

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN CIENCIAS SOCIALES

No soy una mujer común y corriente como todas las demás:

El relato como construcción de la identidad y la locura desde las ciencias sociales

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN

CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA

OMAR ROGELIO RANGEL PORTILLA

Directora del trabajo recepcional

Mtra. Gezabel Guzmán Ramírez

Ciudad de México, enero de 2017

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a la memoria de mi querida hermana Monserrat, por ser mi compañera, amiga, confidente y fortaleza durante tantos años.

A la memoria de la señora Rosa Elvira Cruz y a su hija María Fernanda, por haberme apoyado junto con toda su familia en momentos difíciles, por siempre ser tan lindas, tan sonrientes, gracias a su apoyo hoy pude llegar hasta este momento.

También dedico este trabajo a Irma, mi entrevistada, por haber compartido conmigo ese momento tan complicado por el que transitó a su paso por la enfermedad, sin su narración esta investigación no hubiera sido posible.

A todas las mujeres que se encuentran dentro de un hospital psiquiátrico porque todas ellas tienen una historia que merece ser escuchada.

Agradecimientos

Quiero agradecer enormemente a quien durante el transcurso de la elaboración de esta investigación no sólo fue mi directora de tesis, sino también una amiga, consejera, en quien confiar. Gracias por todas las pláticas en el cubículo de estudio, por preocuparse por cómo me encontraba y siempre darme palabras de aliento a seguir adelante. Mi más sincero y prolongado agradecimiento a mi querida Maestra Gezabel Guzmán Ramírez.

A mi querida madre por siempre alentarme y darme ánimos a seguir luchando a pesar de las dificultades que la vida nos ha puesto. Gracias por su gran amor, paciencia, consejos e incluso regaños cuando eran necesarios y sobre todo por enseñarme a ser una persona de bien, con valores, sensible. Por nunca dejar de apoyarme estos 26 años.

Gracias a mis hermanos Isaí, Adalid y Jafet por que con su existencia han hecho mi vida más amena, han sido una gran motivación para seguir luchando día con día.

A mis amigos Luis, Erick, Víctor, Pablo, por esa gran amistad que hemos construido durante tantos años llena de inmensas vivencias buenas y malas, por sus ánimos, sus buenos deseos, simplemente por estar conmigo en momentos complicados y nunca dejarme solo. También quiero agradecer a mis amigas Grisel y Jazmín por brindarme su amistad durante nuestra formación en la Universidad hasta el día de hoy, por su apoyo y su buena vibra hacia conmigo.

También hago mención de mi Tío Maximino y su esposa Victoria por su apoyo durante los años que cursé la Universidad, por sus consejos, regaños, por darme trabajo en su empresa para que pudiera concluir mis estudios universitarios ¡Gracias!

A ti Laura por el amor tan sincero que me has brindado, por hacerme parte de tu vida, por ser mi compañera y cómplice en esta etapa de mi vida. Gracias por enseñarme que luchando se pueden alcanzar las metas, con tu linda sonrisa le diste un nuevo sentido a mi vida.

Índice

Introducción.....	6
Estado del arte.....	10
Herramientas metodológicas de la investigación y análisis de la conversación.....	19
• Enfoque cualitativo.....	19
• Contexto de la historia de vida.....	23
• El análisis de la conversación.....	26
• Conociendo a la heroína del relato.....	31
Capítulo I. Construcción social de la locura y discurso	
1.1 Antecedes y aproximaciones a una locura construida.....	35
1.2 La locura: la sinrazón.....	40
1.3 Discurso, normalidad y patología.....	50
Capítulo II: El género como categoría de análisis: Mujer y enfermedad mental	
2.1 El género como categoría de análisis.....	59
2.2 Identidad de género.....	66
2.3 Mujer y cuerpo en la locura.....	71

Capitulo III: Conversando con Irma

3.1 Primer Momento: La situación anterior.....	78
3.2 Segundo Momento: Los comienzos y la caída en la enfermedad mental.....	82
3.3 Tercer momento: Paso por la enfermedad y tratamiento.....	88
3.4. Cuarto Momento: Salida a la actualidad.....	96

Conclusiones

Construcción de la enfermedad mental.....	104
Identidad y locura.....	107
Referencias.....	111
Anexo 1.....	117

Introducción

La locura o el padecimiento mental, se entiende como un fenómeno muy complejo que se ha investigado desde un ámbito de salud por las ciencias de la *psique* a partir de teorizaciones que buscan encontrar causas médico-biológicas para este fenómeno.

Cuando la ciencia médica se apropia de la enfermedad mental, desde un aspecto histórico podría decirse que la figura del loco y la loca perdería aquellos significados místicos que se presentaban en la Edad Media hasta el siglo XX marcados por el dominio de la sinrazón; esto es un punto de partida ya que el abordar la locura implica voltear hacia un análisis de lo que alguien dice de ella a partir de cierta postura (Foucault, 1998).

De lo anterior se desprende la afirmación de que la locura es una construcción social y sobre todo la importancia que tiene tomar en cuenta todas las visiones que han dado tal inteligibilidad al fenómeno en cuestión desde las ciencias sociales como la Antropología Social y la Sociología, una problemática que muchas veces ha estado planteada exclusivamente desde la Psiquiatría.

Desde una perspectiva histórica de la enfermedad mental, o mejor dicho las enfermedades mentales se han concentrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad a lo largo de varios siglos, antes de que se incorporara por la ciencia como un problema de salud (Salaverry, 2012).

Posteriormente la Psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX se concibió como un ejemplo destacado de cómo una evolución disciplinaria había desterrado la barbarie y la ignorancia, los malos tratos, las torturas y el encierro de los locos y locas, para aplicarles un tratamiento científico para su bienestar. Sin embargo, los debates sobre tales actividades siguen siendo tema de análisis para las ciencias sociales sobre el actuar de la psiquiatría contemporánea.

Entre 1910 y 1968 en México se puede ubicar el inicio de la psiquiatría con el funcionamiento del Manicomio General de la Castañeda bajo dos perspectivas. La primera ha sido el análisis de los aspectos administrativos y políticos de la misma; siempre enfatizando el esfuerzo de los médicos por luchar contra la insalubridad, el hacinamiento y la inconciencia de numerosas familias que abandonaban a los/as pacientes hasta que fallecían y en muchas ocasiones los despojaban de sus bienes. La segunda perspectiva, se ha acercado a la reconstrucción de la vida cotidiana detrás del encierro psiquiátrico, las rutinas, las formas en que se impone a los/as internos/as un nuevo “yo” y así despojarlos de sus referentes identitarios como lo podemos observar en los planteamientos de Erving Goffman (1970).

Por otra parte, resulta importante comentar los puntos del paradigma inicial del que parte en esta investigación, es decir, el construccionismo social en donde la idea central de esta corriente es el énfasis que se hace en el carácter constructor del quehacer lingüístico, así como la reciprocidad entre lenguaje y acción; dicho de otro modo, a través del lenguaje se pueda representar al hecho real, que en este caso es la *locura*. En el caso de esta investigación, mediante el análisis de las descripciones que realiza quien es paciente psiquiátrico sobre la experiencia cotidiana en torno a su padecimiento se analiza cómo una persona construye sus relatos acerca de su problemática como un hecho real.

Cabe mencionar que si partimos que esta acción de narrar como acción constructora en torno a la experiencia que vivió la paciente en los distintos momentos por los que pasó, es decir, cuándo comenzaron sus indicios de que “algo” pasaba con su cotidianidad (malestares o síntomas) hasta que llegó al hospital psiquiátrico (admisión, diagnóstico, hospitalización, etc.), es posible ver el relato de la paciente como una práctica que evidencia los recursos argumentativos con los que *hace existir* a una locura que vive en lo cotidiano. Se trata entonces de un relato construido con base en un conocimiento compartido que hace inteligible un fenómeno que algunos llaman *locura* o enfermedad mental y el cual crea ciertas identidades en torno a ella. Así, al analizar el discurso del

sujeto en cuestión, es posible hacer visibles, los mecanismos por los cuales se construye la evidencia de la existencia de la *locura*, siendo así el relato toda una gama de recursos adquiridos a fin de construir descripciones que se presentan como hechos.

Sin embargo, lo que se pretende en este trabajo es no teorizar sobre posibles causas sobre la enfermedad mental, sino centrar el análisis en el carácter social de este fenómeno es decir, cómo se construye desde el campo de lo social la enfermedad mental, tomando en cuenta quién es la paciente e incluso reconociendo a la persona como un ser sociocultural que continuamente se está reconstruyendo, y que a través del uso del lenguaje cotidiano busca dar fe de lo que sucede a partir del sentido común¹ forjado dentro de su experiencia vivida en un núcleo social dado. Incluso dentro de su campo social existen familiares, amigos, vecinos que tienen algo que decir sobre este fenómeno y que en algunos casos deciden buscar nuevas formas de comprensión más “avanzadas” (Gergen, 1992), como las que se presentan en el ámbito de la salud mental. Por ejemplo cuando se lleva una persona al hospital psiquiátrico y ahí el especialista (psiquiatra) determina qué está sucediendo en ese momento con la salud mental de la persona en cuestión, además de las medidas que deben tomarse.

Esta investigación es una aportación novedosa ya que desde las ciencias sociales como la Antropología Social y la Sociología se ha trabajado poco el fenómeno tan complejo como lo es la *locura* como objeto de estudio, más aún porque se resalta el carácter constructor del lenguaje por parte de quien es paciente psiquiátrico, así mediante su relato se le da voz a quien ha sido excluido/a de la sociedad por su condición de salud. Cabe mencionar que en el relato que se presenta para el análisis, es el de una mujer que por su condición social y por estar diagnosticada con un padecimiento mental es más

¹ El conocimiento de sentido común es un concepto profundizado por Schütz, que a su vez, con la corriente etnometodológica, ha contribuido a recalcar la conveniencia de recoger y de analizar los relatos que formulan los propios actores sociales para dar cuenta de sus conductas y de las ideas de los demás (1993). Al hacer referencia al sentido común, como menciona Geertz (1996) estamos hablando de un tipo de saber que está presente en toda cultura.

² De aquí la importancia en mi investigación: trabajar la historia de vida de quien ha sido despojada de su voz

vulnerable al poder psiquiátrico y el sistema patriarcal. Por ejemplo, cuando una mujer llega a padecer alguna enfermedad mental y tiene que ser internada pierde parte de su identidad al ser denominada dentro de expresiones como “está loca”, “la loca del pabellón”, que son emitidas por familiares, conocidos e incluso por el mismo personal psiquiátrico. De esta forma, en esta investigación, puntualmente el énfasis está en una mujer diagnosticada con esquizofrenia paranoide, quien mediante el uso de todo un bagaje cultural ideológico da cuenta de una locura que está presente en su experiencia diaria y su proceder cotidiano.

Inicialmente en esta investigación partí de diversas preguntas para llevarla a cabo, por ejemplo ¿Cómo construiría una mujer diagnosticada con esquizofrenia la experiencia de su padecimiento en la conversación? Y ¿Cuáles son los recursos discursivos que utilizaría para que su descripción parezca sólida y verdadera? Sin embargo, me di cuenta que el objetivo principal de este trabajo fue rescatar una historia de vida de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia para llevar a cabo un análisis de la conversación desde una mirada socioantropológica, tomando desde las ciencias sociales al relato como una construcción de la identidad de quien está padeciendo la enfermedad mental.

Finalmente, es importante mencionar que esta investigación no pretende descubrir causas, ni mucho menos hacer generalizaciones acerca de las conclusiones que este trabajo arroje, por el contrario, lo que se pretende desde la socioantropología es hacer un análisis, no en procesos mentales individuales sino en el uso del lenguaje como mecanismo social, mediante el cual la gente se vale para construir su realidad. Así, en esta investigación se ha propuesto hacer visible la construcción social de un *hecho* de aquellas personas que acuden a un hospital psiquiátrico como pacientes y que se han destacado por su actuar “extraño”, “problemático”, “raro”, lo cual los ha llevado a requerir de atención médica profesional. Por tal motivo, es importante mencionar que no se partirá de buscar teorías que permitan explicar las causas de la locura o enfermedad mental como fenómeno ya dado.

Es por ello que es importante resaltar desde una perspectiva socioantropológica, por un lado, el aspecto histórico de la enfermedad mental, por otro, el cómo influye la sociedad

en la construcción de la *locura* a partir de distintos discursos institucionales; así, la sociedad percibe, construye y establece quién está sano/a o enfermo/a, tomando en cuenta que quien padece la locura está sujeto a las pautas, lineamientos y normas de la misma sociedad. En consecuencia, en esta investigación se hace visible la existencia de la locura como una construcción sociocultural, dejando a un lado la visión institucionalizada de la locura planteada desde la psiquiatría que dota de características a la figura de la loca/o como una enferma/o mental a partir de la patologización de sus síntomas.

Estado del arte

Ahora bien, es importante dar cuenta de una breve alusión al estado del arte del tema en cuestión, aunque para ejemplificar investigaciones pasadas que hayan abordado la construcción social de la locura como un hecho cotidiano, no existe hasta el momento mucho material, sin embargo, sí es posible dar un acercamiento de aquellos trabajos que abordan el tema de la locura desde las ciencias sociales.

Primeramente, una tesis de licenciatura que trabajó a la locura como un hecho cotidiano fue llevada a cabo por Juan Antonio Yáñez Rosado (2002) *Conversaciones en un hospital psiquiátrico: construyendo la locura*. Esta investigación aborda la constitución de la locura como algo real que surge en el momento en que es hecha inteligible al ser descrita a lo largo de una conversación. Esta investigación propone un análisis funcional del lenguaje y las prácticas de la vida cotidiana, teniendo como objetivo estudiar las formas por las cuales familiares de pacientes psiquiátricos hablan de una locura que existe dentro de su vida misma, además de cómo dan cuenta por medio de descripciones, vistas como un cúmulo de recursos estilísticos a fin de construir relatos que a lo largo de una conversación son dados como algo que realmente sucedió.

El sentido que se presenta a lo largo de esta tesis es la relación entre los discursos y las acciones sociales. Se trata entonces de formas de explicar la vida dentro de un mundo social que categoriza a las personas, aquellas que están sanas o enfermas, formas de vida

que se dan dentro de un escenario institucional donde se piensa a la locura como una enfermedad, en aquellas personas a las que se les proporciona un servicio de atención en materia de salud mental.

Yáñez recurre a las herramientas conceptuales que propone la psicología discursiva (Edwards y Potters, citados en Yáñez, 2002), con el fin de estudiar las formas en que la locura cobra vida en la interacción comunicativa, es importante mencionar que los planteamientos que esta línea ofrece, parte de un interés en la naturaleza activa y construida de los discursos y, por ende, en el sentido de realidad que éstos producen. Dado lo anterior la psicología discursiva plantea el mundo en versiones compartiendo actitudes socioconstruccionistas. Esta investigación, *Conversaciones en un hospital psiquiátrico: construyendo la locura*, fue llevada a cabo en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; dentro de la explanada se abordó a los familiares de seis pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide. Yáñez utilizó la entrevista abierta o no directiva, con la que buscó que los familiares entrevistados pudiesen expresarse de forma natural, con el propósito de que éstos afloren las formas en que organizan su realidad y así poder mantener una cercanía con su experiencia.

Las conversaciones fueron grabadas en notas de audio para posteriormente hacer las transcripciones correspondientes. Ya con las transcripciones se hizo el análisis de los discursos resaltando categorías básicas del marco analítico que la psicología discursiva propone. Finalmente Yáñez concluye que la realidad no está ya dada, sino que es construida en la intersubjetividad y que con base a la visión que compartimos de la realidad en la que vivimos hablar de locura, anormalidad o enfermedad mental se pueden observar aquellos discursos que construyen versiones del mundo como algo real y ya dado sin dejar de lado la existencia de los procesos bioquímicos ni la utilidad de los fármacos para mitigar el mal.

Así, pensar en la enfermedad mental conlleva un carácter contradictorio entre quién es sano y enfermo. Estar sano se relaciona con estar apto para el trabajo, los roles y deberes sociales, en cambio estar enfermo se define como limitado; víctima de un padecimiento, es

aquí cuando la gente opta la normalización. De esta forma, la dicotomía sano/a-enfermo/a es llevada entonces a la acción del discurso, donde la elaboración de distinciones sociales está implícitamente arraigada en una ideología dentro de la cual la anormalidad, traducida en enfermedad, conlleva el encargo inherente de una intervención encaminada a restablecer al sujeto dentro de las normas consensuadas del juego que es la vida. Por tanto, el acercamiento al fenómeno en cuestión por medio del estudio del discurso permite tener un acercamiento en torno a la patología mental; un discurso que es construido dentro de un escenario específico de entre las muchas realidades vividas en la Ciudad de México.

Este trabajo realizado por Yáñez (2002), tuvo aportaciones muy importantes para mi investigación, por un lado contribuyó a la argumentación de que la locura más allá de la visión clínica, puede definirse en términos sociales; el concepto de anormalidad es muestra clara de ello ya que antecede a la denominación de patología; es decir cuando un individuo ya sea hombre o mujer deja de cumplir con ciertos roles sociales establecidos está fuera de la normalidad y para poder normativizarlo se recurre al ejercicio de la patología para que de esta forma se inserte en el mundo de la institucionalización psiquiátrica.

Por otro lado, en la revisión bibliográfica del tema, se encuentra también un artículo que contribuye al debate sobre la locura como construcción social, el cual lleva por título “Entorno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría” (Huerta, 2011). En este artículo se puede analizar la contribución del filósofo de la ciencia Ian Hacking a la historia cultural de la psiquiatría. Proponiendo conceptos como “enfermedad mental transitoria” o “inventar/construir gente”, donde se reflexiona en torno a la construcción sociocultural de la enfermedad mental. Para este autor, la enfermedad es un acontecimiento biológico, pero también un peculiar repertorio generador de construcciones verbales que reflejan, un elemento definidor de roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico-paciente.

En el caso de las enfermedades mentales, la reflexión que surge en torno a la locura construida es enriquecida considerablemente, no sólo por su enorme fuerza simbólica y estigmatizadora, sino por su carácter maleable y en cierto modo incomprensible por el otro, bajo el supuesto de la razón. Así, Ian Hacking por medio de dos estudios de casos concretos: la personalidad múltiple y el automatismo ambulatorio propone una categoría de análisis a la cual designó como enfermedad transitoria contribuyendo a la discusión sobre la locura como construcción social. Hacking define a la enfermedad mental transitoria no en términos individuales o como una dolencia que tenga una duración limitada sino más bien en un sentido colectivo e histórico; es decir, que en cierto lugar y tiempo específico puede aparecer o desaparecer la enfermedad, depende de razones que tienen que ver con el ambiente cultural (época, país o contexto) a esto Hacking le nombra “nicho ecológico”.

Hacking plantea, para que una enfermedad mental sea transitoria, dentro del nicho deberán observarse cuatro vectores: 1) vector lingüístico-taxonómico: se refiera a que la enfermedad debe ser nombrada y reconocida de acuerdo con el lenguaje científico, 2) vector de polaridad cultural: lo bueno y lo malo, valoraciones éticas de la bondad o la maldad, 3) vector de observabilidad: la enfermedad debe ser visible y 4) vector de liberación-agregación: reclutamiento del enfermo o enferma.

Otro aporte de Hacking fue el inventar/construir personas, debido a la función normalizadora por parte de la medicina que etiqueta y clasifica a las personas, así éstas tienden a conformarse, a permanecer e incluso a crecer, en el ámbito clasificatorio en el que han sido descritos o diagnosticados. Hacking profundiza en aspectos como la causalidad, el nominalismo, las clasificaciones o la elaboración de conceptos, la manera de nombrarlos y sus consecuencias sobre las personas, conexión que se puede analizar con M. Foucault (1998) así como E. Goffman (1970) dos autores clásicos críticos de la historia psiquiátrica.

“Inventar/construir personas trae consigo la estigmatización y violencia en el diagnóstico, creado por la ciencia positivista en su afán por aprisionar a la locura” (Huerta, 2011: 451). Así, considero que un aporte importante de parte de Hacking es esta parte de

construir/inventar personas, ya que en el momento en que una persona es diagnosticada con alguna enfermedad mental, no es reconocido en sí mismo como cualquier enfermo como si se tratara de otro tipo de enfermedad como cáncer, diabetes etc., sino que es etiquetado como loco o loca, es reconocido de esa forma socialmente, es como si perdiera su propia identidad y se reconstruyera dentro de su reclusión para poder ser normalizado/a. Este punto me parece muy importante y me fue de gran interés en el análisis de la conversación de mi entrevistada, quien fue diagnosticada con esquizofrenia paranoide.

Otro artículo que también centra su atención en la construcción social de la enfermedad mental es el que realizó Olga Sabido Ramos (2001) sobre el libro *Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*, coordinado por Víctor Payá y Marco Jiménez. Esta obra fue un estudio etnográfico realizado por sociólogos dentro de un hospital psiquiátrico, recolectando testimonios de familiares de los internos, personal de la institución, así como de los mismos pacientes crónicos (esquizofrénicos). El análisis se pone en la naturaleza de las ligaduras emocionales que se establecen entre los integrantes de la familia, el paciente y la institución psiquiátrica.

Sabido (2011) menciona en torno a su trabajo:

La tesis central es que la enfermedad mental es una construcción social compleja que es imposible entender únicamente desde la perspectiva médica, que privilegia el análisis biológico del cerebro. Antes bien, siempre se encuentra inmersa en un universo simbólico que la determina (Sabido, 2011: 313).

Sin embargo, con el pasar del tiempo y con los cambios del conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo, la ciencia positivista en el siglo XVIII se apropia de la enfermedad mental aplicando sus métodos de observación y experimentación. Sabido (2011) explica que los argumentos del psiquiatra se remiten invariablemente a un cuerpo

biológico que responde a leyes de la química o la física y que pueden medirse y controlarse con prescripciones medicamentosas o eléctricas. Con todo esto queda fuera cualquier posibilidad de explicación que incluya aspectos sociales como la familia, efectos del propio encierro y la acción de la institución sobre el internado.

Para Sabido (2011) lo novedoso de adentrarse al mundo del internamiento es que destaca aspectos funcionales como también simbólicos. Así, la institución psiquiátrica se analiza desde un plano de regulación y sujeción del cuerpo, además de que en el internamiento el esquizofrénico o la esquizofrénica son despojados de sí mismos, incluso de su palabra poética pero que no merece ser escuchada, puesto que su lugar de enunciación es justamente el origen de su negación².

También se analiza la institución desde un ángulo que destaca el tejido que entrecruza complejas relaciones en la vida cotidiana donde conviven las internas y los internos, el personal, los familiares con sus visitas y el equipo médico.

Es importante señalar que dentro de las investigaciones que se enfocan en el empleo metodológico desde la perspectiva del análisis de discurso en relatos de pacientes diagnosticados/as con alguna enfermedad mental, en la Sociología y Antropología Social hasta la fecha no se cuenta con ningún trabajo, sin embargo, sí es posible ofrecer un acercamiento desde la Psicología, particularmente el uso del análisis de discurso como herramienta metodológica en torno a la enfermedad mental. De tal manera que después de haber realizado una extensa búsqueda, encontré algunas investigaciones empíricas interesadas en el análisis de los relatos de personas que han sido usuarios/as de un hospital psiquiátrico, así como también de los familiares que pueden dar por hecho la existencia de un padecimiento, en este caso de la enfermedad mental.

² De aquí la importancia en mi investigación: trabajar la historia de vida de quien ha sido despojada de su voz por su condición de enferma mental y centrar el análisis en la misma, ya que la historia de una mujer, puede ser la de muchas mujeres internadas en hospitales psiquiátricos.

Existe una tesis de licenciatura realizada en Chile en el año 2011 por César Maximiliano Castillo Vega titulada “*Cambio y voluntad: sobre el lugar de un hospital de día en los relatos autobiográficos de sus usuarios y usuarias*”. Dicho trabajo se enfocó en investigar modos de producción de subjetividad en un hospital de día para trastornos psiquiátricos severos por medio de los relatos de sus usuarias/os con base a la historia de su enfermedad, su tratamiento y su reinserción a la vida social. Para ello, Castillo como prestador de servicio social en el Hospital de Día para adolescentes ubicado en la Región Metropolitana de Chile, se interesó sobre los modos en que las y los adolescentes narraban la historia de la gestión de su enfermedad, desde los momentos en que ésta comenzó hasta su condición actual, resaltando la figura que adquiere la institución y sus efectos para la relación que mantienen consigo mismos/as y los/as demás.

Castillo parte de la idea sobre el trato que se le da a la enfermedad mental y responde a una situación históricamente definida ya que como bien se sabe a lo largo de los años las instituciones psiquiátricas se han encargado de la gestión del sufrimiento psíquico, es por ello que puede observarse como un fenómeno social producido en torno a discursos y prácticas que lo elaboran por medio de los saberes institucionalizados.

Se trata del modo en que las disciplinas que actúan sobre este conjunto de fenómenos han puesto en marcha saberes y prácticas, para de ese modo enfrentar el sufrimiento de un individuo y transformarlo en un material <útil>, en el sentido que la utilidad se plantea para cierta sociedad y en cierto momento histórico. Es decir, no sólo un modo de entender o explicar el sufrimiento, sino de gobernarlo y gobernar a los /as individuos /as que entran en las categorías de esos saberes (Castillo, 2011:7).

Para Castillo la enfermedad mental gira en torno a discursos y prácticas, que se aglomeran entre salud / enfermedad, que producen efectos de subjetividad asociados a los dispositivos que se implementan a partir de esas definiciones y al modo en que se instalan en las/os individuos/as ciertas formas de poder entenderse a sí mismos/as.

De lo anterior se puede mencionar entonces que la experiencia en torno a la enfermedad mental puede ser expresada por medio de un relato, en el cual se incluye el pasado, el presente y futuro en alusión a un episodio específico (en este caso el padecer alguna enfermedad mental). Por lo tanto, para Castillo en la narración, se generan efectos de reconocimiento, valoración, opresión, pasividad o en el último término, efectos de subjetividad producidos por las posiciones posibles que entran en juego en la trama de los discursos.

Es así que Castillo sustenta su investigación desde un paradigma cualitativo, donde considera al lenguaje y el discurso como constructores de realidades, en torno a la construcción de la enfermedad mental mediante la producción de un relato biográfico.

La pregunta que sirvió para generar la narración utilizada por Castillo fue: *Quiero que me cuentes la historia de tu vida, desde que sentiste que algo ya no andaba bien hasta la actualidad*. De esta manera se logra una interacción entre el entrevistado y el entrevistador promoviendo la narración de un episodio en específico por parte de los y las entrevistados/as. Fue entonces que Castillo optó por seleccionar a usuarios/as en tratamiento o ya egresados/as del hospital de día para adolescentes de la Región Metropolitana de Chile, que bajo la evaluación de los profesionales que trabajaron con ellos/as se encontraban en condiciones de poder realizar la narración biográfica en torno a su enfermedad mental. De los relatos de las/os participantes Castillo elaboró un plan de análisis en relación a los temas principales y los ordenamientos lógicos de las acciones en cada relato, así como también el uso del lenguaje como productor y reproductor de realidades sociales.

La labor en concreto, consistió en buscar segmentos de los relatos que me parecían relevantes para comprender la construcción de subjetividad de los hablantes, principalmente por medio de la producción de posiciones discursivas tanto en los modos de hacer y negociar el relato, como también en las formas de

construir e introducir los diversos objetos y personajes en el mismo (Castillo, 2011:76).

Es así que al final del análisis de los relatos narrados por las/os entrevistados/as, para comprender la posición del hospital de día y las posiciones subjetivas que adquirieron en torno a esta institución, Castillo en términos generales concluye que la construcción de la enfermedad mental se articula en la pérdida de una vida anterior, el ingreso a un sub mundo social y por último la producción de un cambio en sí mismos/as que lo relaciona con lo que se ha estudiado como “carrera moral” (Goffman, citado en Castillo, 2011). Así, la figura del Hospital de día en los relatos de las/os entrevistados/as emerge como un mediador entre los malestares de la enfermedad mental y la mejoría que logren alcanzar, así como también por todo lo que encuentra en ese lugar, esto sería aquello que posibilita que los/as pacientes mejoren.

Finalmente, el texto de Zenia Yébenes Escardó (2014) *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*, la autora se propone analizar la relación entre revelación religiosa y locura, además de entender porqué a pesar de los avances de la psiquiatría desde sus inicios los pacientes ven a la locura como un lugar mágico o esotérico.

Para ello Yébenes considera importante echar un vistazo al momento de los inicios de la psiquiatría en México a finales del siglo XIX, pues dice que mediante el surgimiento de la locura como una patología se puede observar el proceso de constitución de un sujeto moderno con relación a la preocupación inédita por los efectos de la civilización.

Desde una perspectiva antropológica Yébenes menciona que se debe profundizar en la relación nueva que tiene la modernidad con el sujeto religioso que patologiza ciertas experiencias y que mediante la antropología tiene algo que decir de la distinción entre magia, ciencia y religión.

El trabajo de Yébenes es realmente muy enriquecedor ya que nos muestra el mapa histórico de la locura desde los inicios en que se comenzó a concebir como una enfermedad mental, y por ende los inicios de la psiquiatría entre los siglos XIX y XX. Podemos identificar perfectamente a los autores de las principales teorías europeas que patologizaron a la locura, tales como *demencia precoz* y esquizofrenia junto con todos sus tipos. Y que fueron empleadas, estudiadas y aplicadas en México cuando la locura se convierte en un problema de salud pública para el gobierno, iniciando así en México la creación de los primeros hospitales psiquiátricos como el de San Hipólito y La Castañeda entre 1910-1940. Esta breve revisión del tema en cuestión nos permite observar varias investigaciones que dan cuenta de una mirada compleja a la problemática a investigar.

Herramientas metodológicas de la investigación y análisis de la conversación

Esta investigación se encuentra fundamentada en la fenomenología en su vertiente de construccionismo social, donde el relato oral cobra importancia ya que permiten conocer los significados y los universos motivacionales (Berger y Luckman 1999). El objetivo de este apartado es exponer la visión sobre la investigación cualitativa empleada dentro de las ciencias sociales como una herramienta que permite acercarse y comprender la realidad del otro, además de dar cuenta de sus características, aportes y usos que sirvieron para el desarrollo de esta investigación. También se menciona el contexto de la historia de vida de manera teórica como herramienta metodológica fundamentada en la fenomenología, para dar paso al análisis de la conversación mediante el uso de categorías conceptuales desarrolladas a lo largo de los siguientes capítulos, además se menciona brevemente cómo se fue construyendo la entrevista y por último realizo una descripción sobre mi entrevistada.

- **Enfoque Cualitativo**

En las ciencias sociales la investigación cualitativa es una herramienta con gran concurrencia a la hora de hacer investigación social científica ya que genera fundamentos

científicos que permiten entender o aproximarnos a las representaciones del otro. Posee todo un conjunto de particularidades que hoy día se presenta fragmentada en distintas tradiciones, no desde un enfoque monolítico sino un amplio mosaico de variadas perspectivas de investigación. Su desarrollo abarcan distintas áreas; cada una de ellas establece una orientación metodológica, presupuestos teóricos específicos y conceptuales sobre la realidad.

Entre las más importantes perspectivas se encuentran: la teoría fundamentada, la etnometodología y el análisis de la conversación (análisis del discurso), el análisis narrativo, la hermenéutica objetiva y la sociología del conocimiento, la fenomenología y el análisis de pequeños mundos de la vida, la etnografía, los estudios culturales y los estudios de género.

La investigación cualitativa es metódica, naturalista e interpretativa. Es decir, que las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos de significado que las personas les otorgan. La investigación cualitativa abarca el estudio, uso y recolección de una variedad de materiales empíricos- estudios de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, entrevista, textos observacionales, históricos, interaccionales y visuales- que describen los momentos habituales y problemáticos y los significados en la vida de los individuos (Denzin y Lincoln, 1994:2).

La tradición en los usos de los estudios cualitativos se remonta a los trabajos antropológicos de Boas (1911) y Malinowski (1932) presentando ambos un enfoque descriptivo del trabajo de campo y la observación participante. La sociología también tomó partida utilizando la metodología cualitativa teniendo gran influencia en la Escuela de Chicago, produciendo estudios de observación participante sobre la vida urbana. Así, la metodología cualitativa es un modo de encarar el mundo empírico, pero sobre todo una nueva forma de hacer sociología desde principios del siglo XX.

La metodología cualitativa no es otra cosa que hablar de la investigación que produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

La teoría desde donde se sustenta la metodología cualitativa es una perspectiva fenomenológica, la cual se refiere al modo en lo que estudia y en que se interpreta lo estudiado. La fenomenología es esencial para nuestra concepción de la metodología cualitativa. De la perspectiva teórica depende lo que estudia la metodología cualitativa, el modo como lo estudia y en qué se interpreta lo estudiado.

Para el fenomenólogo, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea del fenomenólogo y de nosotros, estudiosos de la metodología cualitativa, es aprehender este proceso de interpretación. Como lo hemos subrayado, el fenomenólogo intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas (Taylor y Bogdan, 1984: 23).

En la tradición fenomenológica, se encuentran dos fuerzas dominantes dentro de las ciencias sociales, hablamos del *interaccionismo simbólico* y la *etnometodología*, esta última es la que se trabaja para esta investigación.

Al *interaccionismo simbólico* se le atribuye una total importancia a los significados sociales que las personas tienen del mundo en el que viven y reposan sobre tres premisas básicas. “La primera es que las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellos” (Taylor y Bogdan, 1984:24). Se refiere puntualmente a que el significado es lo que determina la acción.

La segunda premisa se refiere a que los significados son productos sociales que se dan durante la interacción. Blúmer afirma que “el significado tiene una cosa para cada persona y se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a

ella en lo que concierne a la cosa que se trata” (En, Taylor y Bogdan, 1984: 24). Es decir que aprendemos de las otras personas a ver cómo es el mundo.

Por último, la tercera premisa “es que los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación” (Taylor y Bogdan, 1984: 24). El proceso de interpretación funciona como un intermediario entre los significados y actuar de cierto modo.

Constantemente las personas están interpretando y definiendo todo aquello que los rodea, son sus interpretaciones y definiciones lo que determina la acción y no por normas, valores, roles o metas. “Finalmente, el proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados de que disponga y de cómo se aprecie una situación” (Taylor y Bogdan, 1984: 25).

Por otro lado, la *etnometodología*³ se centra en estudiar la realidad de la vida cotidiana basándose en el examen del sentido común, “el etnometodólogo trata de entender cómo las personas emprenden la tarea de ver, describir y explicar el orden del mundo en el que viven” (Taylor y Bogdan, 1984: 24). Su tarea consiste en examinar los modos en que las personas aplican reglas culturales abstractas y percepciones de sentido común a situaciones concretas, para que las acciones aparezcan como rutinarias, explicables. En consecuencia, los significados son un logro práctico por parte de los miembros de la sociedad.

Es así que sustentada conceptualmente desde la etnometodología la investigación cualitativa funciona como un medio para generar conocimientos teóricos sobre la vida de

³La etnometodología: es el estudio del “cuerpo de conocimiento de sentido común y de la gama de procedimientos y consideraciones [métodos] por medio de los cuales los miembros corrientes de la sociedad dan sentido a las circunstancias en las que se encuentran, hallan el camino a seguir en esas circunstancias y actúan en consecuencia” (Heritage, en Ritzer, 2002: 302).

las personas, por sus historias, comportamientos, vivencias, experiencias, por sus interacciones y acciones. De modo que interpreta a todos ellos ubicándolos dentro de un contexto particular en el que tienen lugar. La investigación cualitativa interpreta y explica recurriendo a la causalidad local.

- **Contexto de la historia de vida**

Dentro de la tradición de los estudios cualitativos en las ciencias sociales los relatos verbales son una herramienta para adquirir conocimiento sobre la vida social, ejemplo de ello es la historia de vida. En ella el investigador trata de aprender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias.

El uso de los métodos biográficos tiene ya una larga trayectoria dentro de las ciencias sociales, puede ser observada desde los trabajos elaborados por autores clásicos como Dilthey (1948), Simmel (1986) y Weber (1969), con estos autores se resalta la importancia de la interacción social. Según Malliamci y Giménez (2006) los estudios derivados de biografías e historias de vida como método o como estudio de caso que verifica tal o cual teoría han revalorizado esa tradición desde distintas disciplinas, perspectivas y orientaciones.

La historia de vida se centra en un sujeto individual, y tiene como elemento medular el análisis de la narración que este sujeto realiza sobre sus experiencias vitales. Siguiendo a los autores considerados clásicos que han trabajado el método, podemos afirmar que la historia de vida es el estudio de un individuo o familia, y de su experiencia de largo plazo, contada a un investigador y/o surgida del trabajo con documentos y otros registros vitales (Mallimaci y Giménez, 2006: 176).

La historia vida se construye a fin de profundizar en las preguntas que el investigador elabora para abordar todas aquellas temáticas que estudia, se inserta en la historia de una

persona o si es el caso de varias personas, con el fin de analizar en su trayectoria un momento específico de su vida.

Al recurrir al relato o la historia de vida se desarrolla una perspectiva de análisis única (Mallimaci y Giménez, 2006), es decir como método biográfico permite ilustrar el tema que tiene que ver con la investigación. Esto es, las ciencias sociales recurren a la historia de vida, no sólo por la información que ésta puede proporcionar acerca del sujeto individual, sino que a partir del relato se busca expresar problemáticas y temas de la sociedad, ya que hablar de la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en las que la persona se encuentra inserta.

Así, en el caso de esta investigación mediante el relato se puede notar ese hecho que se presenta en mi entrevistada como una problemática; es decir como paciente psiquiátrica y mediante esta conversación la locura se torna en un hecho que es socialmente construido, vivido y experimentado quizás de forma similar por otras mujeres.

Para la realización de una historia de vida se requiere seguir una serie de pasos con el fin de profundizar en el tema que se desea estudiar, es decir el objetivo o la pregunta de investigación. La primera cuestión es decidir sobre quién se escribirá y que a su vez su relato ofrecerá elementos únicos para el análisis. Cabe mencionar que la persona a la que se elige debe tener ciertos rasgos considerados relevantes en términos conceptuales dado que no se busca una representatividad estadística.

Todos los relatos de vida son potencialmente fructíferos para comprender las experiencias individuales, grupales, sociales, y en todo relato el investigador o la investigadora buscan comprender los horizontes de sentido y las lógicas que articulan las acciones (Mallimaci y Giménez, 2006:188).

Para esta investigación la heroína sobre quién se escribe en la historia de vida, es una mujer que experimentó en una etapa de su vida ser usuaria de un hospital psiquiátrico y todo lo que ello conlleva.

Al momento de ir construyendo la historia de vida se debe tener muy claro el eje temático por donde se transitará a lo largo de la narración, es deber del investigador guiar y encaminar a partir de intervenciones cortas, realizar una serie de preguntas para que la heroína del relato proporcione información sobre eso que se pretende analizar y que surge de la pregunta de investigación.

Como último paso se debe seguir una guía para la entrevista que deberá incluir esos temas que son de interés para desarrollar, con el propósito de indagar en la experiencia objetiva, subjetiva, simbólica y relacional de la vida que se está tratando. El conocimiento sobre los hechos en los que participó la entrevistada son muy importantes para indagar sobre la relación que tuvo con estos hechos, permite saber el sentir sobre ese momento específico de su vida y sobre el cual está narrando. En este caso el interés se centra sobre la experiencia vivida en el momento en que iniciaron una serie de cambios en su salud mental, que a su vez repercutieron en su cotidianidad, con su familia, en el ámbito social y en lo individual.

Luego de obtener la narración tras los distintos encuentros cara a cara con la heroína del relato, se llega al momento del análisis y la escritura de la historia de vida. Inicia así el proceso de la transcripción. Situación compleja de la investigación en la que se pasa por el pasaje de la oralidad (grabación de audio) a la escritura. El investigador aborda el análisis del material a partir de una pluralidad de perspectivas, organizando las historias en temas centrales que han ido transformando esa vida (Denzin y Lincoln, 1994).

Para esta investigación se planteó una pregunta inicial que permitiera que la entrevistada narrara de manera extensa sobre esa experiencia que vivió cuando comenzó a sentir cambios en esa etapa de su vida causados por los inicios de un padecimiento mental, cambios que se vieron reflejados en su cotidianidad, en su ámbito familiar y social.

- **El análisis de la conversación**

El análisis conversacional planteado por John Shotter (1993) en su libro *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*, se inscribe en la corriente del *construccionismo social*. Sostiene que la realidad se construye socialmente y se mantiene en el marco de las actividades conversacionales desordenadas y cotidianas de la gente. Bajo el principio de que la vida se construye a través del lenguaje será la manera para interpretar los datos más relevantes surgidos en la historia de vida.

Shotter se interesa en cómo al hablar no sólo estamos poniendo ideas en nuestras palabras, sino también respondemos a las expresiones del otro en un intento por entrelazar nuestras actividades practicadas, con los/as que nos rodeamos y en ese intento construimos relaciones sociales. “Comenzamos a interesarnos en el *cómo* crean y mantienen, primero determinadas formas de relacionarse entre sí en su plática, y después, a partir de esas formas de hablar, entienden sus circunstancias.” (Shotter, 1993: 12).

Es decir que en la cotidianidad todo parecería común en todo momento, sin embargo, a todo lo que hablamos le atribuimos un significado que depende en toda medida de nuestro uso del lenguaje; llegamos a entender lo que decimos mediante metáforas tomadas del ámbito del propio discurso.

La versión del construccionismo que examina Shotter se centra en los usos formativos a los que se aplican las palabras en su decir y en la naturaleza de las situaciones relacionales que de ese modo se crean entre quienes están en contacto comunicativo recíproco a través del lenguaje.

De tal forma que en el análisis de las conversaciones de las personas no sólo interfiere la lingüística, está también la retórica que sirve en el empleo de metáforas para establecer conexiones, éstas a su vez hacen actividades y prácticas respondientes y relacionales, algo que Shotter llamó *acción conjunta*, que no es otra cosa que la vida misma.

Así lo que hablamos en lo cotidiano, de nosotros/as mismos/as, de las percepciones de la mente o del mismo mundo es una dimensión representacional entre el yo y el otro que constituye una Otredad que no es ni propia, ni ajena, que es retórica- respondiente ya que hablamos en términos de representaciones que puede ser real o no, pero al final produce un nuevo conocimiento al que se denomina como sentido común (Shotter, 1993).

En rasgos generales y lo antes expuesto, Shotter no busca centrarse en la teoría sobre una versión retórico-respondiente del construccionismo, sino en la exposición instructiva de ella; “es decir toda una caja de herramientas llena de enunciados instructivos o recursos verbales para aplicar en la explicación y la interpretación de nuestras actividades conversacionales cotidianas” (Shotter, 1993: 25).

Hasta aquí podemos enunciar que las personas mediante el habla y los escritos construyen el mundo y su propia realidad, pero lo importante para las ciencias sociales es adentrarse en saber cómo es esa construcción, partiendo de que relatar o describir sucesos y acciones se apela a un hecho.

Para tener una visión amplia sobre estos mecanismos que funcionan en torno a la construcción de hechos y de la realidad, es importante revisar los argumentos mostrados por Jonathan Potter (1998) en su libro *La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social*. Este libro muestra como objetivos centrales, ofrecer una descripción general de las principales tradiciones de investigación que tratan sobre la construcción de hechos, como lo es la etnometodología y el análisis conversacional, la tradición estructural de la semiología⁴, el posestructuralismo⁵ y el posmodernismo⁶.

⁴**La semiología:** Es la ciencia que estudia los sistemas de signos: lenguas, códigos, señalizaciones etc. De acuerdo con esta definición, la lengua sería parte de la semiología. En realidad, se coincide generalmente en reconocer al lenguaje un estatus privilegiado y autónomo que permite definir a la semiología como “el estudio de los sistemas de signos no lingüísticos”. La semiología fue concebida por Ferdinand de Saussure como “la ciencia la vida de los signos en el seno de la vida social” (En, Guiraud, 1972: 7).

Para el autor, los mundos en los que todos nosotros vivimos no están simplemente ahí, no son simples fenómenos naturales y objetivos, sino que están contruidos por toda una gama de prácticas y convenciones sociales diferentes (Potter, 1998).

De esta forma, para Potter la etnometodología y el análisis conversacional, son perspectivas que brindan una explicación novedosa de lo que es la interacción social y aquellos procedimientos que utilizan las personas para comprender la naturaleza de su mundo y mostrar coherencia en su conducta. El análisis conversacional constituye un ejemplo de disciplina desarrollada donde se considera que una clase de descripción (el relato) desempeña una acción determinada y que posee unos aspectos que facilitan el desempeño de esa acción (Potter, 1998).

Ahora bien, para realizar el análisis de la conversación retomé la clasificación propuesta por Castillo (2011), en la cual se fragmenta la historia de vida en cuatro momentos que considero son de gran utilidad:

1. *La situación anterior:* Los/as entrevistados/as relatan los momentos anteriores al inicio de la enfermedad mental.
2. *Los comienzos y la caída en la enfermedad:* Narración de ciertos procesos valorados negativamente que comienza a sucederles a los/as entrevistados/as (malestares).

⁵ **El posestructuralismo:** Jacques Derrida en este enfoque redujo el lenguaje a la <<escritura>>, que no constriñe a sus sujetos, Derrida deconstruyó el lenguaje y las instituciones sociales y al final todo lo que encontró fue escritura. Sin abandonar la preocupación por el lenguaje, la escritura no es una estructura que constriñe a las personas. Y mientras los estructuralistas veían orden y estabilidad en el sistema del lenguaje, Derrida creía que el lenguaje era desordenado e inestable (En, Ritzer, 2002: 565).

⁶ **El posmodernismo:** Hace referencia a la época histórica que, en general, sigue a la edad moderna; el posmodernismo a los productos culturales; y la teoría social posmoderna a un nuevo modo de pensar diferente de la teoría social moderna. Así, lo posmoderno incluye una nueva época histórica, nuevos productos culturales y una nueva forma de teorizar sobre el mundo social (En, Ritzer, 2002: 579).

3. *Paso por la enfermedad y tratamiento:* Dentro de este momento la enfermedad mental se encuentra en su máximo esplendor, ausente de recuerdos y de control sobre su propio cuerpo.

4. *Salida a la actualidad:* Período en el cual se vive un cambio en cuanto a la disminución de los malestares de las/os pacientes; y se entra en un nivel de bienestar o estar simplemente menos mal.

Dentro de los cuatro momentos descritos anteriormente para Castillo, me llamó mucho la atención que los cuatro relatos terminasen describiendo una mejoría de la situación en la que se encontraban, donde el relato de la enfermedad mental está marcado por la pérdida de control sobre sí mismo durante su tratamiento y la estancia en el hospital de día, pero que de pronto en algún punto el relato es quebrado, girando hacia una conversación que habla de una recuperación.

En ese quiebre ocupa un lugar la aparición de apoyos para el héroe o la heroína del relato, recursos que permiten desarrollar un proceso que va del “estar mal” al “estar bien”, que es contado a su vez como efecto de la agencia del protagonista. En ese sentido, los/as entrevistados/as proyectan al final de sus historias un futuro próximo o, al menos, un anhelo respecto a ese porvenir (Castillo, 2011: 77).

El análisis de material recopilado ha seguido una serie de pasos metodológicos para la historia de vida que se presenta en esta investigación. Primero, se realizó una transcripción total de la entrevista; es decir pasar de lo oral recopilado en una cinta de audio a lo escrito. Luego se realizó una lectura total de la transcripción para poder tener una mirada global y familiarizarse con el material. Posteriormente para poder distinguir los ejes temáticos y temporales de la historia de vida, se ordenaron los hechos narrados en cuatro distintos momentos, que permiten tener una visión de los sucesos temporal y al mismo tiempo de las temáticas abordadas por la misma narradora.

Subsiguientemente se realizó una reconstrucción del relato con base en los ejes temporales, es decir al encadenamiento temporal de los períodos y etapas que atraviesan distintas etapas biográficas de la entrevistada. Es entonces que se obtiene un nuevo texto. Para el relato se pretende dar a conocer la historia que se ha recopilado. Este texto recoge la historia narrada, pero de manera organizada de acuerdo a los ejes temáticos como: locura, cuerpo, identidad de género y construcción de la enfermedad mental, que se identificaron en un primer análisis.

Finalmente se realizó el análisis o la interpretación, que no es otra cosa que hacer una lectura más analítica del material. Además, en esta parte de estructuración se agregaron referentes teóricos que pueden iluminar el análisis que la historia permite en relación a la temática de esta investigación.

Por otra parte, para analizar la conversación desarrollé un código de transcripción que a su vez permite que el/la lector/a pueda interpretar y darse cuenta de cómo se llevó a cabo la conversación:

1. / Silencio corto
2. // Silencio prolongado
3. ... Palabra sostenida
4. **Negritas** Resaltar el contenido
5. [...] Omisión

Las ventajas que presenta el uso de los métodos biográficos (historia de vida) según lo planteado por Pujadas (1992) y en lo que se puede ver reflejado en esta investigación es que posibilita en las etapas iniciales de cualquier investigación la formulación de hipótesis, debido a la extraordinaria riqueza de matices y a la profundidad de su testimonio, que nos permite reconocer cómo opera en un caso concreto la correlación causal entre variables.

- **Conociendo a la heroína del relato**

Esta investigación pretendía llevarse a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ubicado en la zona de hospitales en la delegación Tlalpan en la Ciudad de México, mediante la autorización de que yo pudiera realizar el servicio social dentro de esta institución para ubicar a las pacientes y así poder realizar las entrevistas.

Sin embargo, esto no fue posible ya que, según la Dirección General encargada de ofrecer programas a estudiantes para realizar el servicio social, no solicita estudiantes de la licenciatura en ciencias sociales y solamente se requieren licenciaturas como enfermería, psicología, medicina, administración y sistemas electrónicos, aspecto que da cuenta de cómo el fenómeno de la enfermedad mental se sitúa en su investigación, abordaje y tratamiento solamente desde ciertas disciplinas.

Ante esta negativa de ingresar a la institución psiquiátrica me di a la tarea de investigar sobre programas externos que ofrece el hospital para pacientes que acuden temporalmente a sus citas para tenerlos en continua observación una vez que fueron dados de alta. Así, dentro del hospital psiquiátrico se encuentra un servicio denominado consulta externa, que a su vez cuenta con un programa llamado clínica de adhesión terapéutica donde acuden pacientes que tienen en su historial clínico dos o más internamientos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, para darles un seguimiento sobre su estado de salud mental y continuar con su medicalización.

Preguntando sobre los servicios del hospital, en las inmediaciones de la “plancha” principal del hospital conocí a un joven, que preguntándole qué hacía en ese lugar me platicó que su madre asiste continuamente a la clínica de adhesión terapéutica. Así que le conté sobre mi investigación que pretendía llevar a cabo y le pregunté si su madre aceptaría contestarme unas preguntas, él me respondió que sí. De esta manera fue como pude contactar a mi informante clave para comenzar a trabajar la historia de vida, mediante

conversaciones cara a cara. Para el presente trabajo se echa mano de las conversaciones con una mujer que asiste continuamente a la clínica de adherencia terapéutica tras ser diagnosticada con esquizofrenia del tipo paranoide desde el año 2008.

Su nombre es Irma. Nació en el año 1962, al momento de las entrevistas contaba con 51 años de edad. Es originaria del estado de Puebla y desde el año 1990 radica en la zona norte de la Ciudad de México. Por falta de recursos económicos sólo logró terminar el nivel básico de estudios. Sin embargo, en su juventud estudió una carrera técnica como secretaria, aunque en palabras de ella desafortunadamente nunca pudo ejercerla. Es madre de 3 hijos, dos varones uno de 19 años, estudiante a nivel universitario; el otro de 12 años estudiante de secundaria y una mujer de 16 años quien estudia el nivel medio superior, por cuestiones de confidencialidad no se mencionan sus nombres. Llevaba casada 16 años con su pareja y 28 años de vivir bajo el mismo techo, sin embargo su relación de pareja por mucho tiempo fue muy conflictiva derivado del alcoholismo de su esposo. En su relato resalta mucho la percepción que para su esposo ella sólo significaba la mujer que está para servirle y para cuidar a sus hijos. Expresó que él nunca se interesó por sus problemas o las situaciones difíciles por la que tuvo que transitar, una de ellas precisamente se refiere a ser diagnosticada con esquizofrenia paranoide en el año 2008 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Por lo cual tuvo que ser internada en dos ocasiones durante un lapso de tres meses. La primera fue en el mismo año que fue diagnosticada y la segunda en 2009 cuando sufrió una recaída. En el año 2010 fue dada de alta, pero desde ese año hasta la fecha tiene que acudir periódicamente a revisiones con un médico psiquiatra asignado para la atención del programa Clínica de Adherencia Terapéutica en donde se vigila no se vuelvan a presentar síntomas de la esquizofrenia paranoide. Además se evalúa el tipo de medicamentos que se deben recetar o en su contraparte si deben de ser retirados. Para Irma la persona que en todo momento estuvo para ayudarla y apoyarla a su paso por el padecimiento fue una de sus hermanas mayores, quien tomó la decisión de llevarla al hospital ubicado en la zona de Tlalpan, además de hacerse cargo de sus hijos en los dos

momentos en que Irma fue internada, a sabiendas que su esposo no le daba mucha importancia la situación que estaba viviendo.

Desde el año 2010 hasta el año 2016, Irma no ha vuelto a sufrir una recaída. Su estado de salud mental es muy estable y al platicar con ella se puede apreciar a una mujer muy lúcida cuando habla sobre lo que le sucedió. La situación que vivió, la llevó a tomar la decisión de no ser más esa mujer que sólo debe de servir al marido. De hecho optó por romper la relación con su marido ya que para ella la causa del padecimiento mental fue originada por el tipo de relación que vivió con su marido durante muchos años.

Irma es una mujer de estatura baja, de tez blanca, de ojos pequeños, cabello color rojo que se percibe está teñido, pero que a la vez se logran colar algunas canas blancas, sobre todo en la parte de las sienes. Del tiempo que llevo de conocerla puedo decir que es muy alegre, gusta de usar maquillaje en su rostro ya con arrugas debido al paso de los años, también usa barnices en sus uñas. En su hablar resalta una voz gruesa y firme, capaz de captar totalmente la atención de quien la escucha hablar, pero sobre todo es muy platicadora, le gusta mucho contar o hablar sobre su vida y lo que ha pasado a lo largo de los años. En sus narraciones se aprecia siempre la gran devoción y fe hacia Dios y Jesucristo a quienes está agradecida por su recuperación de la enfermedad mental.

Hoy día trabaja en una pequeña librería, ubicada cerca de su casa a no más de 15 minutos de traslado. Labora por las tardes de lunes a viernes. Acude tres días por semana a su iglesia ya que es muy creyente en Dios. En sus propias palabras él fue quien pudo sacarla del encierro y de la enfermedad, además de la voluntad y el amor por sus hijos. Así, agradezco a Irma todo el tiempo proporcionado y la confianza para la realización de la entrevista.

Ante este panorama a continuación se podrá leer un primer capítulo titulado *Construcción social de la locura y discurso*, donde se abordan aproximaciones a una locura construida, para posteriormente abordar en el capítulo dos: *El género como categoría de análisis: Mujer y enfermedad mental*, donde se aborda la identidad de género y la construcción de hechos en la enfermedad mental, para así tener herramientas teóricas para llevar acabo el análisis de la conversación de nuestra entrevistada en el capítulo tres titulado *Conversando con Irma*. Finalmente en las conclusiones se presentan algunas reflexiones sobre los resultados de este trabajo, dejando varias preguntas abiertas a futuras investigaciones que sin duda invitarán a la reflexión.

Capítulo I. Construcción social de la locura y discurso

“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

1.1. Antecedes y aproximaciones a una locura construida

Al revisar el tema de enfermedad mental, es posible que nos venga a la mente disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología que se encuentran dentro de las llamadas ciencias positivistas⁷; sin embargo para el estudio de esta investigación es sumamente importante. Ir más allá de las causas médico-biológicas que giran en torno a definir este tema. Hablamos entonces que la enfermedad mental no es sólo hipótesis, teorías, patologizaciones y medicalización, sino es un tema muy importante que le compete a las ciencias sociales. Así, es fundamental abordar el aspecto social y cultural que también se encuentra inscrito en la enfermedad mental vista como una construcción sociocultural.

Para entender cómo la enfermedad mental es una construcción sociocultural es importante hacer una búsqueda exhaustiva sobre aquellos autores, libros, tesis y artículos que contribuyen a mirar la locura desde las ciencias sociales como una construcción

⁷ El positivismo lógico es una corriente filosófica que tiene como fundador a Augusto Comte que se caracteriza por enfatizar la importancia del método común y del conocimiento científico, que permita describir y explicar los fenómenos del universo. Por lo tanto, las ciencias positivistas son todas aquellas que echan mano del método lógico-experimental, que permita consignar o expresar la comprensión de las relaciones de los objetos de estudio de cada una de las disciplinas (Zenobio, 2004).

sociocultural, además de analizar aquellos trabajos empíricos que se han propuesto ver el fenómeno de la locura de una forma distinta a la establecida por las ramas clínicas de la psiquiatría y la psicopatología pero sobre todo, que se aproximen a la investigación que estoy realizando.

Los inicios de la enfermedad mental o bien de la locura tienen un origen generalizado con la cuestión de lo sobrenatural. Para las culturas más complejas, la interpretación de la locura fue atribuida a los dioses, las más antiguas a los demonios o fuerzas naturales, todas derivadas del pensamiento “primitivo”.

Hay que advertir que la locura como enfermedad mental es una figura histórica reciente, durante muchos siglos coexistió codo a codo con una etiología natural (en la que era fruto no de un desorden mental sino de un equilibrio humoral); “una etiología sobrenatural en la que lejos de ser una enfermedad era un signo o prueba, producto de una intervención divina o una posesión demoniaca” (Yébenez, 2014: 21).

La enfermedad mental entonces se construye socialmente dado que a la locura se le ha atribuido diversos significados dependiendo de las condiciones históricas y de las épocas que le han dado uno o varios sentidos, ejemplo de ello es la representación de la locura como algo mítico, vistoso, mágico para la sociedad de la Edad Media (Foucault, 1998).

Un autor clásico que trabajó el concepto de enfermedad mental fue Michel Foucault (1998) en su libro *Historia de la locura en la época clásica*. De este texto es muy importante resaltar la aportación que el autor realiza para clarificar cómo la locura es un término creado socialmente ya que en la Europa Clásica del siglo XVIII los parámetros para definir o catalogar la conducta de hombres y mujeres estaban estrechamente vinculados con lo que prevalecía en aquella época; me refiero a la racionalidad de los actos es decir, que aquellas personas que no emitían en sus actos la razón eran considerados asociales o enfermos de locura.

También Foucault hace presente el inicio de los espacios que se dedicaran por siglos a la tarea de recluir a los enfermos mentales, vagos, leprosos, viciosos; me refiero a los hospitales psiquiátricos, describe en su texto cómo eran apartados hombres y mujeres del resto de la sociedad para encerrarlos en espacios que eran establecidos por el mismo Estado. De aquí, se puede observar el panorama de sometimiento, represión, poder y control por parte del Estado junto con sus instituciones para normalizar aquellas personas que no cumplían con los roles sociales establecidos.

Bajo los planteamientos de Foucault se puede ver el origen de los hospitales psiquiátricos como instituciones reconocidas y autorizadas por el Estado para recluir a todas aquellas personas que en su conducta no fuera como el resto de los demás, sobre todo porque se esperaba que los sujetos sean productivos.

Esta historicidad de la locura que hace Foucault, permite comprender cómo este fenómeno ha sido construido hasta nuestros días donde conceptos como anormalidad, asocial y alienación se observan a lo largo de toda su obra. El autor plantea escenarios de cómo era la situación en la vivían las personas recluidas en los conventos, monasterios, casonas⁸ y posteriormente con la incursión de la ciencia positivista sobre la locura, junto con el Estado convierten en un problema de salud pública a la locura que debe ser atendida en los hospitales psiquiátricos que en sus inicios fueron bastante cuestionados por sus métodos o prácticas, por ejemplo las tan comentadas trepanaciones craneales, las lobotomías, choques eléctricos, que aplicaban a hombres y mujeres que se encontraban ahí en el siglo XIX. Con el pasar del tiempo y los avances de la psiquiatría moderna, ahora los hospitales emplean otro tipo de métodos para lograr reinstalar socialmente a hombres y mujeres por medio del discurso de la medicalización y la patologización de la locura como trastorno mental y sus tipos.

⁸ Casona es una casa señorial antigua (Real Academia Española, 2006).

Por otra parte, Roger Bastide (1967), en su libro *Sociología de las enfermedades mentales*, como bien se puede intuir con el nombre, se propone desde la sociología abrir un nuevo camino hacia la exploración de un fenómeno tan complejo como lo es la locura desde un eje distinto del dominio de la psiquiatría social. Bastide se da cuenta que la psiquiatría no se interesa por los individuos y por ende su método se centra únicamente en el método clínico o historia de caso “para él se trata de sopesar la acción respectiva de los diversos factores sociales en la etiología de los trastornos de tal o cual paciente” (67). Por tal motivo hace mucho énfasis en el contexto social de los individuos y cómo éste influyen en su salud mental desde antes de padecerla y después ya con la enfermedad; es decir que existen condiciones sociales que pueden hacernos comprender la enfermedad mental de una manera diferente a lo establecido por la psiquiatría.

También Bastide se adentra a la discusión que la enfermedad es una construcción social ya que él plantea que la sociedad misma influye al momento de establecer si una persona es sana o enferma y para lograr esa distinción hay que fundarse sobre el criterio exterior, el consenso que encuentra a una persona sana en términos de conducta compartida con los otros miembros del grupo.

En el caso de las enfermedades mentales según Bastide, lo que constituye al enfermo mental son las variables que describen sus acciones y éstas son explicadas por medio de “lo normal y lo patológico”; donde lo normal es lo permitido, establecido y lo que prevalece dentro de la sociedad. Recordemos a manera de ejemplo lo que sucedía en la sociedad europea en el siglo XVII, algo que ya había analizado en Foucault (1998) cuando la razón marcaba todos los parámetros de conducta de los individuos, instaurada así por los planteamientos de Descartes y a quienes no hacían visibles en sus actos la racionalidad de la época se le consideraba como enfermos o enfermas de locura y por lo tanto, debían de ser alejados de la sociedad.

De igual forma, Erving Goffman (1970) en su libro *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, centra su análisis en las relaciones de poder que se dan dentro de la vida social de las instituciones totales (psiquiátricos, manicomios, cárceles, etc.) denominadas como: Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (13).

Como caso particular están los hospitales psiquiátricos, destinados al trato de las enfermedades mentales; dentro de esta institución total Goffman (1970) se interesó por analizar la condición social del individuo dentro de este espacio ya que plantea que al ingresar un individuo a una institución total sufre una serie de cambios culturales. Por ejemplo, utilizar vestimenta de acuerdo al tipo de diagnóstico y pabellón al que será asignado, la regulación de horarios para ciertas actividades, la pérdida de la libertad y la privacidad, tomar medicamentos diariamente, etc.

Las relaciones de poder también se hacen presentes dentro de un hospital psiquiátrico ya que, al ingresar una persona con algún diagnóstico sobre alguna enfermedad mental, sea mujer u hombre sufre una situación de dominio y despojo de su condición social habitual anterior. “Traducido al lenguaje exacto de algunas de nuestras instituciones totales más antiguas, quiere decir que comienza para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo” (Goffman, 1970: 27).

Dentro de la institución los individuos sufren un proceso que denomina Goffman como *desaculturación y aculturación*; es decir se despojan de todo su mundo cultural adquirido en el exterior para sustituirlo por un mundo interior lleno de nuevos roles y normas que deben de acatar dentro de su estancia interior en el hospital psiquiátrico por ciertos períodos de tiempos requeridos.

Se viola en primer término, la intimidad que guarda sobre sí mismo. Durante el proceso de admisión, los datos concernientes a sus *status* sociales y a su conducta en el pasado, especialmente a los hechos que lo desacreditan se recogen y registran en un legajo, que queda a disposición del personal (Goffman, 1970). El personal es el encargado de hacer valer las normas y por lo tanto se crean relaciones de poder sobre el paciente internado.

En este entorno, podemos observar que en el caso particular de las mujeres en el exterior sufren un dominio socialmente construido por los hombres, en donde la tradición cultural ha marcado el papel de subordinación de las mujeres hacia los hombres. Por lo tanto, aún más las mujeres que son diagnosticadas con alguna enfermedad mental y se requiere de su internamiento en una institución mental, no se alejan de las relaciones de dominio, segregación y poder por parte de quienes están a cargo de ellas en su situación de enfermas mentales.

1.2 La locura: la sinrazón

La locura comienza a percibirse como un problema junto con la lepra a finales de la Edad Media, la lepra era una enfermedad temida y la figura del leproso se relacionaba con la exclusión debido a que eran enviados a hospitales, bajo el discurso religioso que en su existencia se manifestaba Dios.

Los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado (Foucault, 1998:16-17).

La lepra entonces se percibía como un cierto tipo de cáliz que los hombres enfermos debían de padecer para saber que Dios estaba con ellos, que él jamás los despreciaría y que su salvación no estaba aquí en la Tierra sino en el paraíso. Esta práctica no era otra cosa que exclusión social, pero con fines de reintegración espiritual. Esto permeaba dentro de la cultura medieval la presencia de Dios como responsable de todo lo que sucedía en el mundo.

Posteriormente el lugar de la lepra fue tomado por las enfermedades venéreas, sin embargo, a diferencia de la lepra pronto se volvió cosa médica y su atención correspondía sólo al médico, a pesar de ello las enfermedades venéreas al igual que la locura a pesar de su contexto médico están expuestas a la moral y a los juicios de exclusión para sumergirlos en el mundo del internamiento.

La situación que vivían los locos antes del siglo XVII, era errante, bajo el dominio de la exclusión eran desterrados o encarcelados, no para tratarlos ya que aún no existían lugares que se encargaran de ellos. “En ocasiones, algunos locos eran azotados públicamente, y como una especie de juego, los expulsaban de la ciudad golpeándolos con varas” (Foucault, 1998: 24). La figura del loco se relacionaba en este tiempo con un navío que trasportaba locos de un lugar a otro y vagando por los mares, la locura del hombre entonces se asemejaba por sus actos a un elemento oscuro y acuático, un caos en movimiento que se opone a toda estabilidad luminosa y del espíritu.

Es así que a finales de la Edad Media la locura y el loco son personajes importantes en su ambigüedad, primeramente, por verse como amenaza y cosa ridícula del mundo de la sinrazón y la otra por la ridiculez de los hombres, es decir, por su forma “boba” al hablar, por ser necios y su actuar extravagante que enunciaban el fin de los tiempos. Pero aún no se tiene conciencia real del fenómeno tan complejo, sólo son creaciones y percepciones que construye la sociedad a partir de un discurso religioso y las creencias de la época, reflejándola posteriormente en pinturas, formas plásticas o literatura.

La aparición de la locura en el horizonte del Renacimiento se percibe primeramente entre las ruinas del simbolismo gótico: es como si este mundo, cuya red de significaciones espirituales era tan tupida, comenzara a embrollarse, permitiera la aparición de figuras cuyo sentido no se entrega sino bajo las especies de la insensatez (Foucault, 1998: 34).

Como explica Foucault, por doquier la locura fascina al hombre por medio de sus fantásticas figuras, imágenes que demuestran la ciega bobería (la insensatez de los actos) y que forman parte del gran saber del mundo, se coloca entonces la locura en la jerarquía de los vicios. Aunque ya en el Renacimiento ocupará el primer sitio como la conductora de las debilidades humanas, todas estas representaciones de la locura demuestran una conciencia trágica, sin embargo, también está la conciencia crítica, esa que en sus formas filosóficas o científicas, morales o médicas construyen la experiencia de la locura. “Es una figura fragmentaria la que falazmente se presenta como exhaustiva; es un conjunto desequilibrado por todo lo que le hace falta, es decir, por todo lo que oculta” (Foucault, 1998: 51).

La manera en que se clasificaba la locura por la conciencia crítica del Renacimiento, fue a partir del pensamiento racional, donde se rompió con la figura oscura y mítica de la locura, centrándose únicamente en la razón o la falta de ella.

La locura se convierte en una forma relativa de la razón, o antes bien locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura cada una es medida de la otra (Foucault, 1998: 53).

Es entonces que la razón prevalece, se apodera de la locura, se manifiesta y triunfa, colocándola como el centro de su trabajo designándola como verdadera dentro de sus propios argumentos. Ahora bien, la locura en el siglo XVII estaba muy estrechamente vinculada por el racionalismo expuesto por Descartes en la Europa Clásica, es decir, la razón y la duda exiliarían al sujeto de la locura.

Ahora bien, esta certidumbre ha sido adquirida por Descartes, quien la conserva sólidamente: la locura ya no puede tocarlo. Sería una extravagancia suponer que se es extravagante; como experiencia de pensamiento, la locura se implica a sí misma, y por lo tanto se excluye del proyecto. Así, el peligro de la locura ha desaparecido del ejercicio mismo de la Razón (Foucault, 1998: 75).

Tanto mujeres y hombres que no se encontraran dentro del ejercicio de la razón, así los que no fueran útiles para la sociedad eran conocidos como *alienados*⁹, hablamos entonces de individuos en condición de desempleo, pobreza y miseria que eran considerados como enfermos de locura o mezclados con los locos.

Surge entonces una nueva experiencia de la locura en la época clásica, la cual se hará cargo de los *alienados* y que permanecerá hasta hoy día, me refiero al internamiento y a la creación de grandes internados y hospitales por toda Europa. Fueron creados bajo el discurso de ser instancias del orden. Como individuos *alienados* son percibidos y sometidos por el poder de las instituciones para sacarlos de la sociedad racional. Así la religión, el poder real, pone en marcha prácticas institucionales como la caridad y la limosna para retirarles de las calles y emplearlos para que sean productivos. En consecuencia, las y los locos se mezclan con todos los ociosos en el siglo XVII, por lo que empieza su encierro para ser percibido como aquel que ha franqueado las fronteras del orden de la sociedad burgués.

Primeramente, las instituciones religiosas toman parte para recluir a los *alienados* dentro de conventos o propiedades otorgadas por la caridad, sin embargo, el empoderamiento religioso termina cuando la locura deja de ser un problema religioso y se convierte en un problema social ya que perturba el orden social.

⁹*Deviance*: El hecho o estado de divergencia de las normas habituales o aceptadas, en especial en el comportamiento social y sexual (*Learnes Dictionary*, 2005).

En todo caso, es una solución nueva: por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión, puramente negativas, por una medida de encierro; el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad, tienen el derecho a ser alimentado, pero debe aceptar el constreñimiento físico y moral de la internación (Foucault, 1998: 104).

La gran importancia del internamiento en el inicio de la época clásica se relacionaba con la ociosidad y la mendicidad, para ello el trabajo junto con la ocupación marcaban una línea divisoria diferente a la exclusión de la lepra en la Edad Media. El encierro fue creado como una medida económica y precaución social ante la imposibilidad de trabajar y de integrarse al grupo.

La imposibilidad de integrarse al grupo y ser sujetos heterogéneos o nocivos hace del internamiento un mecanismo social con una finalidad de eliminar todo aquello que representa un peligro para el Estado. “El internado será entonces la eliminación espontánea de los *asociales*” (Foucault, 1998: 127), perfeccionada por una conciencia médica que le daría el nombre de enfermedad a lo que antes se conocía sólo como malestar de la sociedad.

El asocial es reconocido por la sociedad como extraño, aquel que es candidato a estar confinado al encierro, donde no sólo desempeña un papel de exclusión sino también de una organización que muestra un dominio de la experiencia de la locura. Experiencia que forma parte del mundo de la sinrazón como lo es la alquimia, la magia, prácticas de profanación, incluso formas de sexualidad son emparentadas con la enfermedad mental. La experiencia de la locura en la época clásica y como consecuencia el encierro tiene dos ejes principales, uno de ellos es la moral donde la religiosidad influye en el asocial quien es responsable de un castigo que ha recibido por Dios al realizar faltas o pecados.

La locura va a avecindarse con el pecado, y quizá sea allí donde va a anudarse, para varios siglos, este parentesco de la sinrazón y de la culpabilidad que el alienado aún hoy experimenta como un destino y que el médico descubre como una verdad de naturaleza (Foucault, 1998: 139).

Tal concepción de la locura hizo que ya en tiempos del siglo XX y XXI se emprendiera una patogenización de la sexualidad femenina, donde la mayoría de los trastornos que sufrían las mujeres se relacionaban con el incorrecto funcionamiento de sus órganos sexuales, a no poder disfrutar del placer sexual ya que esto iba en contra de su naturaleza física, moral y social. Quienes llegaran a experimentar tales sensaciones automáticamente eran colocadas como enfermas mentales.

El otro eje, es la medicina que bajo los planteamientos del racionalismo busca por medio del internamiento, un tratamiento que cure la sinrazón del asocial. Es extraño, justamente, que sea el racionalismo el que haya autorizado esta confusión del castigo y el remedio, una casi identidad del gesto que castiga y del que cura, “la razón médica hace el bien haciendo el mal” (Foucault, 1998: 139), que no hace otra cosa que justificar la represión del internamiento para poder lograr la eficacia de la curación del cuerpo y la purificación del alma.

Para muestra de lo que Foucault plantea sobre cómo el médico hace el bien haciendo el mal podemos analizar la situación -ya en un contexto contemporáneo- en las prácticas que realizaban los médicos en el Manicomio General de la Castañeda entre 1910-1920 para poder curar al cuerpo de las mujeres de la locura.

Los que situaban la etiología de la enfermedad en el útero, intervenían quirúrgicamente extrayendo los órganos reproductores enfermos; mediante la extirpación del clítoris, de los ovarios o las cauterizaciones, para dominar los trastornos mentales de la histeria, la masturbación o la ninfomanía. Vemos cómo los abusos de los placeres y del onanismo en las mujeres son presentados

por la mirada médica como factores etiológicos de enfermedades mentales. Y para aquéllas que llevan una vida sexual desordenada se ha remplazado el castigo divino por la punición científica de la enfermedad (Arreola, 2007: 122-123).

La moralidad cristiana del pecado se relacionaba entonces con la sinrazón, es decir, con todos aquellos actos o acciones que están fuera de la normatividad que marca el discurso religioso de la época clásica, por ejemplo, la homosexualidad, la sodomía, que no es otra cosa que entender a la sexualidad como un sistema de coacción que se reparte de manera enérgica entre la razón y la sinrazón que como consecuencia deriva entre la salud y la enfermedad, lo anormal y lo normal.

Quien tiene el principal papel de ejemplificar el círculo de la razón es la institución familiar, es ahí donde se decide y solicita el internamiento de alguno de sus miembros cuando se convierte en insensato.

Una familia ve crecer en su seno un individuo cobarde, dispuesto a deshonrarla. Para sustraerlo al fango, la familia se apresura a prevenir, por su propio juicio, al de los tribunales y esta deliberación familiar es un aviso que el soberano debe examinar favorablemente [...]. En el internamiento de la época clásica, ha sido cuestión del orden público poniendo un cierto estatuto moral universal, regido por la estructura familiar. Quienes atentaran contra este orden caían en el mundo de la sinrazón; es decir mujeres y hombres con enfermedades venéreas y homosexuales, con el desenfreno en su actuar cotidiano y la prodigalidad¹⁰, todo esto agrupaba una culpabilidad moral alrededor de la locura (Foucault, 1998: 145).

¹⁰ La prodigalidad se refiere al desperdicio o el gasto excesivo (Real Academia Española, 2006).

Es así que la sinrazón encuentra sus dimensiones propias y la psiquiatría del siglo XIX sus síntomas inequívocos de la enfermedad. “Los hombres¹¹ de sinrazón son tipos que la sociedad reconoce y aísla, la sinrazón empieza a medirse según cierto apartamiento de la norma social” (Foucault, 1998: 163). El sometimiento del que fueron partícipes hombres y mujeres en la época clásica, darán hasta nuestros días el rostro de la sinrazón como cómplice de la locura, y que con el internamiento es sancionada para corregir el desorden de sus costumbres y de su espíritu. Cabe mencionar que lo que vemos hasta aquí es cómo la sociedad y sus instituciones van construyendo el deber ser de hombres y mujeres.

Así, hasta este punto la funcionalidad del internamiento de la época clásica era el de corregir para lograr el arrepentimiento de quien era aislado por estar sumergido en el mundo de la sinrazón, antes bien que buscar una cura. Es así como una nueva institucionalización toma partido en la experiencia de la locura para reconocer de otra manera a los insensatos, esto derivado del positivismo, me refiero puntualmente a la patologización, práctica que se desprende de la medicina y que le dará el nombre de enfermos mentales a los asociales, junto con sus múltiples tipos de trastornos mentales mediante una tipología fenomenológica de enfermedades, elaborada por la psiquiatría moderna del siglo XX.

Un ejemplo de estos trastornos mentales es la *esquizofrenia*. Me centraré únicamente en este trastorno, debido a que con quien estuve trabajando la historia de vida para elaboración de esta investigación es una mujer que fue diagnosticada con *esquizofrenia del tipo paranoide*. Por tal motivo, es importante hablar sobre el origen de este concepto que ha sido sumamente debatido por ser una categoría problemática y discutida desde sus inicios hasta hoy, su historia y su implicación en la psiquiatría moderna, así como también en su incursión en el inicio de la psiquiatría de México.

¹¹ Se utiliza únicamente el concepto de hombre, ya que Michel Foucault en su *texto Historia de la locura en la época clásica* no hace mención en ningún momento al concepto de mujer debido a que en esa época la figura de la mujer estaba invisibilizada por un pensamiento androcéntrico.

El concepto clínico de *esquizofrenia* tiene su origen en una primera descripción de lo que se conoció en Francia en los años centrales del siglo XIX como *Dementia praecox*, por Benedict Augustin Morel.

Se caracterizaba por presentar una marcada estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje, así como un negativismo muy evidente; dicho cuadro evolucionaba inexorable y rápidamente hacia la pérdida de las facultades mentales y en definitiva, hacia la demencia (en Novella y Huertas, 2010: 206).

Posteriormente a mediados del siglo XX, los componentes esenciales del concepto clínico de esquizofrenia quedaron inicialmente establecidos sobre la base de las obras de Kraepelin, Bleuler y Schneider. Kraepelin propuso el término *Dementia praecox* “con un horizonte conceptual mucho más ambicioso del que propuso Morel, al pretender establecer una entidad nosológica diferenciada con respecto a otras enfermedades mentales y a los estados psicopáticos degenerativos” (en Novella y Huertas, 2010: 207). La concepción kraepeliniana de la *Dementia praecox* tuvo una amplia difusión en las primeras décadas del siglo XX.

Por su parte, Eugen Bleuler publicó su obra titulada *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, donde ofreció una caracterización del cuadro no a partir de su evolución, sino de lo que consideraba su rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo. Esta nueva vertiente llevó a Bleuler a introducir el neologismo “esquizofrenia”.

Su propuesta [de Eugen Bleuler] no se limitaba a sugerir una mera variación terminológica, sino que se deriva de una nueva mirada al loco y su locura en la que la clínica –síntomatología y evolución- pasaba a segundo plano y la interpretación psicopatológica asumía una importancia central (en Novella y Huertas, 2010: 208).

Por último, Kurt Scheneider proporcionó una amplia caracterización de los síntomas esquizofrénicos. Eludiendo toda referencia a la evolución o al pronóstico y creyendo que la mera observación clínica era suficiente para establecer el diagnóstico. Estos síntomas incluían:

La sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones (Schneider, 1997: 171).

Por otra parte, según el Programa Específico de Esquizofrenia en 1980 apareció el DSM-III (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y con ello el sistema multiaxial, donde se regresa al énfasis de Kraepelin sobre la presencia de síntomas específicos para la realización de un diagnóstico. Otro factor que influyó en el concepto de esquizofrenia es la introducción de los psicofármacos, específicamente los antipsicóticos. Los aspectos neurobioquímicos, neurofisiológicos, neuropatológicos y clínicos han propuesto nuevos modelos de la enfermedad y con ello un concepto de esquizofrenia más complejo.

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) de la APA (Asociación Americana de Psicología) se describe a la esquizofrenia como una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye síntomas de fase activa de cuando menos un mes, caracterizados por alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del lenguaje o conductual, síntomas catatónicos y síntomas negativos.

En cuanto al uso del concepto de esquizofrenia en México éste se empezó a utilizar a mediados de los años veinte en el Manicomio General, ahí se empezaron a diagnosticar a los primeros pacientes ingresados. Sin embargo:

Existió una enorme resistencia para adoptar de manera uniforme el concepto de esquizofrenia y hasta prácticamente los años cuarenta podemos encontrar referencias a ella coexistiendo con distintas nomenclaturas, especialmente con la antigua *Demencia precoz* (Yébenes, 2014: 197).

A pesar de las aportaciones científicas sobre el concepto de esquizofrenia que se han explicado anteriormente, se resalta la cuestión normalizadora de la medicina, en este caso de la psiquiatría, que junto con la estadística crearon espacios en donde poder enumerar y clasificar y normalizar a las personas, así como construir una enfermedad.

1.3 Discurso, normalidad y patología

La percepción social de la locura, como ya se explicó, tiene su origen en la sinrazón y como consecuencia en el internamiento que no es otra cosa que el aislamiento, el cual se yuxtapone con la hospitalización. De esta manera, las ciencias de la salud toman partido ante la locura para que el médico sea ahora quien juzgue si una persona está loca y con qué capacidad cuenta a partir de su enfermedad.

Pero la tarea del médico no termina con esta decisión, debe comenzar un trabajo más sutil. Hay que determinar cuáles son las facultades afectadas (memoria, imaginación o razón), de qué manera y hasta qué grado (Foucault, 1998: 197).

De esta manera es como comienza la represión de mujeres y hombres por medio de la institucionalización de la locura, en donde influye el saber médico (psiquiatría), el derecho jurídico y la practica social que se estructuran para determinar el proceder sobre el fenómeno de la locura que surge con la época clásica y que se mantendrá hasta nuestros días.

La decisión y el juicio que se toma en torno a la salud mental de mujeres y hombres se remiten al médico, él tiene el poder de introducir a alguien al mundo de la locura (diagnóstico, internación en el hospital psiquiátrico, medicalización y represión), esta decisión nos lleva a observar una nueva construcción de la locura en dos formas. Por un lado, está el sujeto de derecho que en términos generales hablamos de quién se empodera o pretender hacerlo para curar su locura por medio de los mecanismos de la internación.

El derecho refinará, indefinidamente, su análisis de la locura; y en un sentido es justo decir que sobre el fondo de una experiencia jurídica de la alineación se ha constituido la ciencia médica de las enfermedades mentales (Foucault, 1998: 203).

Sometido al poder de un saber médico que se ha dado en llamar psiquiatría, mujeres y hombres sociales son analizados por su conducta y por la naturaleza de su cuerpo para poder crear una patología dualista que fiel a su práctica de las ciencias médicas crea términos de normal y anormal, de sano/a y enfermo/a, que posteriormente se reduce al enunciado del deber internarse.

La segunda forma tiene que ver con el sujeto como percepción social, el cual ya no es percibido como ese personaje mítico, oscuro o fantástico del que tanto se habló en la Edad Media. Sino que es reconocido socialmente como quien que ha perdido su libertad, se hunde en el mundo del escándalo, de la irresponsabilidad social.

El internamiento del hombre social logrado en la interdicción del sujeto jurídico; ello quiere decir que por primera vez el hombre alienado es reconocido como incapaz y como loco. El loco no es reconocido como tal porque una enfermedad lo haya arrojado hacia las márgenes de la normalidad, sino porque nuestra cultura lo ha situado en el punto de encuentro entre el decreto social del internamiento (Foucault, 1998: 206-207).

El internamiento hace ver al loco a la loca como un peligro que debe de permanecer ahí dentro de su encierro como si fuese un/a delincuente que deba de cumplir ese castigo por el cual fue enviado/a ahí dentro, así la loca o el loco queda desposeído/ay cae bajo el poder de otro. Poder que le encasilla como un peligro social. Hablamos entonces de un poder institucionalizado, que con los aportes y el ejercicio de la ciencia positivista hicieron de los hospitales psiquiátricos dispositivos para controlar a los individuos que estuvieran fuera de las normas socialmente establecidas.

Al considerar la locura como una construcción social y a pesar de que el discurso de la ciencia positivistas ha buscado causas biológicas y químicas, es relevante hacer ver y valer el carácter social que se encuentra inscrito en la ciencia, pero el cual es poco retomado por los encargados de la salud mental al sólo buscar las razones biológicas que han deteriorado la salud del o la paciente. Este carácter social es retomado por Roger Bastide, en su libro *Sociología de las enfermedades mentales* (1967) donde hace mucho énfasis y cuestionamientos en el contexto social (factores sociales) de las y los individuos sobre cómo estos influyen en su salud mental desde que padecen la enfermedad.

Así, para Bastide la sociedad influye en la denominación de las mujeres y los hombres, para determinar si “están” sanos/as o enfermos/as mentalmente, ya que se encuentran sumergidos en un sistema social. Debido a que para distinguir al loco del hombre sano hay que fundarse sobre el criterio exterior, el consenso que encuentra el hombre sano, en términos de conducta compartida con otros miembros del grupo (Bastide, 1967).

Para entender mejor lo anterior es necesario tomar en cuenta que tanto mujeres como hombres forman parte de un conjunto de normas, ideas, identidades y símbolos compartidos que permiten que éstos puedan interactuar entre sí. De esta forma, las normas se crean dentro del sistema social para destinarlas a regular las conductas de las y los individuos, éstas hacen posible la vida y la interacción social, de hecho, en los sistemas que hay dentro de una sociedad se simbolizan las reglas por medio de instituciones que se

encargan de hacer valer, así como de encargarse de todas y todos aquellos que no estén dentro de la norma.

Ejemplo de ellos son las cárceles, internados, reformatorios y sobre todo los hospitales psiquiátricos. El psiquiatra es el encargado de buscar las “causas”, de “dar cuenta” del “porqué” de la enfermedad, pero es la sociedad la que designa a los enfermos que se deben tratar (Bastide, 1967). Esto muestra la construcción social de la locura ya que en la denominación de quién debe ser recluido se muestra una constitución de un bagaje ideológico y cultural que hacen visible la constitución de la normalidad y la anormalidad de los individuos y sus acciones, esto hace que se tome una postura sobre el fenómeno de la locura ya sea por parte de médicos o familiares, a partir de esta situación se hace posible llevar acciones socialmente orientadas, como el internamiento del paciente.

En el caso de las enfermedades mentales según Bastide lo que constituye al enfermo mental son las variables que describen sus acciones y éstas son explicadas por medio de “lo normal y lo patológico”. Lo normal es lo permitido, establecido y lo que prevalece dentro de la sociedad, recordemos a manera de ejemplo lo que sucedía en la sociedad europea en el siglo XVII, algo que ya había mencionado en Foucault (1998) cuando la razón marcaba todos los parámetros de conducta de los individuos, instaurada así por los planteamientos de Descartes, donde quienes no hacían visibles en sus actos la racionalidad de la época se le consideraba como enfermos o enfermas de locura y por lo tanto, debían de ser alejados de la sociedad.

En cuanto al concepto de patológico referente a la enfermedad mental, es recomendable hacer una revisión en torno a todo lo que gira sobre este concepto, para ello Bastide retoma la teoría de la desviación expuesta por Parsons que “designa todas las conductas que se apartan de las conductas prescritas por la sociedad y que oponen, en consecuencia, a las conductas de conformidad, que son las que hacen posible la vida social” (Bastide, 1967: 48).

Lo patológico podría entonces entenderse a partir del comportamiento, es decir quien se desvía de la norma está fuera de lo que prevalece dentro de una población o bien un comportamiento más común, así entonces él o la enferma mental se sabe que no encaja dentro de un grupo que comparte cotidianamente; esta anormalidad deriva expresiones por parte de la normalidad, discriminativas, excluyentes y estigmatizadoras.

Resulta interesante enfatizar tras lo anteriormente descrito, que la norma surge entonces de la infracción misma, en el sentido de una regulación. Lo anormal suscita la intención normativa siendo entonces lo normal el efecto de tal acto; es el orden que se exhibe en el hecho. Así, se hace evidente el papel que tiene la sociedad sobre cómo se construye la enfermedad mediante mecanismos de criterios y reglas que establece para hombres y mujeres sobre qué es lo correcto e incorrecto, quién es sano o enfermo, para posteriormente decidir sobre su situación y teniendo como solución el internamiento en una institución que pueda hacerse cargo de su nueva condición social, recordemos que quien ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental ya es percibido/a diferente al resto de la sociedad.

Pero surge la duda sobre qué sucede con los/as enfermos/as, aquella mujer u hombre que la padecen, cómo tratan de explicar su situación, cómo construyen su propia realidad, tomando en cuenta que están insertos en una ideología cultural compartida que los ha colocado como enfermos mentales o bien como locas y locos.

La concepción de la enfermedad mental por parte de la sociedad con el pasar del tiempo se ha modificado con el desarrollo de la ciencia, sin embargo, el carácter social siempre ha estado presente debido a que quien padece la enfermedad es un ser social, no es el mismo del siglo XVII, cuando la razón era lo contrario a la locura y que tiempo después cambió con la Ilustración cuando aparece la ética, demostrando que ciertos juicios son sólo moralidades que determinan la conducta, pero aún siguen siendo ejecutados por la sociedad, donde la sociedad es la encargada de exhibir, excluir, estigmatizar y de tratar como inhumanos a mujeres y hombres por su condición de enfermos mentales. De este

modo, la institución psiquiátrica también ha contribuido con el empoderamiento del individuo aplicándole su sanidad de una forma totalmente represiva y bárbara como la que se llevó a cabo en el siglo XIX y al inicio del siglo XX. Ejemplo son las prácticas realizadas en pacientes con trastornos mentales como la Lobotomía¹²

Las herramientas teóricas que presenta Michel Foucault son de gran utilidad para hacer visible cómo influye la sociedad y las instituciones en los individuos al momento que son concebidos, denominados como anormales o bien enfermos/as mentales, como por ejemplo, sobre esta concepción está la definición que hace actualmente la Psiquiatría sobre cómo define a la o el enfermo/a mental:

El enfermo mental, definido oficialmente como aquel que escapa a los parámetros dentro de los que se mueve una persona en su rendimiento familiar, en sus relaciones sociales, en su productividad en el trabajo y en su ajuste psicológico (Gómez, 1982: 369).

Tomando en cuenta lo anterior se hace evidente la importancia de mirar aquellas visiones teóricas que han analizado la existencia del fenómeno de la locura. Es por ello que es de gran utilidad tener un panorama general sobre todos aquellos modelos explicativos que han dado vida a la enfermedad mental como objeto de estudio para la psiquiatría, no olvidando que, dentro del contexto psiquiátrico, la locura fue categorizada y clasificada por la ciencia (psiquiatría) con el nombre de enfermedad mental o trastorno mental. De hecho, actualmente el DSM-IV dice:

¹² El neurólogo portugués Egas Moniz había intentado tratar los trastornos mentales del tipo psicótico, acompañados de obsesiones y delirios, por medio de una intervención neuroquirúrgica que seccionaba distintas fibras nerviosas que conectaban el lóbulo frontal con el resto del cerebro. La técnica surgía de la hipótesis que presuponía que las ideas delirantes y sus pensamientos recurrentes dominaban al resto de procesos psicológicos. En su parecer, este tipo de cogniciones repetitivas debían tener como base cerebral unos circuitos neurales cuya destrucción eliminaría dichos síntomas. Consultado en: http://neuropsicologica.blogspot.mx/2009/08/la-lobotomia-o-la-destruccion-de-la_25.html.

Cada trastorno mental se conceptúa como una conducta clínicamente significativa o síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y está relacionado con la enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera significativa de sufrir de muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad. También se observa que una respuesta que se espera o se sanciona culturalmente para un evento en particular (p.ej., duelo por la pérdida de un ser querido), no debe considerarse un trastorno. Las circunstancias de conductas desviadas o los conflictos con la sociedad, tampoco deben considerarse trastornos mentales, a menos que el conflicto represente una disfunción individual como ya se ha detallado (Pichot, 2001: 213).

Así, el positivismo que aspiraba a un orden entre lo natural, lo moral y lo social se constituye como síntesis, pues trajo consigo la extrapolación de lo biológico a lo social, en donde todo lo que era desorden fue contemplado como enfermedad y que a su vez ésta debía que ser tratada o curada a base de los principios de la psiquiatría. Bajo estos principios se trajo consigo una práctica discursiva sobre la normalidad, con el propósito de instaurar un orden social, aplicado principalmente por las instituciones y políticas del Estado. Entonces podemos entender al discurso como el ejercicio de poder que se aplica tanto a mujeres como a hombres para mantenerlos dentro del orden social. Es entonces que la enfermedad queda justo en el centro del saber médico y saber político como un problema que repercute en la conservación del cuerpo.

Ahora bien, lo patológico funciona como una forma de diferenciar lo normal, se entiende como la desviación del orden social y a su vez es el primer rumbo que se toma para regresar al camino de la normatividad. “La patología precisaba de lo normal en relación al cual se afirmaba como desvío, pero lo normal precisaba de lo patológico para afirmarse como un valor que merecía ser perseguido” (Yébenes, 2014: 76).

Por último, resalto la importancia, de centrar mi interés en aquellas mujeres que han sido consideradas insensatas, locas, ninfómanas, esquizofrénicas etc. Y, por lo tanto, han sido encerradas en una institución mental e incluso han sido desterradas y que en ocasiones han sido olvidadas por sus propios familiares. Así mismo, es importante recoger la voz de las que no tienen voz para poder comprender aquel mundo en el que están inmersas.

Capítulo II: El género como categoría de análisis: Mujer y enfermedad mental

¿Cómo saber cuántas son, por ejemplo, las mujeres 'perturbadas', toleradas o reprimidas dentro de las familias si sólo las conocemos en el desempeño de las tareas domésticas?

Franca Basaglia

En este segundo capítulo me propongo analizar aquellos elementos o situaciones socioculturales que han contribuido a la construcción de una locura femenina basada en nociones e identidades de género emitidas desde la psiquiatría, la sociedad y el ámbito familiar sobre todas aquellas mujeres que han padecido alguna enfermedad mental.

Como se ha revisado, la enfermedad mental se puede entender como una construcción sociocultural basada en el discurso de una normalidad, racionalidad, productividad, moral y roles sociales, que fueron implementados por las instituciones del propio Estado en el afán de regular la conducta de hombres y mujeres dentro de la sociedad. Y como respuesta al incumplimiento del discurso establecido del Estado se

respalda en la ciencia (psiquiatría) para justificar el encierro o internamiento de quien no tiene control sobre su cuerpo, mente y acciones.

Pero, sin duda, la enfermedad mental se vive de forma diferente ya que se encuentra atravesada por el género. Interesarse por las mujeres o como lo es el caso de esta investigación por una mujer, es dar cuenta cómo a lo largo de la historia las mujeres fueron colocadas como objetos coexistiendo con los hombres desde una otredad¹³.

En cuanto a la medicina psiquiátrica, las mujeres son observadas como objetos de análisis por su relacional devenir entre el sistema nervioso y el útero; es decir, determinaban que el órgano reproductor femenino estaba naturalmente dispuesto a permanecer constantemente en un estado nervioso (Contreras, 2015: 25).

Este tipo de perspectiva llevó a colocar a las mujeres con etiquetas como histéricas o locas por el simple hecho de no cumplir o llevar a cabo acciones que no estuviesen dentro de las normas sociales sobre lo que debía “ser mujer”. Es por ello que es sumamente importante tener claro a qué nos referimos cuando hablamos de género e identidad de género para comprender las nociones socialmente construidas sobre las mujeres.

¹³ El concepto de *otredad* desde una perspectiva de género puede ser entendido a partir del orden simbólico que ha instaurado el sistema patriarcal. “El patriarcado es posible en la medida en que las mujeres están ya controladas: su acto de nombrar no sólo no lo funda sino que está definido ya por el propio orden patriarcal. Y, a su vez, las mujeres están controladas porque el patriarcado pretende identificarse con la instauración de un orden simbólico que se considera como definitorio de la cultura” (Amorós, 1991: 69).

2.1. El género como categoría de análisis

Cuando se menciona la palabra género en automático se relaciona con la forma de abordar a varones y mujeres desde el plano de la diferencia sexual, es decir que ambas categorías pueden analizarse únicamente desde los puntos teóricos de la biología. Sin embargo, existe otro campo muy importante que ha sido de gran interés para las ciencias sociales y que en palabras de Mercedes Barquet (2002) se refiere al plano social, esto es al género como una categoría ordenadora de las estructuras sociales, y explicativa de un tipo de desigualdad específica.

Esta ambigüedad que nos muestra el uso del género y toda la literatura que existe sobre el tema pone como punto central a la mujer junto con su condición de subordinación, así que la utilización del género como categoría de análisis funciona como una alternativa distinta del discurso antropocéntrico y androcéntrico que ha colocado al hombre como un sujeto universal.

La utilización en las ciencias sociales del concepto de género surge en los años 70's del siglo XX, como categoría de análisis que plantea la importancia de establecer las desigualdades entre varones y mujeres; el abordaje se dio por académicas feministas, todas en su mayoría mujeres de regiones como Estados Unidos, Europa, América Latina y con el paso de los años cobró fuerza en África y el Oriente (McDowell, 1999).

A continuación coloco un pequeño cuadro que da cuenta de la diferencia entre sexo y género.

Cuadro 1: Diferencia entre sexo y género	
SEXO	GÉNERO
<p>Hecho biológico / natural</p> <p>características biológicas (anatómicas, fisiológicas, hormonales, etc.) que distinguen a mujeres y hombres.</p> <p>Macho / Hembra</p> <p>Universal</p> <p>Adquirido al nacer</p>	<p>Hecho cultural / social</p> <p>características que la sociedad y la cultura atribuyen a cada sexo</p> <p>Mujer / Hombre</p> <p>Femenino / Masculino</p> <p>Contextual, histórico</p> <p>Aprendido</p>

Con esta diferenciación comienza entonces el desarrollo de ideas de lo que conocemos actualmente como la teoría feminista, buscando tener alcance en la vida social y la experiencia humana centrándose en las mujeres.

Es una teoría centrada en la mujer o las mujeres en tres sentidos. Primero, su principal objeto de investigación; el punto de partida de todas sus investigaciones, es la situación (o las situaciones) y experiencias de las mujeres en la sociedad. Segundo, considera a las mujeres como sujetos centrales del proceso de la investigación; es decir, intenta ver el mundo desde el distintivo y ventajoso punto (o puntos) de vista de las mujeres en el

mundo social. Y tercero, la teoría feminista es una crítica y activista que actúa en nombre de las mujeres; su objetivo es producir un mundo mejor para las mujeres y, por tanto, para toda la humanidad (Ritzer, 2002: 380).

La obra de Simone de Beauvoir, *El segundo sexo* (1949) y su tan mundialmente reconocida frase no se “nace mujer”, sino que se “hace mujer”, se establece que la realidad vivida y la identidad femenina como condición subordinada de la mujer hacia el hombre y de segundo orden en el mundo social, no es una condición natural sino una diferencia socialmente construida a partir del proceso educativo y formativo que experimentan las mujeres desde pequeñas. Hablamos entonces de todo un cúmulo de ideas, expectativas de vida que la sociedad ha creado y transmitido por medio de la familia, la educación y la propia cultura, que han impuesto a la mujer durante todo el trayecto de su vida.

A partir de aquí y hasta entrado los años ochenta, el foco central de los afanes feministas se orientará al desmontaje de todas las formas internas o interiorizadas y más sutiles o psicológicas, por parte de una cultura patriarcal, ubicándose un frente de batalla muy activo en los temas de la sexualidad y del dominio y autonomía del cuerpo femenino (Barquet, 2002: 12).

Las diferencias entre hombres y mujeres están marcadas por la distinción entre el sexo, es decir, que de acuerdo al sexo se asignaban características específicas en el comportamiento que se reproducirían en el ámbito social, como por ejemplo la división sexual en el trabajo, pensar, destinar y proporcionar trabajos específicos para mujeres y así también para los hombres.

Dentro de esta línea se concebía la masculinidad y la feminidad como estatus intuidos que se vuelven identidades psicológicas para cada persona. La mayor parte del tiempo, las personas están de acuerdo con el estatus que se les ha asignado, pero ocurre que a veces alguna persona no lo está (Lamas, 2002: 24).

La situación antes mencionada por Lamas generó dos preguntas atraídas por la antropología y el feminismo sobre si hay o no una relación entre la diferencia biológica y la diferencia sociocultural. Si los papeles sexuales son determinados biológicamente ¿Por qué las mujeres siempre están excluidas de los poderes públicos y relegadas al ámbito doméstico? Es así como comienza a marcarse las diferencias entre los hombres y las mujeres, pero desde un ente de desigualdad.

Sin embargo, no se puede relegar al origen de esta desigualdad únicamente a las diferencias biológicas. Ni por el contrario sólo a las socioculturales, así que para Lamas es relativo y depende mucho de la cultura.

La antropología ha establecido ampliamente que si la simetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades varían de cultura en cultura. Lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y femenino (Lamas, 2002: 30).

Entonces podemos entender que femenino y masculino son construcciones culturales y son asignados de acuerdo o en función de la pertenencia a un sexo, sin embargo, el ser macho no garantiza ser masculino ni hembra ser femenina. Como lo menciona Lamas (2002), la división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas frecuentemente conceptualizadas como complementarias y excluyentes de sentir, de actuar, de ser.

Estas construcciones designadas por la cultura han dotado de características a las mujeres como pasivas, vulnerables, débiles, hogareñas, amas de casa, buenas madres y esposas, etc. Y a los hombres como los fuertes, activos, viriles, violentos, estos últimos

rasgos han hecho una desigualdad con respecto de las mujeres, quedando en la tradición¹⁴ como seres subordinados a los hombres.

Estas construcciones culturales son esenciales para el desarrollo y la utilización de la categoría género para las ciencias sociales como una categoría de análisis que permita entender la diferencia entre sexo y género.

Ya con lo anterior podemos deducir un poco de qué se trata la categoría o la utilización del concepto género. Una definición que considero es clara y concisa es la que plantea Judith Butler (2008): “El género es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo femenino junto con las formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y performativas que el género asume” (17).

Ambas definiciones sobre género presentadas por Lamas (2002) y Butler (2008) muestran cómo a través del género se puede analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres en lo privado, así como también para la condición masculina y la situación de los hombres en lo público. La categoría género permite delimitar con mayor claridad y precisión cómo la diferencia cobra la dimensión de desigualdad.

Esta construcción histórica de que los varones están destinados al ámbito público y las mujeres al privado, se ve reflejado en el patriarcado; “es un orden social genérico de poder basado en la dominación por parte del hombre, asegurando su supremacía sobre la inferiorización de la mujer” (Landeró, 2003: 113). De este modo, las sociedades patriarcales han mantenido su modo de vida confortable y con muchos privilegios a lo largo del tiempo, por lo que este sistema de educación ha contribuido a la desigualdad económica

¹⁴ Parecería ser que la tradición nos ofrece una sola interpretación de la identidad masculina, que en su condición patriarcal proyecta simbólicamente la imagen del hombre a partir de la superioridad sobre la mujer. Y que, en la versión benévola de la masculinidad, hace aparecer al hombre como proveedor y protector de la familia (Montesinos y Carillo, 2010: 1).

y social entre sexos y que además sigue latente hasta nuestros días en una sociedad como la nuestra.

Dentro del sistema patriarcal se encuentra un orden político de dominación que construye a los varones como seres superiores a las mujeres, donde ellos son los racionales, independientes, los capaces, mientras que a las mujeres se les construye como “las locas”, dependientes e inferiores. Llevando a las mujeres a escenarios de discriminación, opresión y denigración.

Ante la problemática de la desigualdad entre las mujeres con respecto a los hombres, en lugares como el trabajo laboral, remuneración económica menor a la de un hombre, la falta de oportunidades de ocupar puestos importantes en empresas y puestos políticos, es decir poco o nulo reconocimiento dentro del espacio público y privado, surge entonces una nueva lucha con la llegada del feminismo al poder, buscando el empoderamiento¹⁵, reconocimiento y la participación en las políticas públicas de los gobiernos hacia las mujeres, hablamos entonces de una lucha por la equidad¹⁶.

El ingreso del tema de la equidad como eje transversal de las políticas públicas será entonces asunto principal de esta nueva fase, que se distingue por el avance en la institucionalización de la perspectiva de género -el género considerado como una categoría de la desigualdad social- que pretende incidir en todas las acciones

¹⁵ Empoderamiento es el conjunto de procesos vitales definidos por la adquisición o invención e interiorización de poderes que permiten a cada mujer o colectivo de mujeres, enfrentar formas de opresión vigentes en sus vidas (exclusión, discriminación, explotación, abuso, acoso, interiorización, infidelidad o traición, incapacidad para..., depresión, auto devaluación angustia por falta de oportunidades, medios, recursos o bienes, dificultades de salud, temer extremo, etc.) (Lagarde, 2008).

¹⁶ Equidad: hace referencia a una igual apreciación de la dignidad que poseen tanto los hombres como las mujeres. Este término designa un igual trato para ambos géneros, más allá de las diferencias físicas. Consultado en: <http://concepto.de/equidad-de-genero/#ixzz43r9oqSvM>.

pragmáticas de los gobiernos. Es por tanto una fase caracterizada por el desarrollo de propuestas e instrumentos técnicos, jurídicos, financieros, administrativos, etc., para hacer posible la incorporación de los criterios de equidad en todas y cada una de las políticas (Barquet, 2002: 13).

Las posturas antes mencionadas fueron tomadas como ejes transversales en diferentes feminismos por parte de mujeres académicas que dieron lugar a la creación de cuatro grandes corrientes de pensamiento, el feminismo liberal, el feminismo socialista, el feminismo radical y el feminismo posmoderno, postestructuralista o post-feminismo.

Otro tema central y prioritario para entender el uso del concepto género, se ocupa en las sexualidades. En palabras de Mercedes Barquet (2002), se trata de un tema persistente presente en la literatura más actual y me atrevería a decir que desempantana el debate entre esencia y cultura, al corporeizar la discusión, al remitirlos cada vez con más énfasis a los cuerpos como objeto de atención se cuestiona la heterosexualidad obligatoria. Estamos hablando de la vuelta a los cuerpos (Butler, 2002) que a su vez son producto de sujetos de construcción simbólica que provee de significado a prácticas e instituciones.

Esta última parte la retomaré en el siguiente apartado para entender de mejor manera cómo la identidad es parte de esta construcción simbólica, que se ve representada en el cuerpo, en este caso es un cuerpo de una mujer que no está dentro de la normatividad ya que tiene un cuerpo enfermo por un trastorno mental. A manera de sintetizar un poco lo expuesto en este apartado la categoría género emergió como el intento de explicar en distintos momentos históricos, las diferencias jerárquicas entre varones y mujeres, así como el entorno social y cultural, al igual como una categoría política y análisis del poder inmerso en las relaciones sociales.

Algunos usos principales del género son que como categoría de análisis social, el género está dotado de un potencial articulador de elementos y procesos estructurales, como ordenador social, identificador de jerarquías y relaciones de poder. De igual forma, es un

identificador de relaciones interpersonales, en términos de funciones de complementariedad, básicamente. Y finalmente, como atributo sexual o condición individual, el género remite también a la construcción de identidades y subjetividades.

2.2 Identidad de género

En este apartado hablaré sobre cómo se construye la identidad de género en los individuos/as, que se ve materializada o bien aplicada en el cuerpo en tanto repetimos actos constitutivos, es decir que el género está instituido por la estilización que le damos a nuestro cuerpo, en nuestros gestos corporales, movimientos y normas de cualquier tipo, reflejados en nuestra cotidianidad.

La identidad se va formando a través de la historia individual de cada persona, es un proceso que agrupa formas de pensamiento que son transmitidas y respaldadas por instituciones como la familia, la escuela, la religión, entre otras, mismas que hacen a las personas interactuar dentro de un grupo social, con sus respectivas normas y patrones de conducta.

En cuanto a lo que llamamos identidad de género, para Butler (2008) no es sino un resultado performativo, que la sanción social y el tabú compelen a dar. Y es precisamente en este carácter de performativo donde reside la posibilidad de cuestionar su estatuto cosificado.

Por ejemplo, el enfoque feminista se propuso analizar y criticar a las explicaciones naturalistas del sexo y la sexualidad como la única manera de explicar la situación social de las mujeres desde el hecho de su fisiología. Otro enfoque que también es útil para abordar la distinción entre causas biológicas y fisiológicas es el fenomenológico, en éste se reflexiona sobre el cuerpo en su ser sexual, es decir que considerando la cuestión de la

experiencia corporal, no se puede observar al cuerpo desde un ente más como una especie natural sino como una idea histórica.

En ambos contextos, la existencia y la realidad de las dimensiones materiales o naturales del cuerpo no son negadas sino replanteadas de tal suerte que quede establecida la distinción entre estas dimensiones y el proceso por el cual el cuerpo termina portando significados culturales (Butler, 2002: 298).

En nuestra cultura desde el momento de nuestro nacimiento se nos asignan y enseñan los roles de género que debemos practicar de acuerdo a la diferencia anatómica entre los sexos. De acuerdo a esa diferencia seremos parte de experiencias, ritos y costumbres que son atribuciones a cierto género. Es entonces que vamos asumiendo una identidad de género. El cuerpo es una representación de nosotros o de un “yo”, lo hacemos y reproducimos de diversas formas de acuerdo a los estatus o en torno a lo que se ha construido como femenino y masculino o también reproduciendo ambas, actuamos el género por medio de nuestro cuerpo.

El cuerpo no es pues en una identidad en sí o una materialidad meramente fáctica: el cuerpo es una materialidad que, al menos, lleva significado, y lo lleva de modo fundamentalmente dramático. Por dramático sólo quiero decir que el cuerpo no es mera materia, sino una continua e incesante materialización de posibilidades (Butler, 2008: 299).

En el cuerpo materializamos nuestra identidad de género junto con el lenguaje, es decir que cotidianamente dentro de la vida social representamos los signos culturales y obedeciendo históricamente a la normalidad que representa la distinción entre femenino y masculino. Y por supuesto quien no cumple con su distinción de género como está establecido son castigados socialmente.

Yo sugiero que el cuerpo adquiere su género en una serie de actos que son renovados, revisados y consolidados en el tiempo. Desde un punto de vista feminista, se puede intentar re-concebir el cuerpo con género más como herencia de actos sedimentados que como una estructura predeterminada o forcluida, una esencia o un hecho, sea natural, cultural o lingüístico (Butler, 2002: 302).

Diariamente en espacios como el hogar, el escolar, el público y privado, en donde nos relacionamos echamos mano del lenguaje como herramienta para interactuar dentro de la vida social, cuando narramos alguna situación o experiencia de nuestra vida no sólo nos estamos comunicando, sino que además en las narraciones se puede identificar rasgos o acciones que están encaminadas a reproducir una identidad de género.

A manera de explicar más claro a qué nos referimos cuando hablamos de la identidad de género, diré que es el proceso de construcción de las/os sujetos sobre su sentimiento de pertenencia al sexo de mujeres o de hombres o a otras posibles definiciones de género (femenino-masculino). Esta construcción que hacen de su feminidad o masculinidad se realiza a partir de la subjetividad de las/os sujetos, de los modelos de género existentes en la cultura y de las experiencias históricas.

Es un proceso en el cual el/la sujeto, construye socialmente su identidad femenina o masculina mediante la interacción y el reconocimiento del otro, incorporando influencias de la estructura social -por lo tanto, de los roles sociales y los sistemas de identidades de género-, considerando las relaciones que mantiene, incluidas las relaciones inter e intra genéricas, y aspectos personales como su propia subjetividad y su estructura psíquica. Es un proceso intersubjetivo, no individual: cada sujeto elabora su propio tejido de significaciones a partir del cuadro de representaciones colectivas de su propia cultura y tiempo (Medina, 2010: 31).

Cabe mencionar que este modelo de identidad genérica ha sido de carácter hegemónico, dado ha sido un modelo de “deber ser”, que regula la conducta, los significados y la construcción de ser femenina y masculino sobre las personas, a su vez las mujeres han sido colocadas en una posición de subordinación, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 2: Modelo predominante de identidades de género (el deber ser)		
	Mujer/femenina	Hombre/masculino
Roles o papeles definidos	Trabajo Reproductivo no remunerado “Dueña de casa” /” Madre-esposa Ser para otros Objeto	Trabajo productivo remunerado Proveedor Ser para si Sujeto
Espacios definidos	Esfera del cuidado Esfera doméstica-privada Naturaleza	Esfera del mercado Esfera pública Cultura
Estereotipos	Subjetiva Dependiente Pasiva/ espectador Miedosa Frágil Débil Cooperativa Emocional/ ilógica, irracional Seguidora Conciliadora	Objetivo Independiente Activo/ ejecutor Valiente Fuerte Poderoso Competitivo Racional/ lógico Líder Agresivo

	Paciente Precavida/ cuidadosa Flexible	Impetuoso Atrevido/ aventurero Enfocado
Valoración social, Estratificación de género	Menor valoración Menor reconocimiento y acceso a prestigio Menor acceso a posiciones de poder Restricciones en la toma de decisiones	Mayor valoración Mayor reconocimiento y prestigio social Predominio en posiciones de poder Mayor acceso a toma decisiones

El cuadro anterior muestra las características que durante mucho tiempo y aún en la actualidad se pueden observar cómo se reproducen en la vida cotidiana, en cuanto a lo que “debe ser” y “actuar” una mujer -y un hombre- socialmente hablando. Este modelo predominante de la identidad femenina llega a ser tan arraigado en algunas mujeres, que lo colocan como un propósito o un fin al que deben llegar o cumplir de manera detallada. En el momento en que no asumen ese papel para actuarlo tanto en el espacio público como en el privado, llega a surgir un conflicto individual, como también social, ya que comienzan a surgir descalificaciones, estigmatizaciones, etiquetas, conductas y acciones violentas, hacia quienes por alguna razón salen de modelo o dejan de actuarlo. Más adelante se entenderá de mejor manera a que me refiero específicamente en el caso de la historia de Irma.

2.3 Mujer y cuerpo en la locura

La existencia de las mujeres entendida con base al sistema masculino, ha girado en torno a la razón de los hombres a un moral mística, que hace que las mujeres se definan desde un ente de sometimiento, es decir los hombres imponen un régimen y dominación al determinar a las mujeres a convertirse en el otro, donde el hombre desea como objeto a la mujer y se convierte en objeto. El determinismo hegemónico que se platea desde el sistema masculino ha interpretado al cuerpo femenino como el indicador de diferenciar a la debilidad, dándole una serie de características al cuerpo femenino como defectuoso, biológicamente nervioso e histérico.

Reconociendo que las diferencias de los sexos lo único que provocan es el incremento de las formas de dominación, fomentando el sexismo, coartando los cuerpos. Producto de ello, plantea concebir la categoría de mujer como un entramado complejo de características, donde el cuerpo se significa en un mapa que entrecruza semejanzas y diferencias con el hombre. Donde la mujer no desaparece en su esencia corporal, sino que se convierte en una variable histórica (Contreras, 2015: 58).

Ante el discurso de deslegitimación y exclusión, queda en evidencia la materialidad del cuerpo, en donde el sexo y el género toman un papel muy importante en la formación o identificación de un sujeto. “El sexo queda reemplazado por el género al aceptar las significaciones sociales heteronormativas, el género absorbe y desplaza al sexo. Por otro lado, el aparato regulador de la heterosexualidad reitera la asunción a través de una producción forzada del sexo” (Contreras, 2015: 58).

El cuerpo en su materialidad desde los planteamientos de Judith Butler (2002), en su libro *Cuerpos que importan*, responde sólo a las construcciones culturales, vincula materia, origen y significación al definir la matriz como principio originador. Con esta reflexión

quiere evidenciar que el ser material significa materializar, donde el principio de materialización se entiende como la raíz de “lo que importa de ese cuerpo”. Al conocer el origen se conoce el significante de ese cuerpo.

De esta forma se evidencia que la constitución de la materialidad misma del sujeto está regulada por la materialidad de lo que lo aprisiona, en este caso del cuerpo de la mujer “loca”, su cuerpo no sólo está oprimido por el trastorno mental, sino además por todos esos roles que desde el sistema hegemónico de ser mujer debe cumplir y que por su condición de supuesta sinrazón ha dejado de hacer (ser madre, esposa, cariñosa, aseada, hacendosa, etc.) que la ha llevado desde su condición a una nueva re significación de su cuerpo desde el imaginario de la locura.

Dentro de la denominación de la locura femenina el discurso político que las envuelve sigue siendo el de la dominación patriarcal, del Estado por medio de las instituciones (hospitales psiquiátricos, cárceles, manicomios, etc.) para evidenciar lo que es normal (racionalidad) por medio de los roles establecidos socialmente y quienes no estén dentro de esta normatividad son denominadas como anormales, a la vez que son ejemplo para la misma sociedad.

La locura tiene una concepción “a partir del discurso de la enfermedad se crea la normalidad y se clasifica en el mundo de lo que no funciona, de lo descompuesto, de lo enfermo, de lo diferente” (Lagarde, 2003: 689). Ante esta situación la medida que toman las instituciones totales es separar a los diferentes del resto de los individuos. La conducta y las normas que deben de seguir las mujeres están establecidas socialmente; y cuando las mujeres no cumplen condiciones genéricas como madres, esposas, hijas y sumisas se les encasilla en el término de locas.

Aparentemente la locura es vista como una enfermedad mental y por lo tanto, está clasificada como la ausencia de salud; por tal motivo se remite a buscar causas médico-

biológicas; es decir problemas en el sistema encefálico, pero pocas veces se echa un vistazo al contexto social de quien se encuentra sumergido en esta clasificación.

En el principio de esta tesis hacíamos mención que las mujeres que padecen la enfermedad mental viven una doble discriminación, ya que no sólo por ser mujeres en su condición genérica son víctimas de esta práctica, sino que ahora además son etiquetadas, oprimidas, recluidas, estigmatizadas por la propia denominación de locas. Como lo menciona Lagarde (2003): “En los hospitales psiquiátricos se mantiene a las pacientes controladas con medicamentos (pastillas, gotas, inyecciones que suministran hipnóticos, sedantes y estimulantes diversos) a más de medios quirúrgicos y los llamados de choque” (693).

La finalidad principal de estas actividades es poder controlar las alucinaciones y eliminar cualquier tipo de síntoma. Sin embargo, el escenario donde se llevan las actividades antes mencionadas, tiene lugar en el encierro, ya que cuando la familia ya no puede hacerse cargo de la locura femenina recurren a las instituciones públicas o privadas, para que tomen el control sobre su situación en la que se encuentran, así también las instituciones toman el control de la vida de estas mujeres.

Siempre son las instituciones -la familia, el hospital, el tribunal-, y los individuos del poder -los familiares, los vecinos, las amistades, los jefes, los médicos: psiquiatras, ginecólogos, psicólogos- quienes deciden qué mujeres están locas y cuáles no (Lagarde, 2003: 694).

Así, cuando “la loca” entra al hospital la despojan de su privacidad, su intimidad, incluso sus derechos de protesta. Ya estando ahí adopta toda una serie de nuevas normas y patrones de conducta que deberá seguir como un miembro más del hospital. En este caso Lagarde plantea que, tras la expropiación patriarcal colectiva a todas las mujeres, sigue para la loca, la intervención total en su vida por parte de las instituciones. Es decir que no sólo

tienen que lidiar con la dominación patriarcal tratándose de mujeres, esposas, madres, sino que ahora existe este doble dominio sumado por estar locas.

Es evidente que siguiendo con el razonamiento que envuelve a la identidad de género, es un malestar evidente para las mujeres ya que no sólo afecta su vida pública y privada sino además su propia salud mental.

Es el conjunto de dificultades para cumplir con las expectativas estereotipadas del género: ser una buena mujer, hacer un buen matrimonio, criar bien a los hijos, tener una familia feliz y todo lo que se añade según la situación de las mujeres, es base para la locura femenina (Lagarde, 2003: 702).

Mediante los regímenes del patriarcado y el poder psiquiátrico el cuerpo y la integridad de la mujer como género se censuran hasta convertir los cuerpos en vegetales. ¿Habrà alguna forma de volver a identificar la esencia de la mujer que fue encerrada a causa de un trastorno mental? ¿Serà su propia narración una forma de testimonio de la existencia de una locura socialmente construida y de una identidad obligatoria a causa del sistema de dominación masculina?

La opresión social en la que habitan las mujeres proviene de un abuso original, opresión que se sitúa en un orden simbólico que estructura el sistema de parentesco. El control de los cuerpos se ejerce desde el núcleo fundamental de la sociedad, la familia. Los sistemas de parentesco son instituciones de intercambio regulado, pues es la familia nuclear, la familia biológica, la que constituye el elemento fundamental de la sociedad masculina. Es la familia nuclear la que contiene las leyes del patriarcado.

El sistema de dominación condena al cuerpo oprimido, lo condena a situarse en la otredad. Desde la familia nuclear que las mujeres están sometidas a la ley del lenguaje patriarcal que tiene una carga de significación de orden simbólico, donde el hombre está legitimado como heredero de la cultura heteronormativa. La razón patriarcal se constituye

en su facultad de nombrar, pues de esta forma ordena simbólicamente los constructos sociales que la significan como mujer. Bajo este supuesto se justifica el encierro de la mujer que es considerada como loca, tomando en cuenta que su feminidad ha sido perdida por encontrarse en el mundo de la sinrazón, se coloca a la mujer dentro de lo anormal, desde esta mirada patriarcal queda completamente desfeminizada y su locura es una especie de castigo que da paso o justifica el encierro.

Los cuerpos dominados y sometidos de las mujeres han internalizado la apropiación mecánica de las normas de dominación masculina, por ello solo acatan las reglas, esto es lo que sucede con los cuerpos de las enajenadas de un psiquiátrico. La censura impregna estos cuerpos disciplinados bajo una doble carga de poder, pues el control psiquiátrico y la dominación patriarcal se somatizan en el interior de las enajenadas, pareciera que la resistencia no es una opción para el devenir de la locura (Contreras, 2015: 32).

Michel Foucault (2012) en su libro *Vigilar y Castigar*, reflexiona entorno a estos sujetos indisciplinados, exponiendo cuáles son los métodos de volverlos a controlar, métodos que se componen por una tecnología de poder. Dicha tecnología designa al cuerpo como objeto de castigo para ser utilizado a beneficio de las instituciones gubernamentales. Mediante el uso de la disciplina como poder junto con el sistema patriarcal se puede observar que tienen un mismo fin, convertir a los cuerpos de las mujeres en instrumentos, para que aquellas que son ingobernables sean castigadas y encerradas. Producto de este tipo de disciplina, que transgrede, moldea y manipula, es que se ejecuta la dominación masculina.

La vigilancia se vuelve útil tanto para el sistema social como para el poder psiquiátrico, pues al mantener a toda esta población declarada loca bajo observación y medicalización constante se procura enclaustrar el problema, ocultando bajo un tratamiento psiquiátrico la realidad del encierro donde cada mujer es sometida por el poder. Para ejercer dicho mecanismo es necesaria una estructura asilar que permita observar a todos los enfermos en una sola mirada, pues así se jerarquiza el control.

Para lograr tener el control y garantizar disciplinar a los cuerpos Michel Foucault explica la funcionabilidad del concepto *Panóptico de Bentham* una estructura arquitectónica que tiene como objeto encerrar a todos los individuos anormales de la sociedad. La figura original del panóptico está edificada con una forma circular, instalando en la periferia todas las celdas que albergan a los individuos y en el centro una torre desde donde se puede vigilar perimetralmente todas las celdas en una misma mirada.

Es un tipo de implantación de los cuerpos en el espacio, de distribución de los individuos unos en relación con los otros, de organización jerárquica, de disposición de los centros y de los canales de poder, de definición de sus instrumentos y de sus modos de intervención, que se puede utilizar en los hospitales, los talleres, las escuelas, las prisiones. Siempre que se trate de una multiplicidad de individuos a los que haya que imponer una tarea o una conducta, podrá ser utilizado el esquema panóptico (Foucault 2012: 238).

Sin embargo esta idea arquitectónica del panóptico para esta investigación cobra otro sentido, es decir la idea del mecanismo del poder a través de una arquitectura óptica basada en la vigilancia cambia, de manera que quien se encuentra en el centro es la mujer que padece la enfermedad mental, a su vez se encuentra vigilada en sus acciones en todo momento por la sociedad, la familia, el psiquiatra, el sistema patriarcal, que se proponen estar ahí para ver cumplir esos roles de género que debe cumplir una mujer y que de lo contrario son ellos mismos los encargados de decidir sobre ese cuerpo que no está cumpliendo con la normatividad de lo que debe ser una mujer “madre-esposa-hija-amorosa-hacendosa-sumisa-etc”.

Capítulo III: Conversando con Irma

Como se revisó en el capítulo I, la locura ha sido durante mucho y hasta hoy todo un cúmulo de construcciones sociales, teorizaciones y patologizaciones médicas, que intentan explicar y describir lo que conocemos como un estado en el que hombres y mujeres presentan una ausencia de bienestar o de salud. Pero sin duda, la locura, o como se le conoce en términos médicos como trastorno mental, es un parte aguas en la vida de quien la padece pues marca un antes y un después; hace evidentes cambios en el cuerpo, en la identidad, en la vida cotidiana, lleva a las/os enfermas/os a una reconstrucción de lo que eran, a su paso por la locura.

En este último capítulo se expondrán fragmentos de la historia de vida realizada para esta investigación, se muestran los cuatro momentos que se dividió la conversación, donde Irma narra su experiencia de cuándo su vida comenzó a cambiar en el momento de presentar una serie de malestares tanto físicos como emocionales, situación que la llevó a ser diagnosticada con un trastorno mental llamado *esquizofrenia paranoide*.

3.1 Primer Momento: La situación anterior

[...] *En esos momentos **totalmente todo** se acabó para mí*
Fragmento 2. Entrevistada Irma.

Irma:[...]mmm... yo soy una persona / pues muy... me gusta mucho platicar, me gusta mucho convivir con la gente, tener amistad con todo el mundo, con mis hijos, echar relajo, mmm / y esa fue una parte de las que también... principales que se me quitó porque me fui aislando / no tenía tema de conversación porque **mi mente estaba/ estaba...totalmente pus trastornada // no había en mi mente el pensar** o el tener ganas de... de pus de conversar, de estar conviviendo, o sea yo no tenía nada de eso, todo eso se me perdió / todo eso, la situación que estaba viviendo era totalmente incomprensible porque / pus porque yo era otra persona. Después de yo ser una mujer tan limpia, tan hacendosa, tan responsable, todo estaba tirado, **todo estaba totalmente de cabeza** (Fragmento 1: Líneas 23-27).

En este extracto puede observarse indicadores que muestran cómo Irma comienza a construir a la locura, a pesar de no saber con certeza y sin tener conocimiento de un diagnóstico médico que los malestares que sentía se trataban de una serie de síntomas que indican los inicios de la enfermedad mental: **“mi mente estaba totalmente trastornada”**. Irma ubica que en su mente está el problema, por lo cual ha dejado de ser la mujer que antes era. Dicho problema lo coloca como el causante de que ella sea otra persona diferente, por tal motivo se presenta un conflicto con su identidad de ya no ser la mujer hacendosa, limpia y de mantener todo en orden. Estas últimas tres características nos muestran una identidad que gira en torno al género sobre lo que es la feminidad y que sí se deja de ser o actuar (el deber ser como mujer) se comienza a relacionar como algo que no es normal en una mujer. Es decir, no cumplir con los roles de género esperados como ser amorosa, hacendosa, débil, sumisa, madre, esposa, etc., es lo que destaca en su discurso como preocupación esencial. El no cumplir con dichos roles puede traer como consecuencias una serie de estigmas y juicios en contra de las mujeres que no reproducen esos roles, pues de ella se dice que “está loca”, “es una perdida” y en casos extremos se

castiga socialmente con el encierro en conventos, internados, hospitales psiquiátricos y manicomios.

Irma: [...] Yo no era yo, yo era totalmente diferente, no sé yo así lo sentía, inmediatamente que yo sentí... que yo empecé a sentir esos cambios eh... a vivirlos eh...yo me... inmediatamente decía **yo no soy esa**, yo no soy lo que está pasando en mí, no soy yo, es otra persona o no sé qué es lo que me hace sentir tan mal, pero yo no soy yo, porque no tenía nada en común la persona que estaba a partir de esos momentos con la persona que yo he sido siempre (Fragmento 2: Líneas:31-35).

Aquí lo que está pasando es que para Irma la situación en la que se encontraba ya no era algo normal, nada era lo mismo de lo que había vivido en su cotidianidad. Ella desde su sentido común¹⁷ sabía que ocurría algo anormal, no por los síntomas de su cuerpo sino porque se dio cuenta que ya no compartía los mismos parámetros de conducta, actividades o acciones que una mujer debe tener y ser tanto en el ámbito privado como en el público cuando narra: **yo no soy esa**.

Irma: Yo siempre he sido una mujer muy activa, siempre me ha gustado ser desenvuelta, o sea nada se me había dificultado, pero en esos momentos **totalmente todo** se acabó para mí (Fragmento 3: Líneas: 36-39).

¹⁷ Sentido común como un modo de pensamiento en el cual no son típicas las cualidades de claridad, distinción y precisión que, en cambio, sí lo son en el conocimiento científico. La razón de ello es que, por estar vinculados a las necesidades de una situación concreta y por lo tanto “muy determinada”, los conceptos de sentido común adquieren claridad únicamente en la medida en que esto al actor le interese a los fines de elucidar alguna “situación compleja” (Schütz, 1993).

Cuando Irma menciona “todo se acabó para mí” marca lo que para ella es el fin de su vida normal, en donde deja de ser la mujer que en el discurso tradicional establece esos roles que son socialmente establecidos como madre, esposa, hermana, hija, amiga y que se observan desde la cotidianidad. Además, se observa como la enfermedad mental comienza a hacerse presente dentro de la narración por medio de lo que la psiquiatría establece como síntomas y que más adelante se presentará como el diagnóstico de los malestares y las conductas que se ubican como fuera de lo normal. Es también el inicio de pensar a la locura como enfermedad mental dentro de la categorización social entre sanas/os y enfermas/os.

En esta primera parte de “la situación anterior”, Irma relata el momento previo al inicio de la enfermedad, este previo es narrado de una manera negativa, que marca el término de un momento pasado de estabilidad. Ese momento de estabilidad se ve desequilibrado al iniciarse el tiempo del comienzo de la enfermedad mental.

3.2 Segundo Momento: Los comienzos y la caída en la enfermedad mental

[...] Pasaron los días, las semanas, los meses y conforme fue pasando el tiempo yo me fui agravando y obviamente que no había una explicación para lo que yo estaba sintiendo.

Fragmento 5. Entrevistada: Irma.

En este segundo momento Irma comienza describiendo todos aquellos eventos extraordinarios que comienzan a sucederle, partiendo desde el imperativo del no saber qué le estaba ocurriendo en esos momentos, ya que no eran malestares de los que ya había experimentado como algún dolor en su cuerpo, un resfriado o cualquier otro tipo de malestar común.

Irma: [...] Bueno....eh **cuando yo empecé a sentirme mal obviamente que no sabía qué estaba sucediendo porque nunca / pus nunca en mi vida este/ había visto ni había sabido que hubiera un tipo de enfermedad así...** porque a mi alrededor / pus nunca lo había habido ni con mi familia, ni con mis vecinos, ni con nadie / entonces / obviamente que para mí era algo entendible (*sic*) porque pus / no / no... no podía entender qué era lo que me estaba sucediendo porque no era un dolor en una parte de mi cuerpo, sino era simplemente que yo me **sentía** muy rara empecé ah... **empezó por quitarme** la tranquilidad principalmente / la tranquilidad, **el quitarme** el sueño, **el quitarme** el hambre, **el quitarme** la sed / mmm... no tenía un momento de tranquilidad, un momento de paz (Fragmento 4: Línea 5-14).

Al inicio de que Irma comienza a narrar cómo fueron los primeros indicios que algo estaba mal con su salud mental, no daba crédito de lo que le comenzaba a suceder que se presentaba como algo extraño, ajeno a su entorno familiar y social. “nunca en mi vida este/ había visto ni había sabido que hubiera un tipo de enfermedad así”. Se trata de una forma de hacer presente este rompimiento de una normalidad que es contrastada con un evento que está visibilizado bajo el término *el quitarme*. Pues la enfermedad le quitaba su propia vida cotidiana, e incluso la noción de autosuficiencia, es decir, ya no sólo ha dejado de funcionar según los requerimientos sociales de su contexto, sino que hay un abandono respecto a satisfacer las necesidades básicas de su propia persona: falta de sueño, sed, hambre, e intranquilidad permanentemente.

Irma:[...] esa tranquilidad que siempre / pus **que normalmente tienen las personas comunes y corrientes** que andan siempre para arriba y para abajo no / entonces para mí el **sentir** todas esos / esas manifestaciones **en mi mente**, en mi cuerpo... pus eran totalmente... este / mmm / pus no // no las entendía, o sea no podía comprender / ahmmm // qué es lo que me estaba sucediendo, mucho menos, poderlas explicar a mi familia / mmm...nadie se había percatado de lo que me sucedía / porque yo trataba de luchar, muy separado de los... de los... de lo que sentía yo trataba de / de pensar en mí dentro de mi interior y de decirme a mí misma esto va a pasar...al ratito ya me voy a sentir bien / eh... o mañana / y pues no /eh... pasaron los días, las semanas, los meses y conforme fue pasando el tiempo yo me fui agravando y obviamente que no había una explicación para lo que yo estaba sintiendo, porque al momento que esta situación // **me robó** toda esa tranquilidad, todo ese, pus todo / todo lo que yo era, **me lo robó** // (Fragmento 5: Línea 14-26).

Al no tener un conocimiento institucionalizado de la enfermedad, ni haber sabido sobre alguna experiencia similar previamente en su cotidianidad, que pudiera darle la respuesta de qué le sucedía, Irma comienza hacer referencia que su problemática se trata de algo más allá que un dolor físico o su falta de querer andar *para arriba y para abajo como las personas comunes*, narra que “alguien” (la enfermedad) le ha robado su tranquilidad cuando dice *todo lo que yo era me lo robó*, hace referencia a un ser masculino que en adelante estará haciendo presente en el oído izquierdo de Irma, esta referencia de izquierdo tiene una concepción historia del lugar donde se encuentra lo malo y la voz en este caso masculina a la que hace referencia recae en la figura del diablo, aspecto que se hace más evidente conforme la narración sigue avanzando.

Irma: [...] un miedo que me paralizaba y sentía la presencia de **alguien** //era **él** que me estaba atormentando de esa manera y ya después de que empecé a **sentir** esa presencia en mi ser que estaba cubriéndome mmm // posteriormente empecé a oír voces... esas voces mmm... empezaron a perturbarme aún más porque **me empezaban a agredir, me empezaban a insultar, me empezaban a denigrar** como persona **a quitarme a robarme** aún todavía más de lo que ya me estaba robando este a robarme mi valor mi / o sea todo,...todo...no... había / añadido a todo ese malestar que había venido yo sintiendo tan terrible mmm / el escuchar ya después esa voces pus fue terrible porque primero **me empezó a agredir** a mi hablarme de manera muy mala, muy muchas malas palabras, maldiciéndome diciéndome que no valía nada pero obviamente no una voz como la de cualquier persona sino / pus era una voz terriblemente grotesca, terriblemente mmm / espantosa **como si fuera un ser de otro mundo** y que esa voz fue la que me fue desquiciando más porque era día y noche que me estaba atormentando **en mi oído izquierdo, era donde él me hablaba / me hablaba / me hablaba y me recriminaba, me maldecía y me decía que no valía nada / que era basura / que era excremento** / que era, o sea todas las palabras habidas y por haber que pueden existir para ofensa hacia una persona, **ese ser que me hablaba me lo decía** (Fragmento 6: Línea 63-88).

Se presentan entonces síntomas que más adelante serán retomados por un psiquiatra, quien dispondrá de su autoridad social para diagnosticar a Irma y darles un nombre científico a sus malestares. “Los psiquiatras no pueden ver perturbaciones cerebrales ni procesos mentales, estos son sus supuestos (*hipótesis, explicaciones*) pero no son los únicos que hay que tomar en cuenta, hay que prestar atención a los significados e interacciones sociales” (Yébenes, 2014: 404). Sin embargo, Irma en esos momentos sigue sin saber qué enfermedad la aqueja, por tal motivo comienza a realizar una construcción de la locura echando mano del pensamiento social mítico y de sus creencias religiosas para explicar y mostrar lo que le sucede como un hecho real e incluso empieza a nombrar con sus propios códigos al sujeto que la aqueja: El diablo.

Comienza a relacionar a ese ser como alguien maligno que le habla en *su oído izquierdo*, porque en su cotidianidad aprendió en la estructura mítica de su pensamiento social, en lo izquierdo se encuentra lo torcido, lo incorrecto y lo malo. Un mundo de oscuridad contrario a lo bueno, representado por la figura del diablo como el máximo exponente de la maldad. Recordemos que en la Edad Media se creía que la locura estaba vinculada con los demonios y toda aquella persona que la padecía era una prueba que Dios le había mandado. Más adelante observaremos que esta idea tan antigua aún se sigue conservando para dar explicaciones a un hecho real como lo es la enfermedad mental, toda vez que estas construcciones medievales se quedaron instauradas en el pensamiento de un mundo occidental judeocristiano.

Otros indicadores de la anormalidad que giran en torno a la enfermedad mental, parten de la normatividad y de la moralidad de cómo ser mujer que en el sistema tradicional marca los roles de género que debe asumir una mujer en una sociedad como la nuestra. La falta de estos indicadores es motivo para asumir una sinrazón en la mujer, que determina la configuración del cuerpo femenino al sometimiento y al encierro.

Irma: [...] **uno como madre es la pieza más importante para que un hogar esté sustentando / para que un hogar esté en armonía / para que un hogar esté limpio / para que un hogar esté lleno de atenciones tanto para los hijos como para el esposo // si la mamá no está bien no puede estar bien el hogar, no puede estar bien esa familia** porque / porque inmediatamente hay un descontrol y una destrucción muy grande /**porque cuando la mamá falta / cuando la mamá no está al cien por ciento dentro de sus obligaciones** pus... obviamente que hay un estrago terrible para todos / no solamente para la familia cercana como lo es el esposo, los hijos sino también se ve involucrada la gente como los hermanos, los papás, la familia ya de...de ambos lados ¿no? /Entonces no solamente **esa... ese... enfermedad mmm / como la catalogan los**

especialistas (esquizofrenia) / pus no solamente destruye a la persona que la está padeciendo. [...] **mi familia también empezó a estar mal porque yo ya no hacía quehacer** (Fragmento 7: Línea 81-128).

En este último fragmento podemos apreciar cómo la identidad de Irma se encuentra coartada porque ya no está cumpliendo con esa moralidad que dicta que una mujer debe hacerse cargo de las labores del hogar, cumplir con el deber de ser madre y esposa para que todo funcione con normalidad, hablamos entonces de un cuerpo femenino encaminado al servicio de los otros, pero que pasó a ser un cuerpo castigado por la enfermedad mediante los mecanismos de un poder médico que pretende “curar” a la conducta que está fuera de la razón. De esta forma, Irma se torna en una mujer que no cumple con sus roles esperados, ser madre, ser esposa, tener limpia la casa; pero además sus voces dan cuenta que no sólo deja de ser la mujer esperada, sino que ahora ha dejado de ser ella y está entrando –o ha entrado- al mundo de la locura.

3.3 Tercer momento: Paso por la enfermedad y tratamiento

[...] no sé si la esquizofrenia sea la más grave no lo sé // pero ahí había muchas mujeres terriblemente mal también y que también oían voces.

Fragmento: 10. Entrevista Irma.

En este tercer momento de la conversación, Irma explica una serie de acontecimientos del cómo fueron sus primeros encuentros con personas que estaban acreditados socialmente para explicar qué le sucedía, además de tomar medidas encaminadas a una rehabilitación. En esta parte se da la intervención del saber médico que para esta situación fue la psiquiatría que junto con el discurso de la patologización, la medicalización y el encierro, se hicieron cargo al determinar que no podía hacerse cargo de ella misma.

Irma: [...] Empezaron a llevarme a doctores particulares porque nosotros no tenemos seguro ni ningún servicio médico así mmm // entonces pus me empezaron a llevar a un particular (psicólogo) y a otro y a otro y pues no / no, ellos **únicamente diagnosticaban** que estaba en una muy fuerte depresión qué / qué problemas tenía que / qué situación vivía y que bla...bla...bla... //pus... decían: **“lo único que podemos darle es un calmante, es algo para ver si se tranquiliza”**, para ver si siente alguna, mmm... un poco de tranquilidad, de paz pero pues no... no... no... no... no... no me hacía en ninguna manera en sentirme mejor el medicamento porque no era pues yo creo el adecuado, entonces mmm... pues no, no me sirvió de nada, sino más al contrario, **yo seguía poniéndome súper peor, porque esa voz que empezó agrediéndome a mí físicamente he... posteriormente he... ya me ordenaba, me he... me tenía yo creo que más controlada, mi mente ya estaba más totalmente a su servicio he... empezó a ordenarme cosas terribles** (Fragmento 8: Línea 180 - 194).

En su primer acercamiento con el modelo médico dominante Irma no tuvo ninguna mejoría, mucho menos alguna explicación “científica” sobre lo que le ocurría en esos momentos. Resalta entonces en su narración bajo el marco de un diagnóstico, dado por un agente externo al establecer que su posible anormalidad se trataba de una fuerte depresión y que ella misma no conoce del todo.

El relato da cuenta entonces de los eventos que presenta como anormalidad, producto de aquella enfermedad. Es también el principio del inicio del discurso de la medicalización sobre el cuerpo de Irma.

Al no tener una explicación clara dicha por el médico, veremos cómo Irma construye alternativas que giran en torno a una crisis mística donde su cuerpo estaba habitado por un ser que se alojó en su mente para gobernar y transformar su cuerpo.

Ante la nula mejoría de Irma una de sus hermanas junto con su esposo optan por trasladarla a una institución total como lo nombra Goffman (1970) así recurrió al Hospital Psiquiátrico. A partir de ese momento Irma permanecerá dos períodos de 3 meses cada uno, en un encierro total compartido con otras mujeres que fueron llevadas al igual que Irma por sus familiares para que se encargasen de ellas.

Irma:[...] mi hermana fue la que conociendo ella la zona de hospitales de Tlalpan vino con mi esposo y le dijo: **“Por qué no la llevas a tal hospital, que es un hospital psiquiátrico, que se llama Fray Bernardino, y que ahí a lo mejor, nos la pueden rescatar, nos pueden ayudar con esta situación”** porque obviamente ya eran muchísimas cosas, **porque mis vecinos ya me tenían miedo**, toda la gente empezó obviamente como es común y normal en la gente a hablar, murmurar, imaginar, inventar que porque situación estaba yo así, nunca lo habíamos visto, vamos ni siquiera con los vecinos o sea, nadie entonces... **pues yo era una cosa así como algo extra normal** que me estaba sucediendo y **que obviamente se reflejaba en todo, en mi mirada, porque mi mirada, mi semblante, mi cuerpo, o sea, no era yo, simplemente no era yo entonces para la gente era así como huye de ella porque está loca y empezaron a decir, está loca que otra solución o qué respuesta puede dársele a lo que está pasando Irma, “¿Puedo decir mi nombre?” “Pues está loca, no sé qué haría, qué**

pecado cometería tan grande para que esté así” (Fragmento 9: Línea 205-220).

En esta parte del relato podemos apreciar cómo el Hospital Psiquiátrico hace su aparición a partir de la presentación desde otros personajes que en este caso fue la hermana de Irma y coloca al Hospital como el punto de partida que pondría poner fin a la anormalidad, **ahí a lo mejor, nos la pueden rescatar, nos pueden ayudar con esta situación.** Determinan llevarla a ese lugar ante la imposibilidad de saber que sucedía con Irma y cómo tratar esa crisis, donde además Irma ya no les “pertenece” y necesitan que ser rescatada.

Otro punto que se puede resaltar en este fragmento es la situación social en la que se encuentra Irma en su condición de enferma o cómo sus vecinos la describían como **está loca, huye de ella.** En este punto podemos resaltar que por su condición de enferma Irma es estigmatizada y etiquetada como una mujer que cometió un pecado grave y que por tal motivo está siendo castigada con la “locura”.

En ese sentido la construcción de la enfermedad mental, socialmente gira en torno a un discurso religioso que marca la diferencia entre la normalidad puesta como lo correcto y a la anormalidad (**yo era una cosa, así como algo extra normal**) como lo malo que es resultado de cometer un pecado. Sus vecinos entonces construyen a la locura no como una enfermedad sino como un castigo que Irma debe de asumir por su falta de no compartir una normalidad con los otros.

Irma: Cuando yo llegué al hospital yo ya estaba // totalmente deteriorada físicamente porque llegué a / llegar a un tercer grado de desnutrición / y llegué totalmente deshidratada / mmm totalmente / este pues acabada, estaba yo acabada, acabada físicamente / mmm la gente que me vio, que / que mis vecinos / ahora que pasó el tiempo / **ellos me decían que realmente mi semblante, mi cuerpo llegó a un grado de deterioro que en lugar de tener, representar los cuarenta y dos**

años que tenía / este aparentaba ser una persona que tenía, una persona ya de ochenta años [...] me tuvieron que tener ahí por el deterioro que ya llevaba mi cuerpo, // pero lo único que recuerdo cuando yo volví en sí / yo ya estaba ahí, yo ya estaba ahí // con suero y no sé cuántas cosas me habían puesto / pero / yo seguía escuchando ese tormento, esa voz / y obviamente que ahí me mantuvieron para hidratarme mi cuerpo por medio del suero, para dar fuerzas a mi carne / porque era la que estaba totalmente este... acabada. [...] ya posteriormente me pasaron a ese dormitorio a donde no solamente estaba yo / había muchísimas mujeres enfermas // este pasando diferentes situaciones porque no solamente /hay muchas enfermedades que manejan ahí, en ese hospital / manejan desde una depresión aguda // en la cual el paciente tiene que ser internado hasta // no sé si la esquizofrenia sea la más grave, no lo sé // pero ahí habían muchas mujeres terriblemente mal también y que también oían voces porque yo las veía como también ellas, pero ellas no le clamaban a Dios / sino ellas contestaban las agresiones // que oían, ellas contestaban de la misma manera / yo no / yo seguía escuchando las voces que me atormentaban, pero yo nunca jamás hice caso a contestar de la misma manera que yo oía / yo no , yo le clamaba y le clamaba y le clamaba a Dios y yo ahí en ese dormitorio // todo el día me la pasaba caminando, caminando, caminando, porque yo no me podía estar quieta / no podía estar quieta porque mmm la intranquilidad / la desesperación, la angustia, el temor, el oír la voz, todo eso me atormentaba / tons (*sic*) yo no podía permanecer quieta / para mí el caminar, **el caminar y caminar y estar hablando con Dios, estar hablando, estar hablando, era mi consuelo / era el querer evadir mi realidad que estaba viviendo, el querer este / que esa voz desapareciera de mi oído / no quería escucharla o sea yo, yo no quería porque era horrible (Fragmento 10. Línea:245-330).**

En esta parte se puede observar cómo es la explicación del evento cuando Irma fue ingresada al Hospital, además de lo rica que es su narración en los detalles que construyen el escenario que estaba viviendo en ese momento. Se trata de una estructura de los eventos que llevan al oyente al lugar de los hechos lo cual es una forma de construir la factualidad de un evento presenciado (Potter, 1998) que en este caso se trata de los primeros momentos vividos dentro del Hospital Psiquiátrico.

Dado que se trata de un evento donde la hablante se encuentra directamente implicada, Irma se vale de analogías y de lo que tiempo después sus propios vecinos le contaron sobre su aspecto físico para lograr que su narración se presente como un hecho factual **“ellos me decían que realmente mi semblante, mi cuerpo llegó a un grado de deterioro que, en lugar de tener, representar los cuarenta y dos años que tenía / este aparentaba ser una persona que tenía, una persona ya de ochenta años”**.

Luego en este mismo fragmento Irma introduce por primera vez en su relato la palabra *esquizofrenia*, dado que sus malestares previamente a su ingreso al Hospital fueron patologizados, basados en un modelo biopsicosocial (DSM)¹⁸. Sin embargo, ella en ningún momento se presenta como una mujer esquizofrénica, ni asume esa condición, pero al mismo tiempo da argumentos que la esquizofrenia es una enfermedad que aqueja a muchas mujeres que compartieron el mismo dormitorio **“no sé si la esquizofrenia sea la más grave, no lo sé // pero ahí habían muchas mujeres terriblemente mal también y que también oían voces”**.

¹⁸ Los DSM se presentan explícitamente como modelos biopsicosociales en donde, aparentemente, se busca una integración de variables explicativas de diferentes dimensiones de realidad. Sin embargo, si se profundiza en la estructura de estos manuales, y en la forma en que son utilizados por sus usuarios, el modelo muestra no una paridad de dimensiones de realidad, sino más bien una subordinación que va al hilo del orden que se establece en el propio término biopsicosocial (Yébenes, 2014: 410).

Para Irma la necesidad de seguir preguntándose sobre el origen y el significado de lo que le sucedía, nuevamente recaía en el discurso religioso en donde Dios figura como la forma de aliviar esas voces que le causaban intranquilidad y por ende él será quien la cure de la enfermedad que la aqueja **“el caminar y caminar y estar hablando con Dios, estar hablando, estar hablando, era mi consuelo / era el querer evadir mi realidad que estaba viviendo”**. En esos momentos Irma construye a la enfermedad mental como una prueba que Dios le ha confiado, una lucha entre el bien y el mal.

Una consecuencia inmediata de permanecer internada en el Hospital Psiquiátrico es la medicación del cuerpo, que desde el enfoque neurobiológico sobre la esquizofrenia se ubica el problema en el cerebro. Hablamos entonces de cómo los antipsicóticos habitan el cerebro de Irma y logran colocarla en un estado mecánico, que son capaces de regular sus acciones, conductas e incluso pensamientos como se aprecia en el siguiente fragmento:

Irma: [...] **había periodos, o sea cierto tiempo en que mi mente como que se despejaba, ya no escuchaba esa voz, como que había un... un... este / un tiempo no sé qué sé yo, una hora dos horas en las que totalmente, como que el medicamento me hacía separarme / de lo que estaba viviendo, o sea como que ya no lo estaba viviendo / como que mi mente buscaba un punto de atención específico para mantenerlo ocupado, para mantener mi mente ocupada y en esos momentos / sí yo no oía esa voz, no oía la voz, pero obviamente no sé si de que se pasaba el efecto o qué le hacía a mi cerebro, porque obviamente ese medicamento lo dan exclusivamente para el cerebro** (Fragmento 11. Línea: 385-402).

Ciertas características de la experiencia de Irma pueden verse reforzadas si tomamos en cuenta que el fin de la medicalización es la regularización de las funciones del cerebro. Cuando narra lo que sucedía cuando le suministraban el medicamento, Irma advierte y tiene muy en claro que en su cerebro se producían ciertos cambios **“no sé si de que se pasaba el**

efecto o qué le hacía a mi cerebro, porque obviamente ese medicamento lo dan exclusivamente para el cerebro”, “como que el medicamento me hacía separarme / de lo que estaba viviendo, o sea como que ya no lo estaba viviendo”. En este momento el cuerpo de Irma presenta un cambio, ya no es un cuerpo habitado por la enfermedad sin embargo pasa ahora a estar habitado por la medicación.

A pesar de la mejoría que presentará en adelante Irma, podemos establecer que el control de su mente y cuerpo quedarán a merced de seguir ingiriendo los medicamentos, colocándola en un estado de estabilidad que la llevarán a salir de los confines del Hospital Psiquiátrico por medio de la aprobación del médico psiquiatra. “A través de la curación y la terapéutica asilar edificadas por el poder psiquiátrico, la medicina pretende curar la patología mental de la locura; sin embargo, con el castigo, el control, la disciplina y la reiteración de la dominación se intenta edificar un cuerpo inerte” (Contreras, 2015: 63).

Un punto importante a resaltar en este tercer momento, es que no se hacen presentes elementos en la narración de Irma sobre su identidad como mujer. Esta cuestión según Goffman (1970), tiene que ver directamente con un proceso que se da en el sujeto justo al momento de ingresar en una institución total (hospitales, cárceles, manicomios) se llama *descaulturación*. Goffman lo describe como el proceso en el individuo es despojado de todo lo que aprendió, sus rasgos identitarios que adquirió antes de ser encerrado, para ser sustituidos por nuevas normas, reglas y patrones de conducta implementadas por la institución total sobre el individuo.

Para el caso de Irma podemos ser testigos de cómo dentro de su estancia en el Hospital Psiquiátrico quedó completamente anulada tanto identitaria como física y psicológicamente.

3.4 Cuarto Momento: Salida a la actualidad

Para él, el verme otra vez en casa era ¡ya llegó la sirvienta! / Si y ya llegó la sirvienta y las cosas se van a poner bien, se van a poner en orden, ya voy a llegar, ya va haber comida, ya va a ver quién me atiende, ya va haber quién me lave, quién me planche, ya va haber quién cuide a los niños.

Fragmento: 15. Entrevista Irma.

En este último momento, la salida a la actualidad, encontraremos en el relato de Irma una serie de eventos que nos describen como se llevó a cabo su recuperación y por ende su primera salida del Hospital Psiquiátrico, sin embargo a pesar de la alta médica, a su salida Irma experimentó ciertos eventos y situaciones estresantes que la llevaron a una recaída de vuelta al hospital.

Irma: [...] entonces ya cuando salgo que ya me vieron obviamente mucho mejor este... **ya me dieron de alta, llegué aquí a mi hogar y pues no les voy a decir que yo estaba totalmente al cien por ciento porque no es verdad / yo tenía todavía muchas secuelas, todavía escuchaba, todavía sentía cosas raras pero ya no a la magnitud de... obviamente de lo pasado** / ya empecé hacer mi vida, llegue mis hijos estaban muy contentos porque ya yo estaba con ellos y sí yo tenía muchas ganas de trabajar, **me puse a asear, a lavar ropa, todo lo que había que hacer o sea, yo empecé hacer mi vida, a ser la misma que yo era**, pero si no puedo decir que esos... lo que sentía se había ido totalmente (Fragmento 12. Línea: 417-425).

Es necesario destacar que en este fragmento no se da ese quiebre entre el fin de la enfermedad a pesar de haber sido dada de alta. Irma no realiza ningún corte en la trayectoria de la enfermedad debido a que no está del todo curada de sus malestares **“ya me dieron de alta, llegué aquí a mi hogar y pues no les voy a decir que yo estaba totalmente al cien por ciento porque no es verdad / yo tenía todavía muchas secuelas, todavía escuchaba, todavía sentía cosas raras, pero ya no a la magnitud de... obviamente de lo pasado”**.

A pesar de no lograr una mejoría total, para Irma el retomar sus actividades como ama de casa es un indicador de que ella podía volver a ser la mujer que era antes. Es decir, su “Yo” gira en torno a una identidad femenina sobre los roles de género que una mujer socialmente debe cumplir y que ante la enfermedad quedó inhabilitada para cumplirlos.

Otro punto importante a resaltar es que su cuerpo aún se encuentra sometido a la medicación, así los medicamentos funcionaran como agentes que le proporcionaran a Irma un estado de estabilidad para incorporarse de nuevo a su vida cotidiana.

En este fragmento Irma narra una serie de eventos que perjudicaron a su estabilidad emocional y como consecuencia de ello la orillaron a dejar de tomar el medicamento. Lo que la llevó a tener una recaída en la enfermedad mental.

Irma: [...] y así llevé mi vida por seis meses / porque me dieron medicamentos muy fuertes / ...ese medicamento que me mandaron eran dos solamente ya después, cuando me dieron de alta me sacaron con dos medicamentos, no recuerdo cuáles eran los nombres la verdad, pero eran muy fuertes, muy caros a parte.../ **yo dejé de tomarlos, yo creo que como a los cuatro meses o tres meses // porque el precio era muy caro // mi esposo no me lo podía comprar, aparte de que no lo podía comprar, vamos a suponer que así fuera // el problema era de su alcoholismo/ tons (sic) cuando él llegaba alcoholizado me empezaba a decir cosas tremendas, empezaba agredir físicamente y a decirme o me compraba el medicamento o me daba para tragar**, entonces yo obviamente que yo decía, no pues yo prefiero que me dé el gasto porque yo no solamente voy a comer de él, también mis criaturas, pues yo tomé, llegué al momento de que era tanto el acoso de parte de él // que de igual de mal eficiencia, de insultos, de agresiones que decidí dejarlo [el medicamento] (Fragmento 13. Línea: 426-439).

Lo que llevó a Irma a dejar de tomar los medicamentos fue específicamente la situación tan poco alentadora que vivía en esos momentos con su esposo, la manera en que era tratada Irma la colocó en un ambiente poco favorable para lograr mantenerse estable y como consecuencia recayó, y nuevamente se convirtió en una paciente en el hospital psiquiátrico **“Tons (sic) cuando él llegaba alcoholizado me empezaba a decir cosas**

tremendas, empezaba agredir físicamente y a decirme o me compraba el medicamento o me daba para tragar”.

Puntualmente Irma era el blanco de una violencia ejercida por su esposo, que tradicionalmente tiene su origen en el machismo, donde se aprecia ese papel de superioridad que asume en este caso su esposo sobre Irma y que ante la situación de estar enferma existe un abuso “justificado” al estar “loca”.

Irma: [...] **Como el que me atormentaba en la mente pues era el mismo sufrimiento, era el mismo acoso // entonces la misma inquietud, el mismo temor, porque el pensar que él se iba a trabajar, pero que en la tarde iba a llegar tomado era un tormento, entonces a los 6 meses empiezo otra vez a sentir lo mismo porque el acoso no cesó // si // tanto por mí... ¡dentro de mi mente! , como por fuera // entonces a los 6 meses otra vez / porque ya volvía yo a estar igual, igual que al principio, se me fue otra vez el sueño, se me fue el hambre, se me fueron las ganas de... de... de... descansar, de dormir, o sea empecé otra vez con esa inquietud, desesperación y esa angustia / a los seis meses me volvió a llevar y me vuelven a internar porque sí efectivamente ya iba otra vez ¡muy mal!, muy mal porque si no hubiera ido tan mal no me hubieran detenido, pero otra vez me volvieron a internar inmediatamente / entonces a partir de ahí cambiaron la estrategia los especialistas ya no me dieron el mismo medicamento, me lo cambiaron / y este otra vez estuve internada dos meses // ya el medicamento que me dieron era también muy caro ¡carísimo!, ¡carísimo!, ¡carísimo! // y me dieron de alta después de los dos meses otra vez nuevamente agarré otra vez mi ritmo de vida y ya otra vez tuve ganas de todo, esa situación fue aminorando y me dieron de alta otra vez, llegué otra vez a la casa y empecé hacer otra vez mi vida normal (Fragmento 14. Línea: 440-459).**

En este punto Irma nuevamente realiza una construcción sobre la enfermedad mental mediante el uso de comparar la primera experiencia que tuvo al inicio de sus malestares con respecto a la forma en cómo la trató su esposo en esta última parte de su narración. Recordemos que en un principio el origen de su malestar Irma lo ubicaba como un ser maligno que se apoderaba de su mente. Pero para este momento el motivo de su recaída se debe a las situaciones estresantes (acoso, insultos, gritos) por parte de su esposo, lo que hace que vuelvan los síntomas, lo que lleva a Irma nuevamente a ingresar al Hospital Psiquiátrico.

Irma no sólo tenía que lidiar con la enfermedad mental que la aquejaba sino también con el alcoholismo de su esposo que dentro del imaginario colectivo no es tan estigmatizada como la locura, ya que en los varones se justifica e incluso se visualiza como una característica identitaria de la masculinidad tradicional. Por masculinidad se puede entender cómo un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. Para el caso de México considero que existe un modelo hegemónico de masculinidad, visto como un esquema culturalmente construido en donde se presenta al varón como esencialmente dominante y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan este modelo, es por ello que el alcoholismo no representa un foco alarmante para la sociedad como lo es así la locura y en particular la locura femenina.

Un punto muy importante a resaltar en la narración de Irma tiene que ver directamente con el accionar por parte del saber médico, es decir de los psiquiatras, ya que al identificar una nueva recaída en el trastorno mental que para el caso específico de Irma fue la esquizofrenia paranoide, centraron sólo su atención en suministrar un medicamento diferente al que consumió en su primer ingreso **“entonces a partir de ahí cambiaron la estrategia los especialistas, ya no me dieron el mismo medicamento, me lo cambiaron”**. Los psiquiatras no pueden ver “perturbaciones cerebrales” ni “procesos

mentales”, estos son sus supuestos (hipótesis, explicaciones) pero no son los únicos que hay que tomar en cuenta, hay que prestar atención a los significados e interacciones sociales que condensan una serie de significados e interacciones sociales para todos los implicados (Yébenes, 2014: 404).

Se puede observar entonces cómo los **especialistas** únicamente se centraron nuevamente en medicar al cuerpo y no así interesarse por la vida cotidiana de Irma, el contexto social que contribuyeran a entender de una mejor manera lo que le pasaba, no sólo a las causas neurológicas sino también las sociales, que en este caso se presentaba como un problema de violencia de género alterando la estabilidad de Irma llevándola a una nueva etapa de crisis.

Además se puede observar la función de incompletud por parte de los servicios de salud del hospital psiquiátrico, pues al no proporcionar los medicamentos necesarios a los pacientes para continuar con su tratamiento fuera del hospital, los servicios de salud quedan trancos en pacientes como el caso de Irma que vive en un contexto de violencia, pobreza que la hizo dependiente económicamente del marido y la lejanía del hospital psiquiátrico problemática vistas desde la dicotomía centro versus periferia (trayecto desde la zona norte de la Ciudad de México hasta la zona de hospitales de Tlalpan), fueron posibles causas para que Irma tuviera una nueva recaída en la enfermedad.

Irma: [...] **Yo tuve que enfrentar yo sola ¡que yo tuve que salir sola!, agarrar fuerzas de donde no existían humanamente** porque¿quién me... me... me...apoyaba en ese aspecto? No, porque nadie me entendía, porque nadie me podía comprender, lo que estaba pasando, lo que estaba viviendo, entonces él, **para él, el verme otra vez en casa era ¡ya llegó la sirvienta! / sí y ya llegó la sirvienta y las cosas se van a poner bien, se van a poner en orden, ya voy a llegar, ya va haber comida, ya va a ver quién me atiende, ya va a ver quién me lave, quién, me planche, ya va a ver quién cuide a los niños,** todo sí... pero jamás // él no me dio una palabra de aliento, él jamás me dio una palabra de

decir // quisiera un poquito comprenderte o no te comprendo pero este, te voy apoyar, que cuando tú te sientas cansada, cuando tú te sientas triste, cuando tú te sientas // ¡no sé! mal, yo voy a estar ahí para apoyarte, para ayudarte, para, para ¡lo que sea! (Fragmento 15. Línea: 470-490).

En este último fragmento Irma cierra la narración de su experiencia con la enfermedad mental y el tratamiento al que estuvo sometida, al citar en su propia voz **¡yo tuve que salir sola!** Irma muestra la voluntad para encaminarse a una mejoría que la llevase a recuperarse de la enfermedad. Mediante la voluntad se muestra como la heroína de su propia historia al no contar con nadie que pudiese comprender y por ende empatizar con lo que a ella le había pasado para dejar atrás el sufrimiento que le ocasionó la enfermedad. En esta parte los medicamentos y los especialistas quedan en un segundo plano al no ser considerados por Irma como los responsables de su mejoría.

Además de la voluntad Irma tiene muy en claro esa conciencia respecto de la soledad en la que se encontró en su tránsito por la enfermedad mental, pues en sus palabras repite constantemente esta palabra, muy seguramente por la falta de apoyo por parte del esposo, de familiares cercanos y amigos, que lo único que refleja es lo compleja que puede llegar hacer la enfermedad mental en mujeres.

Otro punto a considerar es que al lograr una mejoría Irma regresa a su vida cotidiana sabiendo que retomará esos roles de género que la han colocado en un ambiente de dominio por parte de su esposo, quien en el modelo tradicionalista asume que el ser mujer en Irma es el de servir y cumplir las tareas domésticas del hogar. Sin embargo, con el pasar de los años esa experiencia vivida por Irma la llevó a reflexionar y a decir dejar de cumplir con esos roles socialmente establecidos, empoderándose de su vida decidió terminar con su matrimonio por su propio bienestar, por su salud y vivir una vida digna.

La heroína de este relato más allá de ser un caso único para el análisis de un fenómeno tan complejo como lo es la locura desde las Ciencias Sociales, hace la invitación a interesarse y profundizar sobre más mujeres que han sido diagnosticadas con algún padecimiento mental y que por tal motivo se encuentran invisibles dentro de hospitales psiquiátricos. Todas ellas tienen una historia que contar.

Consideraciones finales

Construcción de la enfermedad mental

Para esta sección es importante recordar el eje principal sobre la enfermedad mental como una construcción sociocultural que se siguió para esta investigación. Derivado de este eje se centró la atención en las formas de construir a la enfermedad mental funcionando como un indicador para lograr el argumento final en esta investigación. Se destaca entonces la importancia de interesarse por los usos del lenguaje con los que se describe a la esquizofrenia mediante la utilización de aquellos materiales que funcionan para la construcción como lo es el uso cotidiano de nomenclaturas científicas y las que no lo son por parte de la relación entre expertos y pacientes esquizofrénicos, así como también la relación de los/as pacientes con el contexto social en el que se encuentran vinculados cotidianamente.

Retomando las conclusiones que Juan Antonio Yáñez (2002) realizó en su investigación sobre las conversaciones con familiares de pacientes en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México, señala la importancia de interesarse sobre las narraciones de los propios pacientes que han sido usuarios dentro de una institución psiquiátrica. Todo esto en función de estudiar la narrativa de quienes viven de primera mano la experiencia con la enfermedad mental. De esta manera esta investigación se encaminó dentro del análisis reflexivo de la construcción de aquel hecho que es la esquizofrenia y las formas en cómo éste se logra.

El ejercicio del análisis sobre la manera de concebir a la esquizofrenia como un hecho está estrechamente vinculado con el saber médico donde ciertas formas de entender la vida, mediante el uso de lenguajes y modelos específicos utilizados dentro de la práctica institucional tienen un impacto destacable en la manera en que los/as usuarias de los hospitales psiquiátricos se relacionan con el mundo. Así, al analizar ciertos discursos

formales son estos una razón importante para comprender cómo se hacen presentes en el sentido común cotidiano de las personas.

Para las ciencias sociales interesarse por el análisis de los usos del lenguaje es un ejercicio importantísimo para entender el carácter argumentativo de la realidad social. Sin embargo, hablando en el caso específico de la sociología y la antropología social, analizar el uso del lenguaje como construcción en temas no tan triviales como lo es la enfermedad mental no es algo en lo que se haya trabajado mucho. Es por ello que esta investigación se adentró de alguna forma en los saberes que por mucho tiempo habían sido exclusivos del dominio médico científico.

Así al analizar el discurso de Irma con base al lenguaje, se da cuenta de eventos utilizando términos como crisis, recaídas, sufrimientos, o malestares, se accede a un dominio en el que el interlocutor no requiera de mayor información acerca de la situación del sujeto que se supone enfermo/a. Podemos decir que se presenta una diada normalidad-anormalidad la cual es lograda con base en la inferencia que las categorías procuran; inferencia que se entiende de igual forma a la inteligibilidad y entendimiento de los interlocutores. La normalidad-anormalidad se convierte en aspectos identitarios para Irma en la construcción de su inteligibilidad del relato.

Desde un contexto de salud mental como se abordó en el capítulo I, sabemos que la patología se establece a partir de la observación de los comportamientos nombrados como sintomáticos de un trastorno en específico, es decir, se enfoca en analizar y describir a los comportamientos específicos que se presentan recurrentes que, como se mostró en el relato de Irma, suelen ser extraños y cumplen la función de llevar a la acción aquel despliegue de las formas de sentido común que en este caso son la anormalidad-normalidad, la enfermedad y la salud.

Si bien el discurso patológico coloca a Irma dentro de la sintomatología del trastorno mental que en este caso es la *esquizofrenia paranoide*, el programa de esquizofrenia en México 2001-2006 se inclina por explicar la enfermedad como: “un defecto genético que se traduce por un desorden químico cerebral y se manifiesta con síntomas mentales” (Secretaría de Salud, 2002: 13).

Sin embargo, encontramos que en el caso específico de Irma que la enfermedad está más encaminada hacia los argumentos que se presentan en la anormalidad, entendida como la situación en que una mujer en su condición de género deja de comportarse, actuar y reproducir los roles que le han sido asignados socialmente. El diagnóstico, visto como una construcción social, no sería sino una gama de significados construidos propios de una comunidad dominante, la cual procura la cosificación del fenómeno dentro de dos planos estrechamente ligados a la identidad del sujeto al que se atribuye éste (Yáñez, 2002).

A través de los cuatro momentos en que se dividió el relato de Irma se pudo observar la manera como resaltan con más frecuencia las condiciones sociales y culturales que influyeron en la construcción de la enfermedad mental, se observa además como la enfermedad mental es construida no sólo por su fuerza simbólica y estigmatizadora, sino por su carácter maleable y en cierto modo incomprensible por el otro bajo el supuesto de la razón.

En el caso de Irma se puede observar a la enfermedad, bajo los planteamientos de Huerta (2011), como una enfermedad transitoria que tiene una duración limitada, que puede aparecer o desaparecer de acuerdo al ambiente cultural, en el caso de esta investigación se hace evidente como Irma transita por la enfermedad mental, al entrar en crisis temporales que se desprenden de la situación familiar con su marido y el poco acceso a los medicamentos por su alto costo, situaciones que la llevaron a dos internamiento en el Hospital Psiquiátrico. Al decidir Irma terminar la relación tormentosa con su marido se hace evidente como el contexto familiar mejora lo que la lleva a no tener más recaídas en la enfermedad mental.

Identidad y locura

En este último apartado se hace una reflexión analítica de las situaciones y condiciones sociales que vivió Irma en su condición de mujer y de enferma mental, su identidad fue trastocada, además de su cuerpo dentro de un ambiente de dominación tanto en su hogar como dentro del hospital psiquiátrico en los dos periodos que permaneció en condición de paciente.

Como ya lo he mencionado a lo largo de esta investigación, el lenguaje construye realidades, pues cuando se comprende la interpelación como el ejercicio de nombrar a otro/a, es decir, significarlo como sujeto, se comprende el vínculo de utilizar la palabra como testimonio de la existencia de dicho sujeto. La narración de Irma sobre su experiencia vivida en torno al padecimiento mental del que fue diagnosticada pone en evidencia ciertos aspectos de dominación y poder por parte de la institución psiquiátrica, situación que también comparte en el entorno social de su hogar.

La enfermedad mental o la locura no sólo repercuten en los malestares físicos o el sufrimiento que ésta puede representar para quien la padece. La narración de Irma nos permite observar cómo la identidad de una mujer puede ser anulada a tal grado de que dentro del Hospital Psiquiátrico sólo es vista como un cuerpo enfermo que debe de ser medicado para que en la medida de lo posible pueda ser reintegrado a la vida social nuevamente.

En el caso de Irma su identidad se formó en torno a las normas y el deber ser que la sociedad patriarcal o tradicionalista ha propuesto. Al no cumplir con estas normas de una forma involuntaria fue cuestionada y castigada socialmente, mediante el encierro, la discriminación además de la estigmatización por no ser como el resto de las mujeres o por su condición de locura, término doblemente estigmatizante dentro del contexto familiar y social al que pertenece mi entrevistada.

Así, entonces considero que el lenguaje no sólo funciona como una herramienta para construir la realidad social de hombres y mujeres, sino que trasciende y va más allá de ser una herramienta para el análisis de ciertas situaciones académicamente hablando. En esta investigación el lenguaje funciona como un liberador de esa censura que pone a las mujeres como incapaces de poder expresarse y que sus narraciones son válidas como las de cualquier otra persona.

El poder como agente ejecutor de la coerción sobre el cuerpo femenino logra una simbiosis entre patriarcado y disciplina asilar a tal punto que no les permites a las mujeres tomar conciencia de que pasaron de un poder, en este caso familiar, a otro disciplinar. Ambos poderes se fusionaron a la perfección para reproducir el mismo control y así mantener de por vida a mujeres bajo una sujeción prácticamente mecánica.

Otro punto importante a mencionar es que en esta investigación a pesar de que sólo se presenta una historia de vida para el análisis, presenta una situación que puede ser compartida con todas aquellas mujeres que se encuentran dentro de los hospitales psiquiátricos que tiene la Ciudad de México, que se les puede dar nombre y voz a todas aquellas que tienen algo que decir sobre experiencia con la locura y que por su condición de enfermas no han sido tomadas en cuenta.

Por último, un punto que es importante considerar es el papel que jugó la institución psiquiátrica en el caso de Irma, primeramente, se debe hacer mención que la finalidad del hospital es la de brindar las condiciones de salud para que los pacientes logren ser reintegrados al círculo social mediante el internamiento, la medicalización y la rehabilitación desde el modelo médico de la psiquiatría. Sin embargo, la finalidad de los servicios de salud se ve interrumpido por el uso de medicamentos de alto costo, que en casos como el de Irma a falta de recursos económicos, se ven en la necesidad de interrumpir las prescripciones de los psiquiatras, lo que conlleva a recaídas y nuevamente deben que ser internados en el hospital psiquiátrico.

En cuanto al tema del internamiento de las personas en los hospitales psiquiátricos es importante mencionar que en el siglo XXI las técnicas de atención dentro de las instalaciones ya no son las mismas que hace dos siglos atrás pero el trato hacia los pacientes sigue siendo represivo, ya que sólo se busca medicalizar al cuerpo para aminorar los estados de crisis, pero no es de interés para el psiquiatra la cuestión social o bien el contexto del paciente, es decir adentrarse más hacia esos escenarios que tienen lugar en el hogar, con la familia, la pareja y la cotidianidad, para lograr ofrecer una mejor atención en el tratamiento de las enfermedades mentales, mucho menos se realizan estas prácticas con perspectiva de género.

Reconocer a las mujeres por parte del modelo hegemónico de la psiquiatría es una tarea importante o un reto que debe ser superado, ya que como expuse en esta investigación están interpeladas por una red de poder que pretende tenerlas controladas bajo el yugo. Lo que ignora el poder es que a través de la interpelación de un ser dominante hacia un ser sumiso, aquella mujer a quien el poder psiquiátrico y el sistema patriarcal interpelan, con cada enunciado dirigido a ella le van adjudicando un lugar dentro del espacio en que se la oprime.

El lenguaje preserva el cuerpo, pero no de una manera literal trayéndolo a la vida o alimentándolo, más bien una cierta existencia social del cuerpo se hace posible gracias a su interpelación en términos de lenguaje. Para entender esto uno debe imaginarse una escena imposible en la que un cuerpo al que no le ha sido dada aún una definición social, un cuerpo que es, estrictamente hablando, inaccesible, se vuelve accesible en el momento en que nos dirigimos a él, con una llamada o una interpelación que no ‘descubre’ el cuerpo, sino que lo constituye fundamentalmente (Butler, 2002: 21).

El interesarse por el análisis conversacional de una mujer en un tema como el que se presentó en esta investigación resulta rico en posibilidades, si bien el análisis sólo recayó en una sola entrevista, queda abierta la posibilidad para abordar con un número mayor de entrevistadas sobre aquello que tienen que decir de su experiencia como pacientes de un hospital psiquiátrico.

Referencias

- Amorós, C. (1991). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona, España: Anthropos.
- Arreola, B. (2007). *¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales del siglo XIX y principios del XX*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.
- Barquet, M. (2002). Reflexiones sobre teorías de género, hoy. En, *Umbrales. Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo*. (CIDES-UMSA).
- Bastide, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*, México: Siglo XXI.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Madrid, España: Editorial Cátedra.
- Berger P. y Luckmann, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Boas, F. (1911). *La mente del Hombre Primitivo*. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica: The Macmillan Company.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2008). *Deshacer el género*. Madrid, España: Paidós.
- Castillo, M. (2011). *Construcción de subjetividad en relatos Biográficos en torno a la Enfermedad Mental y el Tratamiento de Usuarios de un Hospital De Día para Trastornos Psiquiátricos Severos*. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

Conceptode (2015) *Equidad*. Consultado en: <http://concepto.de/equidad-de-genero/#ixzz43r9oqSvM>

Contreras, J. (2015). *Enajenadas, poder y locura. Disciplinamiento de los cuerpos de mujeres internas en la Casa de Orates de Santiago y sus memorias psiquiátricas*. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades Escuela de Postgrado.

Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). El campo de la Investigación cualitativa. En, *Manual de Investigación cualitativa*. Vol. I, México: Gedisa.

Dilthey, W. (1948) *Psicología y teoría del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2012). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica Vol. I y II*. México: Fondo de Cultura Económica.

Geertz, C. (1996) *Los usos de la diversidad*. Barcelona, España: Paidós

Gergen, K. (1992): *El yo saturado; dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.

Goffman, E. (1970). *Internados; ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gómez, F. (1982) El ser social, marginado de la psiquiatría, en su ignorancia, el medico responde a la represión al mal mental. En, *Alternativas a la Psiquiatría y a la psicología social*, México: Ediciones nueva Sociología, Fontanera.

- Guiraud, P. (1972) *La semiología*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Huerta, R. (2011). En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría. En, *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.
- Malinowski, B. (1932). *Una Teoría Científica de la Cultura*. Madrid, España: Sarpe.
- McDowell, L. (1999). Género, identidad y lugar. *Un estudio de las geografías feministas*. Madrid, España: Fuenlabrada.
- Medina, A. (2010). *La participación política de las mujeres*. De las cuotas de género a la paridad. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género. México: H. Congreso de la Unión Cámara de Diputados. LXI Legislatura.
- Mallimaci, F. y Giménez, B. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa
- Novella, E. J. y Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. En, *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219.
- Lagarde, M. (2003). “Las Locas”. En, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lagarde, M. (2008) *Contra la violencia: Empoderar a las mujeres*. Consultado en: <http://empoderarmujeres.blogspot.mx/2008/12/empoderamiento-segn-marcela-lagarde.html>
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus.

Landero, R. (2003), *Factores que inciden en el proceso de empoderamiento en la mujer*. En, *Familia, Poder, Violencia y Género*. México: Universidad de Nuevo León.

Learnes Dictionary (2005) Deviance. Consultado en:

<https://en.oxforddictionaries.com/definition/deviance>

Montesinos, R. y Carrillo, R. (2010). Feminidades y masculinidades del cambio cultural de fin y principio de siglo. En, *El Cotidiano*, núm. 160, marzo-abril, 2010, pp. 5-14 México: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Azcapotzalco.

Pichot, P. (2001). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.

Potter, J. (1998). *La representación de la realidad. Discurso retórica y construcción social*. Madrid, España: Paidós.

Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*, Cuadernos Metodológicos 5, Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociales.

Real Academia Española (2006). *Diccionario Esencial de la Lengua Española* (vol. I). Consultado en: <http://www.rae.es/>

Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica moderna*. Madrid, España: Mc Graw Hill.

Sabido, O. (2011). Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico. En, Payá, V. y Jiménez, M. (coord.) *Sociológica*, año 26, número 74, pp. 311-318, septiembre- diciembre de 2011.

Salaverry, O. (2012). La Piedra de la Locura: Inicios Historicos de la Salud Mental. En, *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 29 (1). 143-148.

- Secretaria de Salud (2002) Programa Específico de Esquizofrenia, pp. 13. Recuperado de:
http://www.ssm.gob.mx/portal/page/programas_salud/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología clínica*. Madrid, España: Tricastela.
- Schütz, A. (1993). *Fenomenología del mundo social*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Shotter, J. (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Simmel, G. (1986). *Cuestiones fundamentales de Sociología*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Weber, M. (1969). *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Yáñez, J. (2002). *Conversaciones en un hospital psiquiátrico: Construyendo la locura*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yébenes, Z. (2014). *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. México: Gedisa Editorial.
- Zenobio. (2004). El Positivismo Lógico: Su Derrotero y su Legado. En, *Trilogía*, 21(30/31), 27-32.

Anexo I

Historia de vida.

Mujer que fue diagnosticada con

Esquizofrenia.

18-08-2015.

1 **Irma:** _ // mmm... yo soy una persona / pues muy... me gusta mucho platicar, me gusta
2 mucho convivir con la gente tener amistad con todo el mundo con mis hijos, echar relajo
3 mmm / y esa fue una parte de las que también... principales que se me quitó porque me fui
4 aislando /he no tenía tema de conversación porque mi mente estaba / estaba...totalmente
5 pus trastornada // no había en mi mente el pensar o el tener ganas de... de pus de
6 conversar, de estar conviviendo, ósea yo no tenía nada de eso todo eso se me perdió / todo
7 eso la situación que estaba viviendo era totalmente incomprensible porque / pus porque yo
8 era otra persona.

9 **Omar:** _ mmm... ¿Cómo que era otra persona?

10 **Irma:**// Yo no era yo, yo era totalmente diferente, no sé yo así lo sentía, inmediatamente
11 que yo sentí... que yo empecé a sentir eso cambios he... a vivirlos he...yo me...
12 inmediatamente decía yo no soy esa, yo no soy lo que está pasando en mí no soy yo, es otra
13 persona o no sé qué es lo que me hace sentir tan mal, pero yo no soy yo, porque no tenía
14 nada en común la persona que estaba a partir de eso momentos con la persona que yo he
15 sido siempre.

16 // Yo siempre es sido una mujer muy activa, siempre me ha gustado ser desenvuelta, ósea
17 nada se me había dificultado, pero en esos momentos totalmente todo se acabó para mí.
18 Después de yo ser una mujer tan limpia, tan hacendosa, tan responsable, todo estaba tirado,
19 todo estaba totalmente de cabeza.

20

21 **Omar:** _ Me podría relatar sobre su experiencia que ha tenido hasta el día de hoy de
22 cuándo se percató que había problemas con su salud mental, por favor.

23 **Irma:** _ Mmm... ¿Desde un principio?

24 **Omar:** _ Sí.

25 **Irma:** _ Bueno...he cuando yo empecé a sentirme mal obviamente que no sabía que estaba
26 sucediendo porque nunca / pus nunca en mi vida este había visto ni había sabido que
27 hubiera un tipo de enfermedad así... porque a mí alrededor / pus nunca lo había habido ni
28 con mi familia, ni con mis vecinos, ni con nadie / entonces / obviamente que para mí era
29 algo entendible porque pus / no / no... no podía entender qué era lo que me estaba
30 sucediendo porque no era un dolor en una parte de mi cuerpo, sino era simplemente que yo
31 me sentía muy rara empecé a... empezó por quitarme la tranquilidad principalmente / la

32 tranquilidad, el quitarme el sueño, el quitarme el hambre, el quitarme la sed / mmm... no
33 tenía un momento de tranquilidad, un momento de paz, yo anhelaba esa tranquilidad que
34 siempre / *pus que normalmente no tienen las personas comunes y corrientes* que andan
35 siempre *para arriba y para abajo no* / entonces para mí el sentir todas esos / esas
36 manifestaciones en mi mente, en mi cuerpo... pus eran totalmente.. este / mmm / pus no //
37 no las entendía, ósea no podía comprender / a mmm // qué es lo que me estaba sucediendo,
38 mucho menos, poderlas explicar a mi familia / mmm... nadie se había percatado de lo que
39 me sucedía / porque yo trataba de luchar, muy separado de los... de los... de lo que sentía
40 yo trataba de / de pensar en mi dentro de mi interior y de decirme a mí misma esto va a
41 pasar...al ratito ya me voy a sentir bien / he... o mañana / y pues no / he... pasaron los días,
42 las semanas, los meses y conforme fue pasando el tiempo yo me fui agravando y
43 obviamente que no había una explicación para lo que yo estaba sintiendo, porque al
44 momento que esta situación // me robó toda esa tranquilidad, todo ese, pus todo / todo lo
45 que yo era, me lo robo //.

46 Porque me fui deteriorando físicamente mmm // en las noches obviamente jamás tenía he
47 no, no, no podía dormir simplemente no podía aunque yo anhelaba he tener ese deseo como
48 *todas las personas que están bien*, llegar la tarde, la noche y decirme voy a dormir porque
49 ya es hora y ya quiero descansar y ya tengo mucho sueño / pero pues yo la verdad no ya no
50 sentía ya no sentía nada de eso entonces toda la noche me la pasaba muy intranquila / muy
51 desesperada porque era lo único que yo sentía puras cosas totalmente negativas yo sentía
52 mucho temor / empecé a sentir después posteriormente muchísimo miedo era un miedo que
53 me absorbía // un miedo que me paralizaba y sentía la presencia de alguien / era él que me
54 estaba atormentando de esa manera y ya después de que empecé a sentir esa presencia en mi
55 ser que estaba cubriéndome mmm // posteriormente empecé a oír voces he esa voces
56 mmm... empezaron a perturbarme aún más porque me empezaban a agredir, me
57 empezaban a insultar, me empezaban a denigrar como persona a quitarme a robarme aún
58 todavía más de lo que ya me estaba robando, este a robarme mi valor mi / ósea
59 todo,...todo...no... había / añadido a todo eso malestar que había venido yo sintiendo tan

60 terrible mmm / el escuchar ya después esa voces pus fue terrible porque primero me
61 empezó a agredir a mi hablarme de manera muy mala muy muchas malas palabras
62 maldiciéndome diciéndome que no valía nada pero obviamente no una voz como la de
63 cualquier persona sino / pus era una voz terriblemente grotesca, terriblemente mmm /
64 espantosa como si fuera un ser de otro mundo y que esa voz fue la que me fue
65 desquiciando más porque era día y noche que me estaba atormentando en mi oído izquierdo
66 era donde él me hablaba / me hablaba / me hablaba y me recriminaba me maldecía y me
67 decía que no valía nada / que era basura / que era excremento / que era ósea todas las
68 palabras habidas y por haber que pueden existir para ofensa hacia una persona ese ser que
69 me hablaba me lo decía // entonces para mí era algo terrible / ósea era algo terriblemente
70 espantoso y obviamente que en lugar de componerse las cosas fueron empeorando he /
71 tanto para mí como para mi familia porque uno como madre es la pieza más importante
72 para que un hogar esté sustentando / para que un hogar esté en armonía / para que un hogar
73 esté limpio / para que un hogar esté lleno de atenciones tanto para los hijos como para el
74 esposo // si la mamá no está bien no puede estar bien el hogar no puede estar bien esa
75 familia porque / porque inmediatamente hay un descontrol y una destrucción muy grande /
76 porque cuando la mamá falta / cuando la mamá no está al cien por ciento dentro de sus
77 obligaciones pus... obviamente que hay un estrago terrible para todos / no solamente para
78 la familia cercana como lo es el esposo, los hijos sino también se ve involucrada la gente
79 como los hermanos, los papas, la familia ya de...de ambos lados no / entonces no
80 solamente esa... ese... enfermedad mmm / como la catalogan los especialistas / pus no
81 solamente destruye a la persona que la está padeciendo sino obviamente es un trastorno
82 para toda su familia / para todos los seres queridos porque / porque / porque no sabe uno
83 como no está uno enterado, como no está uno he / mmm... he / vamos nunca en nuestra
84 vida, en nuestra / en nuestro núcleo familiar de generaciones, a lo menos en mi caso yo
85 jamás he / había escuchado de ese tipo de situaciones que la gente podía vivir // entonces
86 pus / realmente fue un trastorno terrible en todos nosotros por esa situación el verme de la
87 manera en que... en que me vi mmm / porque no sabíamos que tenía yo entonces

88 obviamente mmm / que conforme fue pasando el tiempo yo he mmm / al estar tan mal he...
89 mi familia también empezó a estar mal porque yo ya no hacía quehacer // yo me desentendí
90 por completo he / y los que se encargaron pues de más o menos mmm... que la casa se
91 sostuviera de atender a mis pequeñitos pues eran mis hijos los dos mayores porque pues mi
92 esposo desgraciadamente él ha sido alcohólico // bueno había sido alcohólico y pues
93 siempre he... lo único que le interesaba era su alcoholismo, sí trabaja porque siempre
94 trabajó / siempre nos dio el gasto pero la... he... el... maltrato / el maltrato físico, el
95 maltrato psicológico pues siempre estuvo presente / entonces cuando se vino esta situación
96 tan terrible que nadie sabía por qué, ni cuándo, ni cómo, ni...ni dónde surgió o porque
97 surgió pues para él ese fue un motivo más para pues para seguir este / como se puede decir /
98 seguir he... hundiéndose en... en ese vicio y tenía él excusas para hacerlo porque decía
99 “para que llego si tu madre está así, si tu madre está acá y tu madre esto y tu madre lo otro
100 no” // entonces él de ahí se fue hundiendo más en el alcoholismo era una situación de
101 destrucción terrible mmm / porque en mi hogar lo único que se respiraba era inestabilidad,
102 intranquilidad, desesperación, angustia, temor, de todo, temor principalmente / imagínese
103 si los dos pilares de un hogar están mal pus que podía haber de bueno en ese hogar lo único
104 bueno que / qué era pus eran los niños mis hijos eran los más bueno lo único bueno que
105 había en esos momentos porque pues eran los que de cualquier manera como ellos podían
106 pues trataban de que la casa se sostuviera / obviamente que conforme fueron pasando los
107 meses por que fueron muchos meses los que viví esa situación sin / sin ser llevada a un / a
108 un lugar donde pudieran haberme atendido porque obviamente que no sabíamos qué me
109 estaba sucediendo//.

110 // Empezaron a llevarme a doctores particulares porque nosotros no tenemos seguro ni
111 ningún servicio médico así mmm // entonces pus me empezaron a llevar a un particular y a
112 otro y a otro y pues no / no ellos únicamente diagnosticaban que estaba en una muy fuerte
113 depresión que / que problemas tenía que / que situación vivía y que bla...bla...bla... y así,
114 pero no / no...realmente ellos pus no eran especialistas en / la enfermedad que realmente yo
115 estaba pasando no... no pudieron ellos acertar o diagnosticar pues “la señora necesita este

116 medicamento, necesita este tratamiento o necesita este lugar para que la trasladen o la
117 lleven y pueda ser atendida” obviamente que él medicamento que me daban supuestamente
118 vea...dentro de su conocimiento de un doctor particular general pus... decían: “lo único
119 que podemos darle es un calmante es algo para ver si se tranquiliza, para ver si siente
120 alguna mmm... un poco de tranquilidad, de paz pero pues no... no... no... no... no... no
121 me hacía en ninguna manera en sentirme mejor el medicamento porque no era pues yo creo
122 el adecuado entonces mmm... pues no, no me sirvió de nada, sino más al contrario yo
123 seguía poniéndome súper peor / porque esa voz que empezó agrediéndome a mí físicamente
124 he... posteriormente me... ya me ordenaba, me ... me tenía yo creo que más controlada, mi
125 mente ya estaba más totalmente a su servicio he... empezó a ordenarme cosas terribles a
126 declararme cosas terribles contra mis hijos mmm... contra mi esposo he a decirme que ellos
127 eran malos, que ellos se iban a morir, que se iban a perder, que iban a ser asesinos, que iban
128 a... ósea él me los, me los mmm... he... ponía en mi mente de una situación terrible ósea
129 de los más espantoso que pueda existir en un ser humano hasta dónde puede llegar he... un
130 ser humano a ser tan perverso tan malo y ese ser así me...me manifestaba, así me lo, me
131 ponía imágenes en mi mente y me decía ve, ve lo que has hecho he ve lo que hasta donde
132 van a llegar tus bastardos, ósea me decía cosas horribles de mis hijos, de mi esposo y
133 posteriormente era como... como que iba he... esa situación como que iba ganando este
134 campo no... como que primero empezó conmigo después empezó a atacar a mis hijos,
135 posteriormente ya cuando acabo de decirme, que fueron muchas horas, muchos días,
136 semanas atacándome por ese lado he... este... ya después empezó a... a ordenarme cosas
137 terribles que yo tenía que hacer porque mis hijos no merecían vivir, porque ni esposo no
138 merecía vivir y ese ser esa voz me ordenaba que yo matara a mis hijos, que yo los he...con
139 lo que yo me ponía agarrar el cuchillo, a... ahorcarlos, asfixiarlos, envenénalos, ósea de
140 todo lo... lo...ósea de todas las maneras que puede uno quitarle la vida a un ser humano
141 he... esa voz me ordenaba que lo hiciera porque ya no, porque no tenía sentido que nadie
142 viviera, que nadie de nosotros viviese y posteriormente y si... si... muchas veces era tan
143 grande su... su dominio que llegó a tener sobre mí, que sí intente muchas veces matar, al

144 que más intente hacerle daño fue a mi esposo y fue a mi bebé chiquito, ellos para mi eran,
145 ósea él ponía que eran que pus que era lo primero, como los puntos principales para que yo
146 empezara hacerlo, pero yo dentro de mí interior gracias a Dios he... a Jesucristo yo ya le
147 conocía y dentro de mi ser el... tener el conocimiento de Dios en mi vida fue lo que me...
148 me... así como que... haga de cuenta como si yo estuviera, estaba ósea no es imaginar pero
149 vamos una forma de que me entiendan la situación es estar en un calabozo lleno de tantas
150 cosas, de tantos monstruos, de tanta maldad de tanta terrible situación y... para mí esa
151 conocer de la palabra para mí era como mi luz como un rayito de luz o un gancho, un
152 gancho que era lo que me impulsaba y lo que me evitaba he... totalmente he... resistirme a
153 ese ser he... que me estaba totalmente desquiciando que trataba de desquiciarme, que
154 trataba de apoderarse totalmente de nosotros, ya se había apoderado de mi mente ya se
155 había apoderado de mi tranquilidad, de mi paz, de mis sentimientos, de...de todo lo único
156 que le faltaba era apoderarse totalmente de mis movimientos, entonces yo dentro de esa
157 desesperación y de esa situación tan terrible a donde no se veía una luz, un camino o una
158 senda de... de huida de escape esa para mí era muy lejana en esos momentos a mí se me
159 he...se me hacía como que muy lejano muy inalcanzable ya para mí en esos momentos
160 pero nunca... nunca perdí la fe nunca perdí la fe en el señor y eso era lo que a mi yo me
161 he... era un esfuerzo físico tan terrible... tan terrible...(llanto) tan terrible porque yo me
162 resistía a obedecer a esa voz que todo los días y todas las noches, y no había un momento
163 de mi vida que no me estuviera atormentando, que no estuviera ordenándome hacer cosas
164 cosa terribles que no me estaba declarando cosas terribles que no valían nada los seres
165 humanos, que no tenía sentido que la gente que vivía conmigo viviera porque eran
166 inmundos, porque eran despreciables y para mí era eso terrible era algo que iba en contra de
167 mis fuerzas pero que yo debo de reconocer que él que me mantuvo de pie fue Dios no me
168 dejó llegar a cometer tantas cosas tan terribles que ese ser me ordenaba y que me obligaba y
169 que me insistía y que me acosaba hacerlo día y noche posteriormente después de un largo
170 tiempo de esa situación mucho tiempo ya después él me ordenaba que yo me matara, que
171 yo me ahorcara porque él me decía no vales nada, no sirves para nada qué sentido tiene que

172 vivas sino puedes hacer ni si quiera eres capaz de hacer de quitarles la vida a estos, estas
173 cosas horribles, estos seres horribles que tienes por hijos que tienes por esposo y me decía
174 para qué vives para qué quieres seguir viviendo si también no vales nada para qué quieres
175 vivir, tu Dios -porque él me declaraba y él sabía que yo conozco al señor que yo conozco la
176 escritura- tu Dios ya no ni si quiera se fija en ti tú ya no existes para él / tú ya eres lo peor /
177 tú ya eres basura y tú sabes que para Dios nadie puede estar cerca de él si hay pecado en él
178 y cosas malas en su mente y en su corazón y tú eras, tu estás inmunda tu eres algo horrible,
179 eres algo asqueroso, eres, estás perdida, estas totalmente condenada al infierno, entonces
180 era algo terrible pero que eso que yo esa...esa palabra el conocer de la escritura él... el
181 conocer a Jesús, él era lo que a mí me mantenía, yo le clamaba por un lado yo escuchaba
182 esa voz atormentándome pero eso... ese conocimiento que yo ya tenía era lo que me hacía
183 sacar fuerzas de mi interior de decir, había momentos en que yo ya estaba dispuesta a decir
184 ya no puedo más aquí estoy haz conmigo lo que quieras pero no había algo esa palabra que
185 yo conocía tantas cosas tan grandes, tantas promesas que yo había leído, qué yo sabía que el
186 señor me las había dado era lo que me hacía resistirlo hasta que quedar totalmente fuera de
187 sí.

188 **Omar:** _ Y cuando ya tenía así muchos síntomas cuando su salud estaba deteriorada, ¿La,
189 le llevaron a un hospital después de que había asistido con los doctores en general?

190 **Irma:** _ Sí obviamente que cuando mi situación ya era, una situación terriblemente ya mal,
191 ya me veía totalmente... yo tenía en aquel entonces cuarenta y dos años y mi apariencia ya
192 estaba tan deteriorada. Ya estaba tan mal porque ya llevaba más de un año así y obviamente
193 el cuerpo pues se desgasta, se deteriora, sin comer, sin beber, sin dormir aún sin bañarse,
194 porque yo no podía, yo no hacía nada de eso... entonces totalmente estaba desquiciada, y
195 por medio de una hermana mía que obviamente qué como les dije anteriormente vinieron
196 mis hermanos a tratar ellos de ayudarme porque les dolía verme en la situación tan terrible
197 que yo me encontraba.

198 // entonces pues ellos en su desesperación de buscar una salida, un medicamento o algo
199 para que me ayudaran, mi hermana fue la que conociendo ella la zona de hospitales de

200 Tlalpan vino con mi esposo y le dijo: ¿Por qué no la llevas a tal hospital, que es un hospital
201 psiquiátrico, que se llama Fray Bernardino, y que ahí a lo mejor, nos la pueden rescatar nos
202 pueden ayudar con esta situación porque obviamente ya eran muchísimas cosas, porque mis
203 vecinos ya me tenían miedo, toda la gente empezó obviamente como es común y normal
204 en la gente hablar, murmurar, imaginar, inventar que por qué situación estaba yo así, nunca
205 lo habíamos visto vamos ni si quiera con los vecinos o sea nadie entonces... *pues yo era*
206 *una cosa así como algo extra normal* que me estaba sucediendo y que obviamente se
207 reflejaba en todo, en mi mirada, porque mi mirada mi semblante, mi cuerpo, o sea no era
208 yo, simplemente no era yo entonces para la gente era así como *huye de ella porque está*
209 *loca* y empezaron a decir *está loca* que otra solución o que respuesta puede dársele a lo que
210 está pasando Irma (¿Puedo decir mi nombre?).

211 **Omar:** _ ¡Claro que sí, si usted quiere!

212 **Irma:** //Pues está loca no sé qué haría qué pecado cometería tan grande para que esté así,
213 empezaron muchas cosas tremendas y obviamente pues a mi hermana le dolía, mis hijos los
214 más grandes que ya entendían esa situación pues para ellos también era un dolor muy
215 grande, muy grande porque me amaban porque me aman y al oír que se expresaban tan mal
216 de su mamá y también ellos al querer encontrar una respuesta, el querer decir por qué a
217 nosotros, por qué a mi mamá, porque a mí, por qué esto, por qué lo otro, o sea que no había
218 / no hallábamos una respuesta lógica a lo que estaba sucediéndome / entonces fue mi
219 hermana que le dio la dirección de ese hospital.

220 **Omar:** _ ¿Y cómo fue la situación cuando llegó al hospital?

221 **Irma:** _ Cuando yo llegué al hospital yo ya estaba // totalmente deteriorada físicamente
222 porque llegué a / llegar a un tercer grado de desnutrición / y llegué totalmente deshidratada
223 / mmm totalmente / este pues acabada, estaba yo acaba, acabada físicamente / mmm la
224 gente que me vio, que / que mis vecinos / ahora que pasó el tiempo / ellos me decían que
225 realmente mi semblante, mi cuerpo llegó a un grado de deterioro que en lugar de tener,
226 representar los cuarenta y dos años que tenía / este aparentaba ser una persona que tenía,
227 una persona ya de ochenta años // hasta ese grado llegué / entonces yo me acuerdo, yo lo

228 que acabo de entender y de comprender es que mmm cuando mi esposo me lleva al hospital
229 // obviamente como no me... bueno si me canalizo una doctora amiga mía que era general y
230 como ella me conocía de muchísimos años atrás, me amaba mucho, me ama mucho /
231 entonces para ella el verme así tan mal / fue muy doloroso / y ella fue también la que nos
232 dio un pase para que me recibieran mmm lo más pronto, o sea no hubiera este / ningún
233 mmm / inconveniente y que cuando me vieran por medio del pase que ella redactó de cómo
234 me había encontrado / este eso también pues le ayudó a mi esposo porque / yo la verdad no
235 les puedo explicar que trámites tuvo que hacer o qué fue lo que a él le dijeron cuando me
236 llevó, porque yo lo que apenas alcanzo yo a entender // yo creo que perdí el conocimiento
237 en ese lugar / porque yo recuerdo que, que llegamos, nos pasaron, llegamos a sacar ficha
238 como todas las personas porque no llegamos a urgencias / porque mi hermana nos dijo que
239 nos teníamos que ir muy temprano de aquí como a las cuatro de la mañana para que
240 alcanzáramos ficha / porque las daban a las siete de la mañana y obviamente que como de
241 aquí en la zona que vivo que es Cuauhtepac hasta Tlalpan pues son... es mucha la distancia,
242 mucho el tiempo para llegar en transporte público, entonces este pues yo recuerdo que / mi
243 esposo llegamos ahí, nos formamos y todo, pero la verdad yo ya no recuerdo más, yo ya no
244 recuerdo más qué trámite o qué le dijeron o que más nada, yo no me acuerdo yo nada más
245 recuerdo // que cuando yo / abrí mis ojos volví en si // yo ya me di cuenta que yo ya estaba
246 en un lugar a donde tienen a los más delicados, terapia intensiva, pero yo ya estaba en una
247 camilla con muchos sueros y muchas cosas que me habían puesto // mmm y tan es así que
248 siento que sí perdí el conocimiento por la debilidad que había ya en mi cuerpo / porque uno
249 de mis hermanos me comentó después // que / este cómo se llama / que él fue, él fue ahí
250 estaba / cuando me internaron // a él lo dejaron pasar a verme cuando yo ya estaba ahí en
251 terapia intensiva / me tuvieron que tener ahí por el deterioro que ya llevaba mi cuerpo,
252 entonces él dice que entró y me habló pero yo no recuerdo eso o sea yo no me acuerdo que
253 ahí estuviera mi hermano, yo no recuerdo haberlo visto entonces yo me imagino que sí
254 estaba totalmente, perdí el conocimiento de / no sé cuánto tiempo eso si no lo sé, pero lo
255 único que recuerdo cuando yo volví en si / *yo ya estaba ahí, yo ya estaba ahí* // con suero y

256 no sé cuántas cosas me habían puesto / pero / yo seguía escuchando ese tormento, esa voz /
257 y obviamente que ahí me mantuvieron para hidratarme mi cuerpo por medio del suero, para
258 dar fuerzas a mi carne / porque era la que estaba totalmente este... acabada / estaba acabada
259 mi carne, mi mente no gracias al señor, no... no terminó con mi mente porque / yo vuelvo a
260 repetir mi esperanza en Dios, a lo mejor era muy poquita pero no la perdí entonces eso fue
261 lo que no permitió que mi mente totalmente se perdiera / y ya me tuvieron ahí, no recuerdo
262 tampoco cuántos días estuve en terapia // pero este obviamente que yo, ya los especialistas
263 que me estaban atendiendo / pues ellos supieron en qué momento ya me pasaban ya me
264 pasaron, ya me sacaron de... de terapia intensiva y ya me metieron a un, a un / a un
265 dormitorio / ahí este... tienen dormitorios / no, no recuerdo, la verdad no tengo entendido
266 hasta el día de hoy cuántos son // no sé si son tres o cuatro dormitorios de hombres y de
267 mujeres / y ya posteriormente cuando ellos creyeron conveniente que tenía fuerzas / para ya
268 volver a levantarme, para ya volver poder caminar, ya posteriormente me pasaron a ese
269 dormitorio a donde no solamente estaba yo / había muchísimas mujeres enfermas // este
270 pasando diferentes situaciones porque no solamente / hay muchas enfermedades que
271 manejan ahí, en ese hospital / manejan desde una depresión aguda // en la cual el paciente
272 tiene que ser internado hasta // no sé si la esquizofrenia sea la más grave no lo sé // pero ahí
273 habían muchas mujeres terriblemente mal también y que también oían voces porque yo las
274 veía como también ellas, pero ellas no le clamaban a Dios / sino ellas contestaban las
275 agresiones // que oían, ellas contestaban de la misma manera / yo no / yo seguía
276 escuchando las voces que me atormentaban, pero yo nunca jamás hice caso a contestar de la
277 misma manera que yo oía / yo no, yo le clamaba y le clamaba y le clama a Dios y yo ahí en
278 ese dormitorio // todo el día me la pasaba caminando, caminando, caminando, porque yo no
279 me podía estar quieta / no podía estarme quieta porque mmm la intranquilidad / la
280 desesperación, la angustia, el temor, el oír la voz, todo eso me atormentaba / tons yo no
281 podía permanecer quieta / para mí el caminar, el caminar y caminar y estar hablando con
282 Dios, estar hablando, estar hablando, era mi consuelo / era el querer evadir mi realidad que

283 estaba viviendo, el querer este / que esa voz desapareciera de mi oído / no quería escucharla
284 o sea yo, yo no quería porque era horrible.

285 **Omar:** _ ¿Y cuánto tiempo estuvo cuando la internaron en el hospital psiquiátrico, cuánto
286 tiempo estuvo internada?

287 **Irma:** // mmm he la primera ocasión / bueno de hecho los internamientos que dan en un
288 hospital psiquiátrico a lo menos ahí / son de dos meses / de dos meses, obviamente que
289 hay casos yo me imagino que duran más tiempo dependiendo de la gravedad (gravedad) a
290 la que ya llegó el paciente / porque hay pacientes / que sí obviamente *yo les vuelvo a*
291 *repetir, no tiene, te vuelvo a repetir, no tienen / el conocimiento de Dios y totalmente se*
292 *vuelven muy agresivos entonces ese tipo de personas que, que tienen tanta agresividad*
293 *consigo mismos porque intentan quitarse la vida de muchas maneras y de quitarle la vida a*
294 *los demás no los dejan dos meses, yo creo que los dejan más tiempo, pero vamos a lo*
295 *menos a mí, a mí en lo personal estuve dos meses, dos meses internada // pasaron , no sé,*
296 *no recuerdo muy bien, el tiempo que pasé este, ya en el dormitorio, pero no tenía hambre*
297 *yo seguía, sí, ya me habían fortalecido mi carne / ya me habían hidratado, obviamente que*
298 *debieron de ponerme algún medicamento muy fuertísimo para que yo durmiera // porque yo*
299 *no había dormido, entonces en el tiempo que me mantuvieron en él, en el este // este estuve*
300 *yo creo que dormida / entonces ya estaba recuperada físicamente porque ya había dormido,*
301 *ya me habían hidratado, ya me habían vitaminado en el suero que me metieron para poder*
302 *tener yo fuerzas / este / mmm ya los primeros / no sé cuántos días estuve ya en ese*
303 *dormitorio, ya caminando otra vez por mi propio pie, pero obviamente que yo no sentía, yo*
304 *les puedo asegurar que dentro de mí ser que era lo que estaba siendo atormentado / yo*
305 *seguía igual. O sea yo no sentía consuelo porque *ese ser ahí estaba, ahí estaba, ahí estaba**
306 *entonces / yo no tenía hambre, yo no tenía sueño y yo me pasaba las noches caminando en*
307 *todo el dormitorio y yo iba al módulo, en cada dormitorio hay un módulo de enfermeras*
308 *que nos cuidaban las veinticuatro horas / y / yo iba ante ellas y yo les pedía por favor que*
309 *me dieran algo para dormir, no porque quisiera dormir / sino que yo quería descansar de esa*
310 *voz que me estaba atormentando que me seguía atormentando a todas horas, atormentando,*

311 atormentado, tan terriblemente / que me hacía ver el mundo tan oscuro, que me hacía ver
312 el sol, aún el mismo sol no me parecía que brillara (llanto...) a mí el sol me parecía tan
313 triste, tan oscuro tan opaco que no brillaba para mí no brillaba el día ni el sol, entonces yo
314 lo que quería era / era totalmente / dormir yo quera que algo me hiciera tal efecto que yo ya
315 no despertara porque yo era eso lo que yo anhelaba mas / el que me dieran algo / en el cual
316 yo ya no despertara para ya no vivir lo que estaba viviendo (llanto..) // Porque era muy
317 desesperante, era totalmente terrible y era / o sea no, no, era insoportable, que no hay
318 palabras / precisas / manera de explicar // esa situación tan desesperante, tan desquiciante /
319 entonces yo iba y me arrimaba con las enfermeras y yo les decía ¡por favor denme algo
320 para dormir! Yo no quiero estar despierta // y si ellas me daban pastillas para dormir // y
321 obviamente cuando me empezaba hacer efecto ya iba y me dormía, así como / como si
322 fuera un robot y si me quedaba dormida, no sé cuánto tiempo, para mí era muy poquito, o
323 sea yo sentía que no dormía porque haga de cuenta que esa situación a pesar de que me
324 daban las pastillas para dormir / yo dormía, pero él estaba ahí en mis sueños también
325 estaba, entonces el estar metido en mis sueños era lo que ¡me hacía despertar! Porque ahí
326 estaba ¡ahí estaba también en mis sueños metido! Gritándome, acosándome, culpándome,
327 señalándome, mostrándome imágenes terribles, monstruosas de seres horribles, de
328 monstruos, de demonios de no sé cuántas cosas me ponía en el sueño me ponía destrucción
329 para mis hijos, para mi familia entonces eso mismo me hacía // despertar si, entonces pues
330 ni siquiera, aunque me dieran esas pastillas para mantenerme dormida no lo podía hacer.

331 **Omar:** ¿Cuándo estuvo en el hospital y la empezaron a tratar con medicamentos hubo un
332 momento, un período en el que se sentía mejor?

333 **Irma:** Sí / obviamente que me empezaron a bombardear con medicamentos, no sé cuántas
334 pastillas me daban / este // y obviamente que el medicamento pues sí, sí tuvo que hacer un
335 efecto / yo no digo que no / no sé hasta qué grado pero si había, había momentos en que
336 haga de cuenta, como que había períodos, o sea cierto tiempo en que mi mente como que se
337 despejaba ya no escuchaba esa voz, como que había un... un... este / un tiempo no sé qué
338 se yo una hora dos horas en las que totalmente, como que el medicamento me hacía

339 sepárame / de lo que estaba viviendo, o sea como que ya no lo estaba viviendo / si y yo me,
340 como que mi mente eh buscaba un punto de atención específico he para mantenerlo
341 ocupado, para mantener mi mente ocupada y en esos momentos / si yo no oía esa voz, no
342 oía la voz, pero obviamente no sé si de que se pasaba el efecto o que le hacía a mi cerebro,
343 porque obviamente ese medicamento lo dan exclusivamente para el cerebro // este...
344 empezaba otra vez... otra vez... pero yo no dejaba cuando esa persona, ese ser empezaba
345 atacarme, yo empezaba a clamar, a clamar, a clamar al señor y declarando la palabra y esto
346 y esto y esto... señor tú dices esto, tú me prometes esto y yo le hablaba a Dios / como
347 hablar con / con... este con... alguna persona física porque yo le decía: yo sé que tu estás
348 aquí y yo sé que tú me escuchas y por favor señor yo te suplico y te ruego y te imploro y
349 fíjate que esto y fíjate que lo otro y entonces yo así evadía el estarle poniendo toda la
350 atención porque oía mi voz sí //yo no podía dejar de clamar, porque eso a mí me ayudaba a
351 no escuchar / a no estar namás atendiendo a la voz que me estaba atormentando / sino que
352 yo escuchaba mi voz / como sonaba y entonces eso me ayudaba.

353 **Omar:** Cuándo la dieron de alta después de los dos meses que estuvo en el hospital ¿Cuál
354 fue su situación o la experiencia a partir de que ya tenía una enfermedad mental o que ya
355 había sido diagnosticada?

356 **Irma:** / Este... bueno cuando ya salí / obviamente este... yo ya tenía más fuerza, tanto
357 física como emocionalmente, porque ya... este... ya comía yo sola, por si sola y mi... //
358 como lo puedo decir / no me obligaron porque no hubo violencia de ninguna manera eso
359 debo de hacerlo público, también es un lugar magnifico, a donde el trato es magnífico para
360 todos los enfermos, hay una limpieza de verdad excelente, no tengo nada que decir...
361 entonces este, ya me dijeron que tenía que comer y ya comía bien... ya o sea ya hacía mi
362 vida dentro de lo cabe normal, entonces cuando ven ese cambio en los pacientes, que ya
363 comen, que ya se bañan, sin ninguna dificultad, ya lo hacen voluntariamente, que se asean,
364 que se arreglan, se empiezan arreglar y todo eso, pues eso es ya un punto de mucha mejoría
365 porque ya estas teniendo deseos de hacer sus actividades como antes normalmente, lavarse
366 los dientes y todo eso... entonces dormir ya más, descansar más // entonces ya cuando

367 salgo que ya me vieron obviamente mucho mejor este... ya me dieron de alta, llegué aquí a
368 mi hogar y pues no les voy a decir que yo estaba totalmente al cien por ciento porque no es
369 verdad / yo tenía todavía muchas secuelas, todavía escuchaba, todavía sentía cosas raras
370 pero ya no a la magnitud de... obviamente de lo pasado / ya empecé hacer mi vida, llegué
371 mis hijos estaban muy contentos porque ya yo estaba con ellos y sí yo tenía muchas ganas
372 de trabajar, me puse a lavar ropa, todo lo que había que hacer o sea yo empecé hacer
373 mi vida, a ser la misma que yo era, pero si no puedo decir que esos... lo que sentía se había
374 ido totalmente si... pero yo trataba de evadirlo, vamos igual nunca deje clamar, de
375 clamar... y de darle prioridad de tener mi mente ocupada o sea de no hacer caso, aunque
376 ahí estaba, pero yo me ponía muy activa, vamos yo ya tenía ganas, que fue lo
377 extraordinario, que fue lo que pude recuperar en el hospital, tener ganas de hacer las cosas,
378 porque antes no las tenía / de bañarme, de hacer mi comida, de bañar a mis hijos o sea todo
379 normal // y así llevé mi vida por seis meses / porque me dieron medicamentos muy fuertes
380 /he...ese medicamento que me mandaron eran dos solamente ya después, cuando me dieron
381 de alta me sacaron con dos medicamentos, no recuerdo cuáles eran los nombres la verdad
382 pero eran muy fuertes muy caros a parte.../ yo dejé de tomarlos yo creo que como a los
383 cuatro meses o tres meses // porque el precio era muy caro // mi esposo no me lo podía
384 comprar, aparte de que no lo podía comprar, vamos a suponer que así fuera // el problema
385 era de su alcoholismo/ tons cuando él llegaba alcoholizado me empezaba a decir cosas
386 tremendas, empezaba agredir físicamente y a decirme o me compraba el medicamento o me
387 daba para tragar, entonces yo obviamente que yo decía no pus yo prefiero que me dé el
388 gasto porque yo no solamente voy a comer de él, también mis criaturas, pues yo tomé,
389 llegué al momento de que era tanto el acoso de parte de él // que de igual de maleficencia,
390 de insultos, de agresiones que decidí dejarlo // y obviamente que / como siguió el maltrato
391 físico, el maltrato psicológico... he.... La verdad... la verdad a mi / en lo personal //
392 siempre me afecta, me afectó mucho, ¡muchísimo! (muchísimo) el alcoholismo de mi
393 esposo era algo que yo no lo podía soportar // no solamente porque llegaba en ese estado
394 tan terrible sino por el trato que nos daba a mis hijos y a mí, entonces yo jamás, jamás

395 pude, pude hacerme a la idea de llevar una vida, ¡pues ya! acostumbrarme vamos, a decir
396 pues así o sea no lo pude aceptar nunca, ¡nunca lo pude aceptar, entonces yo creo que como
397 porque como nunca lo pude aceptar me dañaba más, el daño psicológico y físico que me
398 causaba esa situación, entonces cuando era tan tormentoso, ¡imagínese! Como me... vamos
399 a suponer que este tormento // que me atormentaba mi mente que me llevó a ese lugar a lo
400 mejor ya había disminuido... qué sé yo... qué podemos decir, vamos a poner un 50 por
401 ciento sí, *pero volvió cuando yo regresó a mi hogar y me lo hace mi esposo* / sí entonces
402 cuando yo dejó de tomar el medicamento el acoso por parte de él siguió ¡siguió! Como el
403 que me atormentaba en la mente pues era el mismo sufrimiento era el mismo acoso //
404 entonces la misma inquietud, el mismo temor, porque el pensar que él se iba a trabajar, pero
405 que en la tarde iba a llegar tomado era un tormento, entonces a los 6 meses empiezo otra
406 vez a sentir lo mismo porque el acoso no seso // si // tanto por mi... ¡dentro de mi mente! ,
407 como por fuera // entonces a los 6 meses otra vez / porque ya volvía yo a estar igual, igual
408 que al principio, se me fue otra vez el sueño, se me fue el hambre, se me fueron las ganas
409 de... de... de... descansar, de dormir, ósea empecé otra vez con esa inquietud,
410 desesperación y esa angustia / entonces yo inmediatamente le dije a mi esposo “sabes que
411 llévame otra vez porque yo me siento muy mal” / yo me siento terriblemente muy mal / y
412 pues obviamente él me dijo “sí” , yo le agradezco porque de cualquier manera él me llevó
413 también y estuvo al pendiente de mí / entonces inmediatamente a los seis meses me volvió
414 a llevar y me vuelven a internar porque sí efectivamente ya iba otra vez ¡muy mal!, muy
415 mal porque si no hubiera ido tan mal no me hubieran detenido, pero otra vez me volvieron a
416 internar inmediatamente / entonces a partir de ahí cambiaron la estrategia los especialistas
417 ya no me dieron el mismo medicamento me lo cambiaron / y este otra vez estuve internada
418 dos meses // ya el medicamento que me dieron era también muy caro ¡carísimo!, ¡carísimo!,
419 ¡carísimo! // y me dieron de alta después de los dos meses otra vez nuevamente agarré otra
420 vez mi ritmo de vida y ya otra vez tuve ganas de todo, esa situación fue aminorando y me
421 dieron de alta otra vez , *llegué otra vez a la casa y empecé hacer otra vez mi vida normal*,
422 que no dejaba de sentir ciertas cosas, cierto acoso ya no tan fuerte no... / entonces este /

423 entonces otra vez empezó la vida / normal / yo tuve que tener mucha fuerza y eso yo le doy
424 gracias a Dios que me la dio y nadie más , porque mi esposo no alcanzó y hasta el día de
425 hoy yo sé que no alcanzó a comprender / la magnitud de lo que yo viví // entonces para él
426 fue muy indiferente y ha sido muy indiferente para él la situación que yo tuve que enfrentar
427 yo sola ¡que yo tuve que salir sola!, agarrar fuerzas de donde no existían humanamente
428 ¿Por qué quién me... me... me...apoyaba en ese aspecto? No porque nadie me entendía,
429 porque nadie me podía comprender lo que estaba pasando, lo que estaba viviendo, entonces
430 él, para él, el verme otra vez en casa era ¡ya llegó la sirvienta! / si y ya llegó la sirvienta y
431 las cosas se van a poner bien, se van a poner en orden, ya voy a llegar ya va haber comida
432 ya va a ver quién me atiende , ya va a ver quién me lave, quién me planche, ya va a ver
433 quién cuide a los niños, todo sí... pero jamás // él no me dio una palabra de aliento, el
434 jamás me dio una palabra de decir // quisiera un poquito comprenderte o no te comprendo
435 pero este, te voy apoyar, que cuando tú te sientas cansada, cuando tú te sientas triste,
436 cuando tú te sientas // ¡no sé! Mal yo voy a estar ahí para apoyarte, para ayudarte, para,
437 para ¡lo que sea!

