



# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"¿Psicosis, locura o trastornos mentales?"

T E S I S I N A  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A ( N )

**HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ SERGIO ULISES**

Director: Mtro. **José Antonio Mejía Coria**

Dictaminadores: Dra. **Laura Palomino Garibay**

Lic. **Mayra Eréndira Nava Becerra**





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.

## AGRADECIMIENTOS

Al Maestro José Antonio Mejía Coria

Por el aliento, perseverancia, comprensión en mi situación; asimismo, por los conocimientos que me compartió y apoyo dado que me otorgó cuando estuve escribiendo en esta investigación. Pocos profesores como usted se encuentran en la carrera. Porque, a pesar de mis errores, me guió en mi trayectoria escolar. Gracias.

A mi madre y a mi padre.

A ti mamá, que me has ayudado a comprender el sentido de la vida desde otra perspectiva, ya que sin ti no pude haber realizado este trabajo, porque realmente va dedicado a ti con todo mi aprecio y cariño. A ti papá, por tu apoyo y paciencia que has tenido conmigo en mi carrera, pocos padres hacen eso con sus hijos, por eso te agradezco todo lo que has hecho por mí y ser un guía.

A mi mamá Chuy.

Fuiste y seguirás siendo importante en mi vida, porque me apoyaste en cada momento crítico. Gracias por interesarte en mí, abuelita.

A mis amigos y hermanos del Grupo U, Eduardo y Daniel, que por ustedes la carrera me permitió forjar habilidades y valores, mediante sus críticas constructivas. Asimismo, a mi amiga Mariana, porque me alentó y cuidó en los momentos difíciles.

A mis sinodales y profesores muy estimados Laura Palomino, Mayra Nava, Mario Díaz y María Luisa Hernández, que confiaron en la labor que desempeñé y por brindarme un apoyo genuino en el desarrollo de cualidades que me son satisfactorias.

A mis demás familiares que me han ayudado durante este camino largo, ellos saben quiénes son, porque cada uno de ustedes ha sido una luz en mi sendero de la vida.

Cada uno ha forjado valores y actitudes positivas en mí, porque han permitido crecer como ser humano. Gracias por todo lo que han hecho.

# ÍNDICE

1. Introducción.... 2
2. Antecedentes.... 9
3. Diagnóstico.... 25
4. Intervención.... 43
  - 4.1. Visión psiquiátrica.... 43
  - 4.2. Terapia cognitivo-conductual.... 47
  - 4.3. Psicoanálisis.... 51
  - 4.4. Psicosocial.... 58
5. Discusión y conclusión....64
6. Referencias.... 71

# 1. INTRODUCCIÓN.

A partir del Siglo XX se han hecho grandes avances científicos como tecnológicos. Podemos mencionar los televisores, la Radio, las investigaciones espaciales, el planteamiento de la mecánica cuántica y su contraparte, la Teoría de la Relatividad, el internet como vía fundamental de comunicación y propagación de información, entre otros más. Cada uno de ellos forma parte de los atributos de la sociedad capitalista, lo cual ha llevado a autores como Bauman, Žižek y otros, a plantearse y fundamentar que nuestra época es conocida como Posmodernidad o Desmodernización (Vásquez, 2008).

Estamos viviendo las consecuencias de lo que le precede a la Modernidad, donde el Capitalismo nos promueve qué es lo que tenemos que vivir, cómo vivirlo, cómo llegar a ser una persona *única* –un argumento vendido y promovido por el discurso capitalista-, es decir, hay todo un mercado en la fomentación y creación de ciertos sectores, tales como el mercado del sexo, de la estética, de los deportes, entre otros, que dan cuenta de lo que “somos” y “queremos ser” nosotros. El Capitalismo tiene el respaldo de la Ciencia y por ende, muestra cierto tipo de información científica y tecnológica, porque su finalidad es la “estabilidad” social dentro del enorme caos que vivimos (Bauman, 2008).

Cabe destacar un punto importante aquí, la finalidad que tiene el Posmodernismo actualmente: la normalización u homogeneización de los sujetos para el mantenimiento de este orden; se puede apreciar que no se expresa el término individuos, ya que era un término usado para dividir lo más pequeño de una Sociedad, pero ya no es así, porque son sujetos al estar sujetos a algo, en este caso, a todo un discurso científico, lingüístico, político, económico y aparentemente cultural, que exige el seguimiento de ciertas normas o reglas para la convivencia con los otros (Bauman, 2008). Ahora bien, la ciencia ha elaborado y estructurado todo un discurso normalista, amparado a través de las investigaciones, que nos remite a encontrarnos o ubicarnos dentro de un rango de estabilidad, en los diversos aspectos de nuestra vida: familiar, personal, intelectual, laboral, escolar e incluso emocional.

Ese discurso, expresa el siguiente argumento: si uno se encuentra de cierto rango estable, no tenemos o no tendríamos aparentes complicaciones en ningún aspecto, porque

ellos lo hacen para “beneficio” de nosotros y por ende, somos “normales” y estamos “bien”. Sin embargo, en el otro lado de la moneda, aquellos que no se encuentren dentro del rango de salud, son sujetos con “problemas”, “deficientes”, “anormales”, “retrasados” e incluso “discapacitados”, debido a que no están dentro de la *normalidad*, es decir, el reloj defectuoso que no mueve sus manecillas debido a los engranes, requiere su reparación para su funcionamiento; este ejemplo, nos permite extrapolarlo a nosotros como sujetos, si somos “anormales” requerimos la ayuda de un profesional para que nos repare.

Hasta aquí he hablado de *normalización* como elemento fundamental para la anhelada estabilidad de la Sociedad, aunado a otro aspecto que se necesita rescatar, la reparación o el tratamiento. Este segundo elemento es la clave, que pone en acción la Posmodernidad para la fabricación y la enseñanza de lo que “debe” y “no debe” hacer el sujeto, si no sigue lo establecido; por lo que, se recurre al tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico, para que el sujeto esté “bien” o mejor dicho, no se queje de sus síntomas orgánicos o emocionales, ya que lo importante es producir –somos materia prima que es sobreexplotada como un recurso, que como recurso hay que explotarlo lo más que se pueda; si no sirve, es mejor desecharlo o en dado caso, colocarlo en un lugar donde no de molestias (como a los *locos*)- (Bauman, 2008).

Estos profesionistas, que fungen ser actores sociales, cumplen un papel primordial para la sujeción del sujeto a lo instituido políticamente, socialmente y culturalmente, porque ellos son quienes les hacen entrar en razón para su curación y su equilibrio vital, son la viva “voz del amo” –como lo expresa Braunstein (2012)-. Además, tales actores validan, actúan y ejercen su profesión en nombre de la *normalización* y la homogeneización de los sujetos. También, son los dignos representantes de expresar las etiquetas de enfermedad, son los que pueden curar o incluso recluir, prueba de ello es cuando son entrevistados por algunos medios respecto al tratamiento de las enfermedades, expresan el punto de vista científico, el cual es aprendido, retenido y se muestra en automático ese saber al momento de referirse a alguna enfermedad, porque los expertos han hablado.

La normalización y el tratamiento como ejes fundamentales, se ajustan a un tema que ha sido todo un planteamiento de controversia para los profesionistas e incluso se ha mostrado ambiguo, tanto que no se tiene información que apunte a avances, me refiero a un

tema de controversia para el discurso científico: la locura o psicosis o esquizofrenia. Todos hemos oído hablar poco o mucho de la locura, ya sea en televisión, en revistas o por la voz de expertos; es un tema que para muchos les es irrelevante. Por otra parte, parte del imaginario social que se tiene, es pensar que son sujetos violentos y que por hablar solos, requieren ser encerrados y necesitan medicamentación para que dejen de estar *locos* –la supuesta cura a este “problema”-.

La locura ha sido una temática de estudio aparentemente exacerbado, pero que realmente no se ha llegado a una conclusión de ella o a una explicación profunda y desmenuzada. Algunos profesionales que se han interesado en su estudio, como médicos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y biólogos, incluso religioso, no han tenido algún progreso significativo para su *tratamiento*. Podría comenzar expresando lo que es salud mental para una de las grandes organizaciones internacionales e informes periodísticos que son la referencia sobre lo que se habla de los *trastornos mentales* y permiten dar cuenta del uso cotidiano que emplean las personas ante la información que se propaga; pero, me gustaría dar inicio con algunos casos de locura que se plasman en personajes literarios o incluso autores inmersos en ella.

Tenemos el caso de Edgar Allan Poe, quien fue catalogado por muchos de sus contemporáneos como una persona con locura, situación que lo alejaba de la sociedad y era excluido de la misma, brindándole un espacio reconfortante la escritura de sus magníficos textos, entre los muy conocidos se encuentran los crímenes de la Calle Morgue, el Cuervo o la Caída de la Casa Usher. Para algunos psicólogos, dirían que fue funcional, pero más allá de eso, se puede apreciar que dentro de su locura pudo realizar grandes narraciones, incluso es considerado el primer maestro del relato corto. Uno de los grandes filósofos que ha sumergido su pensamiento en nuestra época, es Nietzsche, quien elaboró grandes escritos filosóficos, pero que posteriormente quedó inmerso en la *locura*, eso no le quitó el reconocimiento de su brillantez. Asimismo, Sartre, quien fue considerado un *loco*, se le dió el estatuto de uno de los grandes pensadores contemporáneos en la filosofía.

Miguel de Cervantes nos plasma a través de una de sus grandes obras, la visión de un sujeto con locura, quien percibe, siente, piensa y actúa en la realidad desde otro panorama, quizás les sea muy conocido el famoso libro “Don Quijote de la Mancha”. Otro

ejemplo, lo vemos en Dostoyevski, al ser considerado por Nietzsche el psicólogo de su época, un colega más con quien se podía entender, nos permite colocarlo como otro literato que da brecha en “El idiota”, a un precursor de Don Quijote, ya que permite darnos cuenta de la concepción que se le tenía a los supuestos locos.

Bien, puedo proceder a la información pública de la OMS como de revistas que hablan de la *salud mental* y de los *trastornos* en nuestro país. Primeramente, la salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud “como un estado de *bienestar* en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Las cifras que manifiesta tal organización, devela que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen *trastornos mentales*, de éstos, la mitad se manifestaron antes de los 14 años. Entre las principales causas de discapacidad de los jóvenes se encuentran *los trastornos neuropsiquiátricos*. Las regiones del mundo con mayores porcentajes de población menor de 19 años, son las que disponen de menos recursos en salud mental, aunado a este problema, hay un psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. (OMS, 2013).

Esta organización expresa que los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades (tales como la infección por VIH, enfermedades cardiovasculares o diabetes). Argumenta, que existe la creencia de que no es posible el tratamiento de los mismos, o de que son personas difíciles quienes la padecen, son poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones, lo cual lleva a malos tratos, rechazo y aislamiento y la privatización de atención médica, como el poco apoyo por parte de los otros. Por último, menciona que se tienen que superar cinco obstáculos en la disponibilidad de servicios de salud mental:

“la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública... [tiene] consecuencias desde el punto de vista de la financiación; la actual organización de ... [estos] servicios; la falta de integración de la *salud mental* en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para [su] atención;... y la falta de iniciativa... [del sector salud]”. (OMS, 2013)

Por otra parte, el discurso de esta Organización influye en la información expuesta a los diversos países, tal suceso lo podemos apreciar en México. En un artículo de la Revista

“La Jornada”, escrito por Poy en el 2010, menciona que en América Latina hay 53 millones de niños y adolescentes que sufren alguna *enfermedad mental*: los más frecuentes se asocian a *trastornos* afectivos, de ansiedad y de conducta; aproximadamente el 75% se inician antes de los 24 años. Agrega que, en las grandes urbes cerca del 50% pueden desarrollar algún *mal psiquiátrico*, mientras que el 15% ya muestra algún tipo de sintomatología. Añade que, la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes, realizada a jóvenes del DF y de algunos municipios conurbados del Estado de México en 2005, reveló que 51.3 por ciento de los participantes presentaron elementos que favorecen el desarrollo de algún *trastorno mental*.

Siguiendo al mismo autor, expresa que los *trastornos* más frecuentes que se presentan, son estrés postraumático, *trastorno* de pánico, fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada y por separación; mientras que en los menos usuales está la depresión leve como mayor y el *trastorno* bipolar. Además, hay pocos *diagnósticos oportunos*, y los tratamientos tardan más de una década en recibir apoyo médico especializado; a la falta de acceso de servicios de salud se suman las condiciones de vulnerabilidad que propicia el entorno social y económico: una tercera parte han estado expuestos al consumo de sustancias ilícitas, el 22% asisten a escuelas de mucha o alguna inseguridad y delincuencia, el 14% presencié actos de violencia en su colonias o barrios.

Camacho en su artículo “*En México, los enfermos mentales padecen a diario el infierno: ONG*” (2010), expresa que miles de niños y adultos con *discapacidad mental* son reclusos de por vida en centros de internamiento donde sufren condiciones inhumanas y son sometidos a tratamientos médicos degradantes. Tal informe, fue elaborado por la Comisión Mexicana de Defensa y la Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH) y la Disability Rights International (DRI) en su visita a hospitales, orfanatos y albergues: encontraron “un patrón generalizado de serias violaciones a los derechos humanos de los que sufren alguna *discapacidad*”, ya que el olor a orina impregna todo y la falta de higiene como los materiales básicos de curación son constantes y se especula que algunos son víctimas de abusos sexuales o vendidos a traficantes. Incluso, las autoridades de dichos lugares admiten que los pacientes viven en un “hoyo negro”: no se sabe cómo ni cuándo llegaron, qué padecen o cuál es su nombre –una verdadera situación deplorable-.

Aunque, en el artículo “*Mejorarán atención a las personas con enfermedad mental*” escrito por Ramírez en Septiembre del 2014, menciona que por primera vez en 20 años las personas con *enfermedades mentales* que hay en la calle contarán con un presupuesto para su atención en cuatro albergues dependientes de la Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal, provenientes del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social que Miguel Ángel Mancera consiguió y que se emplearán a favor de la rehabilitación de los albergues.

La información publicada por la OMS y una de las grandes revistas en México “La Jornada”, nos reveló la visión de lo que son los trastornos mentales, algunos síntomas y los datos estadísticos en la población. Por ende, la pregunta a plantear es ¿qué relevancia tiene a nivel Psicológico? Primero, Macías (2013) refiere que es necesario destacar que la efectividad de las acciones desde el campo psicológico radica en la capacidad del sistema de atención que tiene para la población, lo cual ha llevado a la pérdida de la claridad y la precisión de los contornos entre problemas individuales y problemas sociales.

Además, el mismo autor, apunta que las instituciones de asistencia social trabajan en la ejecución de actividades en pro de personas que se consideran vulnerables o necesitadas, aunque el problema de tales iniciativas es que tienen sólo sentido para ellos, pero no preguntan al sujeto qué desea y suponen que lo que hacen es necesario para el usuario –le podríamos añadir la situación desfavorable que hay en los centros psiquiátricos, tal como lo menciona la Jornada-.

Bien, se reconoce a la enfermedad como una discapacidad y por ende, se busca su posible tratamiento, porque la práctica de asistencia al sujeto *psicótico (esquizofrénico)* lo coloca como objeto de atención. Gómez (2012) dice que al ser un tema de salud, ha tenido importancia para la sociedad actual al intervenir en el desarrollo adecuado del individuo en todos los ámbitos de su vida: familiar, laboral, escolar, social, etc. Asimismo, Saucedo (2013) refiere que la *esquizofrenia* es un padecimiento que puede iniciar a una edad temprana, ya que está documentado que a menor edad peor es el pronóstico, motivo por el que se pueda dar seguimiento de manera práctica, accesible y cuantificable el resultado de las intervenciones. Por último, el mismo autor expresa que es de suma importancia la

generación de información del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y el funcionamiento de estos enfermos.

Saucedo (2013) argumenta que la *esquizofrenia* se conceptualiza en el contexto de los síntomas *psicóticos* graves y a causa de los síntomas, se produce cierto deterioro del funcionamiento social, se aíslan y si hay interacción con los otros, hay dificultades para mantener conversaciones, expresar sus necesidades y sentimientos. Siguiendo al mismo autor, nos reporta lo siguiente de la población con esquizofrenia: dos tercios no pueden cumplir funciones básicas sociales (roles como padre); menos de un tercio trabajan de manera regular y de éstos, la mayoría son subempleados; un pequeño porcentaje se casan, aunque terminan en divorcio.

Por último, Saucedo (2013) agrega que, “la disfunción social es uno de los factores más importantes en la discapacidad asociada a la enfermedad y es una fuente de gran angustia para los pacientes y familiares”; por lo que, el propósito de la Psicología es el funcionamiento social, es decir, “la capacidad de una persona para funcionar en diferentes roles sociales y su desempeño social actual”.

En vista a lo ya expresado, el tema ha sido de mi interés desde hace algunos años, por aquellas contraposiciones expuestas por expertos en el tema, ya que dicen que es necesario medicarlos y otros dicen que no es necesario porque “afecta a su salud” y no piden el consentimiento de la persona, a lo que responden que es irrelevante porque no tienen “conciencia”.

Tales argumentos y algunas incógnitas como: ¿qué son los trastornos mentales?, ¿qué diferencia hay entre la locura, la psicosis y los trastornos mentales?, ¿cómo surge la reclusión?, ¿es necesario encerrarlos?, ¿los profesionales de la Salud, realmente velan por nuestro “bienestar”?, ¿qué es lo normal y no anormal?, ¿cómo se ha concebido a la locura?, ¿qué tratamientos hay respecto a la locura?, ¿por qué el psiquiatra es la voz de juez para el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia?, ¿qué justificación hay respecto a la reclusión?, ¿qué tanto grado de aparente inconsciencia tienen?, y principalmente la pregunta ¿qué visión tienen las personas que se colocan desde la locura?, son la base de mi

afecto en cuanto al conocimiento de la locura. Estas preguntas y otras más, se irán respondiendo a través de los tres capítulos que constituyen la presente investigación.

El tema me ha volcado profundamente, sobre todo por la variedad de explicaciones psicológicas que hay, sin llegar a un avance o a una colocación del sujeto diferente que les permita vivir lo que desean, porque han llevado al acto la imposición y no toman en cuenta el interés del sujeto. Por lo cual, la finalidad del trabajo es tratar de responder a la pregunta: ¿Cuáles son los principales discursos que tratan de explicar el fenómeno de la locura y/o psicosis?

Por otra parte, los objetivos de esta tesina son:

- 1.- Presentar los principales antecedentes históricos del discurso de la psicosis y/o la locura.
- 2.- Describir el proceso de diagnóstico de la psicosis.
- 3.- Caracterizar los principales modelos en el tratamiento de la locura y/o de manera reciente.

## 2. ANTECEDENTES.

Trujillo (2013) expresa que la esquizofrenia apunta como una enfermedad, pero la palabra va más allá de un simple diagnóstico al caracterizar a una persona, porque deja de ser persona o humano y permuta a ser sólo una enfermedad, es decir, no existe el enfermo solo la enfermedad y es ahí donde trabajan los profesionales de la Salud. Para tener idea de lo expresado por *enfermedad mental*, es de suma importancia conocer el momento histórico ¿Por qué? Porque así se puede conocer cómo se ha percibido la enfermedad, sus diversas manifestaciones, las transformaciones que ha tenido a través del tiempo, los conceptos que surgieron para dar cuenta de ello y los que se están empleando actualmente, el establecimiento de lo normal en correspondencia con lo patológico como regla, los límites que pueden ser rebasados siguiendo ciertos criterios, el acuerdo que se hace para el diagnóstico al estar basado en lo dicho y establecido por una comunidad *científica*, en fin todo un entramado de elementos que se han trabajado.

Trujillo (2013) argumenta que por otra parte, no han podido aclarar y fundamentar la etiología de la *esquizofrenia* los científicos –ésta es una búsqueda esencial que pretende dar cuenta de las causas que originan a este *trastorno* o a esta *enfermedad mental*-, por lo que las aportaciones que se han dado actualmente, son únicamente una aproximación y solo tendrán un valor significativo, a partir del supuesto o principio del que se trabaja; por ende, se tendrá que hacer un recorrido trascendental de la locura.

El mismo autor, expresa que la historia de esta *enfermedad* está vinculada a la historia de la psiquiatría, ya que ha pasado por varias etapas. Se pensaba inicialmente en las *enfermedades mentales* como aquel producto ocasionado por las fuerzas mágicas o divinas, por lo que los religiosos eran los jueces que podrían tratarlas. Posteriormente, los griegos y los romanos creían que eran producto de los humores del ser humano. En la época medieval, recurriendo a un análisis de Vásquez (2012) en la obra de Foucault *Los anormales, una genealogía de lo monstruoso*, menciona que el monstruo era lo *mixto*, es decir, aquella mezcla de formas o de lo defectuoso. Debido a esta concepción, es como se inicia la creación de manicomios -asilos anteriormente-, el acto de los azotes y los maltratos, dando pauta al encierro para estos humanos. (Trujillo, 2013).

De acuerdo a Castro (2004), en la edad media –aunque no sólo en ese tiempo, en otros periodos más e incluso en nuestros días- en las actividades humanas existen individuos que se escapan del orden y de las reglas, aunque, solo al *loco* se le considera como el marginal absoluto, por lo que es excluido de todas las regiones. ¿A partir de qué se le considera a un sujeto como loco? Se identifica la locura del individuo a partir de su incapacidad que muestra en su trabajo, desde su vagabundez y pérdida de tiempo legitimada en este periodo histórico, en repercusión a ello, lo lleva “hasta su encierro como masa improductiva [repugnante]...en la figura del internamiento durante la época clásica”. A través de la historia, se ha visto excluida el habla o la voz del loco, se rechaza –se sigue rechazando en la *comunidad científica*- su palabra; su palabra es apreciada como algo sin valor, una mera manifestación del error, que tiene como meta final, el llevarlo a la total perdición.

Siguiendo a Castro (2004), estas son violaciones, apresamientos y clausuras que son deslizadas en la cultura y que hacen del *loco* una existencia desobediente –se encuentra la sociedad, la época y las personas, entre otros; punto importante en el que puedo manifestar que lo conciben al loco así y no porque él se perciba de esa manera-; estos elementos represivos constituyen el drama que narra Foucault en *La Historia de la locura*. En tal obra, ilumina a la locura y al *loco*, incluso define el polo de la demarcación: la razón y el hombre racional, la norma y el individuo normalizado; este es un concepto que esclarece el sentido de negación y la defensa que se ha tenido y se tiene contra la locura.

Castro (2004) nos manifiesta que la locura es aquello rechazado por la época, por la cultura, la sociedad, etc., y no una realidad objetiva ni mítica. Argumenta que hacer su historia, requiere un momento a detenerse en el relato de los límites, de los “gestos oscuros, [y que son] olvidados una vez cumplidos, por lo cual una cultura rechaza algo que será para ella el Exterior”; esto significa narrar nuestra propia cultura, porque es un hecho de civilización. La ciencia se establece ante todos y todo, a partir de este gesto procedente del rechazo, de la separación entre razón y no-razón; por ende, la psiquiatría es el conocimiento-guardián que guía la historia de una división y que está fundamentada en la exclusión. Por lo que, agrega este autor, que la intención de Foucault al elaborar la historia de la locura, ha sido llevar a cabo el ejercicio de una *arqueología del silencio*, ya que se ha

visto expulsada la psicosis y su mudez se encuentra en la razón; además, no sólo trata de hacer una reelaboración histórica de la ciencia, sino un cuestionamiento de la cultura edificada sobre una razón nacida del silencio de la locura y proyectada en la negación de *lo Otro*.

La historia de la exclusión que configura un tipo de subjetividad, tiene tres momentos al seguir a Foucault: el ambulante de la locura en la libertad durante la época renacentista, su encierro en la época clásica y el nacimiento del manicomio. En el renacimiento es concebida como otra “forma relativa de razón” y hay una gran fascinación respecto de ella: tal ejemplo, lo apreciamos en las “naves de locos”, que eran embarcaciones del siglo XV que surcaron los mares como resultado de una política administrativa de las ciudades que expulsaban a la población demente. Existía una especie de tolerancia extraña ante la locura: la aceptaban en su errancia continua en el más allá de las paredes de la ciudad, en aquel misterio del bosque, en la inocencia de los valles o en el enigma de los océanos (Castro, 2004).

Prosigue el autor, diciéndonos que la nave de los locos era “un símbolo de la experiencia renacentista: eran enviados al mar, donde todas las rutas son posibles y la libertad se convertía en abismo, se dirigen al mundo del cual son, porque es un misterio el océano y la locura; asimismo, traen consigo los peligros del fin del mundo y la condena infernal. Aunque, durante este tiempo solo se queda atrapada en el discurso, a través de la especulación filosófica y moral”. Ante esto, Foucault (citado en Castro, 2004) nos revela que “la experiencia trágica y la reflexión moral de la locura indican su brecha principal; desde este momento, ocupa el lugar de una voz retirada y abandonada al silencio”.

Posteriormente, Descartes “encuentra la locura al lado del sueño y de todas las formas de error, pero no evita su peligro mediante un procedimiento similar al que le permite escapar de la posibilidad de que el sueño o el error produzcan un falso conocimiento” (citado en Castro, 2004), ¿qué nos quiere decir esta cita? se consideraba a la locura como un conocimiento erróneo, una falsa interpretación de la realidad como lo es el sueño al mostrarnos elementos que no tienen sentido alguno –aunque el psicoanálisis ha mostrado que el sueño tiene un sentido -; agrega que “el hombre puede ser un individuo loco, pero en ningún momento, el pensamiento no puede ser insensato e incapaz de

reconocer lo cierto”, por ende, destierra a la locura y fortifica a la razón –acompañada del pensamiento, pareciera ser que este es el vocero de la razón, pero ¿cuántos de nosotros no hemos actuado sin pensar en nuestros actos? Tenemos el caso de los asesinos que mataron en un instante con tanto coraje, sin tener razón alguna-. Este suceso, marca la época clásica como el instante de una exclusión, que posee todos los atributos de encadenamiento y se coloca una venda de *lo Otro*. La forma de discernir la locura coincide con la creación del hospital general en 1656, ya que desde su origen nunca tuvo una función estrictamente médica, pero se logra articular como una entidad administrativa con labores de acogimiento, hospedaje y alimento a una población heterogénea –no solo eran *locos*, incluso personas con enfermedades venéreas y en especial los leprosos- (*ibíd.*).

La innovación decisiva de la institución hospitalaria, iniciada por la invención estratégica política, fue: el internamiento. ¿Qué efectos trae esta estrategia? Durante la crisis económica de Europa durante el Siglo XVII, se crea una sensibilidad frente a la miseria y surge un nuevo concepto de asistencia social: la pobreza es primordial como materia a eliminar, se le extirpa a los hombres los lazos de la libre circulación social, los cuerpos son concebidos sin algún valor moral, son ociosos y muy peligrosos. El *loco* es descalificado hacia el hospital, es colocado como un error y un extravío, tanto así, que es necesario mejor tenerlo encerrado; para el discurso de la razón, es *lo Otro*, la *sinrazón* o el *afuera* silencioso. El encierro es la consecuencia al intenso miedo que se le tiene a la locura, la única razón del rechazo ante tal experiencia; el producto de este miedo, trae consigo la petición de convocar al médico para hacerse cargo de la institución del encierro y que tendrá como tarea, ser el guardián de los infames y el protector de los otros ante este peligro. La presencia del médico aquí, es el paso a “una distinción analítica entre la *sinrazón* y locura”, aquello que será el tema del siglo XIX: la *degeneración humana* (*ibíd.*).

De acuerdo a Foucault (2007), la definición planteada de Pinel en la protopráctica psiquiátrica, encuentra escenas y una batalla como acto terapéutico en la institución. Lo cual, lleva a la existencia de dos tipos de intervenciones: la práctica médica y el tratamiento moral que es definido y retomado por Haslam principalmente. Este último tratamiento, se formula entre 1810 y 1830, pasa a ser una escena de enfrentamiento que contrae dos aspectos: 1º la operación de desgaste, de las pruebas y es llevada a cabo por el vigilante; 2º

el uso de instrumentos, como “un semicírculo de hierro” en una lanza con la intención de dominar al *loco* cuando está fascinado por la soberbia del vigilante: una expresión de violencia astuta y repentina.

Aunque la escena anterior, no es la escena de curación, es parte de la misma pero va mucho más allá que eso: 1º la operación terapéutica para tener buenos resultados, no requiere que el médico tenga un discurso de verdad o de trabajo diagnóstico o nosográfico; 2º no se trata de aplicar una receta médica a un proceso patológico, sino que se trata del enfrentamiento existente entre la voluntad médica y la del enfermo; 3º esta confrontación es una relación de fuerza, que consiste en originar una relación suplente dentro del enfermo, es decir, generar en el *alienado* un conflicto entre la idea fija y el temor a ser castigado, lo cual nos remite a una victoria de una idea sobre otra y asimismo, denota una victoria de la voluntad del médico sobre la voluntad del enfermo; 4º relumbra la verdad del relato del *enfermo* respecto a su delirio, es decir, se da cuenta el loco de que está teniendo un delirio y que ese mismo no es una verdad; 5º la curación finaliza cuando se llega a esa verdad mediante la confesión (Foucault, 2007).

Nos sigue expresando este mismo autor, que esta escena es parte de la práctica llamada protopsiquiátrica o aquellas prácticas que eran ejercidas por el médico antes de que la psiquiatría tuviera el estatuto de *ciencia* para tratar a los *enfermos mentales*. La escena que se presenta hacia el *loco*, es una escena de martirio, que se desarrolla en los últimos años del siglo XVIII y principios del XIX, de aquí se tiene el antecedente de la estructura institucional del asilo psiquiátrico. De acuerdo a la ley inglesa de este tiempo, aquel que atentara la soberanía, arrojara piedras y porquería, tendría que ser ejecutado, ahorcado y descuartizado; asimismo, la disciplina encarnada en el paje va a derribar, desnudar, lavar, “hacer del cuerpo algo limpio y verdadero al mismo tiempo”, por eso se procedía a violentar al *loco* cuando era remitido al asilo, porque se encontraba sucio en su discurso y en su aspecto físico.

Los psiquiatras de aquellos días, imponían la creencia de tener un poder real, oponerse tajantemente a las pruebas, discrepar del conocimiento médico que existía; de igual manera, imponer su saber al médico y al mismo asilo -aunque, cosa curiosa, el cuestionar toda forma de saber es una manifestación de creerse rey, tal como lo hacen los

*locos*-. Por lo tanto, en la “escena protopsiquiátrica” se encuentra la ceremonia de soberanía: coronación, desposesión, sumisión, acatamiento, rendición, restauración, etc.; pero también, la serie de rituales del servicio que algunos imponen a los demás: dar órdenes, obedecer, observar, reglas, castigar, recompensar, responder, callarse”; asimismo, comienzan los procedimientos legales respecto al trato dado a los *locos*: proclamación de la ley, resguardar las infracciones, confesiones, comprobar falta, dictar sentencia, designar un castigo; y por último, inician las prácticas médicas: “acechar el momento en que ésta se produce, favorecer su desarrollo y su culminación, hacer que las fuerzas de la salud se impongan a las otras”, es decir, se estará al pendiente del surgimiento de la locura en las personas para llevar a cabo el tratamiento correspondiente y además imponer esa perspectiva a los otros y a los principios legales (Foucault, 2007).

Foucault (2007) al recurrir al texto de Pinel, nos trae al frente una cita interesante, que trata de una escena ocurrida en Inglaterra en 1788, cuando los reyes perdían la cabeza y se presenta aquí la práctica psiquiátrica como una manipulación legalizada. El monarca de este evento, fue Jorge III que cae repentinamente en la *manía* –se creía que era un tipo de locura de aquellos días-, quien es encerrado en una cámara de colchones y es absuelto de su cargo como rey. El análisis que elabora Foucault, nos devela que hay una ceremonia de destitución, en la que se pone al rey bajo dependencia, ¿a que será dependiente y por qué? Debido a que su estatuto de realeza se desvanece a causa de su locura y es el médico el único operador de este descoronamiento, e incluso le expresa explícitamente que “ya no es soberano” –porque regía el poder absoluto ante los demás y era a él, a quien se le debía total devoción y quien podía dar ciertos privilegios en comparación con los demás-, por lo cual, se le reducía a la impotencia y será dependiente del médico como de la institución que lo atiende: el asilo.

Nos continúa mencionando Foucault (*ibid.*) que los colchones que están alrededor, aíslan al rey del mundo externo, le impiden escuchar, ver y comunicar sus órdenes, queda mermado a su cuerpo ese poder que ejercía. Este monarca, cae bajo un poder distinto de la soberanía, a diferencia del rey Lear que su locura lo llevó a errar a través del mundo, ahora es un poder anónimo, sin rostro o sin nombre, que es repartido entre diversas personas y que está plasmado por un *reglamento* no formulado y no dicho, llamado por Foucault

“poder de la disciplina”. ¿Qué consecuencias trae consigo este nuevo poder sobre el soberano? El “poder de la soberanía es reemplazado por un poder... de disciplina y cuyo efecto... recae únicamente en su blanco, sobre el cuerpo y la persona misma del rey descoronado, al que ese nuevo poder debe... (transformarlo en alguien) dócil y sumiso”. Por último, añade el mismo autor que los agentes que llevaban a cabo tal poder en este caso, eran dos antiguos criados del mismo rey, con un aspecto hercúleo e imponentes ante el monarca, para poder desarrollar la actitud de docilidad que se pretendía forjar. ¿Entonces qué diferencia hay entre el poder soberano y el disciplinario? Se manifiesta el poder soberano mediante los símbolos de la fuerza fulgurante de un solo individuo que lo tiene, en comparación al disciplinario, que parece ser un poder discreto y es repartido en una red estructurada y visible en la actitud de docilidad sobre los que se ejerce tal poder.

Se ha hablado sobre la escena terapéutica y los tipos de poder que plantea Foucault, pero ¿cuáles han sido algunos detonantes de la locura? Castro (2004) menciona que en la segunda mitad del siglo XVIII, los detonantes de la locura fueron: la libertad; el exceso de religión, que tenía un gran rigor moral y la imposición de la inquietud de la salvación; o incluso, la civilización misma que trae consigo una cierta agitación que se va produciendo en la persona. La producción de locura lleva al discurso médico a mostrarse *humanista* sobre las condiciones necesarias para el internamiento; así, se proclama la separación de los locos y los criminales porque el argumento dado es que no crimen y locura son diferentes, esta última es una *enfermedad*; además, surge la justificación de un espacio único que permita encerrar a los *enfermos*, ya que es ligada a un castigo condenatorio.

Ante tal circunstancia, se producen tres movimientos: 1) la locura se posesiona del internamiento, mientras este último se despoja de sus otras formas de utilidad –atención a los leprosos y enfermedades venéreas-; 2) emerge la idea del trato especial que merecen y requieren; 3) al hacerse oficial el internamiento de los *locos*, se comienza a vislumbrar un hospital para ellos, es decir, un espacio donde puedan ser excluidos de la Sociedad. Tales inquietudes llevan a abordar la locura desde una doble necesidad, la asistencia piadosa y el encierro del peligro; tal bifurcación, da auge a la nueva forma de internamiento que une al médico y al policía: “el asilo, verdadero hito en la historia de la exclusión de la locura”, además, se le adjudica un valor terapéutico por primera vez a este internamiento y se

convierte en una estructura que posee la cura. Asimismo, la locura se somete ante la observación constante, deja de ser sierva de la *sinrazón* para permutar a ser objeto de la razón todopoderosa. El trabajo realizado en el asilo, tiene como finalidad servir como tratamiento moral: limitar la libertad, generar responsabilidad y sumirse en el orden; se busca que reconozca su culpabilidad, que perciba su anormalidad -tales actos son parte de la degradación humana-; todo se organiza para que el loco se reconozca en un mundo judicial, por lo que al saberse y sentirse vigilado, juzgado y condenado, lo lleva a interiorizar una instancia judicial que se vincula al remordimiento (Castro, 2004).

Para tener tal valor terapéutico el asilo, conviene preguntar ¿Cómo se convierte en realidad la enfermedad? Los Bassaglia (1987) permiten responder, al expresar que la naturaleza o la verdadera enfermedad, sus características esenciales, su desarrollo específico, se convierten en realidad por el efecto de la hospitalización, es decir, la institución hace que sea real la enfermedad, una mera manifestación de ilusión. Prosiguen, mencionando que en el Siglo XVIII el asilo, era concebido como un lugar de observación y de demostración, de purificación y prueba, que produjera e hiciera aparecer realmente a la enfermedad. Añaden que, al determinar el agente del mal en la enfermedad, que parte desde la biología pasteuriana, da pauta a convertir el hospital en un lugar de observación, de diagnóstico, de identificación clínica y experimental, también de una intervención inmediata, de contraataque desencadenado contra la invasión microbiana, es decir, se transforma en un laboratorio que pretende experimentar y hacer una y otra vez para comprobar, obtener datos y desarrollar tratamientos. Como efecto, Pasteur permitió que el médico no debía ser el productor de la enfermedad “en su verdad”, sino que él habido sido su propagador y reproductor; por lo cual, le quita al médico su estatuto en la iniciación ritual y en la enfermedad, una gran herida narcisista hacia ellos.

Es así, como el asilo se convierte en la estructura que recluye locos, pero ¿qué antecedente existe como asilo? La institución anterior al asilo como instancia de poder se presenta en el texto de Fodéré, el *Traité du délire*, que data de 1817, precedente de la prehistoria del siglo XIX, es decir, no es que exista una institución como tal sino que hay tratados que son el fundamento para el origen del asilo y sobre el trato que tendrían que tener los internos. Este da pauta, a la aparición del gran texto de Esquirol en 1818, aquel

momento de la inserción del saber psiquiátrico en el campo médico y autonomía como especialidad, donde se expresa lo siguiente: “es indispensable...frente a los locos, para imponérseles...[tener] ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud... una voz fuerte y expresiva”, más adelante, nos menciona: “El espíritu... es el regulador del cuerpo; pero no se lo advierte de inmediato y requiere las formas exteriores para arrastrar a la multitud”, lo que nos permite comprender la actitud déspota del médico hacia el *enfermo* y el posible inicio de la propagación del saber médico en el campo de las *enfermedades mentales*. Además, el médico permite la relación psiquiátrica desde la primera mirada, ya que al actuar como cláusula de asimetría del poder en la institución (asilo) toma su forma y su figura en el cuerpo médico, es decir, logra cierto estatuto científico en este nuevo campo. Pero, ese poder no es el único que se ejerce y se lleva a cabo, tal poder no pertenece a una persona o a un grupo, “sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencia de potencial, desfases, etc. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencia” (Foucault, 2007).

Por otra parte, en el mismo Siglo, la ley de 1838 expone la reclusión asilar, en una forma jurídica de reclusión psiquiátrica y que es interpretada por Foucault (2007) como una ruptura y desposesión de los derechos de la familia referidos al *loco*. Anteriormente, la posesión del *loco* y su estatus, se daba por el elemento jurídico “interdicción”: aquel procedimiento solicitado por la familia, llevado a cabo por una medida de orden judicial y que transfería los derechos civiles del individuo a un consejo de familia. En comparación a la época clásica, la reclusión podía ser el resultado de este proceso, o podía efectuarse independiente de éste; pero a final de cuentas, era una reclusión obtenida por la familia que solicitaba la intervención policial o incluso, una decisión tomada por el poder real, porque “en vez de ponerlo en manos de justicia, era mejor encerrarlo”. En efecto, la toma de posesión del *loco* era la interdicción, un episodio del derecho familiar confirmado por el proceso judicial; además, se coloca a la reclusión por encima de la interdicción y se suma como complemento judicial a posteriori, solo cuando sea necesario o cuando los derechos civiles del individuo estén en peligro o se comprometa la situación familiar (Foucault, 2007).

Esa misma ley de 1838, da pauta a que la autoridad prefectorial, amparada por el poder médico, tiene la última palabra en la reclusión de una persona. Se llega al hospital con un diagnóstico de *loco* cuando alguien realiza una prueba pericial, a petición de la autoridad civil y prefectorial; de esta manera, ya no tiene un estatus la familia para la reclusión. Ahora el diagnóstico es logrado en el campo médico estatal (poder técnico estatal) que es constituido por el acoplamiento del saber científico, del poder psiquiátrico, jurídico y administrativo. De manera que, el *loco* surge como contrincante social, dejará de poner en peligro los derechos, riquezas y privilegios de la familia, teniendo como permutación la anulación del poder familiar por el poder científico estatal, es ahora el poder del Estado quien se encargará de aislar; mientras que, la disciplina psiquiátrica hasta el siglo XX tendrá solo la regla de saber técnico y expresa este saber, que jamás podrá darse la cura de un *alienado* dentro de la familia por lo que es conveniente llevarlo al espacio de purificación (asilo). Por lo que, cualquier contacto con la familia es preferible evitar, porque puede ser peligroso para la cura (Foucault, 2007).

He expresado la situación de la reclusión, aunque ¿cuál es su base para poder recluir? Parece tan tajante la respuesta y un poco simple: la norma. Este concepto ha sido el fundamento del proceso de reclusión, ya que si está dentro de un rango de la población es sano o normal, pero si no lo está, es un anormal o está enfermo; en el siguiente capítulo veremos las consecuencias que ha traído este concepto. Como antecedente de ello, se aprecia que en el Siglo XVIII como menciona Vásquez (2012), al dar cuenta del concepto de anormal desarrollado por Foucault, la monstruosidad era solamente una irregularidad y una desviación. Por eso, este argumento lo retomó la psiquiatría para poder existir como un cierto saber, llevándola a efectuar dos codificaciones simultáneas: 1) modificó la locura como enfermedad; buscó patologizar los desórdenes, los errores, las ilusiones de la locura; pretende hacer un análisis (sintomatología, nosografía, pronósticos, etc.) que se aproxime lo más posible a una rama de la higiene pública e incluso, tener en cuenta la precaución que estaba encargada de asegurar el saber médico y por último, que permitiera el funcionamiento de ese sistema de protección; 2) colocar a la locura en estatuto de peligro, portadora de riesgos y así, la psiquiatría podría fungir como saber de la *enfermedad mental* que tenga cierta función en la higiene pública. Se puede apreciar que el tratado *De lla pazzia* de Vincenzo Chiarugi, el semejante a la locura en español, lo utilizó la psiquiatría,

pese a que en Italia existía el de *alienación mental*: establecía que la locura seguía una evolución de la *melancolía* a la *manía* y de ésta a la *demencia* (De la Portilla, 2010).

Ahora, ¿qué consecuencias han traído estas modificaciones de la locura? El principio de defensa empleado por la sociedad, encuentra un mecanismo más eficiente que el castigo, para sus propósitos: el control de los individuos que parte de la noción de individuo peligroso. El individuo al ser tomado por la sociedad mediante sus virtualidades de comportamiento y no la razón de sus actos, le permite a la tecnología política entrar al campo de lo que pueden hacer los individuos, sus posibilidades y capacidades, para someterlos a vigilancia y corrección. Así, en el Siglo XVIII y XIX la práctica judicial del examen es el espacio determinante de la producción de verdad. Es decir, el examen será una táctica rentable que articula un saber de vigilancia estructurado en la norma, de lo que es normal o no lo es, de lo correcto o incorrecto, de lo que se debe o no hacer; tal supervisión, es exhaustiva de la *individualidad peligrosa*, fijando a los individuos en el poder-saber, tal es el sustento del sistema de producción y normalización (Castro, 2004).

En el Siglo XIX, Esquirol (citado en Basaglia & Basaglia, 1987) expresa lo siguiente:

... el problema del aislamiento se relaciona con los intereses más caros del hombre considerado como enfermo, como miembro de la familia y de la sociedad. Aquí resalta la gravedad de una enfermedad que expone a quien la padece a ser privado de los objetos de sus más queridos afectos... contrariado en sus deseos, en el ejercicio de sus derechos civiles y de su libertad.

Para él, tal acto es una medida terapéutica basada en la necesidad médica de frenar el delirio del enfermo mental, pese a saber que aislamiento quiere decir secuestro. La existencia de una medicina mental con todos sus efectos, de los cuales algunos pueden ser positivos, es el producto de una situación social general. Por lo cual, el psicoanálisis ha tratado de desvincularse de referencias del modelo asistencial, que guía su “tratamiento” analítico con la voluntad de escuchar el discurso del otro, de “liberarlo”, que parece poner en tela de juicio el mandato social de administración, de control y normalización (Basaglia & Basaglia, 1987).

Es así como comienzan las primeras descripciones científicas. De la Portilla (2010) expresa que en el siglo XIX, la consolidación de la idea de la psicosis única tuvo su piedra

fundamental en la obra de W. Griesinger, llamada *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, el libro de psiquiatría más importante de la época. El mismo autor refiere que Heinrich Neumann es considerado el padre de la psicosis única, al considerarla como la única forma de alteración psíquica en su tratado de 1859, *Lehrbuch der Psychiatrie*. Agrega que, a mediados de éste siglo, se seguía el paradigma de la unidad absoluta de la *alineación mental* y la obra de J.P. Fabret, abrió el paso a considerar las enfermedades mentales en plural.

Estas descripciones, forman parte de lo que la psiquiatría procuró: la detección del peligro que trae consigo la locura, ya sea moderada, inofensiva o apenas perceptible. El instinto, será el vector del problema de la *anomalía* y el operador mediante el que la *monstruosidad* como la locura patológica, encuentren su principio de coordinación o su eje. En consecuencia a ello, hay un bloqueo de dos tipos: en la tecnología eugénica -la mejoría de rasgos hereditarios-, en la purificación de la raza y en la corrección del sistema instintivo de los hombres mediante la depuración racial; y en vista de este panorama detenido, da inicio a la reactivación de la psiquiatría, referida a la tecnología de corrección y normalización de los instintos, que es el psicoanálisis. (Vásquez, 2012).

Otros descripciones han sido ubicadas por Morel en 1860 (citado en Trujillo, 2013), al usar por primera vez el término *dementia praecox*. Pensaba que el trastorno era producto de la herencia en conjunto con una desorganización de la personalidad. En su obra, caracteriza la enfermedad en etapas: *melancolía*, *manía*, *estupor*, confusión y demencia al final. Por otra parte, en 1896 Kraepellin reunió *síndromes mentales* variados, a los que catalogó como manifestaciones de una entidad nosológica, a la que llamó *demencia precox*, la cual era una enfermedad degenerativa del cerebro o de un trastorno metabólico (Trujillo, 2013). Es importante destacar que a mediados de éste siglo, la Psiquiatría desempeña otro contenido: *la de degeneración*, porque de esa manera se determina el aislamiento, el recorrer y el recortar una zona de peligro social y darle un status de enfermedad y patología a la locura. (Vásquez, 2012).

En el siglo XX, Adolf Meyer fue uno de los primeros en intentar hacer notar que la *esquizofrenia* es la interacción entre la personalidad y el ambiente, un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades, como resultante de complicaciones en la adaptación

y la acumulación de hábitos defectuosos. Minkowski prefirió llamarla *racionalismo mórbido*, porque llevaba a los pacientes a excluir de su psiquismo lo irracional, los cambios, lo progresivo y lo que constituye la riqueza como la movilidad de la vida. (Vásquez, 2012).

Por otra parte, Bartolomé Llopis (mencionado en De la Portilla, 2010) a partir de sus observaciones sobre patología mental en 1940 y 1950, elaboró su teoría sobre el síndrome axil común a todas las *psicosis*, sigue siendo un ejemplar de ciencia *psicopatológica*. Kurt Schneider se enfocó en 1946, al pronóstico de la enfermedad como la descripción de algunos síntomas positivos, términos que se siguen empleando para describir la enfermedad. Esta aportación fue el tercer pilar actual del concepto de *esquizofrenia*, mientras que el deterioro kraepeliniano y a la desorganización bleuleriana (trastornos del yo) son los otros ejes centrales. Estos criterios dominan el pensamiento de E.U.A., país que ha influido en los diversos ámbitos de propagación científica en todo el mundo, por ello, los intentos de la psiquiatría se dirigieron a dos objetivos: encontrar la causa orgánica y crear categorías diagnósticas adecuadas (Trujillo, 2013). Flor Henry en 1969 (De la Portilla, 2010), diferencia el cuadro *esquizofrénico* y *maniaco depresivo* de los *psicóticos* desde una base neurológica: en el primer grupo, la mayor incidencia de focos epilépticos ocurre en el hemisferio dominante; mientras que, en el segundo se localiza en el hemisferio no dominante.

Bleuler al reconocer que se habla de un solo *trastorno* o de *psicosis mixtas*, introduce la expresión *esquizofrenia* debido a conveniencias prácticas, porque no en todos los casos comenzaba a edad temprana ni finalizaba siempre en la demencia. Este término, significa una división en la asociación de ideas o una retirada de la realidad y la vida social, etc. Consideró los *trastornos* como grupos de *síndromes* y no como una entidad nosológica; además, distinguió dos grupos de síntomas: los fundamentales (alteraciones en memoria, atención, asociación, emoción de realidad y de voluntad, ambivalencia afectiva) y accesorios (ilusiones sensoriales, estupor, negativismo, amaneramientos, auto mutismos, confusión, actos impulsivos, ideas delirantes, catalepsia). Asimismo, le dio importancia a los procesos mentales e inconscientes, ya que “resaltaba la desorganización a la que

conllevara en general la enfermedad, que posteriormente se incluye como un subtipo de la *esquizofrenia*” (Trujillo, 2013).

En este mismo siglo, la reclusión coincide con el momento en que la locura es concebida como un *trastorno* en el modo de comportarse, de experimentar las pasiones, de tomar decisiones, y de ser libre. A lo que Esquirol (citado en Basaglia & Basaglia, 1987) expresa:

Hay enajenados cuyo delirio apenas es visible; pero no hay absolutamente ninguno en que las pasiones, los sentimientos morales no estén desordenados, pervertidos o anonadados... La disminución del delirio es un signo cierto de curación sólo cuando los enajenados retornan a sus sentimientos primitivos

El médico de asilo solo puede decir la verdad de la enfermedad en virtud del conocimiento que tiene de ella, puede realizar la enfermedad en su verdad y someterla a su realidad, en función del poder que su voluntad ejerce sobre el enfermo; además, se vale de técnicas o procedimientos para ser el “amo de la locura”: aquel que la hace aparecer en su verdad, la domina, la calma y la reabsorbe. Es en ésta época, cuando el poder médico encuentra sus garantías y justificaciones en los privilegios del conocimiento, es decir, se vuelve un médico competente, conocedor de enfermedades y del enfermo, quizá sea la razón que permite comprender su persistencia durante años (Basaglia & Basaglia, 1987).

Se puede encontrar que el conjunto de la psiquiatría moderna está en el fondo, atravesado por la antipsiquiatría, y hace referencia el término a todo aquello que pone en discusión el papel que tiene el psiquiatra: encargado de producir la verdad de la enfermedad en el espacio del hospital. Ha existido por tanto, un proceso histórico: el movimiento de “despsiquiatrización”, que aparece después de Charcot y trata no tanto de anular el poder del médico o desplazarlo en nombre de un saber exacto o darle otra aplicación, sino despsiquiatrizar la *medicina mental* para restablecer en su eficacia un poder médico, que la imprudencia de Charcot arrastró a una producción abusiva de *enfermedades* ficticias. Una primera forma empieza con Babinski, que produce teatralmente la verdad de la enfermedad, reducirla a su estricta realidad: signos necesarios y suficientes para ser diagnosticada como *enfermedad mental* y el uso de técnicas indispensables para que estas manifestaciones desaparezcan. Otra forma, es hacer lo más intensa posible la producción de la locura en su

verdad, invirtiendo la relación de poder entre médico y enfermo, pero conservando su control. Esto último, se pone en juego en la antipsiquiatría y no es el valor de verdad de la psiquiatría en términos de conocimiento (Basaglia & Basaglia, 1987).

En la antipsiquiatría está la lucha con, en y contra la institución e institucionalización. Cuando se instituyeron las grandes estructuras manicomiales, se justificaron por una armonía entre las exigencias del orden social y las necesidades terapéuticas. Esquirol justifica cinco razones para el aislamiento de los locos: 1) garantizar la seguridad personal y familiar; 2) librarlos de influencias externas; 3) vencer sus propias resistencias; 4) someterlos a un régimen médico; 5) e imponerles nuevas costumbres intelectuales y morales. Se puede apreciar una cuestión de poder ejercida hacia el *loco*, lo cual es, neutralizar los poderes externos que lo influye (*ibíd.*)

Ahora bien, se pueden encuadrar los aspectos de la antipsiquiatría según su estrategia en las confrontaciones con estas relaciones de poder institucional: 1) evitarlas mediante un contrato bilateral y libremente admitido por ambas partes (como Szasz); 2) preparar un lugar privilegiado en donde deben ser suspendidas o perseguidas siempre que vengan a reconstituirse (como Kingsley Hall); 3) individualizarlas una a una y destruirlas progresivamente en el interior de una institución de tipo clásico (Cooper); 4) volverlas a poner en contacto con las otras relaciones de poder que habían contribuido en el exterior del hospital, en la determinación de la segregación de un individuo como *enfermo mental* (Gorizia). La crítica antipsiquiátrica, manifiesta que se corre el riesgo de ser olvidado a nivel teórico, la especificidad de la situación social proporcionada al enfermo, es decir, se le trata en forma especializada, de modo que se impone de rebote comportamientos igualmente específicos frente a él (*ibíd.*).

Así, los pilares ya mencionados, influyeron en los pioneros de la descripción de criterios de diagnóstico, como fue la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1918 se da a conocer un listado de 22 padecimientos por parte del APA. El intento por una clasificación clara y objetiva sigue vigente, por ello se centraron en la reestructuración de los instrumentos. En 1968 el DSM-II sustituye el término *reacción* por *neurosis*, influenciado por el psicoanálisis. Strauss en 1975, expuso dos tipos diferentes: los que presentaban sintomatología positiva (ideas

delirantes y alucinaciones) y los de sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, abulia, etc.). Cinco años más tarde, aparece el DSM-II, con un sistema multiaxial (una evaluación en varios ejes), que retorna al énfasis de Kraepelín sobre la presencia de síntomas específicos (De la Portilla, 2010).

Asimismo, en 1953 se comprueba la efectividad del primer antipsicótico (clorpromazina), en el tratamiento de las ideas delirantes, alucinaciones y el pensamiento desorganizado de las psicosis. Tras el uso clínico en pacientes con *trastorno esquizofrénico*, da pauta a la aparición de otros antipsicóticos y a los de segunda generación, que han permitido sufrir en menor medida los efectos secundarios, como la disminución de la gravedad en las crisis psicóticas. Sin embargo, no se han dado grandes avances en lo que concierne a la etiología de la esquizofrenia pese a la introducción de los neurolépticos, las técnicas de neuro-imagen y a los estudios genéticos (De la Portilla, 2010).

Hasta aquí, se puede mencionar que el Manual elaborado por el APA, teniendo en cuenta siempre la medicamentación como control de los episodios *psicóticos*, lo trabajaremos en el siguiente capítulo para dar cuenta de los efectos que tiene en el sujeto, en los dispositivos y los argumentos dados, o mejor dicho los tipos de discurso, para el mantenimiento del orden.

### 3. DIAGNÓSTICO.

Bien, podemos continuar con el aspecto fundamental del diagnóstico, es decir, el objetivo que pretende alcanzar: la solución eficaz de los problemas sociales que hay. Estas soluciones, se fundamentan en un pilar, aquel debate que ha sido retomado por diversos autores, como Lacan, Foucault, Canguilhem, Levinas, Braunstein, los Bassaglia y Goffman, este debate es lo que se ha entendido como ética de la ciencia.

Cabe preguntarnos, ¿qué es la ética?, ¿qué propósito persigue la ética?, ¿la finalidad de la ética realmente es el bienestar del ser humano?, ante estas cuestiones, se retomará posteriormente, el mayor ejemplo de la Ética del positivismo en la Salud, el conocido DSM IV, que plasma los diversos trastornos que hay como sus características.

Comenzaré por mencionar que la Ética actual, está regida por la ética aristotélica, donde se pretende ver por la “necesidad” del otro, pero lo que realmente ocurre es la anulación del Otro, se pretende que el conocimiento regrese siempre a uno mismo, el otro no importa, tal situación la podemos ver en un ejemplo: cuando el psiquiatra da algún tratamiento a un alienado, desea que el sujeto se cure, esa cura regresa al psiquiatra en conocimiento y sabiduría, reafirma aquello que está dicho y si en dado caso no ocurriese, busca otros tratamientos que ya se han empleado para cumplir ese destino de la cura, sin acaso preguntarle al otro ¿Qué es lo que tú quieres? Pregunta clave en este ejemplo, porque a ese me refiero cuando expreso que se anula al Otro (Levinas, 1998). Veo que es oportuno preguntarnos ¿El dispositivo psiquiátrico obedece a la voluntad del psiquiatra o es una necesidad ese dispositivo, sin considerar lo que el otro desea? Incógnito que responderemos más adelante al hablar de los dispositivos.

La Ética vemos que busca una aparente necesidad para el otro, pero es muy diferente a ver por el otro. Tal idea ha sido elaborada por Levinas y Lacan, desde otra perspectiva cada uno, sin embargo, ellos comparten este punto central: ver por el otro. Levinas (1998) plantea el ir más allá de lo ya dicho y de lo ya elaborado, ir más allá de mi tiempo y de mi espacio, trascender el conocimiento y el apoyo por el otro, ver por un cambio de las futuras generaciones. Porque lo que se hace, ese seguir lo convencional para estar “sanos, beneficiados y ser sujetos normales”, pero si no lo hacemos, somos

“alienados, nos perjudicamos, somos rebeldes” y no podríamos cuidar de nosotros mismos, afectamos al equilibrio que hay en el sistema, ante ello hay represalias contra los sujetos, porque así como al esclavo en la ley hebrea se le perforaba la oreja cuando se rehusaba a estar en libertad –expresión de mutilación-, se les asigna una categoría en el diagnóstico, esto es una manifestación de amputación a su libertad y a su subjetividad, en palabras de este autor, “la mutilación es una huella, porque marca un exceso”. Ese exceso es muy retomado en el sistema social, político, psicológico, pedagógico, psiquiátrico, neurológico y genético, porque no pueden existir estas demasías, son “un problema para nosotros mismos” y para los otros. Estos tipos de sistemas, o mejor dicho, dispositivos –Foucault, Lacan, Bassaglia y Canguilhem hacen crítica respecto de alguno de ellos-, ¿por qué se les mutila a aquellos que salen de la normalización?, ¿estos dispositivos qué es lo que defienden: una aparente necesidad o velar por el otro? Estas preguntas las iremos respondiendo con la elaboración de esta crítica.

He mencionado a Levinas en cuanto ver por el otro, ahora retomaré a Lacan, quien elabora toda una argumentación del tema de Ética. Bien, este autor en su texto “La Ética del Psicoanálisis”, refiere a la necesidad de ir más allá de lo ya dicho, porque no podemos saber ¿qué es el bien y qué es el mal?, ya que en el Inconsciente se manifiesta lo monstruoso que es el ser humano, tratando de seguir sus deseos, debido a las normas, leyes y mandamientos, se le mantiene en un retorno de disputa entre lo que desea y lo que “debe hacer”. La ética para Lacan, si se me permite, es cómo colocar al sujeto ante su deseo en el dispositivo analítico, porque lo que pretenden es ver al otro y no centrarse en el “deber”, ese eje del que actúa la “necesidad” de la Ética positivista (Lacan, 1990).

De acuerdo a Lacan (1990), el único concepto posible de moral o ética es el de Kant. Este autor expresa: "Haz de modo tal que la máxima de tu acción pueda ser considerada como una máxima universal". Es decir, el eje de la ética de Kant: "Actúa de manera tal que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre como principio de una legislación que sea para todos", que se plasma en las leyes de una naturaleza y no en ley social, se puede apreciar que la intención de la acción es muy diferente. Esta buena voluntad "se plantea como exclusiva de toda acción benéfica" (Lacan, 1990).

He expuesto en breve, el concepto de ética que podría ayudarnos a romper con lo convencional, con lo ya dicho y hecho; aunque, el Manual elaborado y empleado por expertos en los trastornos mentales, siguen actuando con lo dicho y hecho. De esta manera, procederemos con la exposición de algunos puntos interesantes del DSM IV en cuanto a su diagnóstico y delimitación de los trastornos, elementos que son parte de la “necesidad” de una normalización.

Primeramente, me gustaría comenzar con uno de los más grandes ponentes del positivismo en la Psicología, Skinner, quien plantea la conducta operante, los programas de reforzamiento y quien le da un gran estatuto a la Psicología como ciencia científica. Prieto (1991) aborda de manera breve y crítica, la aplicación de la Psicología en la formación de una sociedad ética, esa Psicología respaldada por el cientificismo, la llamada Ingeniería de la Conducta por Skinner. Nos plasma la metodología, el fundamento y método de la Psicología Conductual, pero llevada a cabo en la formación de sujetos sin deseos, siguiendo leyes y normas, formando hábitos de respeto al otro, esa sociedad imaginaria que aparentemente es lo mejor para todos.

Es oportuno preguntarse ¿existe felicidad en tal sociedad? Deteniéndonos en el planteamiento de Skinner, se puede apreciar que esa felicidad es una falacia, la felicidad le es anulada a los sujetos de esta sociedad y solo brinda la creación sujetos autómatas, que solo siguen órdenes e indicaciones, sin pensar siquiera en la felicidad del otro, porque sólo se impone y se enseña, jamás se fomenta una conciencia crítica de los actos, un mero acto de dictadura en su máxima expresión. Si se me permite, podría llevarnos este planteamiento a la incógnita ¿qué es la libertad?, ¿qué es la independencia y la autonomía? Temas que algunos teóricos sociales como Bauman, podrían ayudarnos a entrar en temas como éstos, aunque sería interesante entrar a este campo, por razones del objetivo principal del trabajo, me limitaré a mencionar que sería una gran brecha de investigación.

Esta sociedad utópica de Skinner, es el imaginario que se tiene de cómo lograr una gran sociedad, libre de problemas sociales y que rige por el *bien* de todos. Hago mención de esto, para retomar el DSM IV, quien busca ese bien por los demás como esta utopía, ya que es un Manual elaborado por especialistas en el área de la Salud, que solo actúan mediante la

normalización y estándares científicos, sin plantearse lo que Canguilhem mencionaba, fomentar una conciencia de lo que realmente hace el científico.

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en inglés o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en español, se nos muestran los diversos trastornos que pueden existir en las personas, que incluso está generalizado para toda la población, cosa interesante, los Bassaglia expresaban el auge de un crimen cuando se trata de normalizar y estandarizar a todos los sujetos sin tomar en cuenta las particularidades de los sujetos para el tratamiento de algún problema que tenía el sujeto, catalogado como problema por el propio sujeto y no porque existiese alguien que ejerce el poder y lo impone para expresar que eso es un problema.

En el DSM IV hay tipos de trastornos que a su vez se dividen en subtipos, los cuales se identifican a partir de ciertas características *específicas*, lo planteo en cursivas debido al inconveniente encontrado al revisar este manual, ya que esa especificación es a veces vaga y muy confusa, no se puede tener la certeza de que las características se cumplen en todos los sujetos, por ejemplo, en los sujetos con esquizofrenia.

A los sujetos con el trastorno esquizofrénico se les hace una valoración psiquiátrica para saber si cumple con esos criterios, de esa manera se procede a etiquetarlo, pero este Manual plantea que se le da un temporal, antes de dar por hecho que tiene un diagnóstico principal; cosa curiosa, el mismo tratado nos confunde cuando expresa que pueden durar tiempo con ese diagnóstico temporal, aquí el término “temporal” tiene un uso inconveniente, porque ni ellos mismos pueden detectar un diagnóstico certero, ya que solo lo debe de tener por un tiempo, pero realmente les puede llevar años. Es posible preguntar ¿si es un Manual muy bien estructurado y elaborado por la ciencia y expertos de la misma, por qué tiene tantas confusiones en su diagnóstico? Lo planteo, porque su pilar es el Positivismo, aquella filosofía que guía a las ciencias exactas de la Naturaleza, donde no pueden existir confusiones, ni divagaciones, todo tiene que estar comprobado y corroborado.

No sólo encontramos la complicación de los diagnósticos, en el mismo DSM IV, también hay confusión respecto a los síntomas que tienen los pacientes, se encontrarán

perdidos los especialistas en detectar un diagnóstico provisional debido a que hay síntomas que se presentan después de un cierto tiempo o que incluso aparecen y desaparecen. Se puede apreciar que están en desventaja los especialistas, ya que los lleva a ser susceptibles en cometer errores. Este Manual ¿realmente es un Manual sin errores? Porque los profesionales de la Salud se han amparado con él para detectar y diagnosticar problemas mentales, pero con estas ambigüedades son presa de que sus conocimientos fundamentales no están fundamentados, son tautológicos y vagos. Por último, podemos expresar que este enorme dispositivo que crea ciertos servomecanismos (sujetos, técnicas, aparatos, etc.), mediante el discurso del Universitario, ha desplazado la figura de Dios –recordemos que todo lo ve-, crea máquinas humanas a quienes puede corregir, excluir o reprender; además, de que impone una verdad y valida el discurso científico de la salud mental.

He expuesto algunos puntos que encontré en este Manual. Me gustaría, continuar, con el abordaje de un punto relevante en la Ética: la validez del discurso científico y del amo. En la validez del discurso científico, que es aquel discurso otorgado e impuesto por el discurso del Amo, si recordamos que hablamos de los cuatro discursos que elaboró Lacan en el Seminario 17, llamado *El reverso del Psicoanálisis* y que incluso Braunstein nos ayudó a comprender estos discursos en su obra *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista*. El discurso del amo es aquella voz que impera sobre los demás, siempre imponiendo al otro, negando la existencia del otro, situación que también ocurre en la *Utopía Skinneriana*.

El discurso científico ocupa ahora el discurso del amo, donde se pretende normalizar a todos, tiene ese ojo de dios que todo lo ve y observa, nada se le escapa; realmente, ese discurso obedece al interés de la clase dominante, a los que están encima de la cadena, a los que quieren seguir teniendo el poder pese a la situación y la ciencia es su báculo de Delfos, aquél que les dice qué hacer y qué no hacer, a quién mirar y a quiénes no mirar, a quién desterrar y a quienes no; este argumento pareciera tan pesimista, pero como lo plantea Braunstein, nada se le puede escapar a los discursos y a los dispositivos, lo único que se le escapa es el dispositivo analítico donde el sujeto puede despojarse de todo y colocarse frente a su deseo.

Recuperé un concepto indispensable en el párrafo anterior, *dispositivos*. Los dispositivos como planteaba Foucault, quien retomó a Heidegger, han sido elaborados para ejercer el biopoder y poder hacer implementación de ciertas biopolíticas que favorecen a la estructura del mismo, a su mantenimiento y sobretodo que puede evolucionar de acuerdo a la situación en la que se encuentre, es decir, sufren cambios los dispositivos para seguir sosteniéndose; pareciera ser que los dispositivos mantienen el principio de adaptación en su estructura. Hay diversidad de dispositivos, como el psicológico, el psiquiátrico, el social, el político, el pedagógico, el neurológico, entre otros. Abordaremos algunos de ellos en general para dar cuenta de la validez que se le ha dado al discurso científico y en especial, cómo esta validez da cuenta de una ética de desplazamiento, negación y amenaza al Otro.

Es el momento oportuno para recordar algunas preguntas que planteé al principio: ¿Por qué se les mutila a aquellos que salen de la normalización?, ¿Estos dispositivos qué es lo que defienden: una aparente necesidad o velar por el otro? ¿El dispositivo psiquiátrico obedece a la voluntad del psiquiatra o es una necesidad ese dispositivo, sin considerar lo que el otro desea? Primeramente, recordemos que los dispositivos están desarrollados de acuerdo a una estandarización, intentando normalizar a cualquiera que desafíe al sistema o que lo ponga en peligro, como lo hacen los psicóticos al expresarse sin temor y sin seguir las normas de la sociedad, porque ellos son el síntoma de esta sociedad, una sociedad productora de psicosis. Aludiré a Canguilhem, quien trabajó sobre el concepto de normal y patológico, que ahora estos conceptos están amparados por el neurólogo, el especialista en problemas y dificultades del cerebro respecto a su funcionamiento, por supuesto que su trabajo es desde la visión del Consciente, si lo comparamos con Lacan o Braunstein, quienes fueron impetuosos investigadores del Inconsciente como analistas.

Ahora bien, Canguilhem hace evocación del término normal, sobre aquello común o cotidiano que sentía y vivía la persona respecto a su salud –apreciemos este punto, se le considera al sujeto cuando se recurre a preguntarle sobre su salud, sin categorizarlo o expresarle que tiene un problema-, ya que plantea una crítica interesante en este tema. Respecto a lo patológico, mencionaba que era aquello desconocido y no común para el propio sujeto, es decir, si sus signos vitales los sentía distintos durante el trayecto de su vida. Ambos términos, están estrechamente relacionados con el concepto de salud, pero una

salud a la que él como sujeto deseaba, sin necesitar de alguien que le expresase “Esto es normal y esto es patológico”. Aunque, lo que actualmente podemos observar, es la pululación de estas ideas en las Ciencias de la Salud y han sido validadas por los datos cuantitativos o matemáticos –Porque las matemáticas son exactas, medibles y cuantificables, no tienen error alguno al medir la naturaleza, justo esto- al medir la Naturaleza, el hombre al ser parte de la misma, no puede estar exento de ser medido. Dato interesante, hay medición de la Naturaleza para la conformación de una sociedad, misma que impone leyes sociales y no permite leyes naturales, valga la tautología, por eso Kant expresaba que las leyes no son leyes naturales.

Estos conceptos son el pilar del bienestar de las sociedades, los que nos dicen si estamos bien o estamos mal, si son normales pueden continuar con las relaciones sociales y con su vida rutinaria, pero si lo hacen, ellos transgreden el sistema y por tanto el dispositivo social tiene que tener un dispositivo para recluirlos (cárceles, psiquiátricos, etc.) por su “bienestar”, ya que no tienen razón de los hechos y no son responsables de sí mismos, una sutil manera de mutilar o dejar huella en el otro, como lo expresa Levinas, ya que se les quitan metafóricamente los ojos, se les impide escuchar, se les prohíbe pensar y actuar. Pareciera ser que normal y patológico se emplean como una necesidad en la sociedad, pero obedecen al poder del dispositivo

He hablado de dispositivos y un poco de dispositivo social, por tanto, proseguiré a abordar los dispositivos: social, pedagógico, psicológico, neurológico y político en su carácter enlazado. Cada uno de estos dispositivos ha hecho válido y pone en marcha el discurso científico, ninguno está fuera de sí, todos se relacionan y se unen para poder combatir los “problemas sociales y trastornos mentales”.

Prosiguiendo con Foucault (2007) en su obra *El poder psiquiátrico*, cuando uno es pequeño, se nos impone e instaura lo que está socialmente aceptado y lo que no, para evitar complicaciones del sistema jurídico, político, económico, etc.; además, poder vivir como falacia, la felicidad, porque no podemos obedecer a nuestros deseos, ni a lo que nos gustaría, siempre hay imposiciones del mismo dispositivo. Ahora, aunado a esto, cuando vamos a la escuela, los demás compañeros tienen igualmente instaurado el dispositivo social que es brindado por los familiares y amigos cercanos, lo que da un mayor soporte a

la validez científica de lo normal y lo patológico, por ejemplo, si tienes mucha energía, eres un niño o joven o sujeto “TDAH” (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad); pareciera que vamos por la vida enjuiciando a todos, siempre mirando al Otro, actuamos como agentes del panóptico de Bentham. Incluso, el mismo profesor observa con detenimiento a sus alumnos para detectar a niños con este Trastorno o algún otro, por lo que si es necesario tendrían que asistir a un psicólogo, psiquiatra o neurólogo.

Este poder que se ejerce sobre el niño para el mantenimiento de lo socialmente establecido, Foucault (2007) plantea que puede rastrearse esta cuestión del niño gobernado por la generalización y difusión del poder psiquiátrico, tal situación tiene como finalidad el mantenimiento del orden adjudicado al psiquiatra, quien ya no sólo se encarga de ver y observar al loco, sino que puede normalizar a cualquier sujeto de la Sociedad. Además, fue debido al surgimiento del concepto "normal", que influye en los pares hospital-escuela e institución sanitaria-sistema de aprendizaje, aquí es donde se extiende no sólo a lo social, inclusive al ámbito escolar y familiar.

Este poder, el mismo autor lo designa como poder disciplinario: “...es la forma terminal, capilar de poder, un último relevo, una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran... tocar los cuerpos, aferrarse a ellos”; esto es, el contacto que Foucault llamaba cuerpo-poder. Podemos agregar que es aquel poder predecesor del poder soberano, ya no se busca un amo a quien seguir para obtener beneficios de cualquier índole, solo pretende dominar e imponer al otro. La palabra “disciplinar” se extiende a todo aquello, mediante ciertas normas institucionales, sociales, políticas, económicas, culturales, antropológicas, que le serán consignadas a todo sujeto en su cuerpo, es decir, hay existencia de un cierto “biopoder” y “biopolíticas” que transgreden lo privado e inclusive al mismo cuerpo.

Cosa curiosa aquí, ¿qué es la consignación del cuerpo?, ¿por qué el cuerpo, si únicamente se pretende ejercer poder sobre el otro mediante su relación con el otro? Primeramente, hago mención de la consignación del cuerpo porque es en este espacio donde el ojo de Dios –recordando a Braunstein- recae el mantenimiento del orden, someterlo a pruebas indeseables como la revisión de las glándulas mamarias en el caso de las mujeres o la revisión de próstata en los hombres, tal como lo plantea Foucault (2007) se

ha encargado la sociedad de construir una disciplina del cuerpo, por el “bien de todos”. Ahora bien, el cuerpo pudo entrar, porque gracias a que la escritura se vinculó con todos los dispositivos, todo comportamiento y discurso son rodeados por la escritura, aquello que los registra, los codifica y se transmite en escala jerárquica; llevando a una consecuencia, marcada principalmente en los “alienados”, la individualización esquemática y centralizada. Lo cual, nos lleva a pensar que no existe la individualidad, ni lo único, ni aquella visión que nos plasma la sociedad democrática, donde tenemos autonomía y libertad, sino todo lo contrario, somos despojados de todo para someternos.

He llegado a tres dispositivos que son la viva voz del discurso del amo, voz que demanda necesidad de categorizar y ofrecer cura a los sujetos problemáticos que afectan a las sociedades. El psicólogo, psiquiatra y neurólogo, son los profesionales ocupados para la observación, detección, diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, ya que se explica su comportamiento a partir de su entorno y de su sistema cerebral, si alguna de las dos está mal en el sujeto, necesitaría tratamiento urgente en su comportamiento, acompañado de la medicación prescrita por un profesional como es el psiquiatra. El psiquiatra, hace válido su conocimiento al actuar conforme al dispositivo, sin preocuparle o velar por el otro, al depositar su deseo en la existencia de una enfermedad, sin existir, está validando al mismo dispositivo.

Estos profesionales cumplen un papel importante para el mantenimiento del dispositivo social, para la culminación de una gran sociedad, para el beneficio de las personas y para la salud de los mismos. La pregunta aquí es ¿estos profesionales, portadores de la voz del amo, quieren el bienestar del sujeto o validan el mantenimiento del sistema sin tener conciencia de lo que hacen? Realmente no fomentan conciencia de sus actos, actúan porque su conocimiento así se los expresa, incluso en su código ético marca que actúen por su voluntad cuando sea “necesario”.

Aquí podré retomar a los Bassaglia (1987) que expresan lo siguiente: “El médico ha tenido una especialización incorporada acríticamente, porque... reproduce una especificidad particular entre teoría y práctica, sin tener conciencia de sus actos”. Estos profesionales, siguiendo a estos mismos autores, sólo se han hecho técnicos de un saber, pero son se han mostrado como científicos, porque no fomentan y no se preocupan por la

conciencia de sus actos, porque ¿supuestamente la ética pretende esto: el velar por el bien del otro?, ¿actuar sin tener conciencia, es hacer el bien al otro? Parecen tener la conciencia de un infante, porque son acrílicos –no tienen conciencia de sus actos-.

El psicólogo está inmerso en que el sujeto es el responsable de sus problemas, porque se la ha dicho y se instaura en el discurso universitario que “él puede cambiarlo si así lo quiere”, pero ¿si el dispositivo está elaborado para pro de cierto poder, el sujeto puede escapar a este poder? Escapar no es una opción para todos, pero los supuestos locos son la excepción, ellos han escapado al enmarañamiento de los dispositivos. Por otra parte, el psiquiatra está muy vinculado con el neurólogo, porque este último da pruebas sobre las afectaciones cerebrales que tiene el sujeto y por eso se comporta o actúa de cierta manera, ante lo cual el psiquiatra recurre a la medicación para el tratamiento de los procesos corporales y así disminuir los comportamientos, pensamientos, imágenes o ideas destructivas en los sujetos.

El panorama de estos cuatro dispositivos (psiquiátrico, psicológico, neurológico y pedagógico) e incluso social, nos da pauta para retomar a Braunstein respecto a la función que ha tenido el campo PSI en el diagnóstico del DSM. Después, podremos enlazarlo con Lacan en cuanto a la verdad que persigue la ciencia, pero cosa interesante ¿es una verdad del sujeto o de la voz del discurso universitario (amo) y de los mercados? Pregunta que responderé con ayuda de Braunstein y Goffman, este último trabajó desde la perspectiva del internado respecto a su situación como interno y de ahí cómo se ha cometido uno de los grandes crímenes, mencionado por los Bassaglia.

Braunstein (2013) en su obra *Crítica al DSM* hace una elaboración cuidadosa, avasallante e incluso satírica del panorama que presenta este Manual en cuanto a la clasificación y al objetivo real que persigue éste. Permítanme comenzar con un sutil sarcasmo que hace a la OMS en su CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), al tener la categoría “no incluido en esta clasificación”, porque se vió ante la necesidad de colocarlo así por no poder clasificar los trastornos: “Ni al mismísimo Borges se le ocurrió la idea de meter a los animales que no son animales y asignarles una letra o número de código”.

La cita anterior, nos permite vislumbrar que han buscado la manera de clasificar todo, pero cosa chusca y satírica, ¿cómo clasificar a un humano que no es humano? Deficiente situación en cuanto al diagnóstico y preguntarnos ¿por qué lo hacen y qué es lo que buscan? Braunstein (2013) plantea que surge esta categorización o clasificación debido a la Taxonomía botánica de Linneo fue retomada por el psiquiatra Kraepelin, tratando de clasificar todo en sus tres niveles: clase, género y especie. Por lo que, podemos entender aquella estructura que plasma los subtipos de los trastornos, que presenta el DSM y sus características, aparentemente delimitadas, para encasillar a cada sujeto, en palabras de este autor “El objetivo es, hoy, clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones del espacio taxonómico regentado por la ciencia médica”. Planteo esto, porque aquí el dispositivo PSI cumple el mandato de este gran amo (DSM).

De acuerdo a Braunstein (2013) el dispositivo PSI pretende ampliar no sólo su conocimiento en el área médica o psiquiátrica, incluso en la jurisdicción, prueba de ello lo vemos en que la decisión definitiva del juez en alguna sentencia, toma en cuenta el punto de vista psiquiátrico. Abarcar la humanidad en su totalidad y someterla a su decisión, pese a las dificultades que encuentre, y de esta manera pueda obtener el pago por sus servicios, a través del Estado, de los contribuyentes, pacientes, compañías de seguros, instituciones escolares y hospitalarias, etc. Gran estrategia elaborada por el discurso de los mercados – planteamiento de Braustein a partir de Lacan, en su obra *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista-*, ya que la farmacéutica ha tenido un gran campo de trabajo, gracias al amparo del discurso universitario, donde es vital entregarle algo –medicamento- al paciente cuando va a consulta médica, por lo que se piensa que se ha trabajado con ese síntoma.

Este dispositivo PSI ha impuesto su voz y su conocimiento a cada sujeto, a cada sociedad, incluso a este tiempo en que vivimos, sin mencionar las consecuencias que hay de por medio en la medicación, solo con el propósito de ver por sus intereses, aquella obediencia de ciertas clases de poder que manifiestan los Bassaglia. Vemos que es una verdad impuesta en todo sujeto, porque a petición del profesor, psicólogo, psiquiatra o médico, el sujeto no entra dentro de la norma debido a que la puntuación de sus palomitas, recurriendo a los datos estadísticos, no se encuentra en la normalidad. Una verdad que no es

del sujeto, sino del mismo sistema que se ha construido, aquellos dispositivos, servomecanismos y discursos elaborados en el mantenimiento del orden.

¿Esta no es acaso una verdad?, ¿Entonces, cuál es la verdad del sujeto? Pareciera ser que es una verdad, muy elaborada y construida minuciosamente por los científicos, que velan por “el bienestar del sujeto”, pero hemos visto que sólo es un discurso impuesto para el enriquecimiento de los mercados y la supervivencia de ciertas clases dominantes. A lo que, tendría que ser un pilar fundamental, es la verdad que posee el sujeto, una verdad que el psicoanálisis y quizá otras posturas, pretenden responder y actuar mediante la *Obra – Levinas* expresaba esta obra como aquel actuar que va más allá de lo convencional, para con el otro-. He aquí el lazo, para mencionar a Lacan y responder a la cuestión de la verdad del sujeto.

Lacan (2013) expresa que la ciencia positivista niega la verdad, aquella que no dice, tapa o encubre cierta información, valga la redundancia, su verdad es una verdad escatológica, es decir, que solo puede ser la causa final o aquel juicio final que muestran las religiones, porque bien lo expresa:

“todo lo que hay que decir de la verdad, de la única, a saber que no hay lenguaje (afirmación hecha para situar a todo el lógico-positivismo), que ningún lenguaje podría decir lo verdadero sobre lo verdadero, puesto que la verdad se funda por el hecho del que habla”

¿A qué se referirá con esta verdad Lacan? Lo que nos trata de dar a entender, es que no hay lenguaje para la verdad del sujeto, a excepción del psicoanálisis, si se me permite expresar, que trata de encontrar la verdad o aquella experiencia que tiene el sujeto al colocarlo ante su deseo y al traerle al frente aquel objeto perdido, porque logra trabajar con aquel lenguaje estructurado, que es el Inconsciente. Ante aquella verdad que niega, la psicología parte de una conceptualización de su objeto de estudio, muy tautológica e incomprensible, por lo que cree que tiene validez ante los datos recogidos por sus técnicas.

Lo que puedo expresar de la psicología, es su búsqueda de una sabiduría generalizable y repetitiva ante cualquier situación, tener la osadía de jactarse ante aquel conocimiento, pero que hace anulación del sujeto; caso contrario en psicoanálisis, donde no existe anulación del sujeto, porque el sujeto se reafirma como sujeto a partir del Otro. ¿Qué

diferencia podríamos encontrar entre el saber y verdad? El saber –positivista- se logra, a partir de la objetividad, que realizan los científicos –caso irónico, la objetividad es solo el acuerdo que hay bajo ciertos criterios que los observadores establecen al tener un cierto objeto de estudio, ¿esta objetividad pese a los criterios establecidos, estará plasmada de la subjetividad de los mismos? Puedo afirmar que sí, debido a que influye la subjetividad que han construido los científicos a partir de su experiencia, es retomada para construir la “objetividad” en conjunto, pero que tiene su ceno en la subjetividad.

Quizá el lector se pregunte ¿por qué se habla de verdad, si estábamos hablando del DSM IV y de la ética? Braunstein (2013) me permitirá responder a esta pregunta, ya que esa verdad, o mejor dicho ese saber, es un saber impuesto y que obedece a ciertos intereses económicos, en especial al discurso de los mercados. En el último apartado de la *Crítica al DSM*, obra de este autor, expresa dos cosas interesantes:

1) El psiquiatra tiene que imponer esa verdad, partiendo del DSM IV –recordemos que su ética es velar por “el bien” de los sujetos-, porque esa es su función en este posindustrialismo, hiperindustrialismo o posmodernidad, en caso que no lo hiciera, las normas jurídicas toman represalias en contra del psiquiatra, pese a las inconformidades actuales por parte de varios psiquiatras en cuanto al modelo de tratamiento actual: como el caso suscitado en Estados Unidos del 2012 en una función de cine, la película que se proyectaba era de Batman, quien asesinó a diversas personas, pero días anteriores le había mencionado a la psiquiatra que él se veía matando gente; lo cual llevó a la prisión a la psiquiatra. Braunstein nos esboza otros ejemplos y las repercusiones que hay en cada uno de ellos, aunque me remitiré a dar solo este ejemplo para conocer las repercusiones hacia los psiquiatras por no haber recluso y por no prestar atención a los pacientes, lo cual es un peligro para la sociedad.

2) ¿Los expertos que elaboran el DSM se preocupan por la “salud” de los sujetos? Pareciera que su finalidad es esa y porque como profesionales de este sector tienen una ética a la cual seguir, pero ¿por qué estos expertos son accionistas en algunas empresas farmacéuticas? Braunstein nos pone a la luz, que persiguen intereses económicos y mantener su supervivencia de poderío en el sistema. Aunque situación curiosa, a Allan Frances le resulta difícil “reconocer el desastre causado por el DSM IV y lo ominoso de la

empresa a la que dedicó 45 años en la psiquiatría”, porque el manual lo usan los especialistas como guía para “seleccionar tratamientos de dudosos cuando no peligrosos resultados [medicalización]... decidir la distribución de servicios y beneficios... estigmatizar a los diagnosticados”, mediante la colaboración farmacéutica, ya que trabajan en más medicamentos para vender y obtener más ganancias. Esta guía ¿es una acción regida por la verdad? Se puede apreciar que obedece al discurso de los mercados, hay una imposición del saber científico que sobrepasa a cualquier verdad.

Un punto muy importante, del párrafo anterior es la medicalización, es decir, la indicación de tomar ciertos medicamentos para disminuir o “anular” –lo expreso en comillas porque pueden aparecer síntomas orgánicos debido a las dosis y a la potencia del medicamento, quizá desaparezcan los síntomas a los que se fue, pero ¿a costa de la obtención de otros síntomas?- los síntomas del paciente. Braunstein expresó que la medicalización en el DSM V se basaría mediante el diagnóstico del trastorno, se le tiene que suministrar ciertos medicamentos y no otros, porque así es como se trata el “trastorno”. Además, todos tenemos un trastorno sin darnos cuenta –información que ya he mencionado en el capítulo anterior, recordando los argumentos que expresa la OMS: cada uno puede tener un trastorno sin darse cuenta, por eso es necesario la revisión psicológica y psiquiátrica-, lo cual es la prueba de encasillar a todos los sujetos, para la obtención de ganancias de empresas dominantes –pretensión del discurso de los mercados-.

He hablado de la verdad, retomando a Lacan y a Braunstein, me parece conveniente ir hacia una crítica interesante del internamiento: conocer la verdad del internado (sujeto). El discurso universitario y científico al imperar en cada dispositivo, que hemos mencionado, no permite romper aquel esquema de lo ya mencionado y lo ya dicho – recordemos a Levinas-, ante esto, ¿la verdad está desvinculada con la ética? Pregunta apropiada en este momento, porque la verdad efectivamente, desde la ciencia positivista, no le interesa en absoluto y por ende, no existe ética, no le interesa el porvenir del otro o hacer un cambio trascendental. Goffman ha hecho un espléndido trabajo en conocer la viva voz del interno, porque se le ha prestado importancia a la voz del personal y del psiquiatra, lo cual nos ha llevado a conocer al interno desde su postura y nunca desde la experiencia y vida del supuesto loco.

Goffman (2001) en su trabajo *Internados*, pretende conocer aquella voz del interno, sin caer en aquella influencia elaborada por la percepción del personal. Este saber que elabora el personal está mediado siempre por el saber del psiquiatra, por lo cual los informes y reportes tienen en cierta medida una “validez científica”, ya que han escuchado y se han enamorado de aquel discurso manifestado por el amo de la institución psiquiátrica. ¿Qué importancia tiene esto, si los internados tienen que ser observados para ver sus progresos y su posible salida? Bien, para aquellos que comparten el panorama positivista, les es propio que se sigan estas pautas para observar y seguir su objetividad, pero ese saber que se filtra en el personal, produce que traten a los internos, como bien lo elabora Goffman, de manera petulante, déspota y violento hacia el interno –percepción que tiene el interno respecto del personal-, siempre argumentando que se puso altanero o no acataba las órdenes, pautas establecidas para su “bien” y su posible cura, porque lo se pretende es que se dé cuenta que está loco. El interno no tiene acceso a los planes que tienen para él, una angustia y sobretodo mutilación de su cuerpo, porque hasta eso se les niega.

Otro de los aspectos que nos compete mencionar es la negación de su privacidad. Un elemento muy marcado en la internación, ya que si no actúa conforme a las reglas y los planes que tiene el hospital para él, se le tomará de rebelde y se ejecutarán actos contra su propio cuerpo, como es la sujeción de su cuerpo, la libre vista a su cuarto y ser expuesto ante la mirada de todos, la ridiculización por parte del personal ante todos –una nefasta y cruel humillación para sí e incluso su anulación del yo-, entre otros.

¿Qué tiene que ver la internación en este instante? Parte del ritual o iniciación en su estatuto de interno, que ha argumentado Goffman, es la internación, pero antes de ello se parte desde un diagnóstico, el cual es dictaminado por el CIE o el DSM que usa el dispositivo PSI –he hablado de ello en párrafos anteriores-. Antes de su internación, se requiere de un acercamiento, entre médico y “alienado”, es decir, la primer entrevista –aquel acto penetrante, incómodo y quizá violento en cierta medida, porque el hecho de observar al otro sin su consentimiento es lo que Foucault planteaba como violencia, inclusive desde antes, por llevarlo a la visita a base mentiras por parte de los familiares-.

En tal entrevista, el médico o especialista corrobora los síntomas que le ha manifestado aquel tercero (familiar, amigo, vecinos, es decir, algún informante) respecto a

la situación del loco. Es el primer acercamiento al internamiento, es el momento donde se mutila su Yo, al ser etiquetado –que pareciera que no lo expresan, pero lo observan con la mirada de Dios, porque enjuicia y acusa sin remordimiento- por el psiquiatra o médico, se le da la oportunidad de comprobar que “no está loco” y que si acata las reglas y los tratamientos puede “curarse” como salir del internamiento. Es importante mencionar que, en este acercamiento tiene consecuencias inmediatas que recaerán hacia el internado cuando entre, porque le permitirá tener privilegios o ser tratado violentamente.

Cuando se encuentran en el internamiento, un acto cruel pero que es notable, es el encubrimiento del panorama carente del personal y del hospital. En las visitas al internado o visitas de autoridades del Sector Salud, el Hospital procede a dar una imagen “adecuada, buena y de reputación” del hospital. Cuando se le permiten visitas al internado, se le lleva a un cuarto especial para las visitas, se le baña, se le cambia y se le dice que no diga algo inapropiado que ponga en peligro la reputación del Hospital, para cubrir ciertas demandas – en realidad, son solo apariencias, porque encubren aquellos que cometen-; en las visitas está presente algún cuidador, para que el interno no exprese la situación del Hospital al familiar –manifestación del poder disciplinario que argumenta Foucault-. Cuando hay visitas de autoridad, ese les baña a cada uno de los internados, se les arregla, en fin, hay una limpieza general del hospital, las batas son cambiadas por batas limpias –un claro ejemplo de sometimiento (acto de que se ponga la bata como todos) es la anulación del Yo del sujeto, porque se le despoja sin piedad de aquello que tiene, de su nombre inclusive, solo será un número o será llamado por algún apodo asignado por el personal-.

Ante ello, Goffman (2001) plantea que los internos tienen ciertos comportamientos para evadir o ignorar tal situación: a veces obedecen para evitar complicaciones o incluso para tener ciertas recompensas (salidas al exterior, acceso a comida digna, estar tiempo extra en alguna actividad, el privilegio de ser tratado amablemente por el personal o inclusive, poder salir del hospital); otras ocasiones no ceden, aunque se les torture o se les agreda de diversas maneras; y otras, se vuelven tímidos o solitarios, con la finalidad de no ser molestados.

Por lo tanto, los Bassaglia (1987) expresan que es realmente un crimen ejecutado por el poder a los internos, porque no se le prepara el sistema o el dispositivo al sujeto

interno, sino que el Hospital es un mundo construido para el médico y para el personal. Siguiendo a estos autores, este acto de sometimiento contra su voluntad, es un crimen, determinado por el DSM, pero yendo a su trasfondo, es la consecuencia de la conceptualización de los “comportamientos normales”, la definición de norma, el control que hacen mediante la terapia y la reclusión, -como lo expresan ellos- debido a “las exigencias de la ley económica, a las necesidades del grupo dominante”.

Un panorama que es caótico y deprimente para el sujeto. Entonces, si el Estado funge la función de ver por el “bien y la salud” del sujeto ¿lo hace? La cruda realidad es que no, porque los Bassaglia (1987) nos responden: se ha tenido que reforzar el aparato de coerción estatal, ya que la infraestructura política, valiéndose del poder judicial y del ejército, puede manejar el propio poder; incluso, utilizan a los técnicos de las ciencias humanas para garantizar la “cientificidad” y la “legalidad” de la tortura y los crímenes. Se entiende con este argumento, por qué al DSM y a su ética no le interesa y menosprecia al sujeto, no acepta ni quiere lo trascendental, ni mucho menos permitiría la aceptación del sujeto y su libertad; está tan impregnada por el poder y por el discurso del amo, atentando contra todos y contra todo aquello que se le interponga a sus intereses y a sus fines.

¿Mediante qué argumentos ha hecho válido el DSM su clasificación y el sometimiento del sujeto? El DSM se ha amparado por lo que expresan los Bassaglia (1987): el valor del hombre, sano o enfermo, va más allá del valor de la salud o de la enfermedad, ya que puede ser usada como instrumento de liberación o de dominio, así se deduce el uso que se hará de su salud y de su enfermedad. Tal argumento, muestra lo que hemos trabajado en este capítulo, el concepto de norma como pilar y eje de la medicalización, de la categorización, del sometimiento, de la inclusión, de la ejecución del poder disciplinario, de la expansión del dispositivo PSI y del orden que requiere el hiperindustrialismo a favor de su discurso de los mercados y como voz de amo.

Hasta aquí, puedo manifestar que los dispositivos se enlazan para validar el discurso del amo, empleando y propagando un Manual tan difuso y carente en especificidad, recordando que obedece a ciertos intereses políticos. La ética, puede romper lo ya establecido, lo podemos apreciar en el psicoanálisis. Sería importante que los profesionales tengan conciencia de sus actos y su trabajo, porque el mismo sistema está diseñado para

corromper, destruir y quitar a los “enfermos”, pero hemos visto que no se enferma, al contrario, el mismo sistema nos enferma y nos afecta, nos violenta, nos acecha y no nos libre de su mirada omnipresente como omnisciente.

## 4. INTERVENCIÓN

### 4.1. Visión psiquiátrica

En un estudio de Ibáñez (2014), que pretende conocer la calidad de vida de los pacientes –desde la visión psiquiátrica-, se plasma la esquizofrenia como una enfermedad mental, la cual tiene orígenes genéticos, neurológicos, sociales y psicológicos –argumentos de los que ya se ha hablado-, pero que parte del discurso de la OMS con la finalidad de evaluar la calidad de vida de los pacientes –diagnosticados a partir del DSM IV-, se vale de un cuestionario para definir si era muy buena o mala calidad de vida. Sus resultados nos aportan algo interesante: se reporta mala calidad de vida en la adaptación al entorno ¿qué nos quiere decir eso? Debido a que se han desculturizado, no pueden elaborar estrategias diferentes a las que ya han elaborado dentro del internamiento, una gran decadencia para la calidad de vida –Goffman nos ayuda a recordar esto-; y por otra parte, ¿cómo saben ellos lo que es una mala calidad de vida, si sólo cuentan las palomitas, sin recurrir a la voz del paciente? Se puede observar que está muy marcado en las evaluaciones, el término normalización.

¿Por qué mencione este estudio para comenzar? Bien, Braunstien en *Crítica al DSM*, nos hablaba que a partir de una puntuación obtenida de unas cuantas palomita, en una prueba, se proporciona el diagnóstico de cierto trastorno, una mera expresión del poder que tiene el dispositivo PSI y en el discurso universitario -fundamentales para el tratamiento psiquiátrico-. Por eso, he comenzado con este estudio, que estudios así, son la clave y el pilar de las investigaciones, portadores de una validez del discurso universitario y que nos ponen a preguntarnos ¿qué se ha hecho y qué beneficios se han tenido hasta ahora? Veremos que se han tenido dificultades y deficientes progresos, por lo que continuaremos con el tratamiento psiquiátrico para contestarnos otras preguntas.

De acuerdo a Iparrazar (2014), una de las maneras de intervención es la farmacológica, muy recomendada para el tratamiento de episodios agudos, la prevención de ulteriores episodios y la mejoría de síntomas. Antes de proseguir, me gustaría expresar lo siguiente: Braunstein nos sigue corroborando el argumento de la normalización –incluso podríamos evocar a Canguilhem-, aquello que pretende el sistema. ¿De qué manera lo

corroborar? En Masa (2012) se nos ofrece un argumento muy interesante, el cual manifiesta que es fundamental para la persona, el dejar de alucinar, delirar y retomar su vida, es decir “integrarse a la sociedad, [entrar a] la normalización”. Bien, los fármacos antipsicóticos, tienen su origen desde los años cincuenta del siglo pasado; se han clasificado en dos tipos, al depender de sus características, efectos sobre los síntomas y sus efectos adversos:

➤ Primera generación o convencionales: actúan frente a los síntomas. Son muy eficaces en la reducción de los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, conductas extrañas) y en menor grado en los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia –ausencia de espontaneidad y flujo de la conversación). Dentro de los efectos adversos que pueden encontrarse, están la “sedación, efectos neurológicos, efectos adversos extrapiramidales (parkinsonismo, distonía aguda [es el trastorno en el tono y movimiento muscular], acatisia [es la sensación de intranquilidad corporal]... convulsiones, efectos alérgicos... cardiovasculares; aumento de peso; y sobre la función sexual [entre otros])”

➤ Segunda generación o atípicos: tienen mayor dispersión de efectos terapéuticos, con “un efecto pequeño pero significativo sobre los síntomas negativos” y en la disminución cognitiva. Como efectos adversos, se encuentra el síndrome metabólico, aumento de peso, mareos, taquicardia, síntomas extrapiramidales y en ocasiones diabetes –González (2007) menciona que se puede observar ello en el 75% de los pacientes, he aquí una causa del abandono del tratamiento. ¿Por qué pese a los efectos, hay tanta insistencia en el tratamiento farmacológico? Pregunta que resolveré a través de los siguientes párrafos-

En añadidura a lo anterior, Masa (2012) menciona que el efecto de los antipsicóticos es tranquilizador para la inquietud motora, las conductas agresivas y las tensiones interiores; además, pueden desaparecer -prácticamente- las alucinaciones y los delirios, como la protección importante y segura en las recaídas a crisis agudas. Expresé la palabra prácticamente, porque González (2007) menciona que estos síntomas psicóticos no son eliminados totalmente y hay síntomas como disminución de la emotividad, aislamiento social, falta de iniciativa, pobreza de lenguaje, trastornos cognitivos o estados de ánimo, en vez de mejorar empeoran con el tratamiento.

Por otra parte, en un artículo del 2009 (citado en Iparrazar, 2014) afirma que las personas con tratamiento en los primeros síntomas y los que lo reciben después de tiempo, tienen mejor respuesta. La intervención temprana se puede realizar en dos momentos: en la prevención de la aparición de un brote psicótico y cuando ha aparecido la primera crisis. A esta fase se le llama “estado mental de riesgo” e incluye “deterioro o reducción de la capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, presencia de un estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño, problemas de ansiedad... etcétera”. Este tipo de tratamiento plantea dilemas o problemas: 1º, las personas que no han tenido un brote, no tienen un trastorno, pero sí la probabilidad de tenerlo; 2º, se puede implementar un tratamiento a personas que nunca desarrollarán una psicosis; 3º, hay un serio cuestionamiento de la eficacia real de los fármacos.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría, coincide con Vázquez y Muñoz (2004; citado en Iparrazar, 2014) al mencionar que el tratamiento farmacológico debe darse en una relación terapéutica de apoyo, donde el medicamento se decida por ambas partes (médico-paciente), basada en el costo-beneficio de los efectos secundarios agudos, crónicos y cognitivos -¿será cierto que el medicamento se decide en conjunto?, ¿por qué se promueve el medicamento si puede tener complicaciones crónicas y cognitivas?, además, ¿se le sugiere o impone al sujeto que tome el medicamento? Pareciera que el discurso de esta asociación está a favor del paciente, pero solo es la manera sutil y disfrazada de someter, a beneficio de las ganancias del discurso de los mercados-. Además, Masa (2014) revela que de aquí se desprende algo muy importante: “en las últimas décadas ha habido un aumento importante del número de estudios centrados en los aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia... han pretendido conocer los déficits cognitivos que presentan los pacientes esquizofrénicos y [sus] consecuencias”. Un nuevo discurso universitario fundamento, para amparar el tratamiento dado a los “locos”, porque tratan de emplear una rehabilitación cognitiva al detectar ciertas zonas afectadas y las capacidades cerebrales del sujeto, ante las diferentes necesidades y fases de la “enfermedad”.

La medicación se recomienda de uno a dos años en el primer episodio; para los pacientes con psicosis tipo esquizofrénico, debe durar por lo menos 5 años y en los no esquizofrénicos, durante periodos más cortos. Si la respuesta no es adecuada después de 6 u

8 semanas de medicación, se debe cambiar el antipsicótico, porque lo recomendable es utilizar uno de ellos y si no tiene progreso la medicación oral se debe optar por un medicamento inyectable. El uso de medicamentación está condicionada por tres factores: “la similitud de efectos terapéuticos de los dos grupos antipsicóticos frente a los síntomas positivos...; los diferentes perfiles de efectos adversos [pueden ser la causa] de la falta de adherencia al tratamiento... [y] las preferencias del paciente hacia un fármaco” (Iparrazar, 2014).

En el último factor –preferencia del paciente hacia un fármaco-, creo que es paradójico encontrar en un estudio realizado por el Instituto Nacional de la Salud Mental en los E.U.A (citado en González, 2007), para conocer la efectividad de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia; los resultados que nos plasman, develan poca eficacia de los mismos y dato interesante, una elevada tasa de abandono al tratamiento por parte de los pacientes, lo cual nos hace preguntarnos ¿El paciente tiene preferencia por un fármaco o es la decisión –acrítica- del psiquiatra? En los párrafos anteriores manifesté que, se han obstinado las investigaciones y especialistas en recomendar su uso, pero sí hay daños colaterales en el sujeto. Por lo que, González (2007) sostiene que este estudio de Estados Unidos y otro realizado en Reino Unido -un estudio exhaustivo, enfocado a la efectividad y calidad de vida de los pacientes por el uso de los antipsicóticos- indican que no hay justificación en “la elección de antipsicóticos atípicos como primera elección para el tratamiento de la esquizofrenia en términos coste-beneficio”; incluso, otros ensayos y meta-análisis no aconsejan el uso de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas por falta de eficacia y riesgo de muerte.

Por último, otro de los tratamientos que se proporciona en psiquiatría, es la terapia electro convulsiva (TEC), muy recomendada como segunda elección tras el fracaso de los antipsicóticos o su contraindicación, ya que “parece causar un deterioro cognitivo menor”. Algunos médicos la sugieren como una opción, al poderse combinar con fármacos (Iparrazar, 2014).

## 4.2. Terapia cognitivo-conductual

Esta terapia se basa en la unión de dos paradigmas: el conductual y el cognitivo. Lo importante para este paradigma, es entender cómo entiende y atiende el problema de la esquizofrenia. Parte de los siguientes principios: 1) La terapia conductual, apoyada por la psicología experimental -rasgo de científicidad en la psicología, que le da su aparente validez y objetividad- trata de modificar la conducta mediante técnicas conductuales - recordemos que en la Utopía Skinneriana, la viva voz del conductismo, no se sabe qué es la conducta, recurre de la tautología para definirla, ni mucho menos hay clara expresión de la diferencia que tiene con la biología-; estas características, son parte del fundamento de la filosofía positivista. 2) La terapia cognitivo-conductual basa su postulado en que las reacciones fisiológicas y conductuales perniciosas tiene su origen en los pensamientos, ideas e imágenes mentales y trata de identificar el problema conductual o adaptativo "relacionado con un estilo de aprendizaje inadaptable de cada persona", mediante un análisis funcional. Su recolección de información es obtenida mediante una entrevista con el paciente, donde se hacen observaciones sistemáticas, se aplican pruebas de comportamiento, inventarios y escalas, para apoyar sus objetivos (Trujillo, 2013).

El análisis funcional les permite a los psicólogos saber si es necesaria la terapia cognitiva, la conductual o en su caso, ambas. De acuerdo a Macheleit, et.al. (2004; citado en Trujillo, 2013) la psicoterapia cognitivo-conductual ha sido establecida como tratamiento terapéutico por su "efectividad", en una serie de trastornos, como la esquizofrenia. Esta TCC (terapia cognitivo conductual) se fundamenta en los principios de condicionamiento operante, clásico y aprendizaje de modelos. Cosa curiosa, los métodos cognitivos se emplean para "permitir que las personas respondan de un modo más adaptativo a las demandas de su ambiente, a través de modificar patrones de pensamiento, de percepción, de valoración y aprendizaje, expectativas, etc". ¿Por qué curioso? En el capítulo anterior, mencioné sobre el aprendizaje social al que nos promueven, para la fabricación de máquinas humanas, por lo que podemos apreciar que realmente esos patrones que se le imponen al sujeto tienen la función del mantenimiento de orden del Estado.

La finalidad de la TCC es “explicar y desestigmatizar las experiencias confusas y amedrentadoras, sin perder de vista el hecho de que algo es seriamente erróneo” (Davidson et. al. 2009; citado en Melchor, 2014), es decir, pretenden modificar las creencias, las conductas y las “actitudes mal adaptativas utilizando el razonamiento has ponerlas en una situación menos exageradas, comparándolas con las conductas e ideas más normales”. Estos argumentos parten del concepto de normalización (“algo es erróneo”, “conductas e ideas más normales”), desde su lógica, podríamos trabajar e incluso ayudar al sujeto –una ayuda desde la ética aristotélica, que Levinas nos ha expresado-, pero que realmente anulan la subjetividad y rechazan al propio sujeto. La psicopatología desde esta visión, es resultado de las distorsiones en la formación o uso de esquemas: las experiencias anormales (alucinaciones), generan la producción de creencias mal-adaptativas; o, estas experiencias perceptuales se pueden distorsionar mediante el uso rígido de esquemas inapropiados al contexto (Iparrazar, 2014).

Vemos que a la TCC le interesa la cognición o la conciencia –de aquella que hemos hablado en el capítulo anterior-, entonces ¿qué implica la comprensión de la cognición? De acuerdo a Caballo et. al. (1998; citado en Melchor, 2014), la comprensión de la cognición implica considerar “estructuras cognitivas, contenido cognitivo, procesos cognitivos y productos cognitivo”. La organización interna de la información se refiere a las estructuras; el contenido es “el contenido real almacenado”, es decir, las creencias ya almacenadas; mientras que, los procesos cognitivos son la recepción, almacenamiento, transformación y salida de información; por último, los productos cognitivos “son el resultado del trabajo” cognitivo, como las imágenes generadas, las creencias, atribuciones dadas a un hecho, pensamientos generados y decisiones tomadas (Melchor, 2014).

Estos elementos cognitivos, ¿qué relación tienen con los “esquizofrénicos”? El postulado de esta terapia parte que “la manera como las personas se conciben a sí mismas y... a los demás, se ve influenciada por sus creencias y otros componentes de su organización cognitiva”. Por lo que, cuando se tiene un trastorno de la personalidad, la percepción y utilización de estos datos está distorsionada: estas interpretaciones distorsionadas y la conducta derivada de ellas, se les conoce como creencias disfuncionales, “que dañan al paciente y en el mismo sentido a los cuidadores”. Este supuesto tipo de

creencias, son disfuncionales -porque recordemos al dispositivo PSI de Braunstein, que ha legitimado lo funcional y la “normalidad”-, si no se ubica dentro de ello, hay que repararlo, como a una máquina; incluso, tratan de enseñarle al sujeto a darse cuenta de su propia locura –Foucault expresaba este acto como acto disciplinario- (Melchor, 2014).

El modelo de Zubin y Spring (1977; citado en Trujillo, 2013) ve a la esquizofrenia como el resultado de tres factores: biológico (complicaciones al nacer, condición hereditaria, etc.); psicológico, como la pérdida de un ser querido, cambios importantes en la vida, etc.; y sociales. Caballo (2002; citado en Trujillo, 2013) agrega a este modelo las habilidades de afrontamiento, es decir, "aquellas capacidades que tiene una persona para alejarse del ambiente estresante o reducir los efectos negativos de la enfermedad". Esta cita muestra de manera concisa y oportuna la negación de lo negativo, lo estresante, aquello que le perjudica al ser humano o mejor dicho, al sujeto, pero esos rasgos ¿son producidas por el sujeto o por el mismo sistema posmoderno? Para este tratamiento, todo es elaborado por el sujeto, lo externo no tiene nada que ver, se siente así porque quiere; podría declinar de ello, debido a que a la posmodernidad no le interesa un sujeto convaleciente, para ello tiene al psicólogo o psiquiatra que le ayudará a salir de los efectos negativos, lo cual nos permite decir que la sociedad es la que nos enferma.

Caro menciona (2007; citado en Melchor, 2014) que la terapia conductual y la cognitiva, terapias que unen a la TCC, comparten características: 1) colaboración entre terapeuta y paciente; 2) “el supuesto de que los trastornos emocionales y la conducta son una función de los trastornos en los procesos cognitivos”; 3) se cambian cogniciones para tener cambios deseados en afecto y conducta; 4) son tratamientos educativos y de “tiempo limitado” centrados en problemas-meta específicos. Interesantes puntos, ¿por qué? A lo que diré ¿el paciente realmente colabora o lo hace porque no tienen opción –una imposición del sistema para el tratamiento-? ¿Los cambios deseados son por parte del sujeto o por parte del terapeuta y del mismo sistema? ¿Realmente son tratamientos educativos, es decir, a favor del sujeto –porque solo se le dice qué hacer y nada más-? La sociedad tiene ese ojo de Dios, juzgará a todo aquel que no obedezca y acate las normas, para lo cual tiene a sus fieles agentes de la paz (psicólogos, psiquiatras, pedagogos, etc.) que cumplirán su función de tener todo en orden.

Por otra parte, se han tenido resultados moderados en la psicosis, desde este tratamiento (Melchor, 2014). Gutiérrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez (2012) nos hablan de varias investigaciones realizadas en la intervención temprana (antes de darse algún episodio psicótico) y durante los brotes psicóticos de los pacientes por varios autores, con la finalidad de ayudarlos a “adaptarse” a las demandas sociales –Goffman nos decía que incluso después de salir del internado, regresan al mismo, debido a que se han desculturizado-; aunque ninguna de ellas ha tenido avances satisfactorios, siempre amparándose por las limitaciones (muestras pequeñas, tiempo de intervención, disponibilidad de los pacientes, entre otras), lo cual reafirma el argumento de Prieto en la *Utopía Skinneriana*; además, ellas que osan y alardean en sustentarse en datos estadísticos –cuantificación, característica indispensable del positivismo-, sus aportaciones significativas son muy pocas y con porcentajes muy bajos, lo cual es muestra del gran déficit en el que se encuentra la Psicología.

Caldas y Torres (2005; citado en Iparrazar, 2014) afirman que esta terapia ayuda a los síntomas psicóticos, porque reduce los delirios y alucinaciones que son resistentes a la medicación; asimismo, Halgin & Krauss (2009; citado en Iparrazar) la emplean para detectar los primeros signos de una recaída, adoptar un método *positivo* al afrontar problemas cotidianos y manejar la angustia emocional como ansiedad. Sin embargo, si es un tratamiento muy sugerido para la psicosis, ¿por qué no se han tenido los resultados esperados y se ha “eliminado la psicosis”? Porque -recordemos el argumento de la OMS- todos podemos padecer un trastorno. Prieto expresaba en su libro *Utopía Skinneriana* que se justifican con el argumento de las dificultades técnicas, pero siguen insistiendo en el mismo camino –muy deficiente y sin resultado- para lograr un progreso: por ejemplo, Melchor (2014) expresa que en una revisión reciente sobre la TCC sugiere el apoyo de terapeutas, la terapia prolongada y la presencia del cuidador primario para mejorar el resultado.

Martin et. al. 1987 (citado en Melchor, 2014) afirman que la eficacia de la terapia cognitiva depende de las expectativas del paciente. En una investigación se les motivó a tener metas, pero el impedimento para ello eran las creencias disfuncionales que los pacientes tenían, por lo que los terapeutas ayudaron con técnicas cognitivas; sus resultados

mostraron reducción de apatía y mejoría de los síntomas positivos y mejora en el funcionamiento social. Aunque, en otra investigación enfocada al tratamiento de síntomas negativos, los pacientes al saber de su diagnóstico, se etiquetan con la palabra esquizofrenia “automáticamente y se estigmatizan” –las pongo en comillas debido a que ¿será cierto que ellos actúan en automático y se estigmatizan o será que el mismo dispositivo social los percibe como amenaza y los estigmatiza? Traeré a este punto a Goffman, quien en su estudio *Internados* nos expresa que al ser diagnosticados, el dispositivo social y psiquiátrico los ven como raros, como amenaza a la sociedad, por lo que son tratados con violencia. Por ende, son estigmatizados y actúan –ellos como internos- desde el estatuto que tienen, “esquizofrénicos”, creen no poder manejar la enfermedad, se comportan con miedo y fracaso.

### 4.3. Psicoanálisis

El psicoanálisis apunta hacia el conocimiento del aparato psíquico y sus implicaciones que tiene con el sujeto. El “Aparato” apunta a un objeto o máquina formado por un ensamblaje de piezas para producir un resultado; por lo que el aparato de Freud, trata de dar cuenta de la vida psíquica inconsciente. Freud muestra en este aparato una tópica, es decir, sitúa los lugares que hay dentro del aparato psíquico (citado en Assoun, 2002).

Está compuesto de elementos o “sistemas” o “instancias” en un espacio virtual. Este aparato puede ser descifrado en una doble analogía: modos de inscripción, a la manera de una escritura, y la de las localizaciones, a la manera de la neuroanatomía. La noción de “lugar psíquico” está elaborada en referencia a la “escena del sueño”, ya que se trata de imaginar el instrumento que sirve para las producciones psíquicas como una especie de microscopio compuesto, etc.; sirve para localizar el punto en donde se forma la imagen para comprender el mecanismo psíquico, descomponiéndolo y determinando la función de cada una de sus partes” llamadas `instancias´ o `sistemas´ (citado en Assoun, 2002).

La consciencia no se deja de lado, pero desde lo inconsciente es como se opera el mapa del aparato psíquico. Reconocer el inconsciente como sistema le arranca su carácter fenomenológico o descriptivo para hacerlo acceder al de objeto para una psicología

científica. La relación entre los sistemas está descrita en concreto, distinguiendo una concentración profunda de huellas inconscientes y una superficie que disponible a desprenderse. Freud propone una representación esquemática del aparato psíquico en forma de esquema: en *La interpretación de los sueños* el esquema es representado en sensitivo y motor; en *El yo y el ello*, es esbozado el pasaje de la primera a la segunda tópicos; y *Nuevas conferencias* en la que se toma ese esquema y se completa mediante la representación del superyó (citado en Assoun, 2002).

Por lo que, estos conceptos en la terapia analítica se articulan a otras nociones metapsicológicas: la resistencia, al obstaculizar el trabajo analítico representa la fuerza de oposición a la salida a la luz de los síntomas, es lo que acaba por manifestar las fuerzas de la represión, este es el concepto dinámico mayor del proceso analítico y es el indicio de lo reprimido. Por otra parte la “segunda tópica” (yo, ello y superyó) –en comparación a la primera tópica: consciente, preconsciente e inconsciente-, es un hito de la dinámica metapsicológica que tiene como efecto una tipología de las formas de resistencia: resistencia del ello (prototipos reprimidos), del superyó (da cuenta de la reacción terapéutica negativa), triple forma de resistencia del yo (represión, resistencia de transferencia y beneficio secundario de la enfermedad). Por lo tanto, la transferencia puede abordarse mediante la resistencia, en medida que los contenidos reprimidos están a punto de ser actualizados es cuando cristaliza la pasión transferencial: literalmente es un desplazamiento de afectos de los imagos infantiles a la persona del analista (*ibidem*).

Lo anterior, nos permite dar pauta para el conocimiento del diagnóstico. El diagnóstico tradicional excluye a un sujeto gobernado por la aspiración científica (donde solo se localiza el síntoma para dar diagnóstico de la enfermedad y curarlo mediante una operación o algo por el estilo, asimismo rechaza siempre el discurso del enfermo respecto a su malestar). Por otra parte, el diagnóstico en psicoanálisis se da cuando se toma una cierta característica del caso que sea lo suficientemente clara: se aísla el rasgo sospechoso de lo que podría ser “otra cosa” en la evaluación para evitar ambigüedades (Thompson *et. al.*, 2007).

¿Cómo se lleva a cabo el diagnóstico en esta ciencia –la pongo como ciencia, porque es una ciencia del Inconsciente, aquello por lo que tanto trabajó Freud

principalmente, Lacan, Miller y otros más-? El proceso diagnóstico en psicoanálisis “consiste en el trabajo por el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma, en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece”. El síntoma se completa en la transferencia y así cuando ello ocurre, se da el diagnóstico, porque hay asignación a una atribución clasificatoria, es decir, se agina un tipo clínico (neurosis, psicosis y perversión). Además, El psicoanálisis se separa del diagnóstico tradicional al concluir sobre “la estructura del material clínico que el analizante presenta”, es decir, el discurso que trae al frente (Thompson *et. al.*, 2007).

Ese proceso comienza con el motivo de consulta. El cual, no siempre coincide con el padecimiento, porque puede estar opaco inicialmente y la razón de consulta puede asumir diversos motivos. El motivo de consulta es “aquello que empuja a ese primer punto de encuentro entre el analista y el paciente”, se procede a verificar los argumentos que expone el sufriente ante el terapeuta. El padecimiento del paciente, puede presentarse de manera indeterminada o no se presenta, así, el paciente sostiene su posición de no querer saber. Posteriormente, cuando las primeras demandas están despejadas y se ha realizado cierta modificación parcial de la posición del paciente, pueden exteriorizarse algunos síntomas que eran casi imperceptibles (Thompson *et. al.*, 2007).

¿Solo se toma en cuenta la demanda del paciente o hay otros elementos a tomar en cuenta? Nos encontramos con otros elementos importantes y que están presentes, tal es el caso de la “ocasión de la consulta”, es decir, aquel episodio o encuentro que determina la consulta del sufriente al profesional. ¿Por qué es importante? Debido a que el traumático “vivenciar accidental del adulto” –está entrecorrido porque es un destino marcado para el sujeto, ante la experiencia de la función del padre y de la madre y de aquellas experiencias desconocidas (recordemos el caso del surgimiento del recuerdo de Cortázar, es un primer recuerdo evocado por el terrorífico canto del gallo) - trae como consecuencia la formación de síntoma (citado en Braunstein, 2008); por lo cual, el sufriente intenta anudar la solución que ha elaborado ante su enfermar, pero vive un constante fracaso, y esto, será la constitución de la defensa contra el síntoma: “el yo encuentra que este intruso [el síntoma] amenaza y menoscaba su unicidad, prosigue la lucha contra el síntoma tal como se había

defendido de la moción pulsional originaria, y todo esto da por resultado el cuadro de la neurosis”. Entonces, ¿qué es la ocasión de la consulta? La circunstancia anterior, es una encrucijada que hace fracasar la solución sintomática, y precisamente esto es la ocasión de la consulta. De aquí se pueden apreciar dos elementos vitales, mediados entre la ocasión de enfermar y la de consulta: el auto-tratamiento que el paciente realizó y que en cierto grado le ayudó a alcanzar cierta estabilización; por el otro, el elemento desencadenante que impide la homeostasis (equilibrio psíquico) y las características que tiene (Thompson *et. al.*, 2007).

¿Qué es lo que ocurre posteriormente en este proceso? Freud (1917, citado en Thompson *et. al.*, 2007) indicó que “en un primer momento toda la libido es esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia”, el analista permite el desciframiento de los síntomas del analizante porque lo empuja a hacerlo o como es el caso, lo confronta consigo mismo mediante el discurso que este último elabora. Lacan (1965, citado en Thompson *et. al.*, 2007) entiende la transferencia como “ese algo por el cual el sujeto, en el alcance de sus medios, ha establecido su sitio en el lugar del Otro”. ¿Puede darse esta transferencia con el psicótico? Si es así ¿Cómo puede darse? Lo que ocurre en la psicosis, es que se sanciona con rigor al practicante que con su intervención excede el límite y la función que se le atribuye al tratamiento. A diferencia del perverso, éste “se apodera de la escena transferencial arrasando el lugar del analista al cual sólo le deja los límites necesarios para repetir su escena”.

Por otra parte, Freud retoma el proceso represivo de la paranoia para preguntarse si puede tener contacto con la formada en la neurosis de transferencia. La transferencia implica desplazamiento y sustitución: “en las neurosis de transferencia hay renuncia al objeto real y la libido sustraída revierte sobre un objeto fantaseado y de ahí sobre uno reprimido”, se logra la cura al operar con la relación al analista como causa, ya que no se puede alcanzar las causas últimas de la neurosis; por el contrario, en la psicosis no se presenta la transferencia como en la neurosis, ya que no busca ningún objeto la libido, sino que se retrae al Yo, de esta manera se reconstruye el estado narcisista (Berdullas, Malamud & Ortiz, 2010).

Además, hay ausencia de la investidura del objeto, como en el caso de la neurosis, esto es un indicio de que la “representación no aprehendida en palabras o el acto psíquico no sobreinvertido, se quedan entonces atrás, en el interior del inconsciente”; por lo que, el valor curativo apunta a recobrar el objeto mediante las representaciones de palabra. La ausencia de investidura del objeto lleva a una relación distinta de las palabras con el cuerpo y asimismo, la representación verbal predomina. El contenido de una o más frases pueden representar la referencia a un órgano del soma, como una paciente de Tausk: “Los ojos no están derechos, están torcidos”; posteriormente ella explica su frase, quien menciona que está enojada con su novio y le hace ver las cosas torcidas, un torcedor de ojos (Berdullas, Malamud & Ortiz, 2010).

Para responder mejor a las preguntas anteriores, Thompson et. al. (2007) mencionan que se requiere expresar las tres formas de lazo:

- La demanda al Otro. Se incluyen todas las articulaciones de la demanda: de curación, amor, reconocimiento, etc. Aquí, evoca el carácter del Sujeto Supuesto Saber, debido a que “el analista es un lugar de inscripción y resonancia de la palabra del sujeto”. Se articula a esto la demanda que fue el punto de partida: una demanda pura que requiere el analista precisar su estatuto (toma de posición del sujeto frente a su demanda o la transformación de la misma) y originada en la necesidad; tal necesidad “se autentifica en la relación analítica”.
- El rechazo del Otro. La relación con el objeto es solidaria de un desentendimiento con el Otro, como en los cuadros de anorexia, bulimia y adicciones.
- La mostración al Otro. Freud advertía respecto del enfermo que “él, empieza la cura con una repetición”, por lo que la transferencia es la escena donde “se monta la mostración del objeto causa”. En la neurosis, la transferencia sin análisis, permite la constitución del Sujeto Supuesto Saber en el lugar del Otro; mientras que, en el sujeto psicótico “es tomado por el Otro y desde el lugar del Otro como un objeto a injuriar o amar”, por eso Lacan define la posición del analista aquí como testigo y no como suposición de saber.

Se habla de un saber supuesto al síntoma ¿Qué quiere decir esto? Lacan (1975; citado en Thompson et. al., 2007) menciona que “cualquiera que viene a presentarnos un síntoma allí cree... Si nos demanda ayuda... es porque él cree que el síntoma es capaz de decir algo, que solamente hay que descifrarlo”. Se puede apreciar la suposición al síntoma, un querer decir a ser descifrado, lo cual implica: a) la suposición de un saber que encarna el síntoma; b) el sujeto quiere saber sobre ese querer decir, este sujeto es concebido “como el efecto de división que el lenguaje produce en el ser hablante, entre la determinación inconsciente que hace de él una marioneta alienada en un saber que desconoce y la respuesta que lo separa y le permite responsabilizarse de su posición”; c) la dirección al Otro o demanda, surge de “eso que el síntoma quiere decir” y su desciframiento; el síntoma se completa en la transferencia e incluye al mismo analista. En la psicosis “el analista no tiene al saber, ni se le dirige la demanda de descifrarlo”; en comparación al neurótico, ya que él sabe que se tiene que descifrar, pero no tiene la llave para hacerlo; y en el caso del perverso, goza del secreto que posee y que los otros no.

¿Cómo se llega a ese desciframiento? Mediante la interpretación analítica. Berdullas, Malamud & Ortiz (2010) mencionan que la interpretación analítica es guiada por el terapeuta (analista) a través de las asociaciones que elabora el propio sujeto (analizado), donde este último coloca al analista en la posición de un supuesto saber, es decir, de un gran Otro: tal situación es un proceso de significación. Los mismos autores han buscado en la obra de Freud las diversas formas que articula la significación con la psicosis, por lo que sugieren que un acto psíquico (sueño o síntoma) está cubierto de un sentido y comienza siendo inconsciente. Para encontrar ese sentido, se tiene que atender lo inconsciente que participa en su producción, pero el proceso de significación en la psicosis está revuelto o destruido.

Freud tuvo la preocupación de delimitar el mecanismo presente en la psicosis (*parafrenia*, término acuñado por él, debido a que no creía adecuado el término *demencia precoz*) y poder así, diferenciarla de las neurosis. Encontró en la primera, la anulación del reconocimiento al reproche, ya que este se liga a una vivencia infantil de carácter sexual, “deviene en función de la defensa, desconfianza respecto de los otros y retorna desde el exterior en posteriores ideas delirantes y voces alucinadas”; a diferencia de la neurosis

obsesiva, hay un constante autorreproche. Gracias a esta investigación, introduce el término proyección y esta, hace que la idea delirante se sostenga con la misma energía que la idea intolerablemente penosa y rechaza por el yo; lo cual implica que el proceso de desplazamiento y sustitución, la represión y sus retornos estén profundamente alterados: “la increencia es necesaria para que la certeza delirante retorne desde el exterior”. Esta alteración del yo, da comienzo a la expresión de su avasallamiento; le prosigue el modo de melancolía, que es la pequeñez del yo (“consecuencia de la denegación de creencia en el reproche”) o el modo de formación delirante (delirio de grandeza). Cualquiera de estos medios, se dirige a la certeza de una significación marcada por el yo avasallado (Berdullas, Malamud & Ortiz, 2010).

En el caso de Lacan, la expresión “se les ha soltado la cadena” se aplica cuando alguien se “volvió loco”, cosa interesante, lo que trata de expresar es que a nivel del lenguaje nos encontramos con que la palabra se presenta como loca. Es vital no olvidar el modo como se hace el loco, porque su discurso hace equivocar el sentido, como en el caso de Hamlet, quien se hace el loco en su forma de hablar, una manera de hablar con “chispas” sin sentidos; en otras palabras, se desliga en sentido, el discurso hace equivocar al sentido, porque hay un flujo de palabras sin conexión y que no hacen cadena –lo que Lacan planteaba como cadena significante-. Así, la locura se desamarra del tejido mentiroso lenguaje que es el inconsciente discurso del Otro. Para Lacan (Muñoz, Leibson, Smith, Berger & Acciardi, 2010) las manías (locura) son los fenómenos de excitación que se manifiestan en el cuerpo y en el lenguaje; tal excitación se compromete al factor económico (goce). En la manía hay desenfreno de palabra y goce, ya que hay liberación de la ley significante –existe un significante del sujeto para otro significante-, lo cual “pone al sujeto sustraído de toda intención de significación”, inmerso en la infinidad del lenguaje (Muñoz, Leibson, Smith, Berger & Acciardi, 2010).

¿Qué podemos encontrar en el lenguaje de la psicosis? Bien, me valdré de dos ejemplos que sería interesante esbozar sutilmente, pero debido al objetivo del trabajo, me remitiré a ser un poco explícito: uno elaborado por Freud y otro por Lacan. En un análisis que hizo Freud, del caso Schreber, afirma que “el desencadenante de la enfermedad fue la emergencia de la fantasía optativa femenina cuyo objeto era Flechsig”. El delirio

persecutorio lo llevó a un delirio de grandeza: hay un triunfo de voluptuosidad que Dios (el padre) exige al sujeto: su transformación en mujer y la posibilidad de procreación: por lo que, la incidencia del complejo paterno fundamenta la enfermedad. De esta manera, Freud construye la frase “Yo (un varón) lo amo (a un varón)” para designar la posición libidinal paranoica (Berdullas, Malamud & Ortiz, 2010).

Lacan (1984) nos permite comprender parte de ese lenguaje de locura, al elaborar un breve análisis de la paranoia o una forma de psicosis, respecto a un crimen ejecutado por dos hermanas (las hermanas Papin) que eran sirvientas de dos mujeres –la madre y la hija– y son asesinadas por éstas mismas cuando llegan a casa. En tal crimen, se admite como explicación de los hechos de la psicosis, el efecto de las tensiones sociales, quienes definen el equilibrio o la ruptura de la personalidad. La pulsión agresiva es la base de la psicosis y es inconsciente, porque la intención no se interpreta en la consciencia; esta pulsión “...se identifica con el acto acabado de la moralidad, tiene al alcance una expiación (autocastigo)”. El crimen tiene simbolismo en sus detalles: la metáfora del odio –“sería capaz de sacarle los ojos”–, las llevaron al acto literalmente.

En la cárcel, Chistine da expresión a temas delirantes, incluso en las creencias: “Creo que en otra vida yo debería ser el marido de mi hermana”. En las hermanas, las formas de la psicosis son correlativas: los delirios a dúo como forma antigua de la psicosis. Pueden producirse entre deudos muy cercanos: padre e hijo, madre e hija, hermanos(as). El mecanismo depende de la sugestión ejercida por un sujeto delirante activo sobre un sujeto débil pasivo. El “mal de ser dos” no las libera sino apenas del mal de Narciso, por lo que el sentimiento de culpabilidad y autocastigo, se encuentra en las acciones de estas hermanas, aunque sea sólo en el arrodillamiento de Chistine al escuchar su sentencia. Por último, las imágenes que entremezclan las hermanas de sus patronas son el espejismo de su propio mal, su propia miseria que detestan (Lacan, 1984).

#### 4.4. Psicosocial

En este último apartado, me gustaría comenzar con un excelente trabajo, llamado *¿Has visto cómo llora un cerezo?*, tiene un corte antropológico pero su información nos permite retomar la perspectiva psicosocial, ya que contiene elementos muy interesantes: la

cultura, la sociedad, la vida del “loco”, entre otros. Estos elementos son parte del marco social y sobretodo un aspecto indispensable que recalca el autor: repensar y replantear la labor hecha hasta hoy en el campo de la locura –creo que ya hemos hablado de ello en el capítulo anterior-.

La esquizofrenia ha tenido tres nociones: social, cultural y biológico. Respecto a lo biológico, que considera a la esquizofrenia como el resultado de variables ambientales o en su caso, por herencia de la familia, es decir, herencia biológica, ya que se activan ciertos códigos genéticos en los sujetos que la padecen. Asimismo, se encuentra la visión neurológica, que nos revela que este *trastorno* es consecuencia de ciertas deficiencias neuronales o de ciertos procesos neuroquímicos que afectan a las neuronas, el cerebro como órgano comandante del cuerpo –el cerebro en la ciencia actual es considerado no sólo el amo de la razón, incluso es el órgano que organiza y mantiene las funciones de todo el cuerpo-, al ser afectado en ciertas regiones, produce tal trastorno, deficiente para la perspectiva del sujeto. Ambas interpretaciones siempre toman en cuenta las variables orgánicas, dejando de lado el aspecto subjetivo o el mundo construido por el sujeto.

¿Realmente se puede sustentar a la esquizofrenia tan tajantemente desde la perspectiva biológica? Martínez (1998) expresa que pese a las hipótesis biológicas, no hay algún test o algo que se le parezca para permitir “decir que estamos ante un caso de esquizofrenia”. De acuerdo a Valleho (citado en Martínez, 1998) se diagnostican las clasificaciones por ser clínicas (toman en cuenta los signos y síntomas) y/o patocrónicas (es la localización del trastorno): es decir, no hay evidencia "de procesos fisiopatológicos claros y distintos, sino el terreno más ambiguo", esto es, signos y síntomas.

La siguiente noción es la cultural. En este campo se piensa la locura como “una mera construcción social propia de una cultura y de una época”. Por tanto, es "una representación creada sobre [una] ilusión [que es]...falsa, [porque no existe] en la naturaleza”, es decir, es una elaboración cultural, se habla de aquello que no existe, pero que existe porque la cultura la construye e incluso le asigna ciertas características, porque la cultura es la que nos da las pautas de comportamiento, saberes, creencias y prácticas a realizar en la convivencia que tenemos con los otros. Por otra parte, la noción social la concibe desde una visión de las estructuras sociales, característica que la diferencia de lo

cultural. Entonces, ¿Cómo concibe la locura esta visión? La percibe como una construcción social y símbolo de las contradicciones sociales, porque, retomando a Lacan, el lenguaje es el velo que impide el contacto directo con lo real (lo real como anterior al lenguaje), donde el mundo simbólico no deja dar vuelta atrás, solo es mirar el panorama al frente; de esta manera, la locura es una realidad de simbolizaciones y representaciones que rompe lo simbólico por el delirio y deforma el discurso.

Hablé un poco sobre la crítica que hace este libro de los tres aspectos (biológico, cultural y social), ¿por qué? Debido a que en ningún momento el autor sostiene que una es determinante o no hay evidencia de una u otra, sino que podrían ayudar a plantear la esquizofrenia retomando estos puntos, porque es parte de las metáforas del orden social y de un *ethos* de cierto tiempo con implicaciones biológicas, económico-políticas, de las que hablaremos ahora.

Martínez (1998) nos devela que dentro de esas implicaciones, las hipótesis actuales se remiten a los niveles culturales y sociales (como es el papel de las creencias y los conocimientos locales, los procesos de estigmatización o expectativas de los familiares en la curación), dejando de lado las dimensiones biológicas. Estos elementos influyen en las condiciones económico-políticas, ¿de qué manera? Cuando el sujeto es estigmatizado por parte de la comunidad o sociedad, la responsabilidad recae en el Estado, aquel agente que cumple la función de *salud y estabilidad* para el sujeto, promueve y construye centros de Salud, como la elaboración de reformas, capacita al personal, entre otras acciones más, para el tratamiento, la prevención, el diagnóstico y la propagación del conocimiento científico respecto a la enfermedad. Esta implicación también es social, ya que la estigmatización es un indicador que reconoce un efecto negativo en la salud -diversos estudios plasman el comportamiento que muestran los familiares hacia los "locos"-, porque es manifestación de una degradación del nivel general de salud y la aparición de síntomas depresivos.

Otro elemento social que nos plantea este autor, es que los estudios muestran un mayor índice de personas con locura en la clase baja y muy pocos en clase alta ¿a qué se deberá? Quizá, una aproximación a esta cuestión, es la apuntación de Link et. al (1986, Martínez, 1998) que los esquizofrénicos se exponen a condiciones sociales y laborales decadentes, en comparación al resto de la población. El componente de urbanidad está

presente, porque la locura tiene un carácter etiológico de la supuesta “desorganización social” y es inducida por el crecimiento poblacional, el desarrollo industrial y la vida urbana moderna. Además, siguiendo a Camberwel (citado en Martínez, 1998) el factor económico es una variable importante en el estudio de la locura, porque los esquizofrénicos provienen de familias de ocupaciones manuales y de áreas residenciales deprimidas.

¿Qué situación o condición social tienen los locos? Pareciera que desde la visión psicológica, han perdido las llamadas “habilidades sociales”, pero algunos al estar internados, continúan ahí debido a razones económicas, ya que no tienen dinero y no tienen remuneración económica de otro lado, si se me permite podría decir que es una comodidad y una estrategia que elaboran ante su situación; en añadidura, algunos optan por seguir reclusos debido a la desculturización que han tenido durante su estancia al internamiento, es decir, han perdido esas estrategias y actitudes para relacionarse con los otros que están en la vida de sociedad –me refiero a esta vida de sociedad como aquel programa o automatismo que tenemos los que no hemos sido diagnosticados con *locura*-. Algunos que ya han salido, continúan su vida, van a actividades esporádicas a los centros de rehabilitación como es el juego con algunos conocidos e incluso, tienen trabajos informales para su sostén.

Parte de su situación, es que pueden ser cuidados por algunos familiares especialmente, llegando al grado de la conocida “sobrepotección” que mencionan los psicólogos. Los familiares son los más preocupados por la situación del diagnosticado y porque se rompe la subjetividad colectiva que se ha construido en su contexto social. Algo curioso y creo que ya he hablado en el apartado anterior, es la reclusión requerida por los otros y no por el sujeto, como un caso que tuvo Martínez (1998) en la instancia de un Hospital: era una mujer que se dedicaba al trabajo bancario, que presentaba algunos síntomas de locura (delirios, hablaba sola, entre otros) pero que no se manifestaban cuando entró a ese trabajo, sino que con el paso del tiempo, mostraba tales actos, no se bañaba e incluso se desvestía como si estuviera en su casa, consideraba el banco como su propia casa; sus compañeros de trabajo no la aceptaban así e hicieron una petición al juez para ser reclusa, ya que ella se sentía nerviosa –como así lo mencionó en su juicio- y por eso se comportaba así. Bien, aquí se puede comprender que la decisión de reclusión es por los

otros y no por ella, sin considerar sus argumentos, por lo que el Juicio estuvo a favor de sus compañeros.

El mismo autor, nos plantea que las entrevistas etnográficas realizadas a estos informantes, porque esta información la recabo al entrevistarlos, adoptaba una posición del no-saber –ese no saber que asumen los analistas ante la psicosis, pero desde otra perspectiva, claro está-, porque le permitió entrar en la subjetividad del otro y nunca a enjuiciar. ¿Cómo es esta subjetividad? La subjetividad que han construido se opone al sentido común del contexto social, hay una codificación contradictoria a la literalidad de los fenómenos, rompe las bases estructurales y se expresa como un sinsentido común genuino. Es así como los tratamientos pretenden encargarse de los sinsentidos, al pretender que asuman y participen de las “convenciones sociales más estereotipadas y normativizadas sin cuestionarlas”, es decir, no quieren que se inmiscuyan en temas religiosos o abstractos, para evitar los delirios.

¿Cómo se puede interpretar esa subjetividad sinsentido común? La lógica que elaboran es particular a ellos, a través de mitos o leyendas, que parecen inverosímiles, pero que tienen elementos de la construcción social de la realidad, como es el caso de Silvio – uno de los informantes de Martínez-, quien elabora en sus cartas con palabras inconexas, representa realmente un arsenal aprendido de normas y convenciones sociales (expresa algunos personajes, la idea de que los muertos van al cielo o el diabólico número 666): es una forma de códigos o metáforas, como la solución de algún jeroglífico o mensaje en clave. Otra interpretación, es que las cartas están elaboradas con firmeza en la literalidad textual y vivencial de lo que se está diciendo, así lo sostiene el autor de las cartas, es decir, es un texto biográfico e inverosímil, pero que en esa expresión de manifestación vivencial e inverosímil, se adivina la estructura del discurso del delirio – por eso Lacan refiere que el lenguaje no es resultado de un avance del pensamiento como la sustitución de la palabra elefante por un elefante, sino es la consecuencia de una estructura previa que no es otra cosa que la simbolización. El símbolo es válido solo en la organización de un mundo de símbolos-.

El discurso de los esquizofrénicos está ligado a la reiteración, el bloqueo y la pausa. Aunque no siempre es así, principalmente cuando se expresan procesos sencillos o series

lineales de hechos y acontecimientos: "cuando el discurso de los afectados adquiere una estructura delirante, las pausas y los bloqueos pueden dejar paso a una veloz libertad asociativa" y dar paso a la "sobreinclusión y que refiere a la interpretación continua de categorías y significados". Por ejemplo, uno de los informantes de este mismo autor evoca la descripción de un acontecimiento pasado y termina con una aliteración inesperada; mientras que Domingo (otro informante), el componente asociativo convive en el mismo sujeto y en su discurso: él muestra reiteración, que supone un grado de bloqueo, y "una libertad asociativa que sustituye las pausas y permite superar las reiteraciones".

Lo ya mencionado, permite manifestar acercarnos a la subjetividad del sujeto, para no caer en la cuenta de un diagnóstico dado a través de un Manual, avalado por el discurso universitario y del amo. Esto nos permite entrar en la posibilidad de replantear a la psicosis desde posturas que se alejan de la categorización, como es el psicoanálisis y el trabajo psicosocial.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Daré pie a este apartado con una pequeña cita de un libro escrito por Katzenbach, titulado *La historia del loco* (2005): “uno no sabe cuándo está loco, es difícil distinguir lo real de aquello a lo que alucinamos”. ¿Por qué esta cita? Me permite indagar sobre algunos elementos que se retomaron en esta investigación. Por una parte, se puede apreciar cómo el *loco* se coloca en el estatuto de *loco* o de *enfermo mental*, no porque así lo quiera él, sino que hay toda una elaboración discursiva -discurso del universitario- y del mismo dispositivo PSI que Braunstein planteaba, como la disposición estructurada de ciertos dispositivos y servomecanismos para que ellos puedan “curarse”.

Otro elemento es, ciertamente el loco no sabe que está loco, porque si se diera cuenta de ello, estaría “curado”, pero vimos en el capítulo anterior que las intervenciones que hay para favorecer la cura son deficientes, aunque el psicoanálisis y la perspectiva psicosocial nos permiten vislumbrar ir más allá de lo convencional, prestarle atención a aquello que dice y no dice el *loco*. Asimismo, es nítida la conciencia colectiva que desarrolla el sujeto a partir de su liberación en el internamiento, ya que lo real y el delirio le parecen que son lo mismo a partir de la conciencia que se le ha impuesto.

Entonces, ¿qué diferencia hay entre locura, psicosis y esquizofrenia? Estos términos han sido usados históricamente, para dar cuenta de la situación que se suscitaba en el momento, pero que no han perdido algunos rasgos: el tratamiento dado a ellos por parte de los otros, el proceso de exclusión y el auge de discursos, instituciones, etc. En la época renacentista la locura era concebida como otro tipo de razón, la cual era venerada; en la época clásica, se llevaba a la locura a ciertos navíos, para que regresaran al lugar de lo misterioso –una manera de exclusión, pero era tolerada-; posteriormente, se le consideró una enfermedad que afectaba al sujeto, donde el médico cumplía el papel de hacerse cargo de ella y escuchando la voz de la misma; después, el médico podría tratar con voz de firmeza e imponencia al *loco*, ya que se encontraba en el asilo y tenía que ser considerado como *loco*, lo cual llevó a quitarle la subjetividad que tenía éste último y dando auge al proceso de desculturización que se produce ante el encierro; por último, con el impacto del concepto de normalización, propuesto por los fisiólogos, se le permitió al psiquiatra

recluir a todo aquel que se saliera de la norma poblacional. Recordemos que Foucault expresaba que ante tal situación, el poder y el discurso psiquiátrico lograron inmiscuirse en el aparato del Estado, como aquel juez y cuidador de los sujetos, sobre todo en el cuidado de los niños, porque aquí se inician como posibles criminales.

Todo ello, llevó al planteamiento de la conceptualización de la locura. Así, encontramos que el término psicosis fue usado para designar a un tipo de locura que presentaba el sujeto, aunque fue retomada posteriormente por Lacan para designar a las locuras; por otra parte, el concepto esquizofrenia, se elaboró con la intención de englobar todas las locuras, ya que en ese tiempo se tenían ciertas clasificaciones, asignadas a las enfermedades. Uno de los motivos para designar a la locura en diferentes maneras (como demencia, manía, entre otras) es debido a las características que se le daba a tal concepto, lo cual llevaba a originar confusiones respecto al diagnóstico. Aunque, con la intromisión de la *normalización*, el concepto validado por el discursos *científico* es la *esquizofrenia*, plasmada en el DSM IV y DSM V.

Aquí puedo detenerme un poco, debido a que hice mención del DSM, aquel Manual elaborado “minuciosamente” por expertos en el tema de *trastornos mentales*, pero que sólo obedece al discurso del mercado farmacéutico –Braunstein nos lo recuerda-; además, realmente tiene limitaciones muy serias que nos llevan a ponerlo en tela de juicio, pero más allá de ello, hay verdaderos y serios problemas que acarrea al emplearlo con los sujetos, como es el diagnóstico y tratamiento erróneo que se le puede dar, llevando a una gran crisis al sujeto. Muchos profesionales siguen usándolo y jactándose de ser un gran apoyo en su labor profesional, pero no se han puesto a pensar respecto a la conciencia de sus actos –Canguilhem y los Bassaglia lo han mencionado-, es decir, se muestran apáticos y amorales en cuanto a su labor; me pregunto ¿cómo puedo hacer uso de este Manual en el diagnóstico? porque es tan confuso y ambiguo.

Bien, podemos proseguir con algo muy importante relacionado a los conceptos dados para la locura: ¿cuál la visión que tiene el sujeto con locura? Interesante pregunta y primordial a abordar, ya que se ha pensado y se cree que ellos no son conscientes de sí mismos, son sujetos que no tienen razón o que pueden ser peligrosos para nosotros. La información consultada en esta investigación, nos permite expresar que ellos aunque tengan

delirios o alucinaciones –los cuales tienen un grado de verdad en sus palabras e incluso tienen elementos que son empleados en la Sociedad como en la Cultura-, siguen teniendo conciencia de sus actos, ya que no siempre están delirando ni alucinando, son solo ciertos momentos en los que se presenta.

Su discurso que parece tan rebuscado, a veces sencillo, incoherente e inconexo con la situación que se le presenta o la plática que tiene con otro, Martínez y Lacan nos ayudaron a comprender que esa elaboración discursiva puede ser tomada literalmente, metafóricamente o llegar a interpretarla –el psicoanálisis lo hace-, es decir, tiene un significado y tiene algo de verdad del sujeto y sobretodo, del sistema Hiperindustrialista en el que vivimos –ellos son la prueba viviente que el sistema es el ojo de Dios encargado de castigar a todo aquel que no obedece sus reglas y mandatos; mantener vigilados a todos para evitar el desequilibrio y colocar a los sujetos que rompen su esquema en un lugar donde no les estorbe o perjudique-.

Esta elaboración discursiva, al ser retomada en los tres tipos que expresé, puede dar pauta a un posible tratamiento no convencional, para apoyar al sujeto y velar el bien del otro –aquel bien del que Levinas manifestaba-, ya que es otro tipo de Obra que podrían prestarse a llevar a cabo los profesionales interesados en la locura. Bien, el *loco* ha entrado en estado de locura porque ha sido la única respuesta o mecanismo que encuentra su psique para enfrentarse a este sistema, donde somos bombardeados por tantas cosas (la internet, la tecnología, los avances científicos, la propagación de bienes materiales, entre otros) que nos hacen percibirnos como sujetos “únicos”, pero cosa curiosa e interesante: parafraseando a Lacan, hay una anulación del objeto perdido, el cual es sustituido por el capitalismo en forma de objetos para lograr un plus de goce en el sujeto, ya que el sujeto no podrá lograr su deseo; lo cual nos remite, a que este bombardeo es para que dejemos de lado nuestro sufrimiento –como es el caso de los *locos*, al menos ellos perciben ese sufrimiento constante al que estamos expuestos- y solo seamos máquinas productoras y enriquecedoras del capitalismo.

Ahora, procederé a responder la pregunta inicial ¿Cuáles son los principales discursos que tratan de explicar el fenómeno de la locura y/o psicosis? Se puede expresar que el discurso universitario y del amo han estado presentes en esta Sociedad

Hiperindustrialista o Posmodernista, para el beneficio de cierto poder, haciendo uso de la estrategia del control de este gran caos construido en aparente estabilidad ¿por qué es un caos con aparente estabilidad? Debido a que esta sociedad es una máquina que construye y produce sujetos con psicosis; mientras que los que no nos encontremos en ese estatuto, estamos viajando entre la razón y la *sinrazón*. Nos encontramos en una época en la que se está desbordando el capitalismo, tal como lo predijo alguna vez Marx, y el mismo sistema, por eso sociólogos la llaman Posmodernidad o Desmodernización. El discurso universitario se ha impregnado de tal forma, que cualquier sujeto de la sociedad puede llegar a decir que el otro tiene cierto *trastorno* porque lo ha visto en un reportaje científico, en una revista, lo escuchó por la voz de un profesional o de la radio, o incluso porque la OMS o alguna otra institución dedicada al trabajo con sujetos *psicóticos* han proclamado ciertas características presentes en las personas.

El discurso psiquiátrico aunado al poder disciplinario –que plantea Foucault- son los principales discursos que han llevado a recluir a la locura. Ambos se articularon para dar cuenta de la nosología, diagnóstico y tratamiento de la *psicosis* a partir del siglo XIX, con ayuda de algunos tratados elaborados por Pinel, Esquirol y otros psiquiatras, para que la psiquiatría pudiera ser catalogada como la ciencia de los *trastornos mentales*. Adquiere el discurso psiquiátrico una postura de imposición y sometimiento ante todos los sujetos, tal ha sido la consecuencia del poder disciplinario –vanagloriándose ante el poder soberano-, que hasta los reyes podían ser internados, dejándolos sin voz y sin poder.

El discurso psiquiátrico se amparó y se propagó del discurso neurológico, psicológico como pedagógico para vigilar a todos los sujetos en todo momento y en cualquier lugar donde se encontrase –siempre está presente la intención de dominación, el equilibrio del sistema y la proliferación de la clase dominante-; por eso, en los juicios legales, la opinión del psiquiatra es la unánime sentencia que se promulga, porque han adquirido tal poder a través de los años –pareciera que pisan al otro o a las otras ciencias para poder subsistir-.

Además, tal discurso se ha logrado gracias al concepto de normalización. Surge a partir del término norma y normal –Canguilhem nos ayuda a recordar- elaborado en los laboratorios y cosa curiosa, se le prestaba atención a la información dada por el sujeto en

cuanto a sus síntomas, pero que evolucionó a una mera conceptualización tajante de enfermedad, respecto de la voz del enfermo, es decir, el sujeto representa y se le considera una enfermedad, nada más. Por lo que, la normalización pretende homogeneizar a toda la población, para ella todo es posible medir, nada se le puede escapar: si uno tiene dolor de cabeza, se debe a la falta de una adecuada alimentación o de una correcta respiración; si hay brotes de algunas manchas en la piel, eso ya no es normal; el tener ciertas habilidades sociales para entablar relaciones con los otros es lo natural –obsérvese que lo natural es concebido como normal-; estos y otros argumentos hacen posible la homogeneización.

El gran efecto que ha tenido la homogeneización, es la búsqueda de posibles tratamientos o curas para las personas que salen de la norma, para regresarlas al estatuto de *sujeto normal*, aún así sea contra su voluntad –los *locos* viven esta cruel situación-. Tales tratamientos van desde la funcionalidad del sujeto en las diferentes áreas y grupos en los que está en su vida –la perspectiva cognitivo-conductual, aquel discurso que ni bases científicas firmes logra tener, pero que ha sido un trabajo muy remunerado para el aparente tratamiento-, como la medicación para la disminución o anulación de ciertos síntomas perjudiciales al sujeto –pese a las comprobables consecuencias negativas que tiene la medicación, se siguen aferrando los psiquiatras a tal intervención-, han sido tan deficientes y poco progresivos para la comprensión de la locura.

Aunque hay algunos que escapan de intervenciones convencionales y bien aceptadas en el saber científico, tal es el caso del psicoanálisis. Esta ciencia del inconsciente, da pauta a entrar en la subjetividad del sujeto, al considerar su deseo, el lenguaje que construye la psique del sujeto, entre otros elementos que retoma. Le permitirá al sujeto ser colocado en otro estatuto, no como un sujeto con tal *trastorno*, sino un sujeto en falta, un sujeto sufriente del sistema Capitalista y de los Mercados. ¿De qué manera? Mediante la relación de análisis que se da entre analista-analizante, ese único espacio que se le escapa al sistema.

Una posible intervención que ha tenido mayor impacto actualmente, en el campo de la *psicosis*, es el acompañamiento terapéutico. ¿Qué es? De acuerdo a Macías (2013) este “Es un recurso clínico especializado que opera desde un abordaje psicoterapéutico, en forma articulada con el profesional o el equipo terapéutico que lo indica” para el proceso de

“reincorporación familia y social consecuente a la desinstitutionalización psiquiátrica”. Se realiza de forma ambulatoria y cotidiana, en el entorno habitual (familiar y social) del sujeto, con la finalidad de promover un proyecto terapéutico. El papel del asistente es ser testigo de los actos del sujeto, da su compañía a este último y está al tanto de un programa a llevar a cabo en su cotidianeidad, como es la invitación a una práctica deportiva o de esparcimiento. Aunque este trabajo puede efectuarse desde cierta postura, como es el desconstruccionismo y el psicoanálisis, pero no me centraré en ello debido al objetivo de la presente investigación, solo hago mención de ello para que en futuras investigaciones puedan contemplar este gran recurso que se está realizando con pacientes *psicóticos*, ya que da pauta a tener un panorama más amplio de la intervención que se realiza con éstos sujetos; lo cual, permitirá romper con lo dicho y hecho en este campo, con la mira puesta a lo trascendental y velar por el sujeto.

Otra sugerencia que se da en posteriores trabajos, es el tema de la Ética en la locura desde un panorama histórico, ya que hablé en el segundo capítulo de este rubro, solo como una pequeña probada de lo que es este concepto y su implicación en el dispositivo PSI, al permitirle al DSM y a la OMS elaborar Manuales que “ayudan” a la identificación de los *trastornos*. Tal panorama, puede darnos más elementos de lo que han trabajado como ética los profesionales de la Salud en ciertas épocas, sus implicaciones en la Sociedad, las acciones que eran llevadas a cabo al seguir tal planteamiento, entre otras cuestiones, sería interesante leer tales investigaciones.

No solo la ética sería importante, incluso el poder abordar la locura desde el conocimiento antropológico, tal es el caso del texto *¿Has visto cómo llora un cerezo?*, un gran trabajo que nos ayuda a visualizar la *psicosis* no como un producto genético o neurológico, sino que tiene toda una gama de elementos entramados que dan cuenta de este fenómeno; además, sería muy importante retomar el conocimiento económico y político, porque son aspectos muy marcados en el Hiperindustrialismo. La información recabada de estas esferas, brindaría mayor validez a las indagaciones de Braunstein, en cuanto a la imposición de la normalización y el control de los sujetos para el beneficio de cierta clase dominante, pero más que eso, las artimañas sobre las que se avalan para actuar y el presupuesto financiero que representa la población *psicótica* para los mercados.

Realmente el panorama es crudo. Lo importante es persistir en el trabajo con los *psicóticos*, porque ellos son el síntoma de esta época, son el vivo reflejo. Es difícil el camino, pero no imposible: Foucault, Freud, Lacan, Levinas, Martínez, Braunstein, Goffman, entre otros, conocieron y se sumergieron en el estudio de esta cruda realidad. Por lo menos si no trabajamos en ello, sería oportuno preguntarnos, valga el pleonasma, preguntas que se plasmaron en este trabajo y también, tomarlas en cuenta al relacionarnos con el otro, fomentando una conciencia crítica de nuestros actos y del saber científico. La conciencia crítica sería un buen comienzo para el trabajo realizado con los *locos*, por lo que me permití poner en cursivas las palabras como loco, alienado, salud mental, entre otros, debido a que son conceptos elaborados por la comunidad científica dominante y que traen consigo la anulación de la subjetividad del sujeto, porque ellos solo tienen otro tipo de visión de la vida, son diferentes a nosotros pero no dejan de ser sujetos que viven atrocidades como el resto de todos nosotros y que están expuestos a los mismos efectos; asimismo, podemos nosotros estar algún día en su posición, entonces ¿por qué tratarlos y mirarlos de manera tan despreciables y despótica?, acaso a ¿alguno de nosotros nos gustaría ser tratados así?.

## 6. REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM V*. Arlington, EUA: American Psychiatric Publishing. Recuperado de: [http://www.academia.edu/7709881/Guia\\_de\\_consulta\\_de\\_los\\_criterios\\_del\\_DSM-V\\_en\\_espa%C3%B1ol](http://www.academia.edu/7709881/Guia_de_consulta_de_los_criterios_del_DSM-V_en_espa%C3%B1ol)
- Assoun, P.L. (2002). En Assoun, P.L. *La metapsicología* (pp. 7-83). México: Siglo XXI.
- Basaglia, F., Basaglia, O.F., Castel, R., Goffman, E., Foucault, M., Laing, R., Szasz, T. (1987). Los crímenes de la paz. La casa de la Locura. La contradicción psiquiátrica. Consideraciones sobre la psiquiatría. La locura del “puesto”. ¿A quién sirve la psiquiatría? En F. Basaglia y F. Basaglia Ongaro. *Los crímenes de la paz: Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión* (p.13-78, 135-166, 243-320) Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2014/10/franco-basaglia-1971-los-crc3admenes-de-la-paz.pdf>
- Bauman, Z. (2008). Introducción. En Bauman, Z. *La sociedad sitiada* (pp. 9-34). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Berdullas, P., Malamud, M., Ortiz, Z.G. (2010). Psicosis y significación en Freud. *Scientifica Electronic Library Online*, 17. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862010000100045&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100045&lng=es&nrm=iso)
- Braunstein, E. (2008). En Braunstein, E. *Memoria y espanto o el recuerdo de infancia* (pp. 7-36). México: Siglo XXI.
- Braunstein, E. (2012). En Braunstein, E. *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista* (pp. 7-192). México: Siglo XXI.
- Braunstein, E. (2013). En Braunstein, E. *Clasificar en psiquiatría* (pp. 7-120). México: Siglo XXI.

- Camacho, S.F. (2010) En México, los enfermos mentales padecen a diario el infierno: ONG [Versión electrónica]. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/12/01/politica/016n1pol>
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI. Recuperado de: <http://ebiblioteca.org/descargar.php?x=1607815441&cual=98970&sec=1426470040375>
- Castro, O.R. (2004). “*Ética para un rostro de arena: Michel Foucault y el cuidado de la Libertad*”. Tesis de Doctorado, Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política II (Ética y Sociedad), Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fsl/ucm-t28231.pdf>
- De la Portilla, G.N. (2010). Psicosis única en la actualidad. *Salud Mental*, 33 (2), 107-109. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58215623001>
- Foucault, M. (2007). Curso Ciclo lectivo 1973-1974. *El Poder psiquiátrico* (pp. 1-129). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://colectivoantipsiquiatria.files.wordpress.com/2014/09/foucault-el-poder-psiquiatrico-colectivoantipsiquiatria-wordpress-com.pdf>
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de <http://doctoradosociales.com.ar/wp-content/uploads/GoffmanInternados.pdf>
- González, P.H. (2007). Efectividad de los modernos fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: ¿avance terapéutico o más de lo mismo? *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 28(2), 111-116. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828208>
- Gómez, D.K.L. (2012). “*La Terapia Cognitivo-Conductual en pacientes con esquizofrenia: una propuesta de intervención*”. Introducción. Tesina de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

- Gutiérrez, Sánchez, Trujillo y Sánchez (2012). Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *Scientific Electronic Library Online*, 32(114), pp. 225-242. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-5735201200020002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-5735201200020002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Ibáñez, R.J.R. (2014). “*Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos*”. Tesis de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/510220071/Index.html>
- Iparrazar, P.V. (2014). “*Alternativas de tratamiento psicológicas para personas que sufren trastornos mentales*”. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, UNAM.
- Katzenbach, J. (2005). *La historia del loco*. Barcelona, España: Ediciones B.
- Lacan, J. (1984). Motivos del crimen paranoico: El crimen de las hermanas Papin. En Lacan, J. *De la Psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. (pp. 338-346). México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1990). *La ética del psicoanálisis 1959-1960* [Versión electrónica]. Ediciones Paidós, Buenos Aires, Barcelona. Recuperado de <https://mega.co.nz/#!VQkUwCpS!PW4Z7Tnj0F1QKCoTSF4wUNAw045I8I5wEsa5QwBVBws>
- Lacan, J. (2008). *Seminario XVII: El Reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2013). En Lacan, J. La ciencia y la verdad. *Escritos II*. (pp. 813-834). D.F., México: Siglo XXI.
- Levinas, E. (1998). *La huella del otro* [Versión electrónica]. Editorial Taurus, D.F, México. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/52494188/La-Huella-Del-Otro-Emmanuel-Levinas#scribd>
- Macías, T.M.A. (2013). El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación [Versión electrónica]. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1214-1235.

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995). Washington, EUA: American Psychiatric Association. Recuperado de: <http://es.slideshare.net/alexmanolo/dsm-iv-completo>
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013). D.F., México: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B6-ryBrIW-AXekNmMjBGRHRtaGM/view>
- Martínez, H.A. (1998) *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia* (p. 1-89). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Masa, M.S. (2014). *Esquizofrenia y teoría de la mente*. Tesis Doctoral, Facultad de Educación, Universidad de Extremadura. Recuperado de: [http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/315/TDUEX\\_2012\\_Masa\\_Moreno.pdf?sequence=1](http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/315/TDUEX_2012_Masa_Moreno.pdf?sequence=1)
- Melchor, G.A.D. (2012). *“Esquizofrenia: propuesta psicoeducativa cognitivo conductual para cuidador primario y paciente con esquizofrenia medicado de consulta externa”*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *10 Datos sobre la salud Mental*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Poy, S.L. (2010) En riesgo de padecer alguna enfermedad mental, 50% de niños y jóvenes mexicanos [Versión electrónica]. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/04/19/sociedad/047n1soc>
- Prieto, J.L. (1991). En Prieto, J.L. *La utopía skinneriana: bases psicológicas* (pp.5-190). Madrid, España: Grijalbo.

- Ramírez, B.T. (2014) Mejorarán atención a las personas con enfermedad mental [Versión electrónica]. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2014/09/23/capital/035n3cap>
- Saucedo, N.J.C. (2013). *Funcionamiento psicosocial en adolescentes con esquizofrenia y su correlación con el funcionamiento cognitivo y la gravedad de la enfermedad* [Versión electrónica]. Tesis de especialización en Psiquiatría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2013/mayo/511229888/Index.html>
- Thompson, S., Frydman, A., Salinas, L., Mantegazza, R., Toro, C., Lombardi, G. (2007). El proceso diagnóstico en psicoanálisis. *Scientifica Electronic Library Online*, 14. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100041&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100041&lng=es&nrm=iso)
- Trujillo, J.L.A. (2013). *“El tratamiento de la esquizofrenia: Nuevos horizontes”*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Vásquez, R.A. (2008). Zygmunt Bauman: Modernidad Líquida y Fragilidad Humana [Versión electrónica]. Católica de Valparaíso, Madrid, España, 19. Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/19/avrocca2.pdf>
- Vásquez, R.A. (2012). Foucault: “Los anormales”. Una genealogía de lo monstruoso. Apuntes para una historiografía de la locura. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. (34), 1-19.