



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Construcciones sociales de la Esquizofrenia, un abordaje narrativo"

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

Brenda Elizabeth García Rivera

Tanya Detzani Martínez Hernández

Directora: Mtra. Mayra Eréndira Nava Becerra

Dictaminadores: Lic. Víctor Manuel Alvarado García

Lic. César Roberto Avendaño Amador



Los Reyes Iztacala, Edo de México, Noviembre 2016.



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.

*“La locura no se puede encontrar en estado salvaje.
La locura no existe sino en una sociedad,
ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad
que la aíslan y de las formas de repulsión
que la excluyen o la capturan”.*

MICHEL FOUCAULT

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Características de la esquizofrenia desde el discurso médico ..	22
1.1 Orígenes y estadísticas de la esquizofrenia desde el discurso médico sanitario	22
1.2 El concepto de Esquizofrenia	26
1.3 Síntomas de la esquizofrenia	31
1.4 Tipos de esquizofrenia	33
1.5 Tratamientos para la esquizofrenia	35
Capítulo II. La mirada médico-psicológica del experto	42
2.1 La mirada experta como productora de regímenes de verdad biopolíticos. . .	42
2.2 La mirada médico-psicológica del experto: una aproximación.	49
Capítulo III. La esquizofrenia desde la mirada de la otredad	62
3.1 Lo Mismo y lo Otro	63
3.2. Concepción de la esquizofrenia	65
3.3. La percepción del entorno médico	68
3.4. Interacciones con la sociedad	74
3.5 La Otredad como posición estratégica	77
3.6 Apuntes finales	79
Conclusiones	81
Bibliografía	94

INTRODUCCIÓN

I

Para describir a la Psicología social se puede hacer referencia a la propuesta que Ibáñez (1995) utiliza, ya que hace uso de la metáfora de la figura griega Penélope, quien se empeñaba en deshacer durante la noche la labor que había realizado durante el día. Este autor se justifica en tres argumentos: el primero de orden ontológico, basándose en la naturaleza de los fenómenos sociales. El segundo refiere al orden epistemológico, el cual examina las características del conocimiento que se originan sobre dichos acontecimientos. Y finalmente, el tercero, hace referencia a la intersección de los dos anteriores, es decir, a su distintiva relación entre sí, ya que por una parte es fenómeno social y por otra es conocimiento.

Los fenómenos sociales son producciones históricamente situadas y la negación de este hecho es inevitable, es decir son procesos que se crean en el transcurso de su desarrollo generando así las condiciones para su propia transformación. Es en este punto donde se encuentra la semejanza con Penélope, ya que los psicólogos sociales construyen conocimientos que será pertinente deshacer en algún momento posterior. Es por ello que es importante reconocer que el conocimiento de lo social es necesariamente incompleto.

En todo fenómeno social se considera que existe una memoria de las relaciones que lo establecieron como tal, y que han quedado depositadas en su seno. A partir de ellas los investigadores generan nuevos conocimientos, no obstante, ninguno puede especular la sociedad en la que viven desde fuera de ella (Ibáñez, 1995). Nuestra percepción de la realidad social y la naturaleza de la misma se ven afectados por los conocimientos que se producen.

Uno de los instrumentos más eficaces en los procedimientos de desconstrucción, es la sistemática como método básico para originar conocimientos relevantes en el marco de la disciplina. La duda metódica consiste en poner en indecisión todo tipo de conocimientos llevando así a entender las situaciones desconstruidas de una forma distinta.

Ibáñez (1995) afirma que existen diversos presupuestos ontológicos de la agenda de la Psicología social para reconocer aquellos puntos clave de la realidad:

- Reconocimiento de la naturaleza simbólica de la realidad social: esto quiere decir, darle significado a las cosas, definirlo o darle sentido. Es importante detectar cuáles son aquellos significados compartidos dentro de un determinado espacio y posteriormente, mediante la narrativa, se realice la resignificación por medio de la desconstrucción.
- Reconocimiento de la naturaleza histórica de la realidad social: éste está dividido en dos ramas, la primera de ellas es la genealogía la cual describe las condiciones del origen de los fenómenos y la segunda es lo histórico, es decir, que tiene memoria, elaborándose un proceso donde se debe de rastrear de dónde viene.
- Reconocimiento de la importancia que reviste el concepto y el fenómeno de la “reflexividad”: es aquella capacidad de volver sobre nosotros mismos y darnos cuenta de lo que se ha hecho y qué es lo que esto ha provocado, ayudando así a resignificar.
- Reconocimiento de la “agencia humana”: refiriéndose que somos seres aptos de autodirigir conductas con base en decisiones internamente elaboradas. Ser capaces de ser actores en determinadas situaciones.

- Reconocimiento del carácter dialéctico de la realidad social: es la detección de contradicciones en la sociedad.
- Reconocimiento de la adecuación de la perspectiva construccionista para dar cuenta de la realidad social: es la carga histórica de un determinado concepto. Poner de manifiesto el papel que desempeñan las construcciones culturales y las convenciones lingüísticas en la generación de una serie de “evidencias” que se imponen a nosotros con toda la fuerza de las cosas mismas.

Con los anteriores presupuestos ontológicos propuestos por este autor, de manera específica el reconocimiento de la naturaleza histórica de la realidad social para un fenómeno como es la esquizofrenia y el reconocimiento de la importancia que reviste dicho concepto, es necesario partir del panorama dentro de la historia que envuelve al tema principal de este manuscrito.

II

De acuerdo con Foucault (2012) durante los siglos XVI y XVII se empezó a organizar la percepción de la locura como una enfermedad mental, con ello se inició a apartar y segregar a los locos al margen del sistema general de la sociedad; no hubo tolerancia alguna en un aspecto de familiaridad cotidiana, así mismo no se soportaba verlos circular y mezclarse en la vida de todos los días.

A diferencia de ésta época cabe mencionar que en la Edad Media se consideraba que algunos individuos estaban enfermos del espíritu, la cabeza o el cerebro. En ese entonces las medidas que se tomaban para darle atención a esta población eran actividades relacionadas con la tortura o con el uso de violencia extrema con dichas personas.

Un mecanismo de segregación social que se empleó desde entonces fue un lugar en el cual los locos quedaron atrapados y poco a poco en ese régimen general de encierro se definió para ellos como un sitio específico, éste es el llamado hospital psiquiátrico moderno, donde cabe mencionar que la idea del hospital funcionó en gran escala a lo largo de toda Europa en el siglo XIX.

El pensamiento médico juega un papel fundamental ya que entiende una manera de percibir las cosas, la cual es organizándolas alrededor de la norma; esto es, trata de separar lo que es normal de lo que es anormal, busca también asignarse medios de corrección que no son exactamente medios de castigo, sino medios de transformación del individuo, toda una tecnología del comportamiento del ser humano que está ligada a ese fin (Foucault, 2012).

Con el concepto de “normalización” comenzó una especie de jerarquía de individuos capaces o menos capaces, el que obedece a una norma determinada, el que se desvía, aquel a quien se puede corregir, aquel quien no se puede corregir, el que puede corregirse con tal o cual medio, aquel en quien hay que utilizar tal otro.

De acuerdo a lo antes descrito puede establecerse dos divisiones dentro de un grupo social, la primera de ellas es la sección de las personas consideradas sanas y por otro lado la de los enfermos. Es necesario definir que lo natural es que la primera huirá siempre de la segunda. La vida de los sanos estará conformada por una serie de actividades dedicadas a la prevención, pero los sanos serán los sumisos, convirtiéndose en los pacientes eternos que llevarán una vida de enfermos para no serlo. Los enfermos, por su parte, serán los que lo habrán querido; debido a que una vez dados todos los consejos, cada uno se encontrará frente a su deber hacia sus cónyuges, amigos y médicos. Por lo tanto habrá que elegir un bando.

En esta parte los médicos han tenido un papel de una omnipotencia inquietante, ya que pretenderá conocer y proveer todo. Ya no serán las dudas las que envenenarán nuestra alma, sino la dura certeza de la predisposición, la ley que no cambia lo hereditario.

Cada disfunción encontrada representa una falta de eficacia que debe ser corregida, cada somatización no es sino un obstáculo molesto a superar. La enfermedad es un caso particular del mal funcionamiento de ese sistema de comunicación en el que se ha convertido nuestro organismo, un proceso de desconocimiento o de transgresión de los límites del aparato estratégico que constituyen el yo.

El papel de la biopolítica ha formado parte del lado de aquel que enjuicia, es el poder de hacer vivir y dejar morir y se aplica no solamente a cada uno en particular, sino también al cuerpo múltiple de la población, instalando mecanismos de seguridad que conciernen a todo lo que hay de aleatorio en cada población de seres vivos con el fin de optimizar un estado de vida.

El análisis del poder se elabora con las formas jurídicas que deciden lo que está aprobado o permitido y lo que estaba prohibido o negado. Cabe recalcar que los mecanismos de poder son mucho más amplios que el mero aparato jurídico-legal y que se ejerce mediante procedimientos de dominación que son muy numerosos. Las relaciones de poder son las que los aparatos de Estado ejercen sobre los individuos, pero asimismo la que el padre de familia ejerce sobre su mujer e hijos, el poder ejercido por el médico o por el dueño de la fábrica.

Las instalaciones y entornos de reclusión impuestas por el Estado representan el poder disciplinario, como lo son escuelas, familias, cárceles, cuarteles, fábricas y hospitales. Es así como el sujeto cambia de un entorno de reclusión a otro, moviéndose en un sistema cerrado, permitiendo ser distribuido y ordenado en estos entornos.

El poder se efectúa y se ejerce por medio de elementos sutiles de la familia, la escuela, el trabajo, etc. Para Han (2014):

Puede exteriorizarse como violencia o represión. Pero no descansa en ella. No es necesariamente excluyente, prohibitorio o censor. Y no se opone a la libertad. Incluso puede hacer uso de ella. Solo en su forma negativa, el poder se manifiesta como violencia negadora que quiebra la voluntad y niega la libertad. Hoy el poder adquiere cada vez más una forma permisiva. En su permisividad, incluso en su amabilidad, depones su negatividad y se ofrece como libertad. (p. 28)

Complementando lo anterior Rodríguez (2012) menciona que la transformación de la penalidad se lleva a cabo cuando el sistema judicial se amolda a los mecanismos de vigilancia y de control del Estado antes mencionados, es decir, cuando ambos dispositivos convergen en la construcción del Estado moderno convirtiendo los dispositivos de castigo en curativos.

Foucault diferencia tres figuras que constituyen el ámbito de la anomalía; la primera es aquel humano que viola las leyes de la sociedad y también las de la naturaleza; la segunda es el medio por el cual se reordenarán las funciones familiares en el que se desenvolverán las técnicas disciplinarias; finalmente la tercera es el onanista por el cual se redistribuyen los poderes que envuelven el cuerpo del individuo (Rodríguez, 2012).

Por lo tanto la psiquiatría nace cuando el psiquiatra pasa a ser el representante del poder omnipresente. El enfermo es donde se produce una relación desigual entre el psiquiatra y el paciente, en donde la persona está sujeta a la categorización por medio de la estratificación humana y por lo cual se define lo anormal. A esto se debe que sea apartado de la sociedad, debido a que produce un desequilibrio del orden social. El enfermo se encuentra vinculado en la categorización de lo humano (normal), pero definido como un sujeto enfermo.

Foucault (2012) analiza en torno a la psiquiatría cuatro procedimientos: el primero es la búsqueda de antecedentes familiares de la enfermedad llamado

interrogatorio clásico, mediante el cual se acumula datos médicos que permiten estandarizar a los individuos mediante la historia familiar. El segundo es el interrogatorio de las experiencias existenciales que son otro tipo de justificaciones de la conducta, en donde la enfermedad se exterioriza y se implanta como una patología social, permitiendo demostrar que la anomalía está decretada por aquellas condiciones interiores y exteriores del individuo. El tercero es el interrogativo donde se consigna hacia la reconstrucción moral del individuo, una especie de convenio entre el paciente y el médico por el cual ambos asisten el cuerpo de la estandarización de la enfermedad. Y por último el enfermo reconoce que padece ciertos síntomas o trastornos psicopatológicos y tiene que someterse a la autoridad de los dispositivos del especialista.

Respecto a lo anterior, dentro de una sociedad en específico no tiene importancia si una persona está catalogada como sana o enferma ya que cuando el sujeto pretende ser libre en realidad manifiesta que sigue siendo un esclavo absoluto debido a que al no tener un amo que lo explote, será él mismo quien lo haga y seguirá siendo un sujeto de rendimiento. Es así como la vida y el trabajo son la misma cosa, en donde la salud es el ideal de la vida.

Lo anterior está profundamente ligado al desarrollo del capitalismo ya que con la división del trabajo fue necesario que hubiera personas capaces de hacer actividades originando el temor del surgimiento de movimientos populares de resistencia, de inercia o de rebelión, derrocando todo ese orden capitalista que estaba naciendo, por lo tanto fue necesario una vigilancia precisa y concreta sobre todos los individuos. Conservando el mayor tiempo posible a los obreros que se empleaban ya que el material humano es un recurso fundamental que debía mantenerse.

El capital humano se define entonces como el conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por acumulación de conocimientos generales o específicos (Boutang, Corsani & Lazzarato, 2004). Es importante

destacar la teoría del capital humano, la cual distingue dos formas posibles de formación:

1. La formación general: adquirida en el sistema educativo. Donde puede existir un acuerdo entre el trabajador y la empresa, el cual consiste entonces en la compra, por parte de la empresa, de la fuerza de trabajo por un lado y la compra de la formación del trabajador por otro.
2. La formación específica adquirida en el seno de una unidad de producción o de servicio: la cual permite elevar la productividad del trabajador dentro de la empresa, pero nada o poco fuera de ésta.

El conocimiento adquirido no se mide más que por su contribución monetaria y no porque pueda aportar algo al proceso de acumulación de conocimiento. La teoría del capital humano niega así el carácter colectivo del proceso de acumulación de conocimiento, haciendo del individuo un ser que maximiza sus rentas futuras optando entre trabajar y formarse. El conocimiento se ha puesto al servicio de la producción cuya tarea es la de controlar a la naturaleza a través de la técnica y a los hombres a través de la jerarquía.

De acuerdo con Boutang, Corsani & Lazzarato (2004), Marx reconocía el papel indirecto jugado por el saber abstracto en la productividad. Se trata del saber social abstracto transferido a las máquinas y objetivado en capital fijo. Lo denominaba como *general intellect*, que puede entenderse como una potencia materializada del saber. Los trabajadores intelectuales son entonces denominados “indirectamente productivos”, en el sentido en que participan en la creación de las condiciones de productividad. De esta forma, los enseñantes son aprehendidos como elementos indispensables en el aumento de la productividad del trabajo y del capital.

Deleuze & Guattari (1985) aseguran que en el capitalismo la esencia se vuelve subjetiva y el trabajo abstracto se vuelve algo real a partir de que se pueden volver a interpretar todas las formaciones sociales precedentes desde el

punto de vista de una decodificación o de un proceso de desterritorialización generalizados. El capitalismo implica la eliminación de las grandes representaciones objetivas determinadas en provecho de la producción como esencia interior universal, pero no sale del mundo de la representación, tan sólo efectúa una vasta conversión de ese mundo confiriéndole la nueva forma de una representación subjetiva infinita.

Al hablar del desarrollo del capitalismo, es importante mencionar que en nuestro país durante la época colonial, principalmente en los siglos XVI y XVII se desarrolló en la nueva España el capital comercial usurero como una primera fase de la acumulación originaria del capital. La segunda fase, la acumulación originaria industrial, surge a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, con el avance de la división social y regional del trabajo, el auge combinado de la minería, ganadería lanar, manufacturas y agricultura de exportación (Rojas, 1985).

La supremacía final del modo de producción capitalista fue evidente debido a que ya no existieron las otras formas de organización de producción y sus superestructuras correspondientes, consolidándose en el siglo XIX (De la Peña, 1980). El fastuoso impulso económico que se produjo como consecuencia de la prolongada presencia del Porfirismo produjo que México fuera incorporado a las fuerzas expansivas mundiales del capitalismo.

La creación de las relaciones capitalistas fue diferente en cada industria, respondía sin duda a diversos factores que influyeron en mayor o menor medida para su consolidación en dichas ramas de la economía. Se llevaron a cabo transformaciones sociales, grandes construcciones de obras públicas, pero esta situación tuvo como consecuencia que incrementaron los grandes negocios y excesivos despojos, llegando con ello a una diferenciación entre las personas que formaban parte de los altos mandos y el proletariado, ya que las primeras eran aquellas que tenían el capital acumulado y poseían los medios de producción que más adelante se convertirían en ganancias económicas.

A través de la penetración en las industrias mencionadas, el capitalismo fue extendiéndose a otras ramas hasta llegar a consolidarse como el modo de producir bienes y servicios en nuestro país, con todas las consecuencias en los diversos órdenes de la vida y de la salud de la población en general aunque de un modo en particular al proletariado. El surgimiento de las relaciones capitalistas de producción consolidó el trabajo asalariado y acentuó la división del trabajo, con la explotación de este último.

El análisis del desarrollo capitalista en México muestra como éste se presenta primero en algunas ramas de la economía para después extenderse a otras hasta llegar a dominar el conjunto de actividades productivas de bienes y servicios.

La consolidación del capitalismo empezó a verse reflejada con mayor fuerza a partir de 1855, donde principalmente el poder se dedicó a producir y aplicar diversas reformas dirigidas a eliminar la intervención temporal, política y económica de la iglesia, pero también contra las comunidades indígenas. Su propósito era promover el desarrollo capitalista estimulando la acumulación originaria utilizando todo tipo de violencia.

Para ello se hizo uso de infinidad de impulsos internos y externos que eran favorables para su implantación, en donde se incluían acciones militares brutales para que se lograra la incorporación de ideologías y estructuras propias de este modo de producción. Lo anterior se generó en el seno de la sociedad donde se desarrolló internamente, condicionada por estímulos determinados por sus vínculos externos y con un destino económico determinado por la división internacional del trabajo (De la Peña, 1980).

De acuerdo con Rojas (1985) la consolidación de ese modo de producción trajo consigo como una necesidad ineluctable, un crecimiento de la población asalariada, pero con ello no mejoraron sus condiciones materiales de vida. Se

observa el enriquecimiento del capitalista y mayor miseria para la clase proletaria, siendo una relación proporcional definida como: entre mayor capital peor la situación del obrero. El trabajador se encuentra en condiciones objetivas reales de explotación y busca mejorar su situación individual aún a costa de otros individuos que se encuentran en las mismas condiciones: ser explotados por el capital.

Es importante mencionar que el gobierno tiene por norma la ley y por aspiración la justicia. Dadas las instituciones que nos rigen, le es imposible limitar la libre concentración, ni intervenir de una manera directa en el mejoramiento de la condición del obrero. No hay texto legal que lo autorice, ni conveniencia alguna que lo obligue a decretar salarios, ni precios, ni horas de trabajo; el trabajo está sometido por un ineludible fenómeno natural a la ley de la oferta y la demanda.

En los procesos de trabajo contemporáneos, hay constelaciones conceptuales que funcionan por sí mismas como “máquinas” productivas, sin adoptar un cuerpo mecánico y ni una pequeña alma electrónica. Un bien inmaterial, que es por esencia inapropiable no renuncia en el intercambio por salario a la mercantilización. Esta mercancía inmaterial es efectivamente de una naturaleza particular. Su valor no está fundado sobre la escasez, sobre la dificultad de procurarse las materias primas y los medios útiles para producirla. Su consumo, lejos de ser una pura destrucción, se inscribe en la problemática de su circulación, actualidad, crítica y expansión (Blondeau, Whiteford, Vercellone, Kyrou, Corsani, Rullani, Boutang & Lazzarato, 2004).

Conviene en la actualidad señalar el rol jugado fundamentalmente por Internet. Esta red de interconexión digital permite coordinar a escala mundial los esfuerzos de miles de desarrolladores voluntarios que trabajan en la creación, en el enriquecimiento e incluso en el mantenimiento del sistema y de sus aplicaciones, probando distintas soluciones para mantener sólo una versión. Los propios usuarios son solicitados, hacen comentarios, sugerencias y ayudan a los recién llegados. Esta elección de difundir un sistema operativo con su fuente y su

documentación ha permitido la constitución de una comunidad de millones de usuarios, de desarrolladores y de colaboradores, todos ellos voluntarios y particularmente activos en los foros y las listas de correo en Internet, en los que cada cual participa, a su medida, en su evolución.

Por ejemplo la empresa estadounidense Acxiom comercia con datos personales de aproximadamente 300 millones de ciudadanos, agrupando a los individuos en diferentes categorías según su actividad económica, aquellos con una escasa actividad se les denominan waste “basura” identificando así a las personas sin valor económico. Para definir en una sola palabra a la basura humana o los rechazados de la sociedad, se emplearía el término desecho (todo aquello que no es útil), y la aportación más significativa que pueden hacer es bloquear o ensuciar los espacios que se podrían utilizar para generar beneficios, asegurándose de que lo no empleado sea separado del producto valioso.

El acto de producción se objetiva no en el producto de trabajo, ni en el valor de intercambio o en el valor de uso, sino en ese espacio público de cooperación, que plantea la matriz colectiva como finalidad de la actividad. El proceso de globalización actual puede, en algunos de sus aspectos, ser interpretado como la renovación de un vasto proceso de acumulación primitiva. Combina estrictamente los métodos tradicionales de la expropiación originaria y la tentativa de transformación en mercancías de la totalidad del mundo de la vida y del pensamiento.

El exceso de capital de las personas no es otra cosa que la enorme forma que adopta la libertad individual. La crisis de libertad que se manifiesta hoy en día se caracteriza por una técnica de poder que no niega o somete la libertad sino que la explota, eliminándose así la elección libre en favor de la elección entre distintas ofertas.

Para explotar la libertad según Han (2014) el neoliberalismo es un sistema inteligente y eficiente, debido que se aprovecha todo aquello que se relacione a prácticas y formas de libertad (emociones, juegos y comunicación). Sometiendo a alguien en contra de su voluntad sólo se obtiene un producto final específico, no obstante el mayor rendimiento sólo lo da la explotación de la libertad.

La modernidad ha reducido de manera forzosa la complejidad del entorno natural, del organismo biológico, del espíritu pensante y de la cultura social, a las dimensiones toleradas por la fábrica industrial. La relación entre valor de cambio y conocimiento es muy compleja, debido a que está subordinada al efecto multiplicador de la difusión y al divisor de la socialización.

El neoliberalismo ya no se ocupa principalmente de “biológico, somático, corporal”, por el contrario descubre la psique como una fuerza productiva, ocasionando que la concepción de la psique tenga un giro y con ello la psicopolítica que está determinada por formas de producción inmateriales e incorpóreas. El cuerpo como fuerza de producción ya no es necesariamente central como en la biopolítica. Es por ello que para incrementar la productividad optimizan procesos psíquicos y mentales. La disciplina corporal cede ante la adecuación mental, es así como el neuro-enhancement (rendimiento psíquico mediante la toma de sustancias psicoactivas) se distingue fundamentalmente de las técnicas disciplinarias psiquiátricas.

Debido a las condiciones del neoliberalismo quien fracasa en el rendimiento se hace responsable y se avergüenza, sin embargo nunca se pone en duda al sistema o a la sociedad, de esto parte la inteligencia de este régimen. No permite que se genere resistencia en contra del sistema. En la autoexplotación del régimen neoliberal la agresión se dirige hacia uno mismo, siendo esta autoagresividad la que convierte al explotado en depresivo y no revolucionario.

El poder disciplinario descubre a la “población” como una masa de reproducción y producción que se debe de administrar meticulosamente, de ello se ocupa la biopolítica. Foucault habla expresamente de ella en la población, es decir, las tasa de natalidad y mortalidad, la reproducción, la esperanza de vida, el nivel de salud son objetos de controles reguladores, la biopolítica es la forma de gobierno de la sociedad disciplinaria, pero es inadecuada para el régimen neoliberal que explota principalmente la psique. La biopolítica toma los datos de la estadística de la población, no tiene ningún acceso a lo psíquico; y en ello reside la diferenciación entre la estadística y el Big Data. A partir del Big Data es posible construir un psicoprograma individual y colectivo, incluso el de lo inconsciente, de este modo es posible iluminar y explotar la psique hasta esta instancia.

La psicopolítica neoliberal es aquella política inteligente que en lugar de someter busca agradar influyendo en las acciones mediante las influencias sobre la emoción a un nivel prerreflexivo, por medio de la emoción se llega a lo profundo del individuo. Es la técnica de dominación que reproduce y estabiliza el sistema mediante el control y la programación psicológicos. El arte de la vida como práctica de la libertad tiene que adoptar la forma de una despsicologización, desarmando la psicopolítica como medio de sometimiento. Es así que la emoción representa un eficiente medio para el control psicopolítico del individuo.

De acuerdo con Han (2012) la sociedad moderna como sociedad de trabajo, elimina toda posibilidad de acción, degradando al ser humano a “animal laborans”, es decir a simplemente animales trabajadores, con ello incluso la reflexión se degenera reduciéndose a una pura función cerebral que consiste en un ejercicio de cálculo. Lo anterior se debe a que al desenvolverse el hombre en una sociedad preocupada por la producción y las ganancias que esta puede traerle, toda actividad y/o pensamiento está completamente dirigida a lo mismo, convirtiéndose mecánicamente en un ser dedicado al trabajo. Por lo anterior es considerada que el comienzo de la modernidad, caracterizada principalmente por

una inaudita y heroica activación de todas las capacidades humanas, con el paso del tiempo termina en una mortal pasividad.

En el siglo XXI la sociedad ya no es disciplinaria, sino de rendimiento, tampoco sus habitantes se llaman “sujetos de obediencia” sino “sujetos de rendimiento”. El segundo es más productivo y rápido que el primero, no obstante el deber no es anulado por el poder, en donde el sujeto de rendimiento sigue disciplinado.

En el marco de la positivización general del mundo, tanto el ser humano como la sociedad se transforman en una máquina de rendimiento autista. La hiperactividad es, paradójicamente, una forma en extremo pasiva de actividad que ya no permite ninguna acción libre. Se basa en una absolutización unilateral de la potencia positiva. Esto es que la aceleración que viven las personas día con día para cumplir sus actividades, lejos de caracterizarlos como agentes activos los convierte en todo lo contrario, ya que sus acciones son mecánicas y no cuestionadas por aquel que las ejecuta, existe entonces una aceptación de una vida con normas, reglas que favorecerán siempre al funcionamiento óptimo del capital humano para obtener bienes sociales, políticos y económicos.

Con esta cotidianidad convertida en algo totalmente efímero, se reacciona justo con mecanismos como la hiperactividad, la histeria del trabajo y la producción. También la actual aceleración está ligada a esa falta de *Ser*. No hay oportunidad de que las personas puedan encontrar una libertad de elección ya que están formando parte de un sistema donde los roles y funciones ya están designados y no importa los intereses que éste tenga y menos aún si no convergen con los del grupo social al que pertenece, la prioridad entonces es producir para ganar, procurar para no perder, trabajar para pertenecer al sistema, etc.

Para Han (2012) la sociedad de rendimiento, como sociedad activa, está convirtiéndose paulatinamente en una sociedad de dopaje. La sociedad de rendimiento y actividad produce un cansancio y un agotamiento excesivos. Estos estados psíquicos son precisamente característicos de un mundo que es pobre en negatividad y que en su lugar está dominado por un exceso de positividad. La sociedad de trabajo y rendimiento no es ninguna sociedad libre. Con la modernidad se producen nuevas obligaciones. La dialéctica del amo y el esclavo no conduce finalmente a aquella sociedad en la que todo aquel que sea apto para el ocio es un ser libre, sino más bien a una sociedad de trabajo, en la que el amo mismo se ha convertido en esclavo del trabajo.

Podría describirse dos tipos de cansancios, el primero de ellos es: el “cansancio fundamental” caracterizado como un estado de agotamiento en el que el hombre se siente incapaz de hacer algo. Más bien, se considera una facultad especial, el cansancio fundamental inspira, deja que surja el espíritu y la “inspiración del cansancio” se refiere al no hacer. Donde aprender a mirar significa acostumbrar el ojo a mirar con calma y con paciencia, a dejar que las cosas se acerquen al ojo, es decir, educar el ojo para una profunda y contemplativa atención, para una mirada larga y pausada.

El segundo tipo de cansancio es el del agotamiento: es un cansancio de la potencia positiva el cual va ligado a la pasividad que se vive siendo una máquina más de una gran industria que ignora las necesidades que pudieran tener cada persona y simplemente es un desgaste producido por la actividad laboral.

III

Es así como las personas al estar rodeadas de las diversas características de la sociedad en la cual se desarrollan, se deben de tomar en cuenta los aspectos biopsicosociales necesarios para poder realizar una investigación, en este caso en particular, a partir de la contextualización del tipo de época y el tipo de poder en el

que hoy nos encontramos inmersos que acabamos de realizar en el apartado anterior, el objetivo de esta tesis fue indagar las construcciones sociales de la Esquizofrenia en un marco de dominio biopolítico y psicopolítico, a través de la narrativa de actores particulares involucrados: un psicólogo con aproximadamente 10 años de experiencia en el tratamiento de personas diagnosticadas con esquizofrenia y dos personas que viven con este diagnóstico.

Complementando los presupuestos ontológicos del fenómeno social que se describieron anteriormente es necesario, desde de la Psicología Social construccionista asumir un análisis relacional como eje primordial de la investigación y el análisis. Es decir, en esta tesis se partió de la idea de que no es posible abordar las elaboraciones narrativas de las personas desde una perspectiva subjetivista e individualista, pues estas narrativas sólo tienen sentido en un marco histórico y político que le da sentido, no pueden ser un producto únicamente de la subjetividad de las personas, pues ésta misma sólo puede formarse en relación a un mundo objetivo.

La psicología social atiende los vínculos entre el individuo, la sociedad y sus múltiples mediciones. El mundo social se concibe como relacional e intersubjetivo, que se simboliza en un conjunto de códigos, normas y patrones que cada grupo humano conforma y que se expresa esencialmente en el lenguaje. La interacción simbólica se basa en tres situaciones principales:

- Los seres humanos proceden hacia las cosas basándose en el significado que tienen en ellos.
- Tal significado de estas cosas surge de la interacción social que tienen con los demás.
- Los significados se modifican y manejan por medio de un proceso de interpretación y de la interacción recíproca que utilizan las personas.

Tovar (2013) menciona que la investigación psicosocial trata de crear estrategias de entrada al mundo de los significados de los otros. El origen de la

subjetividad es la individualidad real, contextualizada en niveles de inserción social y formaciones económicas concretas.

Existen principios teóricos desde un referente psicosocial que permiten una perspectiva metodológica en el estudio:

1. La limitación del campo de estudio y la acción profesional a la subjetividad configurada en un nivel específico de inserción social.
2. La integración de los distintos niveles de lectura y comprensión de la aproximación psicosocial al objeto de estudio.
3. Una perspectiva histórica concreta que asimila las condiciones y sus mediaciones representan el hombre real.
4. La acción profesional se dirige a desenvolver un proyecto de cambios en la elaboración de un sujeto acorde con sus potencialidades de protagonismo y finalidades asumidos como propias.

Un grupo social es aquel que por medio de interacciones procesan la satisfacción de las necesidades cotidianas, por lo que se establecen vínculos de naturaleza formal e informal. Finalmente la subjetividad específica que porta este grupo tiene una diversidad de niveles y formas de expresión, que configuran la interacción emergente al sentido que reviste a sus miembros.

La herramienta fundamental para acercarse a las construcciones sociales de los significados de la esquizofrenia dentro del marco biopolítico y psicopolítico fue la entrevista donde los datos obtenidos de éstas se analizan por medio de la narrativa que brindaron cada uno de los participantes.

Es importante entender que las narraciones, están estructuradas de acuerdo a ciertas convenciones lingüísticas, y adquieren sentido interpretándose: a) en el núcleo del modelo cultural del que emergen, b) como expresión de un momento históricamente definido, y c) socialmente contextualizadas. La competencia simbólica de la persona sitúa a la narratividad como base del medio

organizativo de su vida. En donde su función es doble, en el plano individual la narrativa otorga a los sujetos las herramientas necesarias para organizar su vida en episodios significativos; y, en el plano cultural, sirve para fusionar las creencias compartidas y transmitir los valores que fundamentan las comunidades humanas (Serrano, 1995).

En su estructura dialógica, la entrevista permite la expansión narrativa que tiene que ver con las transformaciones de una historia, en este sentido el sujeto se aproxima a partir de relatos personales a una reflexión, autoafirmación y objetivación de la propia experiencia. El material que fundamentalmente interesa obtener es la narración y la interpretación que efectúan las personas sobre un determinado aspecto de la realidad social, sobre una faceta particular de su vida o sobre un conjunto de la misma, bajo la consideración de que esa narración refleja los contenidos en los que se desarrolla la experiencia psicológica de los individuos.

Es decir los sujetos informantes elaboran un texto consensuado que resume sus propias valoraciones. El aspecto central es analizar el modo en que los individuos interpretan cuanto les acontece y el énfasis de esto se deposita en la actividad interpretativa de naturaleza simbólica, ya que el significado que tiene todo aquello que ha vivenciado se refleja en el discurso que emite (García-Borés, 1995).

Se establece que mediante las narraciones las personas pretenden hacer pública su vivencia psicológica y por ello es un material idóneo para la investigación donde se emplea un relato consensuado por medio de la técnica de refrendación de texto donde el investigador elaborará sus interpretaciones que a su vez pueden generar debate con otros investigadores o con las mismas personas que elaboran su narración.

Los ejes generales que se usaron para el desarrollo de las entrevistas fueron:

- ¿Qué significa la esquizofrenia?
- ¿Cómo se elabora la idea de esquizofrenia desde dos posiciones fundamentales: la del experto y la del enfermo?
- ¿Qué tipo de elaboraciones biopolíticas y psicopolíticas se expresan en las narrativas de los participantes?

A continuación la presente tesis está conformada por tres capítulos, en el primero de ellos se describirá el discurso médico oficial que se ha desarrollado sobre la esquizofrenia, es decir lo que los manuales psiquiátricos determinan sobre lo que es este fenómeno y lo que emplean como guía para el diagnóstico los profesionales de la salud. Se describirán los orígenes y estadísticas de la esquizofrenia desde el discurso médico sanitario, así como un amplio desarrollo sobre el concepto de esquizofrenia, los síntomas, tipos y tratamientos propuestos por la ciencia para eliminar dicho trastorno.

En el segundo capítulo se abordará la mirada médico- psicológica del experto, partiendo de que es aquella productora de regímenes de verdad biopolíticos y para ello se realiza un análisis a la narrativa del psicólogo entrevistado quien se desenvuelve con una población con el diagnóstico de esquizofrenia estableciendo ejes de lectura para el tema principal de este manuscrito.

Finalmente en el tercer capítulo se hace una aproximación de la esquizofrenia desde la mirada de la otredad donde el discurso y narrativa a analizar es aquella que le pertenece a aquel que se planta en la postura del “enfermo” o “paciente” tratando de elaborar una descripción sobre las significaciones que lleva a cabo sobre su diagnóstico, sobre sí mismo y los otros. Presentando al final una serie de conclusiones que relacionen las construcciones elaboradas por las personas entrevistadas con la influencia biopolítica y psicopolítica a la cual se enfrentan en

la cotidianidad y fortalecen la subjetividad que ellos elaboran respecto a la esquizofrenia.

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA DESDE EL DISCURSO MÉDICO

1.1 Orígenes y estadísticas de la esquizofrenia desde el discurso médico sanitario

La relativa carencia de descripciones atribuibles a la esquizofrenia en la literatura médica antes del siglo XVIII ha llevado a diversos autores a sostener que tal condición no existió sino hasta la Revolución Industrial. Las primeras reseñas a estados psicóticos parecidos a la esquizofrenia según Chinchilla (2007), se encuentra en Pinel en 1803 y Haslam en 1809.

La historia de la esquizofrenia se ha generado a partir de querer responder a cuestionamientos referentes al tema, iniciando al querer unir diversas historias clínicas en una misma entidad. La evolución histórica de los términos de “demencia precoz” y “esquizofrenia” comprueba la heterogeneidad de este trastorno, por lo tanto se podría decir que existen diversos subtipos de la misma.

Al ser un fenómeno con características no únicas y al existir una diversidad de casos con diferentes descripciones, ha complicado que a lo largo de la historia pueda determinarse específicamente la primera vez que apareció o se diagnosticó la esquizofrenia debido a que tiene múltiples expresiones en las personas y no hay un factor que lo etiquete como un trastorno específico.

El concepto de demencia precoz aparece por primera vez en un trabajo de 1860 de Morel en el cual describe un deterioro intelectual severo en un adolescente. Hecker en 1871 detalla la hebefrenia como una enfermedad que se relacionaba con el desarrollo puberal la cual tenía como consecuencia una conducta “estúpida” y el deterioro que se tenía era eventual. Mientras que en 1874 Kahlbaum explicaba una enfermedad mental en la que se origina un letargo, sin alteraciones neurológicas, la cual llamó catatonia. En el Compendio de Psiquiatría

de 1887 se consideraban a la psicosis paranoide, la hebefrenia y a la catatonia como enfermedades diferentes.

Concordando con lo anterior Chinchilla (2007), establece que una de las iniciales aproximaciones corresponde a Willis, quien se refería a la estupidez adquirida en jóvenes que anteriormente estaban sanos mentalmente y que terminaban con esa torpeza mental, con un fin demencial, en el periodo adolescente.

El término esquizofrenia fue introducido por Bleuler en 1911, aunque cabe mencionar que con anterioridad se identificaron trastornos desde 1896 por Kraepelin designando a las personas con deterioros cognitivos y comportamentales (Álvarez, 2002).

Más tarde en 1977, se hace el reconocimiento de la esquizofrenia como un conjunto de trastornos de los cuales no se conocía si las causas eran biológicas y/o psicológicas. Ruíz-Vargas (1987) reconoce que es trastorno comportamental complejo, grave y enigmático por lo que se considera como un reto para la ciencia y el método científico. Su incidencia se ha transformando y considerado como un problema social, económico y político:

...el azote de la esquizofrenia...su condición deficitaria, o los síntomas negativos -la pérdida gradual y continua de la capacidad emocional, del pensamiento y la iniciativa para lograr un objetivo y de las competencias sociales- que llevan a la desesperación individual, familiar y clínica. (p. 18)

Con la cita anterior se percibe la carga histórica que contiene este término, debido a que en la actualidad aún no existe una causa específicamente conocida como generadora de esta serie de conductas que se denomina como trastornos comportamentales.

En aspectos estadísticos se observa que en Estados Unidos de América, a inicios de los ochenta las estadísticas decían que existía en un 40% de población

en sus hospitales gente diagnosticada con esquizofrenia, y que el presupuesto existente para estas personas era aproximadamente de 20 mil millones de dólares anuales.

En Reino Unido existe una incidencia anual de 10,000 nuevos pacientes cada año, reportando un total de costo de cada persona diagnosticada de un aproximado de 2,500 dólares por año, mientras que su oficina de Economía y Salud señala que un tratamiento que implique costos dedicados al paciente y a la falta de productividad es de 4 billones de dólares (Sotolongo, Oscar, Valdés, Campos & Turró, 2004).

Mientras que en Europa y Norteamérica describen que el costo de una recaída estándar, la cual sea tratada de inmediato por especialistas, está calculada en 30 días de estancia hospitalaria con un costo aproximado de 10,000 a 20,000 dólares.

En contraste en Cuba el especialista que es el encargado de atender a esta población es el neurólogo, quien tiene importancia como factor necesario en el tratamiento, control, evolución y pronóstico de la esquizofrenia, quien está unido a la rehabilitación psicosocial y el apoyo social del individuo que la padece.

Pérez (2012) menciona que a través de estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esquizofrenia tiene un mejor pronóstico en países menos desarrollados, en contraste con otros con un nivel más alto. Sin embargo, el porcentaje de remisiones clínicas fue mayor en los países menos desarrollados (37%) que en los más desarrollados (15%).

Se calcula que esta supuesta enfermedad ha prevalecido entre la población mundial en un 0.5 y 1.5%, no obstante la frecuencia de dicho diagnóstico presenta poca variación entre las diferentes culturas. Cabe mencionar que ha sido igualmente constante en hombres y mujeres a lo largo de los años, sin embargo, en ellos el comienzo de los síntomas es a una edad más temprana.

Específicamente en 1979 dieron comienzo en México las intervenciones psicosociales en pacientes con esquizofrenia, dicha iniciativa fue por parte del Dr. Ramón de la Fuente. Como consecuencia de esto, se conformó un grupo de investigadores, los cuales realizaron trabajo clínico y psicoterapéutico con los pacientes, esto por medio de la ejecución de un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos, con una duración hasta el año de 1984. A partir de 1994 y hasta el 2003, se han llevado a cabo, numerosas intervenciones psicosociales como parte del proyecto denominado: “Programa de tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico” (Valencia, Rascón & Quiroga, 2003).

De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010), se asegura que un 6.6% de la población mundial padece trastornos psiquiátricos y neurológicos, determinando que son las cinco principales causas que originan discapacidad en el mundo. La esquizofrenia es uno de los trastornos crónicos más comunes del grupo anteriormente mencionado, e históricamente a partir del año 1996 al 2000 en México se encontraron 34,813 que demandaban ser atendidos por el diagnóstico de esquizofrenia con una tendencia al incremento de 54% anual.

Lo anterior explica claramente que en la actualidad con los dictámenes médicos nuevos se puede clasificar de manera más rápida el padecimiento neurológico que posee cada persona, y por lo tanto en nuestro país se han fortalecido las herramientas para atender las necesidades que creen pertinentes satisfacer respecto a la población con esquizofrenia, sin embargo el incremento anual que se observa puede deberse a la multiplicidad de aspectos que giran en torno a su diagnóstico.

Puede entonces decirse que en la historia la llamada psicosis de naturaleza orgánica y de base simpática (desconocida y a la vez sustentada por la heredobiología, la neuroquímica y la psicofarmacología aplicada), hacen referencia a los orígenes del diagnóstico de la esquizofrenia. Asimismo puede ser

entendida como un síndrome diferente de otras entidades nosológicas o como una etapa de vulnerabilidad continua en la población. En nuestro país se han creado instituciones para su atención psiquiátrica y el incremento de la población que demanda los servicios aumenta debido a los avances en la investigación que permite la identificación práctica de dichas personas.

1.2 El concepto de Esquizofrenia

A lo largo del tiempo se ha definido el término psicosis, sin embargo las concepciones médicas realizadas pueden coincidir en que se caracteriza por las ideas delirantes y las manifestaciones de alucinaciones que una persona posee. En general se trata de una idea que hace que la persona sea gobernada por sensaciones o emociones que suelen ser malinterpretadas. El concepto suele ser únicamente una palabra descriptiva con el fin de denominar un nombre a la alteración del psiquismo.

De acuerdo con Rodríguez & Mesa (2011), se reserva este concepto para los trastornos mentales caracterizados por alteraciones penetrantes y profundas del pensamiento (en su forma, contenido y tema), además de afectar de forma variable (según de qué trastorno se trate) a la esfera del estado de ánimo, la percepción y en general a las diversas funciones cognitivas y del comportamiento. Esto quiere decir que es aquella diferencia cognitiva y conductual que posee una persona en la cual se tiene como dominio una percepción interna o externa distinta a la del resto de las personas.

López-Ibor & Valdés (2002) definen que tanto en la esquizofrenia como el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve, el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado catatónico, es decir se refiere a aquellas alucinaciones en las que no hay consciencia de patología.

Con lo anterior en el DSM IV se define a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye un mes con los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado y síntomas negativos. Como puede observarse su definición es amplia respecto a que incluyen aspectos muy generales sobre las diferencias cognitivas, cognoscitivas y comportamentales que la esquizofrenia refiere, por ello la dificultad del diagnóstico debido a que se puede clasificar en algún otro padecimiento psicótico.

Halgin & Whitbourne (2009) definen la esquizofrenia como un trastorno con una gama de síntomas que comprenden perturbaciones en el contenido y la forma del pensamiento, la percepción, el afecto, el sentido del yo, la motivación, el comportamiento y el funcionamiento interpersonal. Aseguran que existen diversas fases en el trastorno: la primera es la fase activa, la cual corresponde al momento de diagnóstico y existen perturbaciones por lo menos de una duración de seis meses, donde durante este periodo se presentan alucinaciones, perturbaciones en el habla y comportamiento desorganizado; la segunda fase la denominan prodrómica en la cual se refieren a un periodo previo a la fase activa donde se muestra un deterioro progresivo en el funcionamiento social e interpersonal; finalmente la fase residual la cual suele seguir a la fase activa, caracterizada por los acontecimientos de la fase prodrómica sin embargo esto dependerá del tratamiento que exista en la persona.

Sotolongo, Oscar, Valdés, Campos & Turró (2004), agregan que la esquizofrenia es una enfermedad mental de aparición temprana en la vida, caracterizada por una separación cognoscitivo-afectiva-conativa que origina un deterioro de la personalidad con la constante afectación de la capacidad productora y la relación del individuo con su contexto, presentando dificultades para la precisión de la etiología.

Con los autores que se mencionan con anterioridad se establece una coincidencia entre lo que se determina fundamental para el diagnóstico de una

persona esquizofrénica, debido a que lo primordial es una afectación en el campo perceptivo sobre una idea que puede generar cogniciones o comportamientos diferentes a los del resto de la población catalogada como saludable mentalmente; es decir que en ellos cabe la posibilidad de ver, escuchar o sentir de manera que genere una perturbación en su establecimiento de relaciones sociales con los demás.

Por otro lado Carniel, Runte, Torres-González & King (2011), realizaron una investigación en la cual describen en diversos países la percepción que se tiene acerca de este diagnóstico. Por ejemplo en Argentina los usuarios no reconocen algún estigma institucional, sin embargo mencionan que sufrieron de malos tratos por parte de antiguos trabajadores de los hospitales psiquiátricos y por parte de la iglesia católica. Mientras que los cuidadores sí mencionan clasificaciones por parte de la institución. El cambio de la atención del hospital psiquiátrico a la comunidad tiene un proceso de incremento de las relaciones familiares, positivo para los usuarios, pero con mayor carga para las familias.

En contraste en Brasil los usuarios en general manifiestan una percepción de forma positiva tanto de los profesionales como de los servicios con los que tienen contacto respecto a su actitud. Empero, los cuidadores plantean diversas críticas a los profesionales que no aceptan atender a esta población, a los servicios que ellos argumentan no son insuficientes. Asimismo piensan que escasean dispositivos de atención, profesionales, servicios de traslado para las situaciones de crisis y una formación continuada del personal.

En el país de Chile los diagnosticados con esquizofrenia no perciben alguna clasificación por parte de las instituciones hacia ellos. Los cuidadores se quejan del rechazo por parte de la atención primaria, el trato poco personal y excesivamente técnico de los especialistas en salud mental.

Mientras que en España los usuarios son en menor medida críticos que los cuidadores. Éstos últimos en relación con los profesionales de atención primaria y

los servicios de urgencia perciben que existen diferentes clasificaciones que afectan el trato igual de personas esquizofrénicas y otros individuos, explicando que se consideran este tipo de población con este diagnóstico pacientes exclusivamente de psiquiatras.

En Inglaterra los cuidadores refieren más a un estigma institucional que los propios usuarios, sin embargo ambos citan las mismas fuentes de estigma, es decir, los trabajadores en salud mental, las unidades de hospitalización, a los profesionales de atención primaria, los servicios de urgencia y programas del gobierno. Los usuarios notan el trato impersonal que se utiliza en nombre de una actitud profesional y la utilización de etiquetas impuestas por el propio diagnóstico. Los familiares tienen la percepción de que los profesionales desean alejarlos del cuidado, que los culpan por la enfermedad de sus hijos y que no hacen bien su trabajo.

Y finalmente en Venezuela los usuarios y cuidadores coinciden en que el mayor principio de estigma es el gobierno debido a que no provee de recursos necesarios, falta de campañas informativas, no organiza políticas y programas específicos y una reintegración laboral para los usuarios. Se considera una relación médico-paciente buena. Los cuidadores creen que la falta de abastecimiento de recursos produce problemas de orden social a las personas con esquizofrenia y culpan a los servicios de la red general de salud de evadir la atención a los usuarios de salud mental.

Gutiérrez, Caqueo, Ferrer & Fernández (2012) mencionan que si se llega a tener una percepción por parte de las personas con esquizofrenia de falta de apoyo social y sensación de aislamiento, ocasionan una disminución en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo la calidad de vida de los cuidadores se ve reducida cuando la persona a su cargo tiene problemas para instituir y conservar contactos sociales dentro de su grupo familiar y otras instancias sociales.

Mientras que diversos estudios referentes al nivel de información que poseen las personas con respecto a este padecimiento, han expuesto que los profesionales de la salud no son la excepción con respecto a la carencia de datos referentes a este tipo de padecimientos, inclusive aquellos que se dedican a la salud mental manifiestan actitudes negativas hacia los pacientes con esquizofrenia. La Alfabetización en Salud Mental (ASM) se define como la adquisición de conocimientos y opiniones que mejoran el reconocimiento, manejo y prevención de las enfermedades mentales. Las necesidades de ASM pueden tener diferenciaciones locales por lo que resulta necesario conocer las actitudes hacia la enfermedad mental y los factores asociados a las mismas en las poblaciones.

Para verificar lo anterior Fresán, Robles, Cota, Berlanga, Lozano & Tena, (2012), realizaron una investigación en la cual hallaron que respecto a la Percepción de Agresión y Peligrosidad (PAD) y actitudes negativas asociadas a la esquizofrenia, existen dificultades en la comprensión de los pacientes con este diagnóstico por parte de estudiantes de psicología. Se asegura que los temores de las personas se agravan al ser experiencias desconocidas, añaden que de acuerdo al nivel de formación académica se esperaría que los estudiantes de aquellas profesiones de la salud mental poseyeran una visión más objetiva de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia.

Senra, Arriba & Seoane (2008) mencionan que las valoraciones negativas hacia los pacientes mentales disminuyen si existe experiencia con ellos y esto se debe a que se reduce la perspectiva de peligrosidad e imprevisibilidad aminorando el temor y la inseguridad que se genera a la hora de iniciar o mantener una relación próxima. No obstante la experiencia que se genera por medio del contacto indirecto, por ejemplo, por medio de la exposición a los medios de comunicación, difícilmente favorece la imagen de los pacientes mentales.

El abordaje médico suele ser amplio respecto a las definiciones que en un principio de este apartado se establecieron, sin embargo la concepción de la

esquizofrenia respecto a aquellos que la padecen o no, puede variar debido al contexto social y cultural en el cual se desenvuelven, es decir que la esquizofrenia puede tener una significación diferente o similar dependiendo de la historia que las personas posean ya sean profesionales de la salud, pacientes esquizofrénicos, familiares, etc.

1.3 Síntomas de la esquizofrenia

Gelder, Gath & Mayou (1993) afirman que las características clínicas predominantes de la esquizofrenia son delirios, alucinaciones e interferencia de pensamientos. Dichos aspectos se denominan síntomas “positivos”. Cabe destacar que en el ámbito médico se incluyen también los síntomas “negativos” como lo son la carencia de energía, alejamiento social y apatía emotiva.

Para Halgin & Withbourne (2009), los síntomas se clasifican de la siguiente manera:

-Perturbación del contenido del pensamiento (delirio): se refiere a las creencias falsas profundamente arraigadas que ocasionan una perturbación debido al contenido del pensamiento o idea.

-Perturbación de la percepción (alucinaciones): las alucinaciones son falsas percepciones que comprenden uno de los cinco sentidos, dichas alucinaciones no corresponden a estímulos verdaderos, sin embargo se convierten en reales para las personas que padecen la esquizofrenia.

-Perturbación del pensamiento, el lenguaje y la comunicación (habla desorganizada): las personas que tienen esquizofrenia poseen procesos cognitivos no organizados y disfuncionales que carecen de lógica y unión entre sí. Su lenguaje suele tornarse incomprensible y difícil de cohesionar con los hechos. Algunas personas tienden a hablar con diversas entonaciones que carecen de expresividad utilizando exceso o limitante gesticulación.

-Comportamiento perturbado: Las personas suelen moverse de forma extraña y perturbadora, pueden parecer individuos con rigidez, estupor (no atender estímulos externos) o excitación corporal.

-Síntomas negativos: consisten en funcionamientos conductuales por debajo del nivel normal, entre ellos se encuentran un lenguaje corporal y reacciones faciales inmóviles, nulo o mínimo contacto visual, desorden afectivo, alogia (falta de espontaneidad o sensibilidad en la conversación), abulia (falta de iniciativa y de disposición a actuar) y anhedonia (falta de interés en la obtención de placer en las actividades).

-Disfunción social y ocupacional: dificultades para establecer relaciones interpersonales y para interactuar con los familiares inmediatos o con su entorno social más próximo. Se poseen limitaciones para expresar sus sentimientos y emociones de una manera congruente.

Mediavilla (2004) coincide con los autores anteriores clasificando los síntomas en positivos y negativos. A continuación se describe el primer tipo el cual refiere lo siguiente:

-Delirios: son creencias que pueden parecer ciertas para las personas, sin embargo no precisamente describen a los hechos reales, incluso si se intenta debatir dichas creencias, la persona con esquizofrenia las mantendrá a pesar de que no existan evidencias que las respalden.

-Trastorno del pensamiento: se refiere a una dificultad para pensar de forma lógica y coherente lo que tiene como resultado una expresión de enunciados sin sentido para aquel que no padece esquizofrenia

-Alucinaciones: se trata de que una persona ve, oye, huele o siente un objeto o sensación que no existe, estas parecen absolutamente verdaderas para las personas, a su vez generan como consecuencias comportamentales actos diferentes aquellos que se denominan normales.

En cambio dentro de los síntomas negativos se refiere que la esquizofrenia se caracteriza por ser personas inactivas, solitarias, desmotivadas, falta de interés

hacia las actividades, descuido del aspecto personal, falta de concentración en el trabajo u otra dinámica y escasez de iniciativa.

De acuerdo con lo anterior los autores dividen los síntomas en un aspecto observable y en otro no objetivable, es decir los síntomas positivos son aquellos que se dan de forma interna en el individuo, ya que se refiere a los pensamientos, ideas, percepciones y sensaciones de una evaluación que se hace respecto a un hecho que lo consideran verídico y que el resto de las personas no vive simultáneamente; en cambio los síntomas negativos describen lo que se genera a nivel conductual y es lo que llaman como inactividad, comportamientos “extraños y perturbadores” como hablar solos, moverse repetitivamente, no seguir normas sociales, entre otros. Es de relevancia recalcar que los síntomas varían dependiendo del tipo de esquizofrenia que se posea, ya que como se anunció con anterioridad la heterogeneidad del trastorno hace que una persona sea diagnosticada sin la necesidad de cubrir con todos los síntomas anteriormente enlistados. A continuación se detallarán los tipos de esquizofrenia y sus principales características.

1.4 Tipos de esquizofrenia

López-Ibor & Valdés (2002) clasifican la esquizofrenia de la siguiente manera:

1. De tipo paranoide: se refiere a las ideas delirantes o alucinaciones auditivas que le indican a la persona su persecución, sin embargo también pueden estar orientadas a otro tipo de temáticas como religiosidad, somatización, entre otros. Los síntomas que se le asocian pueden incluir ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. La persona puede sentirse superior respecto a los demás, lo que dificulta sus relaciones interpersonales. Los temas de persecución generan en la persona que se predisponga a un comportamiento violento. No existe un lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o afectividad inapropiada.

2. De tipo desorganizado: se refiere a un lenguaje con falta de lógica y coherencia, así como un comportamiento y afectividad desorganizados. Por ejemplo muecas, manierismos, dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana como ducharse, vestirse o preparar la comida. Históricamente con anterioridad era llamado hebefrénico.
3. De tipo catatónico: es una alteración psicomotora que incluye inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, movimiento involuntario perturbador, ecolalia o ecopraxia. Aparentemente la movilidad no posee un propósito fijo y no está determinada por estímulos externos o internos.
4. Tipo indiferenciado: las personas que se clasifican con éste tipo de esquizofrenia poseen ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y síntomas negativos. Cabe destacar que no debe cumplir con los síntomas del tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
5. Tipo residual: este término debe de emplearse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, sin embargo el cuadro clínico actual no señala la existencia de síntomas positivos, aunque hay manifestaciones continuas de alteraciones como lo indican los síntomas negativos, incluso pueden existir síntomas positivos atenuados sin predominar.

Coincidiendo con lo anterior de acuerdo con Halgin & Whitbourne (2009), se puede clasificar la esquizofrenia en diversos tipos: catatónica, desorganizada, paranoide, indiferenciada y residual. El primero de ellos es cuando el síntoma más destacado es un comportamiento motor diferente a la norma, es decir existe conductas corporales extrañas, por ejemplo moverse repetitivamente o al contrario carece de movimientos, conductas repetitivas, caminar hacia un lugar indeterminado, etc.; en cambio la esquizofrenia de tipo desorganizada se caracteriza por una combinación de síntomas los cuales incluyen un habla poco coherente, comportamiento perturbador e inestabilidad emocional; en otro aspecto cuando se establece el diagnóstico de esquizofrenia paranoide se refiere a la

existencia de delirios extraños relacionados con percepciones auditivas referidas a la persecución o al acoso de la persona que la posee pero sin que haya un habla desorganizada o un comportamiento perturbado. En algunos casos los síntomas son mixtos y no se puede clasificar en ningún tipo de los anteriormente mencionados, por lo tanto se les asigna el tipo de esquizofrenia indiferenciada. Finalmente cuando las personas han sido diagnosticadas con esquizofrenia y posteriormente carecen de síntomas psicóticos destacados muestran algunos signos persistentes del trastorno y se denomina esquizofrenia de tipo residual.

A partir de lo anterior puede establecerse que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales ha sido el que ha definido los límites entre un subtipo y otro, lo que genera que se pueda establecer un criterio por parte del médico para que plantee el mejor tratamiento que disminuya las alteraciones psíquicas que posee la persona. Cada uno de los tipos de esquizofrenia tiene sus características, sin embargo el que exista uno denominado indiferenciado significa que no hay un determinante que englobe específicamente las propiedades de este trastorno.

La esquizofrenia a lo largo de su historia se ha tratado de describir aunque la variabilidad de sus propiedades ha detenido su detallamiento absoluto, debido a que con la existencia o carencia de un síntoma puede convertirse en otro trastorno psicótico cuyas necesidades difieren a las de la esquizofrenia, por lo tanto es posible que la evaluación que se lleva a cabo requiera de tiempo y de un análisis minucioso para determinar un diagnóstico que favorezca la estabilidad mental y física en las personas.

1.5 Tratamientos para la esquizofrenia

Sotolongo, Oscar, Valdés, Campos & Turró (2004), mencionan que en diversas investigaciones que se han llevado a cabo en Norteamérica y Europa dejan ver que la esquizofrenia es una enfermedad la cual afecta la capacidad de concentración, la memoria verbal y por ende la capacidad de aprendizaje. Por esta

razón su rehabilitación debe ir dirigida al entrenamiento de habilidades sociales, utilizando como factor predictor el comportamiento de la memoria verbal, esto sin olvidar el autoconcepto del esquizofrénico el cual está ligado a su autoimagen, los cuales se vinculan directamente con el déficit relacional que produce la enfermedad.

Es por ello que desde que surgió el término en un ámbito médico se han generado gran diversidad de tipos de tratamientos para las personas con este diagnóstico. Los principales avances en las estrategias de tratamiento para la esquizofrenia han sido desarrolladas basadas en un modelo de vulnerabilidad-estrés, en un marco donde actúan estresores ambientales con la vulnerabilidad biológica produciendo la psicopatología y las incapacidades psicosociales, las cuales son efectos secundarios de la esquizofrenia.

Una opción de tratamiento es el que se refiere a lo cognitivo-conductual para los delirios y las alucinaciones, sin embargo, debido a la base biológica de la enfermedad no la hace accesible a una terapia de conducta, por lo que existe el supuesto de que la esquizofrenia está adecuadamente tratada con medicación y la terapia de conducta se hace superflua. No obstante se ha centrado la atención en la rehabilitación produciendo un enérgico desarrollo del entrenamiento en habilidades sociales y de las intervenciones familiares, surgiendo también el interés por averiguar la posible validez de aproximaciones cognitivo-conductuales a la psicosis.

El funcionamiento social de las personas diagnosticadas con esquizofrenia se ve mediado por los síntomas psicóticos, la capacidad cognitiva, la afectividad y los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos. Los síntomas negativos son los mejores predictores sobre el deterioro del funcionamiento social. Un aspecto que parece intervenir en la calidad de vida de las personas con esquizofrenia es el apoyo social, que se define como: abastecimiento de información de personas notables, ocasionando que las personas se sientan estimadas y amadas; una red

de comunicación y obligaciones recíprocas y el establecimiento de relaciones sociales entre individuos (Gutiérrez, Caqueo, Ferrer & Fernández, 2012).

La IPT es un programa de intervención grupal, de orientación conductual, la cual se aplica para el mejoramiento de las habilidades cognitivas y sociales de pacientes esquizofrénicos, éste se ha aplicado en diversos países y consta de cinco subprogramas planteados para mejorar las disfunciones cognitivas y los déficits sociales y conductuales que caracterizan a esta enfermedad. Los subprogramas están establecidos jerárquicamente, de modo que las primeras intervenciones administran las habilidades cognitivas básicas, las intervenciones intermedias convierten las habilidades cognitivas en respuestas verbales y sociales; y las últimas intervenciones adiestran a los pacientes a resolver los problemas interpersonales que son considerados más complejos.

Debido al desarrollo de las diferentes terapias psicosociales que se han implementado con esta población, éstas tienen la efectividad que se desea a la ayuda del tratamiento farmacológico, siendo que todos los tratamientos requieren de él para poder tener éxito en sus objetivos impuestos (Tajima, Fernández, López-Ibor, Carrasco & Díaz-Marsá, 2009).

Gómez & Botella (2007) mencionan que las intervenciones psicosociales aplicadas a tratamientos de psicosis, incluyen factores para que los pacientes obtengan una mejoría en su nivel general de funcionamiento social, psicológico, calidad de vida, así como el cumplimiento de tratamientos farmacológicos. La eficacia de estas intervenciones es utilizando estos tratamientos de forma combinada, mostrando mayores beneficios terapéuticos. Dentro de dichas intervenciones se encuentran:

1. La terapia individual: donde se le informa y educa al paciente sobre la esquizofrenia, los síntomas, el curso y pronóstico del tratamiento. En ella se utilizan diversos modelos teóricos en los que se requiere que el terapeuta posea el conocimiento suficiente sobre el trastorno.

2. Terapia ambiental: este consiste en crear un ambiente de vida, aprendizaje y trabajo para las personas con esquizofrenia, teniendo como objetivo que el entorno sea terapéutico para la integración social de la persona.
3. Terapia de grupo: los pacientes suelen relacionarse mejor con aquellas personas que poseen el mismo trastorno, ya que comparten experiencias que permiten que uno se identifique con el otro.

Por otra parte existe un tratamiento llamado Intervención Familiar Psicoeducativa, el cual se refiere a la incorporación de los familiares como un importante recurso terapéutico; impulsando a nuevas asociaciones familiares de auto-ayuda, quienes tiene por objetivo que se reduzca los sentimientos de culpabilidad, conocer más acerca de la esquizofrenia y de esta manera poder desarrollar diversos procedimientos educativos para el manejo de la persona diagnosticada. Concluyendo así en diferentes modelos terapéuticos de intervención familiar, Vallina & Lemos (2001) mencionan los siguientes: A) el paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff; B) el modelo psicoeducativo de Anderson; C) las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier; y, D) la terapia conductual familiar de Falloon.

Aunado a lo anterior el tratamiento orientado a la atención de las habilidades sociales ha sido una técnica que ha funcionado para enriquecer el funcionamiento social, que aumenten sus recursos individuales de afrontamiento y la red de apoyo social de las personas con esquizofrenia. Las habilidades sociales se perciben como conductas o destrezas cognitivo-perceptivas que facilitan un apropiado funcionamiento interpersonal; se especifican en capacidades de comunicación verbal y no verbal, identificación de sentimientos internos, actitudes y percepción del contexto interpersonal; y adecuan el logro de objetivos individuales a través de la interacción social. Vallina & Lemos (2001) explican que la habilidad social no es solamente la conjunción de las características cognitivas o conductuales del individuo, sino que es un proceso interactivo de mezcla de estas características individuales en contextos ambientales cambiantes.

En los tratamientos de pacientes con esquizofrenia se han empleado con éxito diversas técnicas, por ejemplo: el entrenamiento de habilidades sociales, intervenciones individuales, terapia grupal e intervenciones de tipo familiar. Estos tratamientos han obtenido resultados positivos, no obstante limitados.

Otro ejemplo de tratamiento es la musicoterapia la cual Murow & Sánchez (2003), definen como el empleo de la música por un individuo calificada para provocar cambios positivos en el funcionamiento psicológico, físico, cognitivo o social en personas con problemas educativos o de salud, siendo la aplicación ordenada de la música, conducida por un musicoterapeuta en un contexto terapéutico, para que logren cambios deseados en el individuo bajo tratamiento. En musicoterapia se trabaja con cuatro tipos de prácticas: la improvisación, la creación musical, la recreación y la escucha musical en sus diferentes tipos. La música pueden percibirla personas de distintos niveles y características de funcionamiento psicológico.

La confianza de la música como recurso terapéutico proviene de su capacidad para intervenir sobre los patrones de las emociones y del pensamiento, pensados como prerrequisito para el cambio de conducta. Las respuestas afectivas de la música surgen de la activación de mecanismos básicos de percepción y excitación. La respuesta emocional a la música es una de las particularidades más importantes para su uso en el ambiente terapéutico con pacientes con problemas de salud mental. Se ha practicado recientemente la musicoterapia como una forma de tratamiento de pacientes psiquiátricos, en donde se manifiestan resultados positivos, y específicamente con personas diagnosticadas con esquizofrenia.

Murow & Sánchez (2003) concluyen que el empleo de la musicoterapia en personas con esquizofrenia ha demostrado ser una intervención que genera resultados positivos para optimizar el funcionamiento de este tipo de pacientes. La existencia de una percepción de mejoría puede ser un factor para que la permanencia y participación al tratamiento sea más sencilla. La sensación de

bienestar y mejoría en los síntomas negativos es uno de los efectos que la musicoterapia expresa tener en los pacientes con esquizofrenia.

Otros autores aseguran que el tratamiento suele tornarse de una forma multifacética, en la cual se incluyen los factores biológicos y psicológicos donde primordialmente se atienden las conductas a través de intervenciones socioculturales (Halgin & Whibourne, 2009). En la actualidad hay diversas categorías de medicamentos antipsicóticos también denominados tranquilizantes o neurolépticos los cuales reducen la frecuencia y gravedad de los síntomas psicóticos. Algunos medicamentos de baja potencia incluyen fármacos como: clorpromazina y tioridazina; aquellos de potencia media incluyen: trifluoperazina y tiotixina y finalmente los medicamentos de alta potencia son el haloperidol y flufenazina.

Algunas de las consecuencias que pueden surgir son interferencias en los movimientos, como por ejemplo movimientos incontrolables en varias partes del cuerpo como la lengua, la boca, los labios, los brazos, las manos, el tronco, etc. lo que en consecuencia afecta los movimientos de forma progresiva para caminar, respirar, comer y hablar; también puede llegar a deteriorarse el funcionamiento endócrino del individuo.

En los últimos años los médicos han recetado de forma más frecuente y generalizada los medicamentos llamados antipsicóticos de segunda generación como la clozapina, la amisulprida, la risperidona, olanzapina, la quetiapina y la sertindola, se ha establecido su mayor eficacia comparándola con antipsicóticos de primera generación.

De acuerdo con Caballo, Díaz & Arredondo (2011) una gran mayoría de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento por las consecuencias que generan, es decir, por los efectos secundarios que se originan, incluso el costo del tratamiento farmacológico dificulta la adherencia al tratamiento, lo que aumenta el

riesgo de no tener el control de los síntomas, generando recaídas, lesiones graves, suicidios, hospitalizaciones y un alta demanda de consultas médicas.

Se puede concluir finalmente que el tratamiento se dirige a diversos aspectos del ser humano, por ejemplo a nivel farmacológico se pretende que el paciente disminuya los síntomas que genera la esquizofrenia, sin embargo a nivel conductual se le proporcionan las herramientas que debe tener para que los síntomas negativos no se expresen frecuentemente. Los autores anteriormente citados le dan importancia a la interacción familiar que haya en los pacientes ya que facilita la forma de relacionarse con los demás si se posee una constante dinámica social, además existen propuestas de la utilización de musicoterapia para generar cambios en las percepciones de los individuos. Es evidente que no hay un tratamiento universal para la esquizofrenia debido a la variabilidad de los tipos de síntomas, aunque en general se plantean la planificación de tratamientos de carácter integral que incluyan una interacción multidisciplinaria entre los profesionales de la salud con el fin de satisfacer lo que el paciente requiera mejorando su calidad de vida.

II. LA MIRADA MÉDICO-PSICOLÓGICA DEL EXPERTO

2.1 La mirada experta como productora de regímenes de verdad biopolíticos

Una de las posiciones de poder y dominio que se ha ido construyendo con una fuerza particular desde el nacimiento de la modernidad, es el lugar del experto, por supuesto un experto desde el discurso científico. De hecho, actualmente es común escuchar referir la necesidad de acudir a un experto cada que aparece una problemática de cualquier índole: social, médica, política, ambiental, psicológica, educativa, pericial, jurídica, etc. Hay un imaginario incrustado en lo común y en la cotidianidad que hace que cualquier persona de a pie reconozca su incapacidad para pensar, cuestionar y generar formas de afrontarse a las problemáticas que le toca vivir, no necesariamente de manera individual, pero sí al margen del conocimiento plenamente reconocido como válido, legítimo, único: el conocimiento científico-profesional. Si un niño tiene dificultades en la escuela: hay que llevarlo con un experto en psicología; si tu cintura mide más de lo establecido sanitariamente, hay que llevarte con un experto en nutrición. Incluso para realizar actividades tan cotidianas como entretenerse, divertirse, hoy es necesaria la presencia de un experto que te indique los modos correctos de la recreación en los tiempos adecuados. Así, cuando hablamos de experto no hablamos de la puesta en práctica de cualquier saber: si no un saber de corte profesional, funcional, productivo, fragmentado, envuelto casi siempre en un discurso científico, instrumentalizado que pone en marcha un tipo de gestiónamiento biopolítico.

La figura del experto es por excelencia la figura de la gestión biopolítica, nace con ella. No es que antes del hablar propiamente de biopolítica no existieran figuras depositarias de saber, sino que dichas figuras reivindicaban un saber no atravesado por la cientificidad. Hoy todavía es posible encontrar en algunas regiones personas y comunidades cuyo saber tiene que ver con prácticas

culturales subalternas: como el conocimiento de las plantas y sus usos para contener padecimientos, el conocimiento de la naturaleza, el propio cuerpo, etc.; actualmente esas personas no podrían ser llamadas expertas sino charlatanes o usadas dentro de un imaginario individualista y moderno que las saca de su entorno originario y las explota comercialmente.

La posición del experto tiene que ver con una mirada en particular que coloca al mirado, al observado, en una condición generalmente vulnerable y manipulable, no obstante, esto no quiere decir que la mirada dependa únicamente del experto. Existen determinantes históricos, epocales y relacionales, depende también del observado que el experto tome ese papel, es decir, es un juego relacional de poderes y resistencias.

Para Hernández (2013), siguiendo a Castro Gómez y Foucault, la mirada del experto tiene que ver principalmente con el nacimiento de la mirada científica moderna, la cual se rige por un modelo epistémico particular, de corte positivista, objetivista, racionalista. Esta mirada ha pretendido tener un lugar privilegiado de observación y lectura que le permite hablar del mundo tal y como es. Esta mirada es conceptualizada como *hybris*, una mirada que intenta tener el punto de vista de Dios.

Podríamos caracterizar este modelo, utilizando la metáfora teológica del Deus Absconditus. Como dios, el observador observa el mundo desde una plataforma inobservada de observación, con el fin de generar una observación veraz y fuera de toda duda. Como el dios de la metáfora, la ciencia moderna occidental se sitúa fuera del mundo (en el punto cero) para observar al mundo, pero a diferencia de dios, no consigue obtener una mirada orgánica sobre el mundo sino tan sólo una mirada analítica. La ciencia moderna pretende ubicarse en el punto cero de observación para ser como dios, pero no logra observar como dios. Por eso hablamos de la *hybris*, del pecado de la desmesura. Cuando los mortales quieren ser como los dioses, pero sin tener capacidad de serlo, incurren en el pecado de la *hybris*, y esto es, más o menos, lo que ocurre con la ciencia occidental de la modernidad. De hecho, la *hybris* es el gran pecado de occidente: pretender hacerse un punto de vista sobre todos los demás puntos

de vista, pero sin que de ese punto de vista pueda tenerse un punto de vista. (Castro-Gómez, citado en Hernández, 2013, p. 258)

Esta mirada que pretende ser como la mirada de Dios, es ejemplo de una postura absolutista pues va de la mano con la asunción de la verdad, la única y verdadera. Ibáñez señala que donde quiera que escuchemos referir un discurso que defienda la verdad, tendríamos que alejarnos inmediatamente pues es una de las primeras señales del absolutismo, y el absolutismo es siempre aniquilación de aquello que difiere.

Dicha mirada de superioridad edificadora de verdades, señala Hernández (2013), tiene sus orígenes en el cristianismo, la modernidad toma esos modos cristianos y los desarrolla bajo un discurso secular, científico y racionalizado. Este mismo autor en concordancia con Jean Luc Nancy y Foucault, señala que un rasgo fundamental de la configuración de la vida moderna occidental a través de la herencia cristiana es el modo vigilante que se retoma en la ciencia moderna:

La labor incesante a la cual ha sido conminado desde hace siglos el cristiano es la vigilancia permanente sobre sí mismo y sobre el mundo para guardarse de aquello que pudiera comprometer su salvación. La observancia de los preceptos cristianos supone la instauración de una observación permanente, la cual estaba presente en los primeros tiempos del monacato. (p. 260)

Es decir, la vigilancia no sólo tiene que ver con una mirada externa y ajena, sino con la propia mirada hacia uno mismo, tomarse como objeto de escrutinio para determinar si los actos son producto de un designio de Dios, del demonio o la mundanidad. Para quienes se encuentran inmersos dentro del ejercicio psicológico estos ejercicios de autovigilancia a través de diversas *técnicas terapéuticas* son bastantes conocidos. Foucault ha señalado también el paso del confesionario cristiano al espacio del consultorio clínico; así como el sacerdote hace confesar la culpa al feligrés para después eximirlo, el clínico hace algo parecido con el paciente, este tiene que confesar su culpa, su mal, sus errores, su trastorno, su diagnóstico, su patología para poder ser curado y absuelto.

Atinadamente, Castro-Gómez señala que el momento cartesiano no es sino la expresión de algo que le venía de lejos y que estaba ya bastante instalado en el pensamiento occidental (2007:82); ese algo que tal vez podría denominarse modelo epistemológico cristiano, que postula una racionalidad trascendente, enfrentada al mundo para poder interpretarlo: el mundo exterior y, sobre todo, el mundo interior. Entonces, aquella pretensión que Castro-Gómez considera como el “pecado” de occidente, tal vez resultaría ser para el hombre occidental su mayor virtud: estar hecho a imagen y semejanza de dios; tener la gracia de distinguir lo verdadero de lo falso para poder garantizar la propia salvación. Así, pensadores como Descartes, tal vez tradujeron en términos seculares, premisas teológicas cristianas. (Hernández, 2013, p. 261)

Tanto el dispositivo religioso como el científico ponen en marcha regímenes de verdad que producen un tipo de saber y un tipo de sujeto, es decir, modos de subjetivación de los individuos que estamos en medio de dichos dispositivos, aunque desde el discurso de la ciencia experimental se apele a la objetividad, esta misma como sugiere Vargas (citado en Hernández, 2013), es un modo de subjetivación, la objetividad es una sensación creada. Se coincide con Hernández en que desde el discurso científico se construye un sujeto bajo la ilusión de una razón impersonal, apolítica y neutral, rasgos de este mundo líquido donde impera la despolitización de la vida y donde el científico y el experto cumplen esa función de promotores de esa despolitización y de arrebató de los propios modos de subjetivación por parte de los individuos. En los tiempos en los que estamos con más fuerza quizá que al inicio de la modernidad, el papel de estos discursos gestiona de manera biopolítica; aunque es preciso decir que hay una jerarquización de esos expertos, no todos tienen el mismo papel de gestores de la vida, los expertos bajo el amparo de la promoción de la salud son tal vez los que podríamos ubicar en la cima de ese ejercicio de poder, siguiendo a Tiqqun (2012) la medicina es hoy el brazo armado del poder.

Hernández (2013), en concordancia con Foucault, señala que la mirada del experto es algo que se crea a partir del paradigma del que observa y el que es observado o vigilado. La mirada experta sólo puede emerger si hay un ser observado, un inexperto de sí mismo que acepta de alguna manera (no

precisamente de forma voluntaria o plenamente reflexiva) el juego de poder, donde se entrona al experto que dicta y establece lo que le es correcto para el individuo que está desposeído de ese saber:

La pericia del experto se realiza en un escenario, en el cual éste y su objeto de estudio toman forma, uno en relación con el otro. Se trata de procesos simultáneos de subjetivación y objetivación, donde por ejemplo el psiquiatra participa en la producción del enfermo mental, a la vez que él mismo es producido como médico gracias a su objeto/sujeto de investigación e intervención. Entonces, objetos como “la psique” que justifican la existencia de disciplinas como la psicología y la psiquiatría, se revelan como efecto de un campo disciplinar, que entreteje juegos de verdad, procesos de subjetivación/objetivación, y donde la aprehensión de los objetos así delimitados e individualizados por parte de una red de miradas cumple un papel crucial. (p. 269)

Tanto Hernández (2013), como Tiqqun (2012) señalan que las implicaciones de la mirada del experto en el ámbito médico-sanitario no son las mismas para aquél que lo que mira es un objeto orgánico, biológico, como para aquél que *mira* un objeto etéreo como la psique:

A diferencia del diagnóstico diferencial del médico frente al enfermo, efectuado gracias a la aparente correspondencia entre el lenguaje clínico y el órgano real o el agente patógeno, el alienista se ve llevado a establecer un diagnóstico absoluto: su paciente está loco o no; es anormal o no. La imposibilidad de fijar su arsenal lingüístico a objetos empíricos como la lesión orgánica, echa a andar complejas dinámicas, para hacer al enfermo confesar su enfermedad: “con lo que haces y dices, proporcióname síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti” (Foucault, 2005:307). Esta indagación del psiquiatra en busca de síntomas que permitan instituir a una de las partes como enfermo y la otra como experto, echa a andar procesos de subjetivación/objetivación que afectan a las dos partes implicadas. (p. 269-270)

Por su parte, Tiqqun (2012) refiere que el tiempo en que el principal objetivo de la medicina eran nuestros cuerpos en forma de carne y la inspección de cada uno de nuestros órganos ha pasado, ahora las miras del poder médico están colocadas en aquello que creímos que era nuestro: nuestros sentimientos,

nuestras emociones. Alvarado & Nava (2015) coinciden con Tiqqun (2012) y señalan que el dominio actual de los expertos es en la dimensión de la subjetividad, específicamente el de la sentimentalidad:

... la invasión en la cotidianidad a través de la radio, la televisión, las revistas del corazón, canciones, películas, diversos medios digitales, etc., donde los discursos acerca del manejo emocional están presentes todo el tiempo: como tener una vida plena y feliz, cómo elegir pareja, cómo conocer nuestros verdaderos sentimientos, cómo manejarlos y sobre todo controlarlos inteligentemente, cómo ejecutar de forma armoniosa y saludable nuestras prácticas sexuales, cómo manejar nuestros enojos y frustración, cómo relajarse y reducir la ansiedad, cómo reconocer si lo que sentimos es amor, en fin, la lista es interminable. Por supuesto, esto no tiene legitimidad si no hay un experto que nos couchee, que nos entrene, que nos guíe, que nos oriente a través de su saber científico basado, por ejemplo, en el manejo racional emotivo, en la inteligencia emocional, la programación neurolingüística, la solución pacífica de problemas, talleres de autoconocimiento y autoestima o también en su vertiente alternativa *new age* a partir de la meditación, las clases de yoga, el establecimiento de decretos, el seguimiento del horóscopo, etc. Todos estos facilitadores profesionales de la autogestión, son ejércitos de la dominación sentimental. (p. 39)

Aunque, como se refirió al inicio de este capítulo, los expertos en couchar nuestra vida no necesitan ser necesariamente unos *profesionistas científicos*, siguen siendo estos los reconocidos socialmente como los legítimos para disecar nuestra subjetividad. Es en los escenarios clínicos donde suele ocurrir esto de manera más fluida a través de diversos dispositivos como las entrevistas, las pruebas psicométricas, los grupos de autoayuda, el mismo consultorio, hospital, asilo, clínica, incluso las propias comunidades alternativas del tratamiento de *trastornos mentales* como estancias o casas de día. Foucault (citado en Hernández, 2013) ofrece un claro análisis de cómo es imposible salir de la locura, pues se entra en ella cada vez que el enfermo se enfrenta a alguno de estos dispositivos:

... podemos decir que la prueba psiquiátrica es una perpetua prueba de entrada al hospital ¿Por qué no se puede salir del asilo? No se puede salir del asilo, no porque la salida esté lejos, sino

porque la entrada está demasiado cerca. Nunca se deja de entrar en él, y cada uno de estos encuentros, cada uno de estos enfrentamientos entre el médico y el enfermo vuelven a poner en marcha, repiten de manera indefinida ese acto fundador, ese acto inicial a través del cual la locura va a existir como realidad y el psiquiatra como médico. (p. 270)

Pero no sólo el psiquiatra, el psicólogo, el psicoanalista, el terapeuta. Alvarado & Nava (2015) señalan que ante este tipo de dominio la experiencia que elaboramos los desposeídos de *expertise* queda reducida a mera anécdota, desprovista de cualquier legitimidad, son los expertos los que saben realmente lo que nos sucede y eso que nos sucede es generalmente trasladado a un tipo de patología, las propias palabras para materializar nuestras sensaciones se nos han arrebatado:

No es accidental que palabras como triste o melancólico han ido perdiendo su capacidad de describir nuestra condición existencial y eso es un asunto fundamental en cómo se configura la regulación biopolítica de la sentimentalidad que hemos ido esbozando a lo largo de este texto, y que busca contener, atenuar, pacificar, anular y patologizar cualquier intensidad, traducir cualquier sentir en su positividad. ¿Nos hemos preguntado cuánto nos han arrebatado al convertir nuestra profunda melancolía en simple depresión? ¿O cuánto se han llevado al traducir nuestra furia, nuestra cólera en frustración, en enojo, en manejo irracional? (p. 42)

Así, no es cualquier cosa la emergencia de la mirada experta sobre nuestro cuerpo y subjetividad. Esta mirada y su discurso son fundadores de realidad y con ello de regímenes de verdad, una de las bases fundamentales del ejercicio de poder. Estos regímenes traspasan el artículo científico y el discurso dentro de un consultorio, forman redes que invaden lo cotidiano y se sedimentan en el imaginario de las personas comunes. No es casual que las propias personas acepten y reproduzcan esas verdades de manera tan natural y supongan que tienen autoestima, depresión o esquizofrenia.

... se ha dado un lugar preponderante en la elaboración de la "verdad verdadera" a los llamados expertos y, a través de ellos, el dominio casi imparale de la experticia como referente de

incontrastable legitimidad, incluso de legalidad, respecto de lo cierto; el experto se ha convertido en una figura paradigmática para referir a todo aquel que sanciona la verdad verdadera y sus fuentes lícitas también. Entonces, ellos no sólo “producen” verdad, sino que también establecen lineamientos para definir las fuentes de verdad, en términos de qué o quién puede o no portarla. (Alvarado & Nava, 2015, p. 120)

El problema es que no hay una sola verdad, cada experto, con su perspectiva: humanista, psiquiátrica, conductista, cognitiva, psicoanalítica defiende su propio discurso como verdad. ¿A cuál creerle? ¿Cuál es la verdaderamente experta? Así lo problematiza Žižek (citado en Avendaño, Alvarado & Nava, 2014):

... una variedad de peligros se convierten en problemas, pero nosotros confiamos en que los científicos se las arreglen. He aquí el problema: se supone que los expertos científicos saben, pero no saben. La propagación de la ciencia en nuestra sociedad tiene dos características inesperadas: confiamos cada vez más en los expertos, incluso en las esferas más íntimas de nuestra experiencia (sexualidad y religión), pero esta omnipresencia de la ciencia transforma el conocimiento científico en un campo inconsistente de múltiples explicaciones contradictorias. La expresión “opinión experta”, comúnmente usada, es indicativa de esta nueva situación. En los viejos tiempos, nosotros, comunes mortales, teníamos múltiples opiniones, mientras que de los expertos esperábamos una verdad científica única; lo que recibimos ahora de la ciencia es una multiplicidad de “opiniones expertas” contradictoria. (p. 120)

Desde este marco problemático de la mirada experta es que se aproxima a la forma en que un experto en salud y en el tratamiento de la esquizofrenia elabora el discurso sobre ésta.

2.2 La mirada médico-psicológica del experto: una aproximación

Se llevó a cabo una entrevista al Psicólogo Napoleón Ramírez Cárdenas, en la cual se utilizó como eje principal en los cuestionamientos a indagar cuál era la construcción que él tiene sobre el término esquizofrenia desde una posición de experto de la salud en un mundo biopolítico.

Al inicio de la entrevista define y estipula las funciones que tiene la Psicología como ciencia y de manera específica cómo se desarrolla la Psicología Clínica en el área de atención a las personas diagnosticadas con trastornos mentales. Menciona que ésta última atiende a la pérdida de la salud del cerebro, además de los problemas conductuales que pueden generarse y a los problemas de las personas que tienen al momento de relacionarse con otros. De manera específica en el caso de la esquizofrenia establece que se enfoca en los individuos y los problemas conductuales que posee, opina que esto se lleva a cabo una vez que en colaboración con un médico psiquiatra la persona es regulada por medio de un fármaco. Desde aquí llama la atención el lugar donde coloca el origen del *trastorno*: en el cerebro, en la persona, en lo individual. Hay una correspondencia con las explicaciones dominantes fisiológicas de corte médico, de primera instancia la dimensión social de la problemática queda anulada. Primero hay una explicación médica y después psicológica: problemas conductuales; aunque no especifica cuáles son éstos o por qué tendrían que definirse como problemas, problemas según cuáles parámetros. Lo que lleva a suponer lo siguiente: todos podríamos tener problemas conductuales desde una mirada psicológica individualista, incluso comportamientos similares a un esquizofrénico diagnosticado, lo que nos separa de ellos –según el psicólogo- es el diagnóstico psiquiátrico de un problema orgánico en el cerebro.

El Psicólogo entrevistado hace referencia que las personas con este padecimiento no pueden ser tratadas por un solo profesional de la salud, sino que debe de existir un trabajo interdisciplinario para poder llegar a conocer los términos y definiciones de otros especialistas, generando que de esta forma la persona con dicho diagnóstico pueda establecer de nuevo una relación óptima con su contexto.

Continúa explicando que la terminología con la cual los profesionales de la salud, específicamente psicólogos, definen a las personas con este diagnóstico como sujetos, entendiendo sujeto como aquella persona que está en función de

una adaptación al medio en el cual se encuentra. Lo anterior permite establecer que este psicólogo plantea que el objetivo de la Psicología Clínica es lograr que el sujeto se adapte a su medio, donde su pronóstico es interactuar con la persona para saber cómo se siente, cómo lo percibe y que mejore su *calidad de vida*.

En contraste, determina que la Psiquiatría es una disciplina que tiene como objetivo categorizar la forma en que un individuo en el cerebro genera problemáticas, como por ejemplo la esquizofrenia, es decir afirma que atiende a las características de la bioquímica del cerebro. Asegura que esta disciplina es aquella que determina el tratamiento farmacológico correspondiente para cada uno de los pacientes que acuden para ser atendidos. Por lo anterior establece que la Psiquiatría tiene un carácter pasivo, ya que se dedica a regular y disminuir aquellos síntomas que no permiten que el individuo se adapte al contexto, sin embargo no focaliza su atención en otros aspectos que caracterizan al individuo, como por ejemplo situaciones personales. Un papel pasivo, que sin embargo es un poder fuerte, determinante en el señalamiento legítimo de alguien como enfermo mental.

En cuestión a la palabra esquizofrenia se refiere a lo largo de la entrevista como aquel término médico que es utilizado para aquellas personas que necesitan de un tratamiento farmacológico, sin embargo él lo atribuye a una cuestión desorganizante de la persona, lo cual ocasiona que las conductas sean discrepantes. Marca la diferencia en que en la Psicología no puede emplearse dicho término ya que sólo es de uso médico y en esta ciencia sólo atiende las conductas que no son congruentes en un aspecto social. Se puede detectar un asunto importante, si la psicología no puede emplear dicho término porque es una categoría médica ¿por qué tiene que haber un diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia hacia una persona para tratarla como tal? Es decir, no se usa la palabra pero igual se le coloca en la posición de enfermo, de deficiente mental.

Parte todo el tiempo que el término esquizofrenia se dirige a una bioquímica del cerebro que no está regulada donde se generan conductas que no son apropiadas y que se consideran problemáticas, esto puede apreciarse en lo siguiente:

Hay una interacción desde la bioquímica del cerebro que está no regulada, es habitual que el paciente no tenga un químico (*sic*) que le hace ver cosas, que le hace pensar cosas, que le hace actuar con conductas que no son apropiadas social y culturalmente y que son reportadas como problemáticas, uno de esos problemas es cuando hay autodaño o autoagresiones y también cuando daña o agrede a otros (N. Ramírez, comunicación personal, 5 de Mayo de 2015).

Las consecuencias que existen en una persona con esquizofrenia son diversas, sin embargo a las que se hace referencia son: incomodidad ante las demás personas, irritabilidad, un estado amenazante o poca vitalidad. Desde un enfoque social dominante se les exige situaciones que en la mayoría de las ocasiones no las pueden llevar a cabo y por lo tanto existe una privación de situaciones.

A través de lo que el entrevistado conoce, afirma que el término esquizofrenia tiene un efecto mayor sobre otras condiciones, llevando una comparación con trastornos diferentes; esto permite establecer que el concepto tiene una carga de significados que genera que la sociedad actúe distinto en comparación con otra terminología médica.

Debido a los diversos discursos que existen dentro de la sociedad, hay diferentes ideas que el Psicólogo identifica respecto a las personas con esquizofrenia, esto incluye a las familias y a las personas que se desarrollan dentro de un contexto en específico. Para él, el término siempre se ve ajeno a toda persona, sólo se menciona cuando un familiar tiene el diagnóstico o se está muy cerca del mismo, sin embargo la persona que lo posee se suele esconder por sus familiares y se cree que no se debe de atender o que no merecen ser atendidas.

Los puntos anteriores son parte de una lista de mitos que se refieren en su discurso con respecto a este término, algunos que menciona son que se enfocan a aquellas personas que están poseídas por espíritus malignos, una guía espiritual, o a las personas que lo obtuvieron como consecuencia de un pecado o que fueron hechizadas, ocasionando que los familiares creen que el individuo es un fenómeno paranormal (en primera instancia), debido a que no perciben esta situación como una enfermedad y como consecuencia le pierden confianza a la persona, además de apartarla de ellos; dicha situación hace sentir mal a aquel que tiene el diagnóstico. En este sentido, se hace evidente la presencia del discurso científico como elemento positivo por parte del psicólogo, es decir, suponer que las narrativas explicativas de la condición de esquizofrenia de corte médico son por sí mismas mejores que las narrativas que la explican desde un sentido supersticioso o místico. Es decir, desde la lógica biopolítica asumir la enfermedad y la necesidad de su diagnóstico como algo necesario para tratar la locura y no temerle. Ya Foucault en su texto *La fuerza del loco*,¹ señala cómo antes de que la modernidad emergiera el discurso médico científico había explicaciones de otro tipo respecto de la locura, el Otro podía ser un loco, un poseído, incluso un desviado, pero no un enfermo y con ello existía una distancia enorme entre el tipo de trato y posición en el que se ubica al loco, pues éste todavía puede colocarse fuera de ciertos intentos de control y cura, en cambio el enfermo, está en todas las posibilidades para ser medicalizado, para que pierda su fuerza, su intensidad, su diferencia. Asimismo, como referimos líneas atrás, diagnosticar al Otro como enfermo supone un ejercicio de poder que imposibilitará una salida, el otro será enfermo- en este caso mental- cada vez que sea medicado, evaluado, entrevistado sin necesidad de estar en un hospital psiquiátrico.

Existen diversos tipos de tratamientos con los cuales se puede dar seguimiento a las personas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo el Psicólogo entrevistado menciona su opinión acerca de la medicación hacia éstas personas, la cual refiere como un medio para que se alcance un mejor

¹ <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-51216-2005-05-21.html>

nivel de vida, regulando a la persona en cuestiones biológicas y finalmente tratar una cuestión que ya no se puede revertir en el sujeto debido a que no existe una erradicación de la esquizofrenia. Establece que dicho tratamiento se elabora de forma interdisciplinaria en el cual debe de existir primeramente la implementación de fármacos los cuales mejoran la calidad de vida, ya que permiten que la persona no se encuentre en un estado de psicosis debido a que funcionan como reguladores. Posteriormente como Psicólogo le corresponde la enseñanza de conductas apropiadas y en colaboración de otras ciencias como la Pedagogía, Sociología y Antropología se proporciona un trabajo integral. Adiciona que la información a la familia forma parte del tratamiento ya que se les enseña la manera de comportarse con ellos y con esto eliminar los mitos que se tienen. Nuevamente, la mirada de las disciplinas científicas, su gestionamiento sobre las vidas en forma de corrección es leído desde su mirada de profesional de la salud como algo positivo y normal.

Durante la entrevista se hizo referencia al concepto de calidad de vida, el cual puede describirse con lo siguiente:

La calidad de vida depende de distintas condiciones, tanto de lo social como de la sociedad hacia ellos, donde haya más fuentes de trabajo, que se entendiera que son personas que pueden trabajar...que podrían estar haciendo más producción, que podría estar haciendo una participación más social, que no hubiera tanto estigma o discriminación... (N. Ramírez, comunicación personal, 5 de Mayo de 2015).

Aquí se pone en evidencia un rasgo de gestionamiento psicopolítico: la idea de volver al esquizofrénico un ser funcional, productivo, emprendedor como modo de rehabilitación (Han, 2014). Se infiere que para este psicólogo y muchos otros decir algo parecido además de estar cargado de buenas intenciones sería una opinión profesional e incluso neutra ¿Quién podría estar en contra de pedir más inclusión a través del trabajo para las personas diagnosticadas con esquizofrenia? Sin embargo, como se refirió en la parte introductoria de esta tesis, el tipo de poder en el que nos encontramos inmersos es un *poder soft*, que no busca

necesariamente producir un sujeto disciplinado para poder ejercer control, sino un sujeto emprendedor. Al discurso médico, psiquiátrico y psicológico dominante ya no le interesa poner en marcha dispositivos donde las personas se sientan sometidas, sino que se sientan libres de elegir ser sometidas y con ello se sientan mejor, incluso felices.

Al preguntarle la función de un hospital psiquiátrico determinó que es aquel que se encarga de regular a las personas con esquizofrenia u otros padecimientos, ya que se encuentran en un estado amenazante hacia sí mismos o hacia otras personas, provocando que exista una inconformidad en el entorno en el cual se desarrolla, por lo que se considera peligroso y es óptimo internarlo en estas instituciones. Asimismo, repetía en constantes ocasiones que es de gran utilidad el tratamiento farmacológico que se imparte en estas instituciones para tener un mayor control sobre las personas. Menciona que es recomendable que la atención hospitalaria debe de ser iniciada a temprana edad para que la persona sepa de qué se trata y cómo es que se debe de comportar.² El objetivo de la estabilización de la persona es que la misma se adapte al condicionamiento y adquiriera hábitos para llevar a cabo actividades laborales.

En la entrevista al preguntarle cómo influye la Psicología en el control que se exige en las personas, el Psicólogo establece que le auxilia para conocer qué es lo que le pasa, haciéndole saber que hay un entendimiento sobre lo que le ocurre, recordándole constantemente que hace conductas sin darse cuenta que no son apropiadas. Además, indica el Psicólogo, es necesario crearle un escenario donde se le haga sentir un ser humano que se le respeta y se le motiva intentando mejorar su estado anímico. Es decir, se le tiene que enseñar, corregir e indicar cuál es el tipo de experiencia correcta e incorrecta según los parámetros de normalidad, sin que la persona lo tome como un sometimiento, incluso que se sienta como respetado y tratado como humano.

² Identificamos de manera insistente la idea de que el *enfermo de esquizofrenia* aprenda a comportarse, pero poca argumentación hay en cuanto a que ese “aprender a comportarse” le genere bienestar al propio diagnosticado, como si eso no importara demasiado.

Como ejemplo de lo anterior, menciona el uso de instituciones que admiten a personas con diagnóstico de esquizofrenia, en donde se les enseñan diversas actividades ocupacionales que tienen como consecuencia que algunas de estas personas puedan reintegrarse a una vida laboral en el contexto en el que se encuentran. Hasta aquí nos preguntamos, ¿no hay otra forma de “reintegración social” más que la laboral? Parece que Byung Chul-Han acierta al señalar que producir un sujeto trabajador y rendidor es la nueva lógica de la forma biopolítica del poder.

Finalmente informa que su trabajo como Psicólogo corresponde verificar el diagnóstico de un Psiquiatra sobre la persona esquizofrénica, con ellos elabora tratamientos para que los pensamientos de los familiares cambien y no ocasionen conflictos y finalmente dar un seguimiento a los sujetos para su integración social.

A partir de la entrevista se puede evidenciar el postulado que establece la Psicología Social Construccionalista, donde se establece que la realidad social es construida, justificando que nada de ella surge de forma natural o espontánea, asegurando que existe un arreglo relacional entre los individuos que forman parte de un contexto social en donde se comparten significados de lo que nos rodea, esto quiere decir que las personas somos capaces de darle sentido al mundo, por lo tanto establecemos características y rasgos a todo aquello relacionado con lo psicosocial. Siguiendo a este supuesto es importante que se reconozca que los datos proporcionados en la entrevista son resultado de un proceso relacional de aquellos que se involucran con el entrevistado y con los entrevistadores, y con ello la información es un acercamiento a las construcciones que existen sobre la esquizofrenia a través de la experiencia de aquel que cuestiona al Psicólogo sobre la experiencia del mismo.

Otro postulado relevante es que se plantea que las personas tienen la posibilidad de establecer interpretaciones ante lo que se les exponga, son capaces de atribuir y construir estrategias con intencionalidad, es por ello que la Psicología

Social investiga cómo se genera la genealogía de los procesos que la sociedad construye y comparte. Esto lo realiza basándose en la propuesta de que la realidad es histórica, es decir que cada momento no ocurre en el vacío y posee un proceso evolutivo de formación. Con ello la información que el Psicólogo Napoleón brinda tiene una carga histórica donde él ha llevado a cabo a través del tiempo y de lo que la sociedad le ha indicado (como lo ya establecido) sus propias interpretaciones sobre el concepto de esquizofrenia.

En el siglo XXI nos encontramos en una modernidad llamada líquida, esta se caracteriza por el constante reinicio de las situaciones que no suelen cumplir con una funcionalidad determinada, es decir ante un momento que ya no cumple con lo que se ha predispuesto, la solución que se encuentra es volver a comenzar hasta que se logren los resultados que se pretenden. En la modernidad en la que nos desenvolvemos actualmente se carece de una reflexión cuyo centro sea la atención hacia las personas, ya que se centra en las funciones que cada objeto o persona posee, las cuales se fomentan en cada uno para que mantenga una estabilidad favorable para aquellos que representan al estado, no existe la posibilidad de una autenticidad del individuo ya que todos responden a las atribuciones que se tienen, las cuales son aquellas donde el individuo las coloca a través de la subjetivación anulando un porcentaje de la experiencia para no sentirse incómodo. Es aquí donde la Psicología social interpreta en la persona todo este material interiorizado de forma automática donde difícilmente se cuestiona lo que se asume. Este argumento está estrechamente relacionado con la categorización que se hace sobre las funciones de la Psiquiatría y la Psicología, en donde bajo una percepción positivista tiene lógica que un objetivo en común es que lo que es considerado fuera de lo normal se modifique para que adapte a su medio y recupere su funcionalidad.

Este mecanismo de imposición de roles que hace la sociedad genera que la autenticidad no exista ya que existen patrones de comportamiento que la cultura exige y por lo tanto las personas comienzan a tener ideales, pensamientos y

formas de actuar parecidas, es entonces donde la sociedad clasifica dichas características en grupos, esto puede establecerse en lo que el Psicólogo plantea como los objetivos que posee y lo que designa a otros y a sí mismo.

Frecuentemente la Psicología dominante positivista plantea que como profesionales de la salud debemos aplicar una serie de estrategias las cuales deben de reintegrar al individuo considerado como “enfermo” a la sociedad, donde ocupe ciertas obligaciones sin causar una resistencia al orden comunitario. Existe una división de Estado-Nación donde el primero impone al segundo los aspectos que le favorezcan para mantener su poder; lo cual se desarrolla a través de la producción de dispositivos de saber-poder que son aquellos que les permite categorizar a un ser humano como adecuado o inadecuado mediante regímenes de verdad y falsedad basados en la formación de reglas y enseñanzas. Esto se relaciona con lo que el entrevistado llama problemas conductuales de las personas, en donde afirma que lo que se debe de atender son aquellos comportamientos considerados como inapropiados y hacérselo saber a aquellas personas que los emiten para poder intervenir y lograr un cambio que le permita ser aceptado por la sociedad.

Cuando el Psicólogo marca la definición de los hospitales psiquiátricos fortalece la idea de que el encierro o aislamiento forma parte de una garantía en donde se pretende inculcar ciertos comportamientos que los acerquen a una normatividad, donde los médicos toman el rol de jueces justificándose en el conocimiento científico que poseen. Por ejemplo, una de sus funciones que establece que le corresponde como Psicólogo es verificar el diagnóstico proporcionado por el Psiquiatra donde generalmente a través de interrogatorios se pretende obtener evidencia de que el individuo no es apto para desenvolverse en un mundo social y por medio de este se pueden valer para someterlo a un régimen de poder. Coincide entonces con la afirmación de que la función de las instituciones es crear laboratorios cuya producción sean sujetos dóciles y útiles, es decir personas adaptadas que se encuentran regidas por los intereses del capital.

Pareciera interpretarse como si todos fueran formados como un engrane para una maquinaria que no tiene fin, aquí es cuando no cabe la posibilidad de una pieza distinta ya que al encontrarla lo primero que se hace es aislarla.

Como consecuencia de lo que el entrevistado afirma se establece una relación con el postulado de que el encierro en un hospital psiquiátrico es la garantía que sitúa al individuo recaudado en la justicia hasta que pague su deuda, donde el Psiquiatra se convierte en la persona quien juzga, perdona y reconcilia mediante el establecimiento del orden disciplinario. Es decir que es un procedimiento para acumular el necesario conocimiento que fundamente la puesta en marcha de los mecanismos de poder.

Por medio de las palabras que enuncia el entrevistado se fortalece el postulado de que la persona a través de síntomas es como pierde su singularidad, es por ello que la persona con el diagnóstico de esquizofrenia pasa a ser un cuerpo-masa, es decir, que sólo responde a aquella disciplina de un centro hospitalario y a las autoridades de los saberes de los médicos que lo atienden y proporcionan la valoración pertinente. A través de explicaciones médicas o legales se adjudica a él y al Psiquiatra la responsabilidad de recluir a aquel que no esté ejecutando lo que se le indica, ya sea por algún desorden mental o por una toma de decisión en donde no influye una deficiencia biológica o fisiológica.

El psicólogo señaló como su misión y objetivo principal “reintegrar al usuario a su ámbito familiar y social, con una mejor calidad de vida, concientizando a la sociedad sobre la enfermedad, para reconstituir el tejido social sin el estigma social imperante” y “buscar una mejor calidad de vida a personas con el padecimiento de esquizofrenia, a través de una atención integral que involucre las áreas médico- psiquiátrica, psicológica y social a fin de reintegrar al paciente a la sociedad y a su núcleo familiar”. Esto es parte de lo que se ha interiorizado en él y el cuestionamiento sobre cómo lo construye es posible que no exista, es decir, asumimos que lo que encontramos en la narrativa del psicólogo

no corresponde exclusivamente a él, sino que su narrativa es una expresión de una condición social y epocal.

Esto no está muy alejado de lo que Rodríguez (2012) manifiesta en su texto “Hacia una perspectiva biopolítica de la terapia psicológica”, ya que de cierta forma lo que se requiere es controlar y distribuir un orden social, natural y global donde la ciencia adquiere la capacidad de dividir lo que es considerado normal y anormal, lo cual puede servir al mantenimiento del control del Estado, pero es algo que lo trasciende, el Estado ya no es la única fuerza controladora.

Aquella fuerza que se sitúa en las actuaciones de la sociedad se le denomina como hemos referido- biopoder, el cual determina que toda persona dentro de un espacio específico en la sociedad debe de ser útil, mediante técnicas de individualización que desarrollan y normalizan el comportamiento disponiendo al individuo en el complejo social, sin embargo como se presentan excepciones, en este caso existen personas que no se comportan como las demás o que ya no resultan útiles dentro de su contexto donde el primer filtro para captar esta anomalía es la familia. Lo anterior puede relacionarse con la importancia que el entrevistado le proporciona a esta última, ya que cuando habla que una estrategia de intervención es informar a la familia y enseñarle a cómo comportarse con la persona que tiene el diagnóstico refiere que son el medio inmediato para generar un cambio y son un auxiliar para la inteligencia del estado y lograr la “normalidad” que se espera de ellos. Por lo tanto en el núcleo familiar se crea un discurso de saber-poder el cual es el inicio del horizonte de todo aquello que entra en la categoría de normal-anormal, debido a las clasificaciones e identificaciones que adoptan del discurso dominante.

La medicación permite crear sujetos capaces de obedecer una norma determinada de una forma sutil, es decir su función es concretamente corregidora donde se implementa un tratamiento para ejercer un poder que proviene concretamente en un primer nivel familiar. Lo anterior se relaciona con la

importancia que le brinda el Psicólogo a la implementación de un fármaco, ya que el objetivo regulador que le establece se ve caracterizado como el primer paso para que su calidad de vida mejore *en una disminución de los síntomas* y pueda crearse la ilusión de un cambio que le devuelva su funcionalidad. Es evidente que esta reintegración está aliada a la perspectiva instrumental que tiene la sociedad sobre las personas, ya que se posee un significado compartido sobre que un individuo sin alguna ocupación supone una anomalía en él y no en el mundo en el que se vive. Además en la sociedad (que es la representación total del biopoder) se tiene una impresión similar donde lo importante es el producto que generes y la función que realizas para los demás.

En el siguiente capítulo, se expondrá y analizará la manera en que se construyen la idea de esquizofrenia a través de la narrativa de personas diagnosticadas con dicha condición.

III. LA ESQUIZOFRENIA DESDE LA MIRADA DE LA OTREDAD

En el capítulo anterior se llevó a cabo una aproximación a la construcción de la esquizofrenia desde la mirada y posición del experto, en este caso, un psicólogo dedicado al tratamiento de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. En ese mismo capítulo se refirió, de acuerdo a la perspectiva relacional del construccionismo, que la posición del experto psicólogo o psiquiatra, médico al fin, sólo puede ser en relación a la posición y lugar del paciente o del enfermo. Es decir, la relación del experto en salud y el paciente ignorante de sí, es una relación de poder y resistencia que sólo puede emerger en un entramado social y epocal que legitima esa diada y con la participación de quien ocupa cada lugar, pues como señala Foucault “La enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal” (Foucault, citado en García, 1990, p. 33).

Se explicó también que la mirada del experto en un mundo donde uno de los marcos de organización del mundo es la biopolítica se ha vuelto una de las formas más eficaces de control, pero de una manera suave, Smart y sutil. Se dijo que el discurso del experto de la salud, en este caso *mental*, pone en marcha un efecto de verdad y de subjetivación. Lo que diga el experto es tomado como una verdad casi incuestionable que es dicha para el bien de todos y que se instala en los cuerpos, en las prácticas y en los afectos. A continuación se realizará una aproximación al lugar del diagnosticado, del medicado, del Otro y su construcción de la esquizofrenia en un mundo biopolítico.

3.1 Lo Mismo y lo Otro

Antes de adentrarse en el análisis de la narrativa de las personas diagnosticadas con esquizofrenia a quienes se entrevistaron, se hará una breve ubicación de la Otredad como una posición particular.

Podría decirse que la relación con lo Otro, es decir, con lo diferente, con aquello que no somos pero que al mismo tiempo de confrontarnos y cuestionarnos nos afirma es algo propiamente humano. Enfrentarse con el ajeno, con el extraño ha tenido distintas implicaciones a lo largo de la historia, casi siempre las formas de enfrentarse con eso que es distinto a una mismidad, a una normalidad ha derivado en exterminio, aniquilación, sometimiento, persecución, exilio, encierro o asimilación. Son diversos los ejemplos que se podrían rastrear en la historia de la humanidad de esos encuentros desde lo que se asume como normal con aquello que es leído como Otro. Por supuesto, la emergencia de eso que llamamos Otro, por su color de piel, por sus costumbres, cultura, capacidades, modos de subjetivar, por sus acciones, por su corporalidad está siempre condicionado por un ejercicio de poder que se constituye desde una centralidad con diversos regímenes de verdad que hacen suponer que hay algo con ciertos rasgos que es lo normal, o podríamos decir, que es lo auténticamente humano, puesto que:

Nuestra cultura sacraliza la vida madura, la lógica racional y las actividades productivas incluyéndolas dentro de lo *normal* y todo aquello que se desvía, que navega contra la norma, será considerado patológico, primeramente excluido, para ser luego recluso en espacios diseñados especialmente para ello: la cárcel y el hospital psiquiátrico. (García, 1990, p. 41)

Al mismo tiempo, nuestra cultura no podría sostenerse sin ese Otro a quien teme y persigue, necesidad de la ejemplaridad del anormal, del extraño, para reafirmar un imaginario basado en la Razón instrumentalizada:

El otro es entonces necesario, aún más, imprescindible, pero al mismo tiempo y paradójicamente es excluido, recluso, negado,

apropiado en su cuerpo, en su palabra, en su lenguaje, obligado al silencio y confinado al encierro. Pero ahí están los otros mostrando su faz y dando existencia a lo mismo. (García, 1990, p. 43)

La locura ha ocupado un papel importante dentro de las Otreddades, siendo una de las más perseguidas y con menor posibilidad de exterminarla, a diferencia de alguna cultura o raza, puesto que la locura es algo que permanece oculto por mucho tiempo, que juega a ser extravagante, silenciosa, o intensa; se camuflajea y puede pasar inadvertida hasta que es leída desde los parámetros de normalidad y entonces emerge el loco. Pero no sólo eso, a diferencia de otras Otreddades en las que es difícil suponer que algo tenemos de ellas, como pertenecer a otra raza o clase social, la locura es un recordatorio latente de que estamos a un paso de ser ese OTRO. Es un espejo, que parafraseando a Nietzsche, nos recuerda el abismo por el que somos mirados, que en cualquier momento cruzaremos al otro lado y no tendremos regreso.

García (1990), siguiendo a Michel Foucault, señala: “El loco es el Otro, el diferente, el no-idéntico y se lo escuchará a través a través de la lógica del discurso incluido, se lo interpretará conforme los códigos de Identidad” (p.42), es decir, la mayoría de los intentos de comprensión del Otro suponen el riesgo de anularlo y llevarlo a los marcos de comprensión de los Mismo. Ante ello, la autora plantea la necesidad de colocarse en la frontera entre ambos lugares:

Ubicarse en el país del medio, en la línea de la frontera entre lo Mismo y lo Otro, allí en la escisión misma, será generar vasos comunicantes entre ambas esferas cerradas entre sí; generar lazos de unión entre uno y otro que permitan incluirlos en un todo, no a la manera de síntesis, sino en donde existan como en esferas separadas, cada uno con su lógica y su racionalidad. (p.42)

De esta manera es que se trata de ubicarse en esa frontera donde esos Otros a quienes nos aproximamos queden lo menos posible atrapados en la lógica racional de lo Mismo.

Para ello se llevó a cabo una entrevista a dos personas diagnosticadas con esquizofrenia, el primero de ellos es Mario Adrián Montes Cueto quien tiene la edad de veinticuatro años, él informó que a partir de los diecisiete se le dio tal diagnóstico y se le clasificó en el de tipo paranoide. Al preguntarle la forma de manifestación de la misma, describe que los primeros síntomas fueron ver, sentir y oler una sombra negra, sin embargo, no identificaron dicha condición de manera inmediata, ya que pasaron 5 años para que se le proporcionara un diagnóstico referente a la esquizofrenia.

El segundo de ellos es Mario Álvaro Jiménez Morales de cincuenta y tres años de edad, aseguró que a los veinte años se le diagnosticó esquizofrenia paranoide. Los primeros síntomas que tuvo se presentaron cuando tenía doce años de edad, caracterizándose por escuchar voces, campanitas y personas que decían su nombre, aunque explica que al orientarse hacia el sonido no había nadie que lo emitiera. Un aspecto que enunció fue que para evadir los síntomas y para poder sobrellevar esta situación consumía sustancias embriagantes, aunque no recuerda exactamente cómo se dio la circunstancia.

A continuación se describen las significaciones encontradas en las dos personas entrevistadas entorno a la construcción de la esquizofrenia en un mundo biopolítico.

3.2. Concepción de la esquizofrenia

Uno de los principales temas abordados con ambos entrevistados fue ¿Qué era para ellos la Esquizofrenia? y ¿Cómo se percibían a sí mismos al ser diagnosticados con ella? En el caso de Mario Montes asegura que antes de ser diagnosticado él no había escuchado este término y sólo lo relacionaba con las enfermedades mentales. Respecto a éste establece que para él no tiene alguna

limitación o ventaja y refiere que su concepción de la esquizofrenia es que forma parte de una enfermedad mental.

Adicionalmente se recaudaron más datos mediante la convivencia con dicha persona durante ocho meses en diversos contextos dentro de una Asociación dedicada a la población con Esquizofrenia donde su principal objetivo es la reinserción de las personas al medio social. En dicho lugar los diferentes discursos que mencionaba Mario Montes variaban según los compañeros que estuvieran con él conversando. Es decir la mayoría de las veces tomaba roles favoreciendo la postura que predomina en las pláticas sobre el diagnóstico de la esquizofrenia, en unas ocasiones se colocaba con las características de una persona a quien debiera de prestarse más atención médica y en otras se mantenía en una postura en la cual no requería la intervención profesional porque consideraba que no la necesitaba.

En el caso de Mario Jiménez comenta de igual manera que antes de ser diagnosticado no había escuchado hablar del término esquizofrenia, cuenta que en ocasiones sí se lo llegaban a mencionar, sin embargo no lo comprendía por completo. No obstante su familia sabía lo que significaba y que fue de manera específica un tío suyo el que habló con un psiquiatra para que lo revisara y entonces dicha persona fue quien le dijo que él tenía esquizofrenia.

Una de las cosas que resaltan al respecto de lo que elaboran ambos entrevistados es su falta de atención o conocimiento sobre el discurso de la esquizofrenia como una enfermedad mental, es decir, no es casual que en ambos casos la esquizofrenia no apareciera como un referente, ni siquiera como un recurso para explicar su forma particular de relacionarse con el mundo. Es hasta que aparece la mirada de alguien portador de ese saber (un médico o un familiar) que se le coloca en la condición de enfermo y se le hace asumirse como tal.

Uno aspecto que se abordó a lo largo de la entrevista con Mario Jiménez fue cómo la religión ha sido clave para sobrellevar su diagnóstico, debido a que

tiene diversos amigos sacerdotes que le dan consejos y al preguntarle sobre el significado del término hizo referencia a lo siguiente: “Decía Juan Pablo que la ciencia ya había avanzado mucho, acérquense a Dios y hay solución para la esquizofrenia, para todas las enfermedades...” (M. Jiménez, comunicación personal, 21 de Mayo de 2015).

En los argumentos anteriores se puede apreciar cómo la construcción del término esquizofrenia varía según la persona, edad, y el discurso bio-político que han interiorizado a través de los años desde que se les hizo el diagnóstico. Y no sólo eso, por un lado tenemos el discurso dominante y legítimo de la psiquiatría que los lleva de escuchar campanas, oler sombras, a ser enfermos mentales y por otro el discurso religioso que no está fuera de la biopolítica, sino que se convierte en su otra cara, una más suave, incluso más reconfortante que su lado médico.

Asimismo, se hace evidente que los significados son compartidos y por lo tanto forman lo social de esta pequeña comunidad dentro de una más grande de donde fueron aislados por ser considerados diferentes. La diversidad de significados que se tiene sobre el diagnóstico de esquizofrenia es debido a las condiciones en las cuales se les informó este hecho, es decir, dependiendo de las condiciones de origen es el cómo la perciben.

Cuando ellos comienzan la narrativa de cómo es que ven la realidad, hacen énfasis en que es diferente a la manera en cómo lo hacen las demás personas, es decir, asumen su diferencia y distanciamiento, no necesariamente como algo mejor o peor que el resto de la gente, pues como señala García (1990):

Siempre ha estado presente el mito que el enfermo mental es un ignorante de su situación, lo que Foucault desmiente: el enfermo es consiente; tiene un universo propio y original, pero reconoce su anomalía y diferencia. Este reconocimiento está anclado en la misma enfermedad, aprisionado en ella; no sólo la percibe sino que al percibirla la expresa, comprendiendo su enfermedad como un destino, quizás inexorable. (p. 37)

Por el diagnóstico que tienen y la carga histórica del mismo también han construido el significado de la esquizofrenia, de su diferencia, como un tipo de mal, como una enfermedad que hay que aceptar, que hay que tratar y para la cual hay expertos especializados. Se puede inferir que ese vaivén de razonamiento de la condición de esquizofrenia, de elaborarla a veces sólo como una relación particular con la realidad y otras como una enfermedad podría tener que ver con un auto abandono a la Otredad en forma de enfermedad mental, pues en un mundo dominado por valores biopolíticos resulta mejor ser enfermo que ser loco: “Todo enfermo recubre una racionalidad que ha perdido el carácter común: olvidó su pertenencia a un nosotros y extrae de su propia coherencia un yo y un entorno que lo conmina a abandonar el medio y transformarse en Otro” (García, 1990, p. 35)

3.3. La percepción del entorno médico

Otra temática que se abordó en las entrevistas es la perspectiva que ambas personas tienen sobre el contexto médico, en donde se desarrollaron preguntas referentes a su convivencia con los Psiquiatras y los Psicólogos, su opinión acerca del medicamento y sus experiencias con los hospitales psiquiátricos, es decir, el rasgo propiamente biopolítico que nos interesa en esta tesis.

Al estar diagnosticados psiquiátricamente no están libres de la medicalización como tal. De acuerdo con Mario Montes el fármaco que consume:

...está bien, antes en épocas pasadas no se podían tratar con los medicamentos, un medicamento que duraba quince días por ejemplo y eso está muy novedoso, antes la trataban en hospitales psiquiátricos con muy pocos días de medicamento. (M. Montes, comunicación personal, 12 de Mayo de 2015)

Se observa cómo para este entrevistado el hecho de poder ser medicado es una ventaja para el tratamiento de las personas con esquizofrenia en comparación con otras formas que dominaban algún tiempo atrás, como el ser internado en un

psiquiátrico durante más tiempo. Es decir, la internalización, el encierro, es sustituida por la medicalización prolongada y esto es percibido como un mejor trato, incluso, podríamos suponer como algo que le permite ser más libre al no pasarlo por el encierro. Esto es un rasgo común del gestionamiento biopolítico a través del discurso médico y de la salud actual: como no hay encierro forzoso, como no se está violando la libertad y los derechos del otro, como sólo hay medicamento, entonces hay un trato *más digno*, de enfermo y no de loco, y además debemos de agradecerlo, poder suave, psicopolítico que recae en los propios individuos. Sin embargo, como se refirió en el capítulo anterior a través de Foucault, el medicamento, el médico, el psicólogo, el psiquiatra, la terapia son por si mismos el encierro, el laberinto de la enfermedad del que no hay salida.

Mario Montes, durante la entrevista aseguró que considera que el medicamento y la convivencia con los demás lo hacen sentir bien: “Sin el medicamento volvería a lo mismo, estaría mal en todos los sentidos, estaría destruido por así decirlo...sin la esquizofrenia me hubiera desarrollado más socialmente” (M. Montes, comunicación personal, 12 de Mayo de 2015). Parece que se confirma una resignación de aceptar el medicamento como la salida indicada a su condición, no obstante, esta resignación no viene sólo de M. Montes; como se señaló en el capítulo anterior, el psicólogo entrevistado refería que el medicamento es parte del tratamiento básico de una persona diagnosticada con esquizofrenia, como si no existiera la posibilidad de tratamiento, no es extraño entonces que Mario lo acepte de esta forma y le atribuya un bien.

Sin embargo, contrastando los comentarios anteriores, en otra ocasión la persona entrevistada en un contexto diferente, mencionó que el medicamento no servía, que “era una mierda pero que se lo debía de tomar”. No se cree que en esto haya una elaboración incoherente o poco consistente, al contrario, se interpreta como un modo de resistir ante el mandato del medicamento.

Por otra parte M. Jiménez expresa que tiene que relacionarse positivamente con la enfermedad para poder sobrellevarla, manteniéndose ocupado en distintas tareas para no dejar de tomarse el medicamento, lo cual para él es lo más importante. Hace una división sobre cómo puede lograr sentirse bien y menciona que la mitad del trabajo depende de él y la otra mitad es el medicamento.

En ausencia del medicamento refiere que la principal consecuencia es que recaería de nuevo, lo que para él es no poder dormir durante las noches ya que permanece disperso y despierto todo el tiempo. Asegura que ha dejado de consumirlo en un par de ocasiones, sin embargo, al sentirse mal o si se percata de una disminución en su peso vuelve a tomárselo. Respecto a lo anterior el motivo por el cual lo ha suspendido es por la falta de recursos económicos, aunque una de sus preocupaciones al no estar medicado es el no encontrar “un lugar donde puede estar seguro durante la noche”, además de que “se meta en la vida de sus hermanos y que hace cosas que no son correctas”. Parece entonces que su preocupación ante las implicaciones de no estar medicado es atentar contra la funcionalidad: estar disperso, no dormir, meterse en la vida de los otros, hacer cosas incorrectas. No hay una elaboración por parte de Mario Jiménez acerca de aquello que sí le permite hacer, desarrollar o potenciar el medicamento, más bien el efecto de éste es la anulación de rasgos que se leen como disfuncionales y que él mismo parece haber aceptado, atribuyéndose el problema a sí mismo y no al entorno.

Por su parte M. Montes, al ser cuestionado sobre la función de los hospitales psiquiátricos afirma que no ha estado en uno de ellos, pero posteriormente menciona que sí ha permanecido internado en un hospital, refiriendo en su discurso estableció que duró internado tres meses, no obstante, él no lo elabora como una experiencia traumática, asegura que las causas por las que estuvo en el hospital López Mateos fueron que él estaba muy violento, distraído y muy mal: “La experiencia en el hospital fue buena, no fue traumatizante como dicen los demás” (M. Montes, comunicación personal, 12 de Mayo de 2015).

Los momentos en Hospitales Psiquiátricos los ha narrado también en ocasiones en las cuales no está siendo entrevistado, en donde afirma que sí ha estado en ellos y han sido agradables para él debido a que le daban alimento suficiente y no era castigado por las enfermeras o los médicos, a comparación de como mencionaban en sus discursos algunos de sus compañeros. Esto se debía a que de acuerdo a su percepción él no hacía comportamientos agresivos que lo hicieran merecedor de los mismos. Se puede interpretar a través de esto cómo el dispositivo médico y hospital psiquiátrico ha ido mutando, no podemos seguir refiriéndolo como el lugar del encierro forzado y el hostigamiento evidente, incluso puede ser aquél lugar donde alguien como M. Montes puede ser mejor tratado que en su propia casa, y sin embargo, no deja de ser un espacio de control, pero de forma sutil, siendo ese rasgo algo que lo vuelve aún peor.

Concordando con el primer entrevistado, M. Jiménez establece que ha estado en varias ocasiones internado en lugares especializados para trastornos psiquiátricos: "...están bien, en ellos todo está bien cuando no se deja de tomar el medicamento" (M. Jiménez, comunicación personal, 21 de Mayo de 2015), es decir, siempre y cuando te portes como un paciente que acata, como un enfermo que acepta su salvación, todo está bien dentro de los psiquiátricos.

Con lo anterior puede decirse que en ambas personas las instituciones como hospitales psiquiátricos son la representación mínima de lo que globalmente se va dejando en instancias de mando, es decir son aquellos lugares en donde por medio de la supervisión y extremo control se lleva a cabo la aplicación de las normas que una sociedad ha determinado, con el fin de corregir a aquel que no ejecute las políticas establecidas y emitir un castigo (en este caso, de manera particular con la esquizofrenia, la aplicación de un tratamiento conductual o farmacológico) para erradicar aquello que no se desenvuelva con normalidad.

Pero lejos de verlo como un agente negativo para sí mismos, ambas personas hablan de ellos como la mejor alternativa que puede existir para

recuperar su funcionalidad y entonces el biopoder ha logrado vender la idea de que las prácticas que realiza son para ayudar y no para mitigar cualquier símbolo de resistencia. Cada persona toma la decisión de seguirlo sin darse cuenta de que es una *elección aparente*, en donde el individuo puede ser aquel totalmente privado de la libertad y sin darse cuenta acepta la construcción ajena de un determinado fenómeno, no se detiene a analizar el origen del mismo, en cambio si hubiera una reflexión a profundidad podría cambiar en él todo el material simbólico que se le atribuye a la esquizofrenia y con ello dejar de verla como aquella que lo limita porque no hace lo que los demás quieren, sino que además pudiera analizar las cosas que le permite lograr y que a diferencia del resto puede hacer sólo por poseer esa diferencia que los otros evitan y desean erradicar.

Continuando con este tema, a ambos entrevistados se les preguntó ¿Cómo consideran a los Psiquiatras y Psicólogos?, donde Mario Montes argumentó lo siguiente: “Los psiquiatras y los psicólogos son personas que tratan de ayudar... (M. Montes, comunicación personal, 12 de Mayo de 2015)”. ¿Quién podría suponer lo contrario?

La perspectiva que se tiene acerca de los profesionales de la salud varía según el contexto en el que está implícito, por ejemplo, en las terapias grupales que se llevaban a cabo en la Institución a la que acudía M. Montes- donde nosotras participábamos y el psicólogo de la institución también estaba presente- concordaba con lo dicho en la entrevista, ya que mencionaba que el psicólogo de dicho lugar era bueno, pero que su trabajo consistía en dar terapia a los miembros de la institución y que no podía realizar otras actividades como participar en los talleres con las demás personas, entablar conversaciones cotidianas o planificar convivios; es decir, el psicólogo de la institución no entabla un vínculo más cercano y cotidiano con los pacientes porque su labor profesional en ese lugar se reduce a la terapia. En contraste en un contexto en donde sólo se encontraban algunos de sus compañeros mencionaba que los psicólogos existían para experimentar con ellos, haciendo referencia a las personas con esquizofrenia.

Relacionándose con lo anterior, cuando el tema de conversación era el diagnóstico de esquizofrenia, establecía una elaboración en donde describía que la mayoría de las veces él no estaba loco y que “el psicólogo de la institución también estaba enfermo sólo que no lo aceptaba”, por lo tanto con este discurso Mario buscaba una situación de igualdad de condiciones en la institución con respecto a los profesionales de la salud. Esto describe una capacidad de generación de estrategias por parte de M. Montes, cuando el profesional de la salud está frente a él: acepta su enfermedad y la labor benéfica y positiva del psicólogo, pues éste es quien lo evalúa y va determinando la mejora de M. Montes; en otro espacio, libre del profesional de la salud, es crítico y cuestionador.

M, Jiménez coincide con M. Montes en cuanto a su discurso oficial o público, ya que afirma que los psicólogos en general son buenos, sin embargo, tiene diversos conflictos con uno que trabaja en el albergue en donde vive porque asegura que no los ayuda con sus necesidades. Empero, con el psicólogo de la institución en donde fue entrevistado lleva una buena relación. En otro momento de la entrevista menciona que los psiquiatras a veces tienen los conocimientos sobre la esquizofrenia y en ocasiones desconocen otras particularidades de la misma, a pesar de ello informa que acude a revisiones constantes para que su salud no se vea perjudicada.

Respecto a su opinión acerca de los psiquiatras, M. Jiménez durante una terapia grupal en la que participamos, difiere con lo que menciona en la entrevista, hablando de que el médico no se enfoca en los problemas particulares del individuo, sino que hace referencia sólo a la esquizofrenia, es decir tienen una actitud “fría”, entendida como desinteresada con las personas que acuden a citas con ellos. Se refería con frecuencia que a estos profesionales de la salud sólo les interesa cobrar, es decir el aspecto económico que genera el trastorno y con ello conseguir más dinero con la esquizofrenia. No obstante a pesar de su discurso como se mencionó con anterioridad él acude a sus citas con el psiquiatra considerándolas importantes para su salud y bienestar.

No es raro encontrar en ambas personas entrevistadas un discurso similar sobre los agentes del biopoder, ya que al hablar de los psiquiatras, tratamientos, hospitales y psicólogos, coinciden en que son aquellos factores que requieren para su bienestar. Nunca cuestionan la idea de por qué seguir lo que se les impone, ya que están en su lucha por llegar a ser como el resto de la sociedad para evitar ser segregados de la misma, por lo tanto si la meta final de ambos es la funcionalidad, entonces deberán emplear todo lo que les colabore para evidenciar que no hay rastros de enfermedad alguna o de anormalidad en ellos. Por lo tanto el dictamen que realice un psiquiatra o un psicólogo juega un papel fundamental, ya que si ellos establecen que no pueden integrarse a un grupo entonces no podrán tener una permanencia al mismo y no serán vistos como el resto de las personas, entonces el vínculo que establecen con ellos va a estar determinado por las ganas de alcanzar una aprobación fundamentada en evidencias de que sus prácticas son correctas.

Partiendo entonces de que los médicos son los “jueces que curan” tampoco se cuestiona la toma de un fármaco ya que con los efectos que tiene los dos entrevistados dejan de tener o disminuyen lo que se denomina síntomas de esquizofrenia. Al no haber anormalidad entonces el vínculo con el medicamento favorece el dictamen médico porque se va asemejando con lo que se denomina salud mental y en caso de que ellos no puedan seguir el tratamiento impuesto hay instituciones como hospitales psiquiátricos o aquellas que les brindan talleres ocupacionales que se encargan de darle seguimiento al enfermo para regularlo, por ello nada de lo anterior a simple vista para ellos les perjudica, sino todo lo contrario les ayuda.

3.4. Interacciones con la sociedad

Finalmente uno de los temas que se abordó durante las entrevistas fue cómo perciben su interacción con el resto de la sociedad, para ello se les cuestionó ¿cómo ven las personas consideradas normales a aquellas que tienen el

diagnóstico de esquizofrenia? M. Montes asegura que la sociedad lo mira diferente, además de que los tratan mal pensando que son personas de otro mundo, respecto a lo anterior comenta que no deberían de pensar eso, sino cosas mejores como por ejemplo que se pueden recuperar.

Una de sus experiencias al interactuar con la sociedad fue cuando en una ocasión lo rechazaron al pedir informes sobre la manera de ingresar a una escuela de artes, ya que tuvo la impresión de que la persona que lo atendió (en este caso el director) no lo hizo bien debido a que se percató de que él era diferente; cabe mencionar que el entrevistado hizo la aclaración de que dicha persona no se dio cuenta ni indagó el diagnóstico del entrevistado, sin embargo percibió su rechazo para ingresar a la institución por no ser igual que los demás.

Una situación que se identificó en M. Montes en la forma de relacionarse con sus compañeros, es que él se concibe como una persona que sabe más que otros individuos que comparten su estancia en la institución especializada para personas con esquizofrenia, incluso lo ha comunicado y los directivos del lugar apoyan la idea en ciertas tareas y por lo tanto se adjudica derechos y privilegios. Esto se evidencia cuando él decide a qué talleres acudir a pesar de que el reglamento del lugar los posiciona como obligatorios, también llega tiempo después de iniciarse los talleres y no hay ninguna consecuencia negativa por parte de quien dirige el taller en comparación con sus compañeros, lo que fortalece su creencia. Es decir, en su condición de Otredad es capaz de jugar estratégicamente y posicionarse por encima de sus compañeros diagnosticados.

Debido a que algunos de sus compañeros no responden de igual manera (reguladora) que él ante los medicamentos, suelen comportarse de formas diferentes, situación que en algunas ocasiones lo llega a incomodar y lo manifiesta mediante comentarios ya sea hacia la persona que está actuando de forma distinta o hacia sus compañeros, esto lo expresa mediante chistes y genera que el resto de los individuos se rían de dicha persona.

Para M. Jiménez la esquizofrenia es una locura, una angustia, una represión en el pecho, es algo de lo cual “la gente luego se pasa”, como por ejemplo, en su caso le ha sucedido que los otros se dedican a chiflarle o en ocasiones le adjudican nombres que lo ofenden como cuando le dicen “chiva o borrega”. Lo más importante para él sobre la esquizofrenia es el sufrimiento que siente ya que enuncia que lo peor que le ha pasado por tener el diagnóstico es que lo han golpeado y lo han llevado a la cárcel.

La sociedad le ha demostrado su rechazo mediante ofensas, insultos, incluso le dicen constantemente que está loco, se burlan de él y lo han agredido. Aunque de manera particular afirma que no existen ventajas ni limitaciones al tener el diagnóstico de esquizofrenia, otra vez ese juego entre la esquizofrenia es como cualquier otra condición y el percatarse de que el mundo le hace ver que no es así.

En el final de la entrevista, M. Jiménez, describe a la esquizofrenia como una enfermedad que lo ha hecho sensible de sentir otras cosas, considera que si pasa algo malo en el albergue en donde vive o si alguien viola sus derechos de él o de otras personas, él es el indicado de denunciar este tipo de agresiones. En el albergue percibe que no les interesan las demás personas con esquizofrenia, ya que no se preocupan en si se toman los medicamentos u otras necesidades debido a que frecuentemente empeora su estado de salud y como medida de acción los mandan a lugares específicos los cuales tienen condiciones muy desagradables, incluso él ha tratado de denunciar a las personas, sin embargo, esto ha traído como consecuencia que lo quieran correr de este lugar.

Asegura que su vida sin el diagnóstico de esquizofrenia sería diferente, debido a que podría descansar y dormir más tiempo, sin embargo ya se ha adaptado a su vida cotidiana. La institución en la cual asiste de manera diaria le agrada ya que puede convivir con otros de sus compañeros cuya situación es muy similar y extraña a aquellos que ya no pueden asistir a la misma. Lo que lo hace sentir bien en los talleres en los que forma parte es que las maestras y sus

compañeros estén con una actitud buena y el trato sea mejor en comparación con otros contextos. Es decir, las relaciones que construye con los demás, la compañía, es más terapéutica que la labor de terapia del psicólogo de la institución.

En cuanto a su vida cotidiana su buena salud depende de su cuidado y esto se resuelve con ayuda de las personas que le auxilian en necesidades médicas, alimenticias, económicas, entre otras. Menciona que la relación con su familia es distante debido a que no ve seguido a sus dos hijas, sólo en situaciones urgentes, su ex esposa sabía de su enfermedad sin embargo se separó de él y ya no se frecuentan.

Respecto al tema social existe una concordancia con lo que se mencionó en la entrevista, durante sus diálogos cotidianos en la institución explicaba la poca comunicación que posee con sus hijas y hermanos debido a que tiene la creencia de que si la persona tiene esquizofrenia le estorba a la familia.

3.5 La Otredad como posición estratégica

En el análisis de los relatos de los dos entrevistados, se percató que su narrativa sólo podía tomar sentido si se les ubicaba relacionalmente en el entorno en que participaban como integrantes de una institución en pro de un tratamiento alternativo a los hospitales psiquiátricos. Como se ha referido a lo largo de esta tesis, se tuvo la oportunidad de acompañar psicosocialmente a los entrevistados durante aproximadamente 8 meses, cuando las entrevistas se llevaron a cabo ya se tenía cercanía y una lectura de ellos en cuanto al tipo de posición y estrategia que era capaces de generar dentro de la institución, así, sus elaboraciones en las entrevistas cobran más sentido al leerlos más allá de su narrativa. Así, nuestro análisis ha tenido que ir más allá de lo que ellos mismos pueden decir acerca de la esquizofrenia.

El uso del diagnóstico como capital simbólico³ (Bourdieu & Wacquant, 2005), se identificó por parte de M. Montes, debido a que al presentarse situaciones que no puede controlar totalmente o que ocasionan que se incomode con sus compañeros generan que utilice el diagnóstico como tal y de esa forma obtener privilegios en comparación con otras personas. Un ejemplo es cuando las actividades dentro de la institución no son de su agrado y comienza a realizar otras. Esto también denota que sea un ser que se dé cuenta de su reflexividad para poder realizar en la mayoría de las ocasiones lo que él desee.

Lo anterior ilustra las posibilidades de la agencia humana de los entrevistados debido a que ellos eligen ser actores de las situaciones en las cuales se encuentran implícitos dentro de la institución en la cual acuden. Es decir, en la entrevista a M. Montes se percibe cuáles son las situaciones que propician que él participe y en cuáles no. O en la entrevista a M. Jiménez, mediante la narrativa explica cómo trata de generar en lo posible respeto hacia sus compañeros del albergue por parte de los administrativos del lugar.

No obstante la libertad que posee M. Montes dentro de la institución, ésta es asignada, es decir, sólo se puede hacer lo que se quiere en determinados espacios, pero todos los establecimientos que se encuentran inmersos en una sociedad tienen diversas normas las cuales se cumplen implícita o explícitamente. Por lo tanto la libertad tan anhelada por el individuo nunca se logrará del todo.

Siguiendo lo que actualmente se denomina Modernidad Líquida, existen dos tipos de libertades, la primera de ellas es subjetiva que se refiere a los tipos de pensamientos e ideas y la segunda es objetiva, que es llevarlo a la práctica. Cuando un individuo está en proceso de formularse como sujeto recurre a estos dos tipos, sin embargo en el caso de los entrevistados no se ha logrado hacerlo de forma práctica con hechos reales, ya que en el primer caso cuando M. Montes

³ Capital: tipo de poder o beneficio que tiene una persona Habitus: internalización de lo social, no es natural en el individuo Campo: toda la esfera a la que pertenecen las personas.

enuncia en ocasiones que no requiere la ayuda de un profesional y entonces hay un pensamiento representativo de resistencia no lo lleva a cabo como una práctica de libertad objetiva ya que se somete a las normas establecidas sobre la esquizofrenia y al discurso biopolítico del medicamento como el tratamiento a su condición mental. En el caso de M. Jiménez al comentar que no es de su agrado la actitud que tiene la sociedad respecto al término “esquizofrénico” no hace algún acto que cambie sus circunstancias, al mismo tiempo que hace suyo el discurso moderno de adjudicar su *enfermedad* a su condición individual, a algo que está mal dentro de él.

Por medio de esto se refleja que en los entrevistados no existe una libertad que parece creen vivir al no estar reclusos en un psiquiátrico y poder salir y entrar de los albergues e instituciones no psiquiátricas a donde asisten; puesto que entendemos que las prácticas son políticas.

En el análisis de los hábitos que emplean los entrevistados en la Asociación a la que acuden, se encontró durante la convivencia con M. Montes que cuando acude a la institución en ocasiones no desea llevar a cabo la indicación que se le da y por lo tanto se hace valer de los síntomas del trastorno para evadirlo, por ejemplo se justifica diciendo que no se sienten bien respecto a su estado anímico o que ha amanecido con malestares que le impiden su participación. Con ello se hace valer su capital simbólico de enfermo.

3.6 Apuntes finales

En sus discursos cada entrevistado hablaba sobre los efectos que la esquizofrenia ha tenido en ellos y cómo es que han tenido que dejar de llevar a cabo ciertas actividades como acudir a la escuela, al trabajo, formar parte de la dinámica familiar, conservar amigos, etc. Estas argumentaciones se acercan a la elaboración de la construcción que tienen sobre el trastorno que les ha sido diagnóstico y esta ha sido formada con la ayuda de su entorno y las relaciones que mantienen con él. En estas elaboraciones, se dan cuenta de la exclusión que

viven por sus rasgos de diferencia y otredad, sin embargo, no hay cuestionamiento al entorno social, sino que vuelven otra vez hacia ellos, haciendo propio el discurso psicologista y médico de la esquizofrenia como enfermedad mental.

En ambas personas entrevistadas la familia es el primer medio social en el cual cada sujeto se desenvuelve; a través de ella recibieron una construcción sobre lo que significa la moralidad, la normatividad y lo correcto que socialmente se denomina en diversos puntos de la vida cotidiana. Se rige también por medio de jerarquías donde aquel que económicamente sustenta el hogar posee el derecho de determinar lo que los otros deben realizar y es así como van reproduciendo lo que el Estado quiere para cada conjunto pequeño existente en las poblaciones, la familia como ente de gestión biopolítico. En el caso de M. Montes la familia lo envía a una institución especializada en esquizofrenia para que cumpla una función formativa y no en el sentido amplio que ellos se designan, ya que realmente esperan fomentar funciones en cada persona en donde su objetivo es que el individuo logre servir a la comunidad, ser útil, obteniendo un producto por medio de la implementación de talleres el cual significa recursos económicos; es decir, se busca la reintegración de las personas con esquizofrenia a través del modo emprendedor que pone en marcha la psicopolítica con sus recursos Smart y suaves: talleres, terapias, medicamento, trabajo remunerado.

Es así como los dos entrevistados, Mario Montes y Mario Jiménez se relacionan con la sociedad en la cual se encuentran implícitos, esto lo hacen mediante procesos en los cuales son conscientes de emplearlos y con ello poder sobrellevar las situaciones que acompañan la carga histórica y social del término esquizofrenia.

CONCLUSIONES

El presente trabajo sobre las construcciones sociales de la esquizofrenia se basó en el presupuesto de que los fenómenos sociales son producciones históricamente situadas, por lo tanto su modificación es inevitable ya que son procesos que se crean en el transcurso de su desarrollo generando así las condiciones para su propia transformación. Es de este modo que para darle lectura al material surgido de la narrativa de los participantes fue importante marcar el contexto social en el cual se desenvuelven las declaraciones de las personas, sin embargo esta percepción de la realidad social se ve afectada por los conocimientos que la producen y que han quedado guardados en la memoria de las relaciones que lo establecieron como tal.

La psicología social otorga conocimientos sobre diferentes áreas, sin embargo Ibáñez (1995) la compara con el mito de Penélope debido a que los conocimientos que describe en cierto tiempo-espacio de la historia pueden ser refutados algunos años después, es por ello que esta investigación puede arrojar datos relevantes acerca del tema pero no debemos olvidar que dentro de algún tiempo pueden ser fundamentos que se llegaran a considerar nulos o inválidos dependiendo de cómo es que se desenvuelve la sociedad en esa época.

La interpretación de los fenómenos sociales varía con el transcurso del tiempo debido a que se desarrollan situaciones dentro de las sociedades que hacen que se cambie de opinión, se profundice en conocimientos que en su momento son relevantes o simplemente se desechan aquellos términos/reglas que ya no son necesarios. Debido a que la sociedad mexicana se encuentra en una situación en donde las instancias de poder (Familia, Escuela) han perdido parte de su influencia; estas instituciones se han vuelto en apariencia flexibles (aunque no por ello menos violentas), dando como resultado un cambio en la manifestación de poder hacia las personas.

Como se revisó anteriormente este trabajo consta de dos diferentes narraciones enfocadas en la temática de la esquizofrenia tomando como base

diversos ejes para describir las elaboraciones de las personas seleccionadas, de esta forma se realiza un acercamiento para la lectura del fenómeno social (esquizofrenia) analizando las narrativas desde un marco de referencia en donde el biopoder y su forma psicopolítica son modos en que específicamente se gestiona la vida hoy en día.

La construcción del discurso de la esquizofrenia tiene una carga histórica que no puede ignorarse debido a todo el proceso que ha pasado a lo largo del tiempo, es decir que para hablar de ella es necesario partir de lo que anteriormente se ha establecido para conocer las modificaciones y orígenes de lo que actualmente la define.

Como se desarrolló en el primer capítulo, el término esquizofrenia surgió a principios del siglo XX aunque hay literatura que asegura que se habían presentado casos en años anteriores. Este dato lo respalda Álvarez (2002) y Chinchilla (2007), sin embargo identificar si se manifestó este trastorno con anterioridad estaría en duda debido a que no se tiene un registro exacto de ello, si bien dentro de otros contextos las personas con estos “síntomas” pudieron pasar por individuos con extrema sabiduría o simplemente porque no hubieron descripciones de ello no se mencionaron que hubieran personas que tuvieran este tipo de manifestaciones comportamentales.

Foucault (2012) nos menciona que a partir de los siglos XVI y XVII se comienza a percibir a las personas como locas y por ende a ser separadas del resto de la sociedad debido a que eran diferentes. Asegura que durante la edad media a las personas que actuaran o pensarán diferente se les alejaba del resto de la sociedad y que se comenzaron a implementar medidas de contención, como por ejemplo lo que hoy llamamos hospitales psiquiátricos, que cabe mencionar en años anteriores sirvió como un mecanismo de segregación de las personas denominadas como “locas”, no obstante aquí se encuentra una contradicción dentro de la sociedad, ya que al ser excluidos de la misma para no percibirlos en el día a día estos lugares se transforman en un centro de atención para personas que no quieren ser “locos”.

Enfocándonos en un panorama biopolítico y con el respaldo de la medicina como una ciencia que busca “la verdad” surgida desde un método científico, los autores Ruiz-Vargas (1987) y Álvarez (2002) concuerdan en la definición de la esquizofrenia, ya que la describen como un conjunto de trastornos que fueron agrupados en un mismo término, donde puede hacerse la identificación de síntomas negativos y positivos. Pero con esta afirmación ambas categorías están relacionadas con la evaluación de la funcionalidad que tiene una persona dentro de la sociedad en la cual se encuentra desenvolviéndose. Mientras que Halgin & Whitbourne (2009) lo definen sólo como un trastorno con una amplia gama de síntomas que lo caracterizan. Gelder, Gath & Mayou (1993) así como Mediavilla (2004) describen diferentes síntomas de la esquizofrenia haciendo énfasis en que los negativos son aquellos que se refieren a la carencia de energía, alejamiento social y apatía emotiva. Todo ello desemboca la clasificación de tipos de esquizofrenia debido a que no todos incumplen con lo decretado por el estado, por lo tanto se deben de clasificar para implementar un tratamiento de diferente manera y así puedan reintegrarse a la sociedad o simplemente ser un caso en el cual se recluye en ciertos lugares en donde puedan ser valorados. Es decir que todas aquellas personas que “no piensen igual que los demás” pero sigan cumpliendo con las normas impuestas no serán juzgados inmediatamente sino hasta que este tipo de situaciones sean exteriorizadas (síntomas) es cuando a la persona se le designa como “loca” y necesita de un experto para saber qué es lo que le pasa y pueda regresar, o por lo menos aparentar ser sano como las demás personas en la sociedad.

Con lo anterior respecto al capítulo 1 se concluye que no importa tanto qué autor haya documentado una definición más completa sobre la esquizofrenia sino que aquí se establece el discurso dominante que se proporciona de la misma y lo que se repite en cada texto es que este fenómeno es una forma de segregar a aquel que no sigue una normatividad establecida y que aportan una serie de requisitos para atender un punto que de acuerdo a un discurso funcionalista necesita mejorarse, curarse, recuperarse, reintegrarse o tratarse. Es un ejemplo de cómo la clasificación de dichos síntomas se basa en lo que la sociedad exige a

las personas para poder entrar dentro de la normatividad que se impone para tener esa membresía dentro de cierto espacio específico, es decir, aquellos que no cumplen con estas características son “negativos” debido a que son un signo de alerta y amenaza.

Lo anterior obliga a que las personas siempre quieran ser aceptadas por la sociedad perteneciendo al grupo de individuos funcionales para estar dentro de la norma. Esta idea de la existencia de lo normal o anormal también tiene una carga histórica ya que se comenzó a emplear desde antes de la edad media, pero aquí la cuestión sería, ¿Quién define lo normal dentro del contexto en el cual nos encontramos?, ¿Cómo es que estos estándares van cambiando de acuerdo al tiempo transcurrido? Por ejemplo, el mundo actual está envuelto por la tecnología en donde es cotidiano que las personas hablen con la imagen de otra en una pantalla de una computadora, de un celular o de cualquier otro dispositivo electrónico, si analizamos este dato bruto la persona está en un espacio y tiempo sola hablando con otra que se encuentra en otro espacio diferente. Si lo anterior ocurriera en un lugar donde los dispositivos “inteligentes” no existieran es probable que la catalogaran como una persona “loca” por no relacionarse con alguien visiblemente a su lado. Es entonces que la cultura construida en una población con sus respectivos materiales simbólicos cumple un papel primordial ya que existen acciones, ideas, pensamientos y formas de analizar la vida que son tomados como correctos y que las personas aceptan sólo por ser parte de un territorio o sector y pocas veces lo cuestionan, además esto se inculca por medio de lo que se llama “inteligencia del estado” que son la expresión mínima de lo que el estado desea que el pueblo conozca y repita, donde la familia, la religión y las instituciones educativas son el actor principal.

Ahora, este discurso funcionalista, médico-científico sólo puede emerger de la mano del capitalismo y la modernidad donde las personas deben de ser funcionales bajo ciertas medidas las cuales se basan en la producción y venta de toda materia para generar capital, es decir cada integrante de un sector donde la producción-consumo-ganancia son su principal preocupación, requiere asignar

funciones y roles para que cada uno pueda favorecer y sobretodo fortalecer este sistema, ya que lo importante no es necesariamente el bienestar de las personas sino la permanencia del sistema y eliminar aquello que pudiera resistírsele a éste. Por lo tanto cada elemento que no siga el régimen debe analizarse para determinar lo que se hará para que no lo fragilice. Las medidas que se toman al respecto pueden ser desde la más sencilla como eliminarlo o quitarlo, hasta aquellas que requieran de tiempo, tratamiento, fármacos y dedicación para arreglar lo que no convenga e integrarlo a una función donde pueda ser útil y perdure lo que por años se ha construido. Aquí podemos referirnos a la duda metódica como estrategia de análisis que en el presente trabajo se trató de tener como referente; Ibáñez (1995) la define como el cuestionamiento constante de los diferentes procesos que se han llevado a cabo para dar forma a la sociedad que conocemos y que han derivado en el mantenimiento del orden dominante para que todo sea funcional. En el mundo en el que vivimos, la forma biopoder y sus derivaciones biopolíticas y las psicopolíticas, son las maneras más comunes y eficientes en las que se pone en marcha el control.

Boutang, Corsani & Lazzarato (2004) mencionan que existe el capital humano el cual se refiere a la capacidad productiva que tienen las personas, no obstante esa capacidad deseada por el Estado para que se desarrolle dentro de un trabajo no cumple con los niveles deseados en las personas que se les ha proporcionado el diagnóstico de esquizofrenia, debido a que no cuentan con el suficiente capital que se requiere en la vida cotidiana y no son contratados. Es por ello que existen lugares como a los que asisten las personas entrevistadas para poder realizar una actividad con el capital humano que cuentan, sin embargo por mucho que se asemeje no cumplirán los estándares que el Estado requiere. Al igual que Boutang, Corsani & Lazzarato, Blondeau (2004) nos menciona sobre la general intellect que hace referencia al saber abstracto de la productividad, ésta es vital para que el sistema de producción siga en pie, por ello tanta importancia e hincapié a esta situación tal y como lo mencionan Deleuze & Guattari (1985). Sin embargo al no cumplir con estos requerimientos estos individuos son excluidos y se transforman en aquellos que ninguno se quiere convertir debido a que nadie los

acepta pero no se percatan que siempre serán el centro de atención de todos debido a que nadie quiere ser como ellos y huirán de esto.

Debido a que en el siglo XXI los sujetos ya son denominados como de rendimiento en donde cada uno de ellos debe de seguir cierta actividad determinada quien no entra en esta fase es sustituido por otro que sí lo cumple. Es decir se desecha a esas personas para poder volver a iniciar el trabajo que alguien más sí puede hacer. Esto está relacionado con la modernidad líquida debido a que si una situación no cumple con lo necesario es requerido que se reinicie aquello que no funciona como se espera hablando genéricamente como personas o cuestiones materiales.

En los capítulos 2 y 3 se reconocieron mediante las elaboraciones narrativas de nuestros entrevistados los diversos significados que se construyen respecto del caso particular de la esquizofrenia desde un sentido relacional, es decir, se asume que dichas elaboraciones no vienen de la subjetividad abstracta individual, sino que se elaboran dentro de un marco epocal que les da sentido; asimismo, a través del análisis narrativo se puso de manifiesto rasgos de reflexividad de las personas entrevistadas (específicamente las diagnosticadas con esquizofrenia).

Profundizando en dichos presupuestos se trató de llevar a cabo un acercamiento al reconocimiento de la naturaleza simbólica de la realidad social, esto quiere decir detectar aquellos significados compartidos por el psicólogo y por las dos personas diagnosticadas con esquizofrenia en el tipo de mundo en el que vivimos, donde el discurso biopolítico y psicopolítico atraviesa a todos. Cabe mencionar que los datos de las entrevistas se obtuvieron mediante las diferentes narrativas de cada uno de nuestros entrevistados, complementándose por medio de información surgida a través de una convivencia de ocho meses con esta población en un contexto controlado donde se ejercía por la autoridad del lugar la implementación de talleres ocupacionales y terapias grupales. Los datos expresados en este manuscrito permitieron encontrar algunas contradicciones con respecto al discurso de las personas y su relación con la esquizofrenia, ya que se

encuentra una variabilidad en relación con los diferentes contextos donde se desenvolvían y hablaban las personas entrevistadas.

Entre estos significados, de manera particular el concepto de esquizofrenia en el capítulo 2 el psicólogo entrevistado construye el material simbólico colocándose desde una postura científica, argumentando que el término es empleado médicamente para indicar a las personas que requieren un fármaco debido a que existe una desorganización en la bioquímica del cerebro que provoca que ésta no esté regulada, teniendo como consecuencia que la persona sea distinta del resto de la población porque está enferma. Con lo anterior se puede establecer que la relación que mantiene con el término está basada en conocimientos generados con una base de elementos ya establecidos por una comunidad médica-científica cuyas aportaciones serán verídicas y válidas por mantener un status de biopoder sobre la sociedad donde se desenvuelve, ya que incluso el entrevistado menciona que debe mantenerse una colaboración entre Psiquiatras y Psicólogos para proporcionar un tratamiento integral que permita la reintegración de las personas a un medio social. La tarea principal que de acuerdo al entrevistado tiene la Psicología es la atención a aquellos que han perdido “la salud del cerebro” y que poseen aspectos conductuales anormales que no le permiten adaptarse a su medio.

En contraste en el capítulo 3 ambas personas diagnosticadas, no establecieron una relación con el término hasta que un psiquiatra realizó una “evaluación” para determinar lo que los diferenciaba del resto de las personas consideradas como sanas. Una vez llevado a cabo lo anterior los entrevistados elaboraron una significación correspondiente de la esquizofrenia dando como resultado final una asociación a una enfermedad mental que debe tratarse, asumiéndose ellos mismos, es decir, significándose como portadores de tal padecimiento, como enfermos mentales, cuando antes de aparecer el diagnóstico como tal, sólo se percataban de que su relación con la realidad era distinta del resto de las personas con quienes convivían.

Las personas que están inmersas en esta relación de médico-paciente se someten a la categorización de un experto sobre el inexperto en un cierto tema en específico. Este papel de experto como se mencionó anteriormente es una estrategia no sólo del Estado para mantener el control sobre las personas, sino también del mercado.

Respecto a los capítulos 2 y 3 se concluye que en los entrevistados está marcada la utilización del concepto Esquizofrenia para categorizar una anomalía en el individuo, se emplea para jerarquizar las capacidades que se tienen para ejecutar o no una acción. Cada disfunción encontrada representa una falta de eficacia que debe ser corregida, cada somatización no es sino un obstáculo molesto a superar. El método que se emplea para llevar a cabo la asignación del diagnóstico está basado en un interrogatorio que conforma la evaluación para encontrar evidencias que permitan demostrar que no se comporta conforme a la norma y además se justifica mediante exámenes bioquímicos.

Este interrogatorio es similar a aquellos que se realizan en las cárceles para determinar si las personas son culpables de un delito o no y con ello establecer el castigo que mejor se adecue para la corrección del mismo. Sin embargo a diferencia de esto, un interrogatorio médico es interpretado como una ayuda para que la persona enferma pueda ser auxiliada para eliminar lo que en ella esté mal. Esto quiere decir que se ha establecido un argumento de “por tu bien es que se hace” cuando en realidad no es porque sea necesaria una mejora sino porque es indispensable obtener de la misma una ganancia a favor del régimen que domina al grupo social.

Debido a la sociedad específica en la cual estamos inmersos en donde la biopolítica se ha mantenido y la psicopolítica ha ido cambiado ya que el brazo de poder se ha manifestado de diferente forma, el discurso de los médicos hoy en día se disfraza dando a entender que son personas que te quieren ver bien y que gracias a ellos los individuos pueden insertarse en una categoría que se ha destinado como excelente y ésta es estar “sano”. Por ello los entrevistados aseguran que los psiquiatras y los médicos son profesionales que ayudan pero en

ocasiones en otros contextos fuera de las entrevistas tienen también una opinión diferente pensando que éstos experimentan con ellos y que sus funciones no son requeridas; con ello se puede inferir que la lectura que le están dando a este tema se reelabora constantemente.

No es coincidencia que las tres personas entrevistadas coincidan en la construcción de lo que es para ellos la esquizofrenia, ya que están en un grupo donde las elaboraciones acerca de la misma se han conformado históricamente y las personas entrevistadas reproducen un discurso, los diagnosticados desde la aceptación de ser enfermos mentales y el psicólogo desde su lugar de mirada científica a las personas enfermas: la esquizofrenia es una anomalía que debe atenderse. La denominación de las jerarquías de lo normal y lo anormal han ido cambiando para que esto sea aceptado como natural; cuando se nombra a alguien como enfermo o sano no sólo se hace una distinción, sino una exclusión.

No obstante las personas no se dan cuenta que no sólo los hospitales son centros de reclusión sino también las escuelas, familias, cárceles, cuarteles y fábricas, sólo que cambia la modalidad de la infraestructura pero el fin es lo mismo, mantener a las personas dentro y que se sientan parte de ese entorno para que no elaboren esa reclusión como algo malo sino lo contrario, algo bueno porque tienen un sentido de identidad con otras personas. Esto se hace evidente en la definición que el psicólogo le da a un hospital psiquiátrico ya que lo refiere como “aquel lugar que se encarga de regular a las personas con esquizofrenia u otros padecimientos, ya que se encuentran en un estado amenazante hacia sí mismos o hacia otras personas, provocando que exista una inconformidad en el entorno en el cual se desarrollan, por lo que se considera peligroso y es óptimo internarlo en estas instituciones”. Cuando utiliza la palabra “amenazante” es probable que trata que el receptor del mensaje entienda que el hospital sirve para retirar las amenazas favoreciendo una estabilidad tanto a las personas denominadas sanas como a las enfermas, sin embargo el argumento pudiera tener un trasfondo donde la mirada experta sólo puede emerger si hay un ser observado, un inexperto de sí mismo que acepta de alguna manera (no

precisamente de forma voluntaria o plenamente reflexiva) el juego de poder, donde se entrona al experto que dicta y establece lo que le es correcto para el individuo que está desposeído de ese saber. Fortaleciendo la idea anterior las personas diagnosticadas con esquizofrenia en las entrevistas que se les realizó, aseguran que en un hospital psiquiátrico se vive una experiencia buena y que no es traumatizante, lo consideran al igual que la toma de un fármaco un auxiliar para su calidad de vida y la obtención de salud. Aunque cabe mencionar que en algunas otras ocasiones emitían un discurso distinto en donde establecían que tanto el medicamento como la permanencia en un lugar no era fundamental para ellos y que son seres que no requieren dicha atención. La contradicción pudiera ser un paso a la reflexividad del fenómeno que cada uno vaya elaborando y que está construyendo una manera alterna de verse a sí mismos.

El poder se puede manifestar no solamente como censor, violencia o represión sino como una permisividad incluso como amabilidad ofreciéndose como libertad. En el caso del presente trabajo se manifiesta mediante las narraciones del psicólogo y de las personas que tienen el diagnóstico de esquizofrenia debido a que el primero adiciona que mediante la ayuda de talleres ocupacionales y el apoyo de su familia las personas con este diagnóstico pueden tener una mejor calidad de vida y desarrollarse dentro de la sociedad como las personas “sanas” lo hacen. Mientras que las personas con el diagnóstico dentro del centro en donde realizan dichas actividades ocupacionales se sienten libres debido a que comparten el espacio con otras personas con el mismo diagnóstico cumpliendo con nuevos roles semejantes a los del sector sano y les permite crear pertenencia a un grupo. Pero es claro que esa promesa de libertad sólo se queda en ese espacio debido a que sólo es un centro de reclusión más en donde el resto de las personas no puede “verlos” y los que si son “sanos” pueden seguir con sus vidas cotidianas.

En los capítulos 2 y 3 se abordaron los principales ejes que se relacionan con el tema de la esquizofrenia, entre ellos el propio concepto, los profesionales que la tratan, sus métodos como el fármaco o los hospitales psiquiátricos e

instituciones afines, donde es claro que a pesar de que los tres entrevistados tienen diferentes narrativas se pueden encontrar similitudes en estos ejes debido a que se desenvuelven en el mismo marco social, político y cultural donde se comparten significaciones sobre un fenómeno en particular ya que el conocimiento existente es preestablecido en la sociedad por personajes que durante la historia han demostrado tener un discurso verídico sin oportunidad de debatir su perspectiva.

Finalmente el tema que le compete a esta tesis relaciona a personas con el diagnóstico de esquizofrenia y a los psicólogos u otros representantes de las ciencias de la salud, que en este último nos incluimos nosotras como autoras de este texto, no obstante surgen diferentes cuestiones al respecto. Una de ellas es, si ¿Conociendo este aspecto de expertos e inexpertos se acepta estar del lado de los expertos?, es ahí la problemática debido a que no se debe de adoptar totalmente este rol como experto por saber cuáles son las conductas que son reprobadas por la sociedad y cómo es que ellas deben de ser corregidas para que la persona pueda ser “reintegrada” a la vida funcional en la cual nos desarrollamos. Pero como ya se dijo anteriormente al formar parte de una cultura médica una fracción de lo que por años se ha establecido en la literatura emitida por la ciencia ha quedado guardada en los significados elaborados sobre este fenómeno social y no puede negarse o ignorarse.

La presente investigación del fenómeno social abordado muestra evidencia de lo que Han (2014) afirma sobre que el neoliberalismo ha sido un factor importante para que la psicopolítica se lleve a cabo en las personas y la explotación de la libertad vaya más allá, es decir, mediante la psique y las emociones, en donde el poder se manifiesta de forma pasiva. Sin embargo ni las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia ni el resto poseemos dicha libertad, se puede suponer que dentro de este gestionamiento biopolítico hay modos de resistir; por ejemplo, los entrevistados tienen episodios en sus discursos donde dudan y cuestionan las medidas de “tratamiento” que el poder les asigna y en ocasiones se revelan, aunque cabe mencionar que no siempre es así ya que

los medios que se emplean para el dominio de la subjetividad de las personas son inmensos y en cualquier estructura se repiten los patrones de control.

Alvarado y Nava (2015) señalan que el dominio que se encuentra dentro de la sociedad es en una dimensión subjetiva, específicamente la sentimentalidad, debido a que en los medios de comunicación los expertos también se hacen referencia a lo que tenemos que sentir en ocasiones específicas y en qué intensidad lo podemos sentir y cómo es que debemos expresarlo, esto es un claro ejemplo de como la psicopolítica ha tomado un papel cada vez más importante dentro de la sociedad debido a que ya se está manejando aquello que no es visible.

Lo que se describe con anterioridad se relaciona con lo que Carniel, Runte, Torres-González & King (2011) encontraron en una investigación que realizaron en diversos países, donde se enfatiza la percepción que se tiene acerca del diagnóstico por parte de la sociedad. Esto es un claro ejemplo porque se determina cómo es que conforme varían las sociedades en los países se define el significado que toma el término, es decir dependiendo de las cargas históricas, el dominio que haya en cada lugar y la época por los cuales se va desarrollando se elaboran construcciones específicas. Esto puede ser un tema que se podría desarrollar más en futuras investigaciones debido a que en este escrito sólo se presenta una fracción mínima de esta percepción dentro de la sociedad mexicana por parte de aquellos a quienes se les dio el diagnóstico y un psicólogo que ocupa el rol de experto en el tema, debido a los años en los cuales ha trabajado con esta población pero que solo es un medio más que el psicopoder emplea sobre las personas “enfermas”.

Se concluye entonces que cada individuo se refiere a las cosas por el tipo de material simbólico con el que se ha relacionado, pero existen tres variantes que deben de ser básicas para comprender los términos: el primero de ellos es que las personas se dirigen hacia las situaciones mediante el significado que tienen, es decir de manera particular con el tema del presente trabajo, el significado de la esquizofrenia que se ha conformado en la sociedad es la forma donde la

construcción tanto del psicólogo como de las dos personas con el diagnóstico se van a desenvolver ante los demás y en diferentes contextos. La segunda cuestión es que dicho significado surge a partir de la relación que existe con otros integrantes de la misma sociedad, es por ello que como anteriormente se mencionaba los significados tienen una carga histórica, por ello la esquizofrenia a lo largo de los años la han definido de diferentes formas debido a que las personas desviadas, insanas, o poseídas han existido desde épocas anteriores, donde es evidente que el término ha ido evolucionando hasta llegar a ser lo que en este manuscrito se expone, pero no debemos olvidar que este significado en algunos años puede llegar a cambiar completamente o seguir así durante décadas. Y por último la tercera base hace referencia a que los significados se modifican y por medio del proceso de interpretaciones y la interacción de las personas es decir mediante el uso que se lleve a cabo del término se modifica éste a través del tiempo, debido a que las narrativas por las cuales se describe el significado del concepto la otra persona entenderá el mensaje por medio de la experiencia que ha tenido complementando con la narrativa de alguna otra persona. Es decir, no se pasara totalmente el mensaje debido a que la experiencia de cada persona influye en el significado que se entiende.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, V. & Nava, M. (2015). *Sentimentalidad, biopoder y guerra. Entre la dominación y la transformación social*. México: Académica Española.
- Álvarez, E. (2002). Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia. *Análisis de psiquiatría*, 18 (1), 18-26.
- Avendaño, C., Alvarado, V. & Nava, M. (2014). Racionalidad dominante y testimonio. La disputa por el saber, *Nómadas*, (40). 114-129.
- Blondeau, O., Whiteford, N., Vercellone, C., Kyrou, A., Corsani, A., Rullani, E., Boutang, Y. & Lazzarato, M. (2004). *Capitalismo cognitivo, una propiedad intelectual y creación colectiva*. España: Traficante de sueños. Mapas.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (2005) Una invitación a la sociología reflexiva. Argentina: Siglo XXI.
- Boutang, Y., Corsani, A. & Lazzarato, M. (2004). *Capitalismo cognitivo, propiedad intelectual y creación colectiva*. España: Traficantes de Sueños.
- Caballo, H., Díaz, L. & Arredondo, A. (2011). Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental*, 34 (2). 95-102.
- Carniel, L., Runte, A., Torres-González, F. & King, M. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (4), 2077-2087.
- Chinchilla, A. (2007). *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. España: Elsevier Masson.

De la Peña, S. (7° Ed.). (1980). *La formación del capitalismo en México*. México: Siglo XXI Editores.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El anti-edipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. España: Paidós.

Foucault, M. (2012) *El poder. Una bestia magnífica*. Argentina: Siglo XXI.

Fresán, A., Robles, R., Cota, M., Berlanga, C., Lozano, D. & Tena, A. (2012). Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. *Salud Mental*, 35 (3), 215-223.

García-Borés, J. (1995). Captar lo que se vive: Dos ejemplos de acercamiento. Técnicas de Historia de vida y de Refrendación de texto. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5 (1/2), 57-72.

García, M. (1990). *El loco, el guerrero y el artista*. México: Plaza y Valdés.

Gelder, M., Gath, D. & Mayou, R. (2°Ed.). (1993). *Psiquiatría*. México: Mc Graw Hill.

Gómez, A. & Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomático y construcción del sí mismo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 349-367.

Gutiérrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M. & Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores, *Psicothema*, 24 (2), 254-262.

Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. España: Herder.

- Han, B. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. España: Herder.
- Halgin, R. & Whitbourne, S. (5ª Ed). (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, M. (2013). La mirada del experto: modernidad, ciencia y subjetivación, *Tramas* 40, (24), 257-281. Recuperado el 2 de mayo de 2016 de http://tramas.xoc.uam.mx/tabla_contenido.php?id_fasciculo=674.
- Ibáñez, T. (1995). *Psicología Social Construccionalista*. México: Universidad de Guadalajara.
- IMSS (2010). Esquizofrenia: un problema de salud pública de grandes dimensiones en la población mexicana. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (2), 187-188. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=810:esquizofrenia-un-problema-de-salud-publica-de-grandes-dimensiones-en-la-poblacion-mexicana&Itemid=602.
- López-Ibor, J. & Valdés, M. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. España: El sevier Masson.
- Mediavilla, J. (2004). Esquizofrenia. Recuperado el 22 de marzo de 2015 de <http://www.sepsiq.org/file/Royal/21-Esquizofrenia.pdf>.
- Murow, E. & Sánchez, J. (2003). La experiencia musical como factor curativo en la musicoterapia con pacientes con esquizofrenia crónica, *Salud Mental*, 26 (4), 47-58.
- Pérez, M. (2012). Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura, *Psicothema*, 24 (1), 1-9.

- Rodríguez, J. y Mesa, P. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. España: Ediciones.
- Rodríguez, (2012). "Hacia una perspectiva biopolítica de la terapia psicológica. El funcionamiento sobre los dispositivos de poder en el caso L. Una niña agresora sexual" (117-136). En D. Fernández & A. Sierra (Eds.) *La biopolítica en el mundo actual: reflexiones sobre el efecto Foucault*. Barcelona: Laertes.
- Rojas, R. (3º Ed.). (1985). *Capitalismo y enfermedad*. México: Folios Ediciones.
- Ruiz-Vargas, J. (1987). *Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*. España: Alianza.
- Senra, C., Arriba, A. & Seoane, G. (2008). Papel de la experiencia en la aceptación vs rechazo del paciente con esquizofrenia, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40 (1), 73-83.
- Serrano, J. (1995). Discurso narrativo y construcción autobiográfica. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 5 (1/2), 2-10.
- Sotolongo, Y., Oscar, J., Valdés, M., Campos, M. & Turró, C. (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33 (2). Recuperado el 5 de febrero de 2015 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572004000200008&script=sci_arttext
- Tajima, K., Fernández, H., López-Ibor, J., Carrasco, M. & Díaz-Marsá, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr*, 37(6), 330-342.

Tiqqun (2012) *Apuntes para una teoría de la jovencita*. España: Acuarela y Machado.

Tovar, M. (2013) *Psicología social comunitaria*. México: Plaza y Valdés.

Valencia M., Rascón M. & Quiroga, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia, *Salud Mental*, 26 (5), 1-18.

Vallina, O. & Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3), 345-364.