápido? Porque yo ya me aburrei mucho aquí, fijese que desde que era chiquita, bueno de niña, porque estoy chiquita, verdad, siempre me gusto ir a conocer personas, siempre a donde iba o me mandaba mi papá, platicaba y platicaba con la gente, mis hermanos dicen que eso no esta bien y por eso golpearon a mi novio, pues ni que fuera una niña que no sabe lo que hace. Mi papá me enseño a defenderme y nunca me han hecho nada, además si estuviera mi papá él si las regañaría y no me tendrían encerrada... nunca me ha gustado estar encerrada De aquí no me quejo verdad, porque es por mi bien, pero cuando se llevaron a mi papá, mi mamá me encerraba en el baño y no dejaba ir al mercado, que porque me podían robar, yo me trataba de escapar, pero aunque gritara nunca me dejaba salir, hasta que ya me callaba y mejor le pedía que me llevara a la iglesia, ahí si me llevaba y juntas le pedíamos a dios que no nos desamparara, y que mi mamá ya no me encerrara. deveras que dios es grande, porque ya me dejaba salir y podía ir a la Iglesia cuando quisiera aunque no me acompañaran mis hermanos.

No le he dicho cuantos hermanos tengo verdad, somos ocho, mi hermana Julia, Fernanda, José, luego yo, después nacieron Miguel, Susana que le decimos la gorda, Concha y el mas chico es Jesús, como nuestro santo padre verdad. A él es al que mas quiero, y como a todos, lo casamos por la iglesia, porque él no se queria casar y el *amaseato* no esta bien visto por dios, y la verdad no queria que se condenara, por eso, yo lo acompañe cuando era novio de Gloria, para que los dejaran casarse, y si se casaron, porque todos se han casado por la iglesia, desde la mas grande, que ella si viene a verme junto con sus hijas y sus nietas. imagínese, ella ya hasta nietas tiene y yo ni me he casado, por eso quiero que alguien me ayude a encontrar a mi novio, para que venga por mi. Yo ya le dije que me tiene que pedir, porque si no, dios se enoja y va hacer que mis hermanos lo golpeen de nuevo.

Yo le rezo mucho a dios y a mi papá porque él debe estar con diosito, porque las personas que son amadas si se van al cielo, no los que nadie quiere. ¿verdad doctor que los que se van al cielo es porque los que lo quieren, rezan por ellos para que se vallan con dios? A mi me quieren mucho mis sobrinas, por eso rezo mucho por ellas para que ellas se vayan también al cielo, yo les pido que no tengan sexo, que mejor se casen, si no, dios se enoja y hace que se vayan sus novios, porque si tienen sexo dios se enoja, por eso es mejor que quieran a su novio, pero que lo quieran mucho. . yo me acuerdo que queria mucho a mi papá y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

además el me amaba, por eso él si se fue al cielo, yo le decía que ya no tomara pero nunca me hizo caso. *Cuando estaba muy borracho me ponía muy triste, porque no dejaba que lo besara, decía que estaba sucia y que si no me bañaba me iba a pegar, por eso abusaba de mis hermanas, porque yo estaba sucia, cuando me di cuenta, mejor me bañaba y me lavaba bien todo mi cuerpo, para que ya no abusara de mis hermanas.* Ellas lloraban mucho, pero como también lo querían, no tanto como yo, pero por eso no le decían a mi mamá por que sabían que ella si les iba a pegar y que mi papá se iba a poner muy triste, ¿porque a quién le va a gustar que le peguen a sus hijas verdad? Por eso no le decían a mi papá, pero como les hacía mucho daño pues por eso le tuve que decir a mi mamá, pero de haber sabido que se lo iban a llevar a la cárcel y que ya no lo iba a poder besar, mejor no le hubiera dicho a nadie, de todas formas, ni me creían.

¿Ya le conté de cuando me trajeron la primera vez? no verdad. Yo no me acuerdo bien, pero dicen que ya no quería comer y que me la pasaba hablando de sexo y que decía que dios me hablaba, pero verdad que dios nos escucha a todos, y si nos escucha, pues también nos debe de hablar, pues ni que fuera mudo, pero nunca lo vi, eso si sería estar loca, pero no, como voy a estar loca, si mi mamá fue la que me enseñó a rezar, porque uno debe de saber rezar para que dios lo escuche, él no escucha a cualquiera, por eso no le habla a cualquiera, si tu le sabes hablar y pedir por la gente que quieres, entonces el no solamente te escucha, sino que te dice lo que debes hacer... yo creo que se enoja conmigo, porque debe ser cierto eso de que decía puras cosas de sexo, porque ya no me ha hablado, por eso si les creo.

Pero si amas a alguien, no esta mal que tengan sexo, porque el amor es el que te lleva al cielo y no que reces mucho, sino el saber querer a la gente y no nada mas pensar en sexo, porque eso si esta mal, porque aunque estén casados, si no se aman y tienen sexo, se pueden condenar, no importa que hayan bautizado a sus hijos, porque dios siempre ve todo y él sabe si tienen sexo por amor o solamente por viciosos, ¿verdad que el sexo es un vicio? Y como todo vicio es malo, aquí todas las compañeras fuman y eso esta mal, yo por eso no fumo, porque dios que lo ve todo, se enoja si eres vicioso, pero como yo las quiero mucho, no importa, porque como yo sí se rezar, porque mi mamá me enseñó, por eso dios si me escucha, y aunque ya no me hable, yo sé que si me escucha, por eso rezo por todas mis compañeras, porque las quiero y no quiero que se vayan a condenar

Oiga, ¿usted cree que si mi papá viviera me vendría a ver? Porque cuando yo supe que estaba en la cárcel quería ir a verlo, pero como se murió, pues ya no pude, me dijo mi hermana que en la cárcel le dio una enfermedad, creo que en el día y que se murió... yo me puse muy triste cuando lo supe, por eso es lo le decía que no tomara, porque a los viciosos dios los castiga, por eso se enfermo.

Me acuerdo que cuando estaba en la casa siempre quería estar conmigo, por eso mis hermanos no lo querían, siempre fui su consentida, imagínese, que él ha sido el único con en que realmente me quería casar, se imagina, eso si le hubiera gustado a diosito, porque a él si le gusta que se casen los que se aman y no nada

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

mas que tengan sexo, porque el sexo no es malo, pero siempre que se haga entre quienes se aman de veras, eso si le gusta, pero como abusaba de mis hermanas y ellas no lo querian como yo, por eso se enojo dios y lo castigo, por eso yo le tenia que decir a mi mamá que estaba abusando de mis hermanas. Si no hubiera abusado de ellas, le hubiera pedido que se casara conmigo y hasta yo lo pediria con mi mamá, no creo que se hubiera negado, porque ella no lo amaba como yo, además, si lo hubiera amado, nunca se hubiera casado con otro y menos con otro que no me quisiera como mi papá, por eso si me hubiera dejado casar con él, porque yo si lo amaba. Bueno, me ama, porque desde el cielo me esta viendo junto a dios, por eso se enojo dios y me quito a mi novio, porque mi papá se sentiria mal si supiera que tengo novio, porque una vez me pidió que lo amara para siempre y yo se lo prometí.

Mejor ya no me ayude a buscar a mi novio, que bueno que mis hermanos lo corrieron, porque si me hubiera pedido, nos hubiéramos condenado.

Quando venga mi hermana a visitarme, le voy a pedir que le lleve unas flores a mi papá, porque como yo no conozco donde esta enterrado, pues no podría ir a verlo, pero ella si debe saber, porque ella me dijo que ya estaba muerto, entonces debe saber donde lo enterraron. *Tengo que decirle algo, extraño a mi novio y la verdad por mas que rezo no se quita del pensamiento y no me importa que me condene, yo lo amo y como por amor si esta permitido el sexo no va hacer algo malo.* El debe estar trabajando en su taxi, pero como casi nunca tiene pasaje, siempre va a almorzar a una cantina que esta en la colonia, ahí fue donde lo conocí, como yo me aburría mucho estando encerrada, pues quería conocer y platicar con alguien, pero como iba yo a saber que me iba a enamorar de él, si lo hubiera sabido mejor no salgo ese día, por eso fui a la cantina, mis hermanas dicen que es un borracho, pero no es cierto, siempre va ahí porque le da hambre de estar trabajando mucho, que no tenga pasaje pues es diferente, yo no me hubiera enamorado de un borracho vicioso, eso fue lo que me decia mi papá, que nunca me enamorara de un hombre vicioso porque esos no saben querer, y si es cierto, porque los viciosos se condenan y no pueden ser salvados porque nadie los quiere

Yo ya quiero salir de aquí, para poder ver a mis sobrinas, tengo que decirles lo que me decia mi papá, que no se enamoren de un vicioso, porque esos las obligan a tener sexo y si no se casan pues se van a condenar, yo por eso me quiero casar, porque si me aman, no puedo condenar, aunque tenga sexo, no me puedo condenar, porque dios dice que el sexo no es malo dentro del sagrado matrimonio y si es por amor, por eso casamos a todos mis hermanos, para que no se condenaran, incluso mi mamá también se caso, por eso no se condeno después de que mi papá se fue de la casa, porque no tenia sexo, ella solo estaba con ese señor porque lo queria y aunque el no me queria como mi papá, Gustavo si queria a mi mamá, nunca le pego como mi papá, yo creo que por eso nunca se fue de la casa, por eso si lo queria mi mamá y por eso no tenia sexo con él, porque si lo hubiera tenido, se hubiera condenado, porque mi papá si la queria, y como yo lo amaba por eso tampoco yo me puedo condenar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sabe, ya me quiero ir a acostar, pero me gusto mucho platicar con usted, no crea que no me doy cuenta de que usted es una persona buena, normalmente los doctores no hacen mas que tirarnos de a locas y mandarnos mas pastillas, por eso usted no se va a condenar como los demás doctores.

## 2) Candelaria.

Hola psicólogo, me llamo Elvia y tu?

P: Angel.

Te llamas como mi ángel de la guarda ¿te gustaría ser mi ángel de la guarda?. A mi, dios me ha mandado muchos ángeles, creo que le importo bastante porque siempre me cuida, incluso aquí en el hospital me he encontrado a personas muy buenas, no como algunos de esos locos, porque hay de todo, si te dejas se aprovechan de ti. Sabes, he estado muy triste porque mis tíos no han venido a verme, yo creo que ya no me quieren.

Te voy a contar porque me trajeron. Yo soy médico, terminé hace dos años en la universidad de Puebla, yo soy de Chiapas allá viven mis papás con mis hermanos, pero estudie en Puebla.

Los doctores de aquí son muy groseros, dicen que me van a ayudar pero no me dicen que tengo. Yo sé que tengo un trastorno esquizoafectivo, porque estudie medicina y sé lo que es eso, pero ellos creen que estoy mintiendo y no es cierto, eso me desespera pero cuando salga voy a ir a arbitraje medico, porque yo trabajo ahí y van a ver de lo que soy capaz.

Pero te decia, aquí en la ciudad de México vivo con unos de mis tíos, porque mis papás me mandaron para acá porque tuve problemas con la familia de mi novio, entonces como no tenia nada que hacer, pues solo escuchaba música en lo que hacia mi que-hacer, tenia que ayudar en algo, pero empece a tener insomnio y no podía dormir y me la pasaba pensando, intente de todo, incluso comencé a rezar como cuando estaba en mi casa pero como estaba muy inquieta mis tíos les dio miedo y llevaron al médico, pero yo soy médico, yo se lo que tengo, entonces el médico les sugirió que me trajeran a consulta aquí, y el médico de aquí me dijo que no era necesario que me quedara, pero yo le pedí que me quedara unos días, en lo que me hacia efecto el medicamento, para poder dormir y no asustar a mis tíos, ya son personas grandes y no quiero que se enfermen, y me dijo que si, pero el médico de mi piso ya no me deja salir y no ha querido hablar conmigo.

Todo empezó por mi novio allá en Chiapas, yo soy cristiana, y voy a la iglesia, y ahí la familia de mi novio no me queria, dicen que estoy loca y que soy una mala influencia para él, pero no es cierto, ellas quieren que se case con otra, él me quiere, pero quiere que le de la prueba de amor y yo le dije que no que hasta que nos casemos, porque soy virgen, y eso no le gusto, entonces empezó a salir con la amiga de su hermana y empezaron a decir chismes de mi, que estaba loca y

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

que me iba ir al infierno y no se que tantas mentiras mas, y el les creyó. ¿crees tu posible eso?, Yo que lo quería y me quería casar con él. Entonces sus hermanas empezaron a ir a mi casa y gritarme de cosas: que loca y no se que tantas groserías mas, entonces mis papás me mandaron para acá en lo que se olvidaba un poco eso, además de que se espantaron porque yo le rezaba mucho a dios y el me consolaba, gracias a él ya no siento odio por las personas, incluso las que me hicieron tanto daño, ya las perdone, entonces como rezaba muy fuerte pues no los dejaba dormir y se espantaron y ya no me dejaban salir ¿crees tu posible eso?, mi propia familia me tenia encerrada.

Mi mamá no es cristiana, ella es católica y no va a la iglesia como yo, la he invitado pero no le gusta, y pues no importa porque dios nos quiere a todos. A mi papá no le importa la iglesia y todo lo relacionado a él. El esta enfermo, tiene parkinson, yo le rezo mucho a dios por él, para que se cure, pero eso no se cura, el siempre ha sido muy enojon, cuando éramos chicos, porque tengo dos hermanos, uno mas grande y uno mas chico, siempre nos regañaba, nunca nos pego, pero eso si, siempre nos estaba vigilando que no hiciéramos travesuras o cosas así, allá en Chiapas es muy tranquila la gente, no como aquí que te tienes que estar cuidando de todos, pero nunca hicimos nada malo, pero eso si, siempre sabíamos que nos estaba viendo.

Vivimos en Tuxtla Gutiérrez Chiapas, mi papá desde que me acuerdo siempre fue una persona muy tranquila, allá la gente es muy tranquila, si hubiéramos vivido aquí, hubieran dicho que era un mandilón, porque siempre hacia lo que mi mamá decía, ella si que era muy enérgica, si decía haz tal cosa, se tenia que hacer, yo de grande pues ya hacia lo que quería, como irme a Puebla a estudiar medicina. Siempre les hablaba, pero siempre sentia que mi papá me estaba vigilando, porque él siempre decía que los padres saben lo que hacen los hijos y aunque se les mienta no se les puede engañar. Eso es cierto, porque cuando hablé con dios, él me dijo que hay que respetar a los padres, que a ellos nos debemos lo que somos, por eso yo amo a mis padres y no me gustaría que les pasara algo por mi culpa, imagínate que por hacer algo malo le pasara algo a mi papá, si hoy tiene parkinson y ese no se cura, que por mi culpa se complicara o le pasara algo, no Angel no me lo quiero ni imaginar. Yo se que no le falta nada, por eso estoy tranquila aquí y aunque no vengan a verme, cuando salga es lo primero que quiero hacer, ver a mi papá y que él se de cuenta de que estoy bien, *porque yo se que esta bien, dios me lo ha dicho, él lo cuida por mi, por eso soy buena, porque él me prometió que lo cuidaría siempre que yo no hiciera tonterías*, como eso que me pidió mi novio, queria que tuviéramos relaciones antes de casarnos, yo sé que no es malo, pero yo no creo en eso, yo quiero entregarme solo a un hombre y dentro del matrimonio y no porque me obliguen

Nadie me cree que soy virgen, a las que les cuento aqui en el hospital, se rien y dicen o que estoy loca o que soy una tonta, porque no sé de lo que me pierdo, pero no me importa, si él no me supo esperar es porque no me amaba.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dios es el que realmente me ha amado, yo creo que si no hubiera estudiado medicina, me hubiera hecho monja, pero en mi religión no hay de eso, en los cristianos no existe eso, también por eso me cambié de religión, además de que Carlos, ese es mi novio, me dio a conocer al cristianismo y eso me gusto, empecé a ir a la iglesia con él y me gustaba, pero cuando supieron que yo era de una familia católica y que mis papás no iban a la iglesia, empezaron a decir chismes de mí, porque lo que sus hermanas quieren para él, es una chica que sea como ellos, no se, que sea de las que se quedan en su casa y hacen lo que el marido les pide y como yo estudié, pues pensaban que lo manejaría o algo así, hasta empezaron a decir que yo era una bruja, y que lo estaba embrujando, te imaginas, por eso Dios quiso que me viniera con mis tíos al DF, para que no me hicieran daño, y yo no pensara mal de ellas, para que no me condenaran, porque si ellas siguen pensando así, no importa que vayan a la iglesia, además ellas no están en los grupos de reflexión, por eso no saben de lo que estoy hablando, porque ellas no conocen la palabra del SEÑOR, esa que esta escrita en la Biblia.

*Creo que por eso Dios me dijo que yo debía ser la que tuviera el don del amor, imagínate, si hubiera tenido relaciones con Carlos, nunca me hubiera dicho nada y no sería lo que soy ahorita, no hubiera estudiado ni nada, sería como mi mamá, que solo dice lo que mi papá piensa que esta bien, y tiene razón, porque si no es el hombre el maneja la familia, pues sería un caos, por eso Dios es hombre y él así lo quiso*

Por eso es cierto lo que mi papá me dijo, que los papás saben lo que los hijos hacen, por eso no me importa que me sepa lo que hago, porque si Dios lo quiso así, pues bueno, yo también voy a saber lo que mis hijos sepan, además yo me porto bien y no tengo nada de que arrepentirme, por eso no me importa que sepa que estoy encerrada en un hospital psiquiátrico, porque yo se que estoy bien y que es por mi bien, por eso no digo nada, y aunque los médicos de aquí estén cometiendo una injusticia, no voy a decir nada, Dios me enseñó a perdonar y si ellos actúan así, pues ese es su problema yo no soy como ellos, por eso me quiero especializar en Pediatría, también por eso ya quiero salir.

Te conté que yo soy la encargada de arbitraje médico en Tuxtla, pues si, una de mis primas me consiguió ese trabajo, entonces cuando salga de aquí, es lo primero que voy a hacer, irme para allá y empezar a trabajar.

Sabes, extraño mucho a Carlos, yo creo que ya se caso, porque como son sus hermanas no han de haber parado hasta que se casara con esa chica, ella si es de las que tienen relaciones antes del matrimonio, pero no importa, porque gracias a que lo rechacé, pude escuchar a Dios y él si me ama y yo le correspondo, lo primero que me dijo, es que yo soy hermosa y que tengo el don del amor, por eso yo amo a todos, ¿sabes a que me refiero?, no a que me este acostando con todos, no, sino que es como... Dios manda amarnos todos, pero es muy difícil, tanto aquí como en Puebla, la gente es muy diferente, todos solo piensan en lo que les interesa y no les importa que con sus actos lastimen a los demás, incluso a sus hijos, ¿cómo es posible que un padre le pegue a sus hijos?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

He conocido gente aquí que sus padres han abusado de ellas, te imaginas, que tu padre abuse de ti. Que bueno que mi padre es bueno, y que nunca me toco, y él tiene razón, lo malo que hacen los hijos, ellos lo saben, tal vez por eso abusaron de ellas, porque se portaron mal, o porque tuvieron relaciones sin casarse y ese fue el castigo que les dieron, para que no lo volvieran a hacer, por eso dios es bueno conmigo y me dio el don del amor, porque yo si me lo gane y no como esas mujeres, que pobres, imagínate, se entregan a un tipo que no las quiere, las castiga dios y su papá abusa de ellas, las corren de su casa o quedan embarazadas y después, las traen aquí, pobres, ellas si que sufren, pero es por su culpa, si no hubieran hecho tonterías, no les hubiera pasado nada ¿no crees?. Creo que dios es bueno, pero siempre que no transgredas lo que el dice, además no hay porque hacerlo, de todas formas, si lo que quieres es tener relaciones, pues te casas y ya, no crees, eso es lo que deberían haber hecho estas mujeres que fueron abusadas por alguien, ese es su castigo.

Oye, ¿crees que mi papá hizo algo malo y que estar enfermo fue su castigo? si viviera mi abuelo, él lo sabría, como todos los papás saben lo que hacen sus hijos, pero bueno yo no soy nadie para poder juzgar a mi padre, aunque me hubiera violado como a las compañeras de aquí, si eso es lo que quiere dios, eso es lo que hay que aceptar, porque si los papás hacen eso es porque los hijos lo merecemos. Yo creo que por eso a Carlos no le importaba tener relaciones antes del matrimonio, porque su papá ya murió y no tiene a nadie que pudiera castigar, pero como el mio todavía vive, aunque este enfermo pero todavía sabe que me porto bien y que nunca haré tonterías, además, si dios me hablo y me dijo que yo tengo el don del amor y puedo hacer que las personas que se odiaban ahora se quieran, pues también debe saber mi papá que lo tengo y se debe sentir orgulloso de mi. Si estoy en este hospital, es porque dios lo quiso, ese es mi camino y no lo puedo negar y sé que mi padre este como este, estará orgulloso de mí, porque nunca le voy a fallar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3) Beti.

Hola doctor, ¿cómo esta? Yo otra vez por acá, me dicen los doctores que no entiendo, que si no dejo a mis amigos no me voy a curar. ¿Verdad que los amigos no enferman? Además, aquí es donde están mis amigos, siempre que regreso conozco a mas, algunos ya los conocía, pero otros son muy encimosos, todos quieren que sea su novia, pero solo para que los bese y que me toquen y además quieren que les haga cosas, pero yo no quiero, además, yo ni novio tengo, mi mamá no me deja tener, por eso me voy con mis amigos, pero como a ella no le caen bien, dice que me drogo y que no llego en días y hasta con el doctor me acusó de que no llegue en una semana. La verdad es que la fiesta duró mas.

Oiga, ¿usted ha ido a esas fiestas? Mis amigos son muy buenos, les voy a decir que lo inviten para que vea que lo que hacemos no esta mal, además, todo mundo lo hace, no se porque a mi siempre me traen aquí, le dicen al doctor que fumo marihuana y que me meto mas cosas, ellos dicen que así nunca me voy a curar. ¿Verdad que la marihuana no se cura con pastillas? Yo les digo que me den coca, pero nunca me hacen caso, con eso si me curo y hasta quehacer hago en casa de mi mamá, aunque me pegue, no importa, pero yo le ayudo para que se vea bien la casa y que no diga que yo soy marihuana. ¿Verdad que no doctor? Pero ahora si voy a salir rápido, pero no sé si regrese, porque mis amigos están aquí y no creo que me dejen invitarlos a mi casa. Fíjese que Sofia, no habla ni entiende, pero a mi si me entiende, los doctores no la quieren, por eso no la curan... pero... y si esta loca, oiga doctor, ya me dio miedo, que tal si grita o hace que se aparezca el diablo. No mejor yo me voy. Adiós doctor, cuidese del diablo.

### #2 La paciente se encuentra en su 15avo día de internamiento.

Hola doctor, quiero hablar con usted, porque ya sé que me pasa, fíjese que no he podido dormir, me acuesto, pero la verdad no puedo dormir, el médico me dice que es por los medicamentos, pero yo me siento muy mal, extraño mucho a mi mamá, ella es la que me cuida cuando estoy en la casa, soy su única hija, pero siempre reniega de mi, dice que mejor hubiera sido que me abortara, porque por mi culpa la dejo mi papá, ella lo quería mucho, pero cuando le dijo que estaba embarazada, dice que le pidió que se casaran, pero se fue y ya nunca regresó. Yo la quiero mucho, pero me pega, hasta con su bastón me pega, ya no puede caminar, por eso tiene bastón, ya es muy grande, tiene como 60 años, pero sigue trabajando, tiene un puesto de comida, no me deja trabajar con ella, porque dice que le robo dinero, pero no es cierto.

Sabe, yo hubiera querido conocer a mi papá, me lo imagino como uno de esos hombres de negocios que son muy ricos y que tienen muchas cadenas en el cuello y con muchos carros. Si supiera que yo existo, yo creo que tendría rodeada de médicos, que me cuidaran todo el tiempo, se me hace que mi mamá esta celosa de mi, porque él me quiere mas que a ella, por eso se invento eso de que la abandonó antes de que yo naciera, le juro que cuando salga ahora si lo voy a ir

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

a buscar, no se a donde, pero lo voy a encontrar. Mi mamá dice que era muy guapo y que tenía mucho dinero, además de que era muy alto, yo como me parezco a mi mamá, así, chaparra y gordá, por eso no me ha de querer ver, porque no me parezco a él. Pero yo lo voy a encontrar y le voy a decir que me lleve a pasear aunque sea a Acapulco, porque mi mamá nunca me ha querido llevar, yo creo que le da pena que me vean con ella, porque como sus amigas dicen que estoy loca y que nunca me voy a componer, por eso le debe de dar pena llevarme.

¿Verdad que si fuera malo tomar pastillas y fumar nadie lo haría? Por eso me traen aquí, que porque tomo pastillas y me la paso fumando marihuana, de todas maneras aquí me dan pastillas y me la paso fumando, no con mis amigos, pero aquí tengo otros, antes tenía un novio, fijese que resulto que era mi vecino en mi casa. Eso fue hace mucho, pero me lo encontré aquí y nos amamos, mi mamá no me deja tener novio, porque dice que las mujeres enloquecen por los hombres cuando se enamoran, y que *no quiere que a mí me pase lo que a ella, que la dejo mi papá. Pero yo por eso no voy a casarme, porque cuando se casan tienen hijos y yo no quiero tener hijos, porque si me pasa lo que a mi mamá, que me parezco a ella y no a mi papá, yo no quiero que mis hijos se parezcan a mi mamá, yo quiero que se parezcan a mi papá, porque a los niños güeros, no los abandonan los papás.* Además, yo quiero que mi novio me lleve de luna de miel a Acapulco, mi mamá dice que mi papá la llevaba allá, pero que cuando me estaba esperando, ya nunca la llevo, y que el se fue, por eso cuando salga y me lleven de luna de miel a Acapulco allá voy a buscar a mi papá, para presentarle a mi novio, bueno a mi esposo, porque ya voy a estar casada. El si me va a querer y no me va a dejar ir con mis amigos a que me drogue, además, ya no voy a querer drogarme y mi mamá ya va a estar contenta, porque no voy a estar con ella, pero se va a enojar porque mi papá me va a querer mas que a ella, pero ni modo, eso no importa porque yo voy a tener a mis hijos y no los voy a encerrar como ella a mí, porque van a ser güeritos como mi papá.

La primera vez que me trajeron fue porque de la escuela en la que iba, había un maestro que yo pensaba que era mi papá, porque estaba muy alto y era muy guapo y todas las demás maestras querían casarse con él, entonces yo no dejaba que se acercaran a ella, por eso me corrieron, porque una vez le pegue a una que estaba de loca, y yo no quería que nadie se acercara a mi papá, pero él se enojó, porque dijo ella era su novia y que yo no tenía derecho a acercarme a él, y si es cierto, porque si me dejó con mi mamá fue por algo, porque no me parecía a él, por eso no tenía porque acercarme aunque fuera en la escuela.

La verdad yo no me acuerdo que le hubiera hecho algo, además de eso ya tiene mucho, yo tenía como trece años, pero mis amigos me contaron que sí, que le pegue y la agarre de los pelos, que le decía que era una... si una puta, pero yo no me acuerdo, eso me dijeron mis amigos. Ya cuando salí pues no regresé nunca a la escuela, le digo que a mi mamá le da pena que digan que yo soy su hija, pero estoy igual a ella, por eso no puede negarlo.

<p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>
--------------------------------------

Mi mamá siempre ha sido muy trabajadora, ahí en el mercado, siempre tiene mucha gente y la quieren mucho los de ahí, pero ella nunca me ha querido y tiene razón, porque por mi culpa la dejo mi papá, pero yo me hubiera querido parecer a él y no a ella, me imagina así güera y muy alta, no estaría aquí, porque a ellas no las encierran, al contrario las quieren ver todos y hasta en la tele salen, por eso no estaría loca, sería famosa y aunque me drogara no estaría mal, porque ellas se drogan y nadie les dice nada, al contrario a ellas les regalan las cosas y todos quieren que sean sus esposas y hasta se pelean por ellas, pero no me importa, porque por mi también se han peleado, mi mamá no me cree, pero mis amigos que me invitan fiestas, ¿ya le platique de las fiestas verdad? Bueno, se pelean porque yo sea su novia, por eso yo les digo que mejor soy novia de todos para que no peleen, además, mejor yo soy su novia por días, así pues mejor ya no se pelean y la fiesta en paz, porque siempre estamos muchos días, bueno eso dice mi mamá, porque siempre me regaña, que porque no regreso en días y disque se preocupa, pero no es cierto, yo solo voy un ratito y ya, además mi mamá no me deja salir, entonces por eso no me puedo tardar mucho.

Yo creo que mi mamá no me quiere, por eso no le importa que yo este encerrada aquí, además, nunca viene a verme, siempre yo vengo sola y ella nada mas viene a pagar y no le importa lo que digan los doctores. La otra vez que vino por mí, me dijo que haber cuanto tiempo duraba afuera, no le importa, pero tiene razón, allá afuera, si no veo a mis amigos me aburro, y aquí no, porque aquí no tengo que estar esperando haber cuando me consigo pastillas o cigarros, mis amigos me convidan de sus cigarros y las pastillas pues me las dan las enfermeras.

Además cuando nos sacan a jardín, juego fútbol o basquet, porque yo creo que mi papá jugaba mucho basquet, por eso estaba tan alto y era muy guapo, por eso no se caso con mi mamá. Porque los guapos prefieren a las güeras y no a las morenas o gordas como ella. Por eso yo juego mucho basquet, para que mi papá me quiera, y sea alta como él y no chaparra como mi mamá ¿verdad doctor que con el basquet, la gente crece mas? Bueno, eso me decía mi mamá cuando era chica, yo creo que tiene razón, porque si no, entonces caso me haría, ya no jugaría y mejor pues ya no tendría caso que viniera al hospital, porque yo vengo a jugar basquet, con ustedes los doctores y con los demás compañeros, con los psiquiatras no, porque ellos nunca van a jardín y ni nos pelan, pero no importa, porque ellos piensan que estamos locos y ni nos hacen caso, pero la verdad es que son unos tontos, porque es bien fácil decirles lo que quieren y te dejan salir, ni se dan cuenta, pero ya no les voy a mentir, porque ya no quiero ir a mi casa, porque mi mamá no me deja ver a mis amigos, solo le interesa que este en la casa haciendo quehacer, dice que ahí si soy buena y no en el mercado, porque me la paso platicando y ni le hago caso. Por eso cuando salga, voy a hacer mucho quehacer para ayudarle, espero que ella me diga donde esta mi papá porque él si me quiere y no como ella que nada mas me tira de a loca.

Mi papá si es bueno, porque los güeros son ricos, y no conozco ningún rico que no sea buena gente ¿Nunca los ha visto en la televisión? siempre ayudan a los niños de la calle y les llevan juguetes y comida, porque ellos si son buenos, no

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

como los otros feos, que se la pasan haciéndole daño a la gente y la roban para que no puedan ayudar a los pobres. Por eso mi papá me va a llevar a donde yo le pida, porque él sí es bueno y no le importa que yo este fea, a mi mamá sí, pero a él no, y lo voy a querer mucho, porque él se merece que lo quiera.

#### 4) Patricia

Hola doctor, ¿puedo hablar con usted? ¿Es médico o psicólogo? ¡Psicólogo! que bueno, porque yo necesito un psicólogo ¿verdad que yo no estoy loca? No se porque me trajeron, yo solo estuve en un choque de muchos autos sobre el periférico, pero yo no iba manejando, era mi vecino el que manejaba.

Sí, él me invito a salir, porque dice que yo le gusto, pero por el choque yo creo que se enoja, porque no ha venido a verme. Además en la oficina, él es contador y tiene auto ¿usted tiene auto? Pues debería doctor, porque así todas van a querer que las saque a pasear, hasta yo doctor, imagínese. Cuando salga, voy a venir en el auto de mi vecino para invitarlo a salir, pero usted tiene que manejar doctor, porque los hombres no permiten que las mujeres manejen "solo las putas manejan" ¿verdad doctor? Además, fíjese que aquí no me siento bien, todos están como locos y todas son unas putas que se besan con todos. Yo no quiero que me besen, además, yo no soy una puta, yo soy una dama que se da a respetar y voy al teatro y al cine, pero solo cuando me invitan y llevan en auto. Pero todo por chocar en el periférico me trajeron. Yo creo que es en lo que arreglan el auto los del seguro ¿verdad doctor? ¿Porque si no para que me iban a traer aquí? y con todas esas putas que bailan como si fueran princesas y no son mas que unas putas.

Yo ya le voy a llamar a mi abogado, para que saque mi auto del corralón y me pueda ir manejando, porque las mujeres que trabajan sí pueden manejar, las demás no por que son unas putas. Además, yo me voy a matar con esas de allá enfrente, se la pasan hablando de hombres y además no hacen mas que bailar e insinuárseles las cerdas. Además, van allá atrás y se tocan, son unas asquerosas, por eso me voy a matar con ellas a machetazos, ellas no merecen vivir, yo sí, porque solo las mujeres que trabajan pueden manejar. Además, yo ya me voy, porque sí no, nos vamos a matar todas a machetazos. Adiós doctor, espero que le sirva lo que platicamos y que se sienta mejor.

#2 Esta escucha se realizó una semana después que la anterior.

Hola psicólogo ¿puedo platicar con usted? Me he sentido muy mal en estos días, ya me quiero ir a mi casa y quiero regresar a trabajar. Dicen que me trajeron porque rompi los parabrisas de unos autos, yo la verdad no me acuerdo. lo que me acuerdo es que hubo cierre en el trabajo y no tenía tiempo de nada, porque tenía que entregar mis reportes, pero ya no puede dormir y fue cuando dicen que me saji de mi casa en la madrugada.

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Mi mamá me dijo que se espanto mucho, yo vivo con ella, porque mi papá murió cuando yo tenía 15 años, ella ha sido con la que he vivido desde entonces y la que me pago la escuela, porque yo soy contadora, me titule de la Ibero como a los 25 años, desde entonces, yo soy quién la mantiene, pero como me traen seguido, pues ella se preocupa cuando me corren del trabajo. Ella es pensionada por el ISSSTE, por eso me traen aquí.

¿Ya le conté lo que me paso? Lo que pasa es que me fui a Europa, a Francia cuando tenía como 17 años, sali de la prepa y me fui con unas amigas, eran unas putas y querían que fuera como ellas. Total que conocimos a unos franceses y nos invitaron a salir. Yo hablo francés. Pero entonces nos invitaron a la casa de uno de ellos, y pues ahí tuvimos relaciones, estuvo muy mal, porque estuvimos mas de 5 días con ellos y nunca nos pidieron que fuéramos sus novias, entonces yo me enoje y me regresé al hotel, pero ya no me dejaron salir, dicen que me puse a gritar y no se que tantas cosas, hasta el hospital fui a dar, no me acuerdo del nombre, pero debe de estar en mi expediente. Yo sé que estubo muy mal lo que hice, porque aunque fueran mis amigas no debí haberles hecho caso, las mujeres decentes no se acuestan con alguien que acaban de conocer, si mi papá hubiera sabido, se vuelve a morir. El siempre me decía que las mujeres decentes deberían llegar puras hasta el matrimonio, así como mi mamá que nunca tuvo relaciones con nadie hasta que se caso, así lo manda dios y tiene razón, porque así los hijos salen bien y después de bautizados, pues no hay pecado.

Le digo que cuando yo regresé a mi casa, mi mamá se enojó mucho conmigo cuando le conté lo del francés, hasta les llamo a mis amigas para que volvieran por la casa. *Ella me dijo que ya nadie me quería bien, porque yo ya no era tan pura como ella cuando se casó con mi papá, porque él nunca le pidió nada antes de casarse, era un caballero.* Además, el francés no era un caballero, porque él ni siquiera me pidió que fuera su novia.

Cuando regresé a la escuela, ya a la universidad, mi mamá me dijo que no quería que saliera con nadie y nada de amigas, porque si no me sacaría de la escuela y regresaría al hospital. Ella no lo sabe, porque nunca le conté, pero tuve un novio que se llamaba Gilberto, pero como yo nunca me quise acostar con él, se fue con una puta, por eso lo deje. Pero nunca lo supo mi mamá.

Porque ya no hay caballeros, ya todos quieren que te acuestes con ellos para pasar el rato y nada mas. Pero mi vecino no, él si es un caballero, hasta tiene carro y me invita al teatro, yo creo que cuando salga, si me voy a casar con él, bueno no me lo ha pedido, pero me lo va a pedir, porque una dama no le puede pedir matrimonio a un hombre, si no sería una puta, *esas sí hacen lo que quieren y tienen mal gusto.*

Pero yo lo que quiero es un caballero que me de mi lugar, como mi papá se lo daba a mi mamá, el se murió cuando era muy chica y antes de que me enfermara, le dio cáncer en el hígado y no se curo, pero *él siempre me dijo que respetara a mi*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*mamá como él la respeto, y que me diera a respetar con todos los hombres, porque si no, ellos solamente se aprovechan, pero solamente de las putas, porque de las damas no.* No se ha dado cuenta de que aquí en el hospital todas son unas putas y que se besan con todos. A mí me da mucho asco, la verdad hasta me dan ganas de vomitar, por eso ya me quiero ir a mi casa.

El otro día me peleé con una de esas resbalosas, porque me dijo que yo era peor, porque me quedaba con las ganas y no como ellas que lo que quieren lo tienen, se imagina que asquerosas son, yo no puedo estar con gente así, ya le dije a mi mamá que le llame a mi vecino para que venga por mí, bueno, después de que saque el coche del corralón, porque como chocamos, pues debe de estar muy ocupado.

Sabe que yo me llamo como mi papá, bueno, él se llamaba Patricio, por eso me quería mucho, porque yo era como él, él siempre fue muy correcto y todo un caballero, por eso yo soy una dama y no me quiero rebajar a estar con estas putas que solo piensan en sexo, no se dan cuenta de que estos pelados solamente las utilizan, como las van a querer si no son unos caballeros, los caballeros si quieren a las mujeres, pero solo a las que se dan a respetar, porque si no, no les hacen caso, además como se van a fijar en unas corrientes como ellas. Por eso me da coraje, y no es porque este loca, sino que no puedo soportar a esas putas, pero a mí es a quién me amarran, por eso no me quieren dejar salir, que porque soy muy violenta, pero no es cierto, solamente con esas putas que no se dan a respetar.

Mi mamá ya es muy grande y no puede estar viniendo a verme muy seguido, pero cuando venga le voy a decir que les diga como debe comportarse una dama. Para que dejen de ser unas putas, como quieren salir de aquí si son unas putas, por eso las tienen encerradas, para que no estén de locas con todos allá afuera. Espero que pronto me dejen salir, ya quiero regresar a trabajar y así poder ver a mi vecino, porque el sí sabe respetar a una dama.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## A-II

### CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES MENTALES CIE-10

#### Categorías Principales

#### **F00-F09 Trastornos Mentales Orgánicos, incluidos los sintomáticos**

- F-00** Demencia en la enfermedad de Alzheimer.  
**F-00.0** Demencia en la Enfermedad de Alzheimer precoz.  
**F-00.1** Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.  
**F-00.2** Demencia en la Enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.  
**F-00.9** Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

- F01** Demencia Vascular.  
**F01.0** Demencia multi-infarto.  
**F01.2** Demencia Vascular subcortical.  
**F01.3** Demencia Vascular Mixta cortical y subcortical.  
**F01.8** Otras demencia Vasculares.  
**F01.9** Demencia vascular sin especificación.

- F02** Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.  
**F02.0** Demencia en la enfermedad de Pick.  
**F02.1** Demencia en la enfermedad de Creutzfeld-Jakob.  
**F02.2** Demencia en la enfermedad de Huntigton.  
**F02.3** Demencia en la enfermedad de Parkinson.  
**F02.4** Demencia en la infección por VIH.  
**F02.8** Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

#### **F03 Demencia sin especificación**

#### **F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.**

- F05** Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.  
**F05.0** Delirium no superpuesto a demencia  
**F05.1** Delirium superpuesto a demencia  
**F05.8** Otro delirium no inducido por alcohol o droga.  
**F05.9** Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

#### **F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.**

- F06.0** Alucinosis orgánica  
**F06.1** Trastorno catatónico orgánico

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.  
F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.  
F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.  
F06.5 Trastorno disociativo orgánico.  
F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.  
F06.7 Trastorno cognositivo leve.  
F06.8 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.  
F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

**F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o enfermedad cerebral.**

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.  
F07.1 Síndrome post-encefálico.  
F07.2 Síndrome post-conmocional.  
F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.  
F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

**F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.**

**F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancia psicotropas.**

**F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.**

**F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.**

**F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.**

**F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.**

**F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.**

**F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de estimulantes (incluyendo la cafeína)**

**F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinogenos.**

**F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.****F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.**

- F1x.0 Intoxicación aguda.
- F1x.1 Consumo perjudicial.
- F1x.2 Síndrome de dependencia.
- F1x.3 Síndrome de abstinencia.
- F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium.
- F1x.5 Trastorno psicótico.
- F1x.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.
- F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por sustancias psicótropas.
- F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

**F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes**

- F20 Esquizofrenia**
- F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.
- F20.2 Esquizofrenia catalónica.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F20.4 Depresión post-esquizofrénica.
- F20.5 Esquizofrenia residual.
- F20.6 Esquizofrenia múltiple.
- F20.7 Otras esquizofrenias.
- F20.8 Esquizofrenia sin especificación.

**F21 Trastorno esquizotípico**

- F22 Trastorno de ideas delirantes persistentes**
- F22.0 Trastorno de ideas delirantes.
- F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F22.9 Trastornos de ideas delirantes persistentes sin especificación.

**F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios**

- F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
- F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
- F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
- F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
- F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
- F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas**
- F25 Trastornos esquizoafectivos**  
 F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.  
 F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.  
 F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.  
 F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.  
 F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.**
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación.**
- F30-39 Trastornos del humor (afectivos)**
- F30 Episodio maniaco.**  
 F30.0 Hipomanía.  
 F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.  
 F30.2 Manía con síntomas psicóticos.  
 F30.8 Otros trastornos maniacos  
 F30.9 Episodio maniaco sin especificación.
- F31 Trastorno bipolar**  
 F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco.  
 F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos.  
 F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.  
 F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado  
 F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.  
 F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.  
 F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.  
 F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión  
 F31.8 Otros trastornos bipolares  
 F31.9 Trastorno bipolar sin especificación
- F32 Episodios depresivos**  
 F32.0 Episodio depresivo leve  
 F32.1 Episodio depresivo moderado  
 F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.  
 F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos  
 F32.8 Otros episodios depresivos  
 F32.9 Episodios depresivos sin especificación.
- F33 Trastorno depresivo recurrente**  
 F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.  
 F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado  
 F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.  
 F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.  
 F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.  
 F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes**  
 F34.0 Ciclotimia.  
 F34.1 Distimia.  
 F34.8 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.  
 F34.9 trastornos del humor (afectivos) sin especificación.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)**  
 F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.  
 F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.  
 F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación.**
- F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**
- F40 Trastornos de ansiedad fóbica**  
 F40.0 Agorafobia  
 F40.1 Fobias sociales.  
 F40.2 Fobias específicas (aisladas).  
 F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.  
 F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
- F41 Otros trastornos de ansiedad.**  
 F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)  
 F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.  
 F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.  
 F41.3 Trastorno mixto de ansiedad.  
 F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.  
 F41.9 Trastornos de ansiedad sin especificación
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo**  
 F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.  
 F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).  
 F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos compulsivos  
 F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos  
 F42.9 Trastorno obsesivo compulsivo sin especificación
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación**  
 F43.0 Reacción a estrés agudo  
 F43.1 Trastorno de estrés post-traumático  
 F43.2 Trastorno de adaptación  
 F43.8 Otras reacciones a estrés grave  
 F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- F44 Trastornos disociativos (de conversión)**  
 F44.0 Amnesia disociativa.  
 F44.1 Fuga disociativa.  
 F44.2 Estupor disociativo.  
 F44.3 Trastornos de trance y posesión.  
 F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.  
 F44.5 Convulsiones disociativas.  
 F44.6 Anestesia y pérdidas sensoriales disociativas.  
 F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.  
 F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).  
 F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.
- F45 Trastornos somatomorfos.**  
 F45.0 Trastorno de somatización.  
 F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado  
 F45.2 Trastorno hipocondríaco  
 F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.  
 F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.  
 F45.8 Otros trastornos somatomorfos.  
 F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.
- F48 Otros trastornos neuróticos**  
 F48.0 Neurastenia.  
 F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.  
 F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.  
 F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.
- F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disminuciones fisiológicas y factores somáticos**
- F50 Trastornos de la conducta alimentaria**  
 F50.0 Anorexia nerviosa  
 F50.1 Anorexia nerviosa atípica  
 F50.2 Bulimia nerviosa  
 F50.3 Bulimia nerviosa atípica.  
 F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas  
 F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.  
 F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria  
 F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño**  
 F51.0 Insomnio no orgánico  
 F51.1 Hipersomnio no orgánico  
 F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.  
 F51.3 Sonambulismo  
 F51.4 Terrores nocturnos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- F51.5 Pesadillas.  
 F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.  
 F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.
- F52 Disfunción sexual no orgánica**  
 F52.0 Ausencia o pérdida de deseo sexual.  
 F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.  
 F52.2 Fracaso en la respuesta genital.  
 F52.3 Disfunción orgásmica.  
 F52.4 Eyaculación precoz.  
 F52.5 Vaginismo no orgánico.  
 F52.6 Dispareunia no orgánica.  
 F52.7 Impulso sexual excesivo.  
 F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.**  
 F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.  
 F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.  
 F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.  
 F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.**
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.**
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.**
- F60-69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento adulto**
- F60 Trastornos específicos de la personalidad.**  
 F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.  
 F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.  
 F60.2 Trastorno disocial de la personalidad  
 F60.3 Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad.  
 F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.  
 F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad  
 F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.  
 F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.  
 F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.  
 F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

- F61 Trastornos mixtos y trastornos de la personalidad**  
 F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.  
 F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.**  
 F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.  
 F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.  
 F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.  
 F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de impulsos.**  
 F63.0 Ludopatía.  
 F63.1 Píromanía.  
 F63.2 Cleptomanía.  
 F63.3 Tricotilomanía.  
 F63.8 Otros trastornos y del control de los impulsos.  
 F63.9 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.
- F64 Trastornos de la identidad sexual**  
 F64.0 Transexualismo.  
 F64.1 Transvestismo no fetichista.  
 F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.  
 F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.  
 F64.9 Trastornos de la identidad sexual sin especificación.
- F65 Trastorno de la inclinación sexual.**  
 F65.0 Fetichismo.  
 F65.1 Transvestismo fetichista.  
 F65.2 Exhícionismo.  
 F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).  
 F65.4 Paidofilia.  
 F65.5 Sadomasoquismo.  
 F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.  
 F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.  
 F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales**  
 F66.0 Trastorno de la maduración sexual.  
 F66.1 Orientación sexual egodistónica.  
 F66.2 Trastorno de la relación sexual.  
 F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.  
 F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.**  
 F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.
- F70-79 Retraso mental
- F70 Retraso mental leve
- F71 Retraso mental moderado
- F72 Retraso mental grave
- F73 Retraso mental profundo
- F78 Otros retrasos mentales
- F79 Retraso mental sin especificación
- F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
- F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje
- F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)
- F80.8 Otras trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar
- F81.0 Trastorno específico de la lectura.
- F81.1 Trastorno específico de la ortografía
- F81.2 Trastorno específico del cálculo
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo .
- F84.0 Autismo infantil
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.  
 F84.5 Síndrome de Asperger.  
 F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.  
 F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.**
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.**
- F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**
- F90 Trastornos hiperkinéticos**  
 F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.  
 F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.  
 F90.2 Otros trastornos hiperkinéticos.  
 F90.3 Trastorno hiperkinético sin especificación.
- F91 Trastornos disociales**  
 F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.  
 F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.  
 F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.  
 F91.3 Trastorno disocial desafiante y oposicionista.  
 F91.8 Otros trastornos disociales.  
 F91.9 Trastorno disocial sin especificación
- F92 Trastorno disociales y de las emociones mixtos.**  
 F92.0 Trastornos disocial depresivo.  
 F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.  
 F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.**  
 F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.  
 F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.  
 F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.  
 F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.  
 F93.4 Otros trastornos de las emociones en la infancia  
 F93.5 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**  
 F94.0 Mutismo selectivo  
 F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.  
 F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.  
 F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la familia y adolescencia  
 F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- F95 Trastornos de tics**  
F95.0 Trastorno de tics transitorios.  
F95.1 Trastorno de tics crónicos motores y fonatorios.  
F95.2 Trastornos de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).  
F95.8 Otros trastornos de tics.  
F95.9 Trastorno de tics sin especificación.
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**  
F98.0 Enuresis no orgánica.  
F98.1 Encopresis no orgánica.  
F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.  
F98.3 Pica en la infancia.  
F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.  
F98.5 Tartamudeo  
F98.6 Fartulleo.  
F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.  
F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.
- F99 Trastorno mental sin especificación**  
F99 Trastorno mental sin especificación

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### A-III

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INVESTIGACIÓN

### F-20-29 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES

#### F-20 Esquizofrenia.

Esta categoría global incluye los tipos esquizofrenia más frecuentes, juntos con variedades menos frecuentes y con los trastornos estrechamente relaciones con ella.

#### F20.0- F20.3 Criterios generales para esquizofrenia tipo paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada:

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración ( o algún tiempo durante la mayor parte de los días)

- 1) Por lo menos uno de los siguientes:
  - a) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.
  - b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes
  - c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre si acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
  - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias, de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades o poderes sobrehumanos ( por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo)
  
- 2) Al menos dos de las siguientes
  - a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, fugaces sin contenido afectivo claro o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante al menos un mes
  - b) Neologismos, intercepción o bloqueo del curso del pensamiento, que dan lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial
  - c) Conducta catatónica, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor
  - d) Síntomas "negativos", tales como marcada apatía, empobrecimiento de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen llevar al

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

aislamiento social y a la disminución de los rendimientos). Debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroleptica.

#### G.2 Criterio de exclusión más frecuentemente usado:

- 1) Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maniaco (F-30) o depresivo (F32), los criterios listados mas arriba en G1 (1) y G2 (2), deben satisfacerse antes de haber aparecido al trastorno del humor.
- 2) El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral ( en el sentido en el que especifica en F00-F09) o a intoxicación (F1x.0), dependencia (F1x.2) o abstinencia (F1x.3 y F1x.4) relacionadas con alcohol u otras drogas.

#### Comentario:

Al evaluar la presencia de este tipo de experiencias subjetivas y conductas anómalas, se debe tener especial cuidado para evitar falsos-positivos, especialmente donde están implicadas expresión cultural o subculturalmente influenciadas o en presencia de un nivel de inteligencia por debajo de la media.

#### Formas de evolución

Teniendo en cuenta la considerable variación de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (es especial para la investigación) especificar la forma evolutiva, utilizando un quinto dígito. La evolución no deberá codificarse a menos que haya habido un periodo de observación de la menos un año.

F20x 0 Continua.

Su remisión de los síntomas psicóticos durante el periodo de observación.

- |        |  |             |
|--------|--|-------------|
| F20x.1 | Episódica con defecto progresivo<br>Desarrollo progresivo de síntomas "negativos" en los intervalos entre psicóticos.              | episodios   |
| F20x.2 | Episódica con defecto estable<br>Síntomas negativos persistentes, pero no progresivos en los intervalos entre episodios psicóticos |             |
| F20x.3 | Episódica con remisiones completas<br>Con remisiones completas o virtualmente completas entre los episodios psicóticos.            | psicóticos. |
| F20x.4 | Remisión incompleta  |             |
| F20x.5 | Remisión completa.   |             |
| F20x.8 | Otra forma de evolución.   |             |
| F20x.9 | Periodo de observación menor de un año.  |             |

#### F20.0 Esquizofrenia paranoide

A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20 0-F20 3)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- B. Las alucinaciones o ideas delirantes de tipo paranoide deben ser notables (tales como ideas delirantes de persecución, genealógicas, de tener una misión especial o transformación corporal; voces amenazantes o impositivas, alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales).
- C. En el cuadro clínico no debe predominar el embotamiento o incongruencia afectivos, los síntomas catatónicos o el lenguaje incoherente, aunque pueden hallarse alguno o todos estos fenómenos.

### F20.1 Esquizofrenia Hebefrénica.

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3) mencionados más arriba
- B. Deben hallarse presentes uno de los siguientes:
  - 1) embotamiento o superficialidad afectivos claros y persistentes.
  - 2) Afectividad inadecuada o no congruente, de forma clara y persistente.
- C. deben hallarse presentes uno de los siguientes:
  - 1) Comportamiento errático, vacío de contenido y desorganizado, en vez de estar dirigido a objetivos claros.
  - 2) Marcado trastorno del pensamiento, puesto de manifiesto por un lenguaje desorganizado, divagatorio o incoherente
- D. El cuadro clínico no debe estar dominado por alucinaciones o ideas delirantes aunque ambos fenómenos pueden hallarse presentes.

### F20.2 Esquizofrenia catatónica

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3)
- B. UNO O MAS de los siguientes síntomas catatónicos debe ser prominente durante un periodo de *al menos dos semanas*
  - 1) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al ambiente y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo
  - 2) Excitación (actividad motriz sin propósito aparente, no influida por los estímulos externos)
  - 3) Catalepsia (adopción y mantenimientos voluntarios de posturas inadecuadas o extravagantes).
  - 4) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivo, a cualquier instrucción o intento de ser movilizado o presencia de movimientos de oposicionismo)
  - 5) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser movilizado)
  - 6) Flexibilidad cerea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior)
  - 7) Obediencia automática (cumplimiento automático de las instrucciones)

### F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20) mencionados mas arriba.

B. Una de dos:

- 1) No hay un número suficiente de síntomas como para satisfacer los criterios de los subtipos F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4 o F20.5.
- 2) Hay un número tan elevado de síntomas que se satisfacen criterios para más de uno de los subtipos listados en (1).

#### F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

- A. Los criterios generales para el diagnóstico deben haberse satisfecho EN LOS ULTIMOS DOCE MESES y, aunque persistan algunos síntomas esquizofrénicos del apartado (F20.0-F20.3) no puede hacerse el diagnóstico de esquizofrenia en el momento de la entrevista.
- B. Uno de los criterios G1 (2) a, b, c o d para las categorías F20.0-F20.3 deben estar todavía presentes.
- C. Los síntomas depresivos deben de ser lo suficientemente prolongados, generales y graves como para satisfacer por lo menos los criterios de un episodio depresivo leve (F32.0).

#### F20.5 Esquizofrenia Residual

- A. Los criterios generales para el diagnóstico de esquizofrenia (F20.0-F20.3) deben haberse satisfecho en algún momento del pasado, pero no puede hacerse este diagnóstico en la actualidad.
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas "negativos" deben haber estado presentes a lo largo de *los doce meses previos al diagnóstico*:
- 1) Inhibición psicomotriz o hipoactividad
  - 2) Claro embotamiento afectivo
  - 3) Pasividad o falta de iniciativa
  - 4) Pobreza de la cantidad o del contenido del lenguaje.
  - 5) Pobreza de la comunicación no verbal.
  - 6) Rendimientos sociales escasos o deterioro del aseo o cuidado personal.

#### F20.6 Esquizofrenia simple

A. Desarrollo lento o progresivo, durante un año por lo menos, de los tres siguientes síntomas.

- 1) Un cambio claro en las cualidades globales de la personalidad previa, manifestado por pérdida de la iniciativa e intereses, conducta vacía y carente de propósito, una actitud de retraimiento sobre si mismo y aislamiento social
- 2) Aparición gradual y progresiva de síntomas negativos tales como inhibición psicomotriz o hipoactividad, claro embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de la cantidad o contenido del lenguaje y de la comunicación no verbal (expresión facial, contacto visual, modulación de la voz o postura)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 3) Disminución marcada de los rendimientos sociales, académicos o laborales.
- B. Ausencia en todo momento de las experiencias subjetivas anormales descritas en el apartado G1 en F20.0-F20.3, así como de alucinaciones o ideas delirantes estructuradas de cualquier tipo (es decir, nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico ni tampoco para otro trastorno psicótico).
- C. Ausencia de evidencia de demencia u otro trastorno mental orgánico, en el sentido de la sección F00-F09.

#### **F20.8 Otra esquizofrenia**

#### **F20.9 Esquizofrenia sin especificación.**

#### **F21 trastorno esquizotípico**

- A. El sujeto debe haber manifestado durante al menos dos años, cuatro de las siguientes características:
  - 1) Una afectividad fría y vacía de contenido, que a menudo se acompaña de anhedonia.
  - 2) Comportamiento y apariencia extraños, excéntricos o peculiares.
  - 3) Contacto personal empobrecido y tendencia al retraimiento social.
  - 4) Creencias extravagantes, fantásticas y preocupaciones autísticas que no forman claras ideas delirantes.
  - 5) Ideas de referencia, ideas paranoides.
  - 6) Rumiaciones obsesivas sin resistencia interna, a menudo con contenidos disomórficos, sexuales o agresivos.
  - 7) Ilusiones somatosensoriales y experiencias de despersonalización o desrealización ocasionales.
  - 8) Pensamiento y lenguaje vagos, circunstanciales, metafóricos, extraordinariamente elaborados y a menudo estereotipados, sin llegar a la clara incoherencia o divagación del pensamiento.
  - 9) Episodios ocasionales casi psicóticos, transitorios con intensas ilusiones, alucines visuales y auditivas o de otro tipo e ideas pseudo-delirantes, que normalmente se desencadenan sin provocación externa.
- B. En el sujeto nunca se han satisfecho los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia (F20).

#### **F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes**

#### **F22.0 Trastorno de ideas delirantes**

- A. Presencia de una idea delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí (distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas en los criterios G1 (1) b o d para F20.0-F20.3) (p.e. que no son propias de la cultura del individuo y que son imposibles). Las ideas delirantes más frecuentes son las de persecución, de grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas.
- B. Las ideas delirantes de A deben estar presentes durante por lo menos tres meses.
- C. No se deben satisfacer los criterios generales para esquizofrenia (F20.0-F20.3)

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- D. No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo (aunque se permite la presencia de forma transitoria u ocasional de voces alucinatorias que no son en tercera persona ni comentan la propia actividad).
- E. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.
- F. Criterio de exclusión mas frecuentemente usado: No hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria en el sentido indicado en FO, sin de un trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5)

Especificación para posibles subtipos: si se desea se pueden especificar los siguientes subtipos: persecutorio; auto-referencial; litigante; grandiosidad; hipocondríaco (somático); de celos; erotomaniaco.

#### F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes

Esta es una categoría residual para los trastornos de ideas delirantes (F22.0). deben codificarse aquí los trastornos en los cuales el tema o conjunto de ideas delirantes se acompañen de voces alucinatorias o de síntomas esquizofrénicos en grado insuficiente como para satisfacer las pautas de esquizofrenia (F20.0). Los trastornos delirantes que han durado por lo menos mas de tres meses, pero menos de seis, deben, no obstante ser codificados, al menos transitoriamente de acuerdo con F23.

#### F22.9 Trastorno delirante persistente sin especificación.

#### F23 Trastornos psicóticos agudos transitorios

G1. Comienzo agudo de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, marcado trastorno formal del pensamiento o cualquier combinación de precedentes. El intervalo de tiempo entre el comienzo de cualquiera de los síntomas psicóticos y la presentación florida del trastorno no debe exceder de dos semanas.

G2. Si se hallan presentes estados transitorios de perplejidad, falsos reconocimientos o déficits de atención y concentración, dichos estados no satisfacen los criterios para un síndrome confusional de etiología orgánica, tal como se especifica en F05, criterio A

G3. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos de episodio maniaco (F30), episodio depresivo (F32), o trastorno depresivo recurrente (F33)

G4. No hay evidencia de consumo reciente de sustancias psicótropas como para satisfacer los criterios de intoxicación (F1x 0), consumo perjudicial (F1x 1), dependencia (F1x 2) o síndromes de abstinencia (F1x 3 y F1x 4) El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidades y frecuencia a las que el sujeto está habituado, sobre todo si este es moderado y no se han producido cambios relevantes, no descarta necesariamente el diagnóstico de F23. La decisión debiera tomarse en función del juicio clínico del investigador y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

G5. Criterio de exclusión mas frecuentemente usado: Ausencia de enfermedad orgánica-cerebral (F0) o de perturbaciones metabólicas graves que afecten el sistema nervioso central (si incluir el parto).

Debe utilizarse un quinto dígito par especificar si el comienzo agudo del trastorno es debido a un estrés agudo (producido en las dos semanas que anteceden a la aparición de los primeros síntomas psicóticos):

F23.x0 no secundario a situación estresante aguda

F23.x1 secundario a situación estresante aguda

Para fines de investigación, se recomienda especificar además el comienzo del trastorno, desde la normalidad a un estado claramente psicótico de la siguiente forma: súbito (comienzo en 48 horas) o agudo (comienzo en más de 48 horas pero no menos de dos semanas).

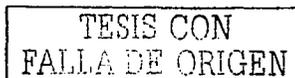
### F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de trastorno psicótico agudo o transitorio (F23).
- B. La sintomatología cambia rápidamente de tipo e intensidad, de un día para otro e incluso durante el mismo día.
- C. Presencia de cualquier tipo de alucinaciones o de ideas delirantes, durante varias horas por lo menos, en cualquier momento desde el inicio del trastorno.
- D. Síntomas de por lo menos dos de las siguientes categorías, las cuales se presentan simultáneamente:
  - 1) Confusión emocional, caracterizada por sentimientos intensos de felicidad o éxtasis, angustia abrumadora o irritabilidad marcada.
  - 2) Perplejidad o identificación errónea de personas o lugares.
  - 3) Acentuado aumento o disminución de la actividad psico-motriz.
- E. Los síntomas F20 0-F20.3, criterios G1 y G2 de la esquizofrenia no están presentes o solo lo están durante una parte mínima del tiempo de evolución, de manera que no se satisfacen el criterio B de F23 1
- F. La duración total del trastorno no excede de tres meses

### F23.1 trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

- A. Deben satisfacerse los criterios A, B, C, D y E del trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0)
- B. Presencia durante la mayor parte del tiempo desde el comienzo del trastorno de algunos de los síntomas de la esquizofrenia (F20.0-F20 3) aunque no se satisfagan necesariamente los criterios específicos: Es decir, debe hallarse presente por lo menos uno de los síntomas de los criterios G1 (1) a. a G1 (2) c
- C. Los síntomas de esquizofrenia señalados en B no persisten por mas de un mes

### F23.2 trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico



- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).
- B. Se satisfacen los criterios para esquizofrenia (F20.0-F20.3), a excepción del criterio de duración.
- C. El trastorno no satisface los criterios B, C y d para el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede de un mes.

### **F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes**

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para el diagnóstico de un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23).
- B. Se hallan presentes ideas delirantes o alucinaciones de características relativamente estables, pero que no se satisfacen los criterios diagnósticos para esquizofrenia (F20.0-F20.3).
- C. El trastorno no satisface los criterios diagnósticos y de un trastorno psicótico polimorfo agudo (F23.0).
- D. La duración total del trastorno no excede de los tres meses.

### **F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios**

Se incluyen aquí los trastornos psicóticos agudos no clasificables en algún apartado de F23 (tales como cuadros psicóticos agudos en los cuales aparecen claras alucinaciones o ideas delirantes, pero que persisten por muy poco tiempo). Los estados de excitación no diferenciados deben también ser codificados aquí cuando no se disponga de más información acerca del estado mental del enfermo.

### **F23.9 Trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación**

### **F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas**

- A. el sujeto debe desarrollar una idea delirante o un sistema de ideas delirantes originales de otra persona que sufre algún trastorno clasificado en los apartados F20-F23
- B. Ambas personas implicadas tienen una relación extraordinariamente estrecha entre sí, y están relativamente aisladas de terceros.
- C. El sujeto no sostenía la creencia en cuestión anteriormente a su contacto con la otra persona, y no ha padecido en el pasado cualquier otro trastorno de los clasificados en F20-F23.

### **F25 Trastornos esquizoafectivos**

Nota Este diagnóstico se basa en un equilibrio entre el número, la gravedad, y la duración de los síntomas esquizofrénicos afectivos

G1 El trastorno satisface los criterios de uno de los trastornos afectivos (F30 -, F31 -, F32 -) de gravedad moderada o severa, tal como se especifica para cada subtipo

G2 Deben estar claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de por lo menos dos semanas síntomas de por lo menos uno de los grupos enumerados a continuación (estos grupos son prácticamente los mismos que para la esquizofrenia) (F20.0-F20.3)

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- 1) Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento (criterio G1 (1) a de F20.0-F20.3).
- 2) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas (criterio G1 (1) b de F20.0-F23.3).
- 3) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otros tipos de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo (criterio G (1) c de F20.0-F20.3).
- 4) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo o que son inverosímiles, pero no únicamente de grandeza o de persecución (criterio G1 (1) de F20.0-F20.3). Por ejemplo, el enfermo dice que ha visitado otros mundos, que puede controlar las nubes mediante la respiración; que puede comunicarse con plantas y animales sin hablar, etc.
- 5) Lenguaje extremadamente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos (una forma acentuada de criterio G1 (2) b de F20.0-F20.3)
- 6) Aparición discontinua pero frecuente de alguno de los síntomas catatónicos, tales como catalepsia, flexibilidad cèrea y negativismo (criterio G1 (2) c de F20.0-F20.3).

G3. Los criterios G1 y G2 deben satisfacerse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente durante algún tiempo dentro del mismo episodio. Los síntomas de los criterios G1 y G2 deben ser prominentes en el cuadro clínico.

G4. Criterio de exclusión mas frecuentemente usado: el trastorno no puede atribuirse a lesión orgánica cerebral (en el sentido de F00-F09) o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas (F10-F19).

#### **F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco**

- A. Los criterios generales para trastorno esquizoafectivo (F25) deben ser satisfechos.
- B. Deben satisfacerse los criterios de manía (F30.1 o F31.1).

#### **F25.1 Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo**

- A. Deben satisfacerse los criterios generales para trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Deben satisfacerse los criterios de trastorno depresivo de al menos gravedad moderada (F32.1, F32.2, F31.1 o F31.4).

#### **F25.2 Trastorno esquizoafectivo tipo mixto**

- A. Deben satisfacerse los criterios para trastorno esquizoafectivo (F25).
- B. Deben satisfacerse los criterios para trastorno bipolar mixto (F31.6).

#### **F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.**

#### **F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.**

#### **F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.**

#### **F29 Psicosis no orgánica sin especificar.**

TFCIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**A-IV**  
**DERECHOS HUMANOS DEL ENFERMO MENTAL**

- **Trato digno y humano por parte del personal de salud**
- **Diagnóstico oportuno**
- **Atención integral médico psiquiátrica conforme a las normas éticas**
- **Información veraz, respetuosa y confidencial de su padecimiento**
- **Decidir su participación en proyectos de investigación**
- **Solicitar la revisión clínica de su padecimiento**
- **Reintegración a la vida social**
- **Internamiento médico justificado**
- **Alojamiento, vestido, higiene y alimentación adecuados**
- **Comunicación libre**
- **Recibir asistencia religiosa**
- **Gozar de permisos terapéuticos**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**