



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**INTERNAMIENTO PERMANENTE
Y ESTRATEGIAS DE VIDA:
UN ACERCAMIENTO A LAS NARRATIVAS
Y CORPORALIDADES DE LOS HABITANTES
DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

MARÍA PAULINA GONZÁLEZ WOOD

DIRECTOR DE TESIS: DR. LUIS JAVIER MELGOZA VALDIVIA

MÉXICO, CDMX FEBRERO DE 2018

*Para Carmen y Julio,
porque sus ausencias
son ahora presencias eternas.*

Agradecimientos

Quiero agradecer ampliamente al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca otorgada para la realización de mis estudios de maestría durante el periodo 2015-2017.

A mi director de tesis, Dr. Javier Melgoza, por su acompañamiento, compromiso y dedicación para plantear, desarrollar y concluir esta investigación. Por enseñarme a pensar como antropóloga y guiarme durante los días complicados en el trabajo de campo.

Al Dr. Sergio Sánchez por su invitación a ampliar hacia otras disciplinas mis lecturas y visiones sobre la problemática de la salud/enfermedad mental. A la Dra. Edith Calderón por sus comentarios para enriquecer mis reflexiones. Y al Dr. José Sánchez por su acompañamiento, compromiso e interés, por su creatividad para reflexionar y ayudarme a ir más allá. Gracias infinitas.

A mis profesoras y profesores de la Maestría, en especial a los de la línea de investigación “Violencias, Géneros, Sexualidades y Migraciones” por sus orientaciones teóricas y metodológicas, su pasión, presencia y acompañamiento en esta experiencia.

A mis compañeras y compañeros de la generación por las experiencias vividas dentro y fuera de los salones de clases. Por el cariño y las risas que dejamos en el camino. Su amistad la llevaré conmigo, las y los admiro y quiero violentos.

A los internos del Samuel por sus enseñanzas, abrazos y palabras. Lo que viví con ustedes excede lo que pude plasmar en esta tesis, gracias por acompañarme en cada paso, por confiar en mí y abrirme las puertas de su memoria y hogar. Les agradezco a esos hombres y a las trabajadoras y trabajadores el compartir conmigo un poco de sus vidas, anhelos y tristezas.

A Rogelio Reyes por su paciente escucha y acompañamiento en los procesos institucionales y en las dudas existenciales.

A mi mamá y papá por estar siempre presentes y creer en mí. A Lola y Santi por iluminar mi camino vampirezco con sus risas y visitas. A Armando, mi compañero de vidas. Gracias por los caminos andados y por las palabras dichas en el momento preciso. A mis compañeros peludos porque con una mirada me regresan a la vida.

Índice

Introducción	8
1. Construcción del problema de investigación.	11
1.1 Problema de investigación	11
1.2 Justificación	13
1.3 Objetivos de investigación	14
2. Perspectiva teórica y metodológica	16
2.1 Anudamiento de referentes teóricos	16
2.1.1 Sobre las Estrategias y Agencias	16
2.1.2 Locura e Institución Psiquiátrica	20
2.1.3 Las narrativas orales y corporalidades	24
2.1.4 La constitución de los sujetos y sus interacciones.	28
2.2 Construcción de la estrategia metodológica	29
2.3 Particularidades del trabajo de campo	31
2.3.1 Ámbito	31
2.3.2 Actores	33
2.3.3 Lugares	34
2.3.4 Herramientas de investigación	35
3. Aproximación etnográfica de la institución	37
3.1 Antecedentes	37

3.2	Los espacios	41
3.3	El Tiempo	51
3.4	El Cuerpo	61
3.5	Los Objetos	68
4.	Los actores en acción. Interacciones y vínculos en el internamiento	76
4.1	Los trabajadores y trabajadoras	77
4.2	Los internos	87
4.3	La familia del Samuel	93
5.	Las otras narrativas. Fotografía y escritura desde la enfermedad y el internamiento.	109
5.1	Miguel: El fotógrafo del Samuel	110
5.2	Alejandro, el escritor.	120
6.	Reflexiones finales	125
7.	Bibliografía	130



Pintura realizada por Noé, interno del pabellón de Niños. Diciembre 2016.

Introducción

El presente texto es una investigación que se realiza con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Antropología Social, por el Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS).¹

Se eligió el título Internamiento permanente y estrategias de vida: un acercamiento a las narrativas y corporalidades de los habitantes de un hospital psiquiátrico, porque considero que refleja el tipo de enfoque teórico y metodológico aplicado para la comprensión de la problemática considerada, a la vez que apunta las líneas generales de la propuesta que se deriva de la investigación.

En términos generales, sin pretender presentar aquí el diagnóstico que se incluirá más adelante, la problemática del modelo asilar para la atención de los llamados 'pacientes psiquiátricos' en México, consiste en que es incapaz de dar una respuesta adecuada acorde a las necesidades de la población que tiene algún padecimiento mental.

Se trata de un agudo problema de salud pública que, más allá del ámbito sanitario, se convierte en uno de carácter social, por los componentes de violencia,

¹ En el año 2014 obtuve el título de Licenciatura en Psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana. El trabajo de investigación con el que me gradué fue: "Los hijos del hospital: la vida cotidiana en el hospital psiquiátrico", en el que realicé una primera aproximación a la institución y a los internos del hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. La investigación indaga, desde la teoría psicoanalítica freudiana y lacaniana, los procesos de subjetivos en la locura, enfocándome en cómo desde delirio psicótico y la locura los internos construyen sus realidades.

Aunque la presente investigación se llevó a cabo en el mismo espacio físico, mi acercamiento y reflexiones se llevaron a cabo desde un posicionamiento distinto. Considero necesario enfocarme en las dinámicas sociales que se generan a partir de una condición específica de violencia: el internamiento permanente. Con esto, realicé un pasaje de lo psi a lo social y antropológico para poder dar cuenta de los procesos de encuentros en la interacción social.

exclusión y deshumanización de la vida, que son característicos de las políticas neoliberales, incapaces, como se demuestra en esta investigación, de ofrecer una solución atinada y efectiva a la problemática señalada.

La medicalización en la atención de esa problemática, soportada por el tratamiento farmacológico y el internamiento, hacen que la práctica psiquiátrica parezca insuficiente para responder a ese segmento de la ciudadanía. La gravedad de la situación antes descrita, nos lleva a proponer que la antropología ofrezca a la psiquiatría y a los programas de salud pública, nuevos caminos para pensar a los internos socialmente marginados de los hospitales psiquiátricos.

Adoptamos el enfoque teórico de considerar la agencia de los propios sujetos, y sus contextos, ante su sufrimiento, el que así cobra sentido, generándose un reconocimiento de las formas de ser de los otros, capaz de establecer las condiciones para re-considerar sus vidas como dignas de ser vividas. De esta forma, los sujetos nos muestran a través de las estrategias que construyen día a día en los espacios que habitan para el intercambio de saberes y sentires heterogéneos, que ayuden a crear los puentes de un nuevo tejido social.

El propósito que nos fijamos fue conocer, desde el punto de vista de los sujetos, las condiciones del internamiento permanente en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, sus características físicas y el uso de los espacios, así como la manera cómo los distintos actores que allí habitan (internos, doctores, enfermeros y otros trabajadores) lo experimentan y las estrategias de vida, individuales y colectivas, que desarrollan a partir de sus narraciones y corporalidades.

La observación participante es la definición metodológica que nos permitió, con la aplicación de todos los sentidos, adentrarnos en las situaciones observadas, lo que evitó que cayéramos en la pretendida objetividad y neutralidad del investigador. Lo anterior nos llevó a realizar entrevistas cara a cara (internos y trabajadores), cuya finalidad fue comprender las perspectivas de los propios actores, a partir de las palabras que utilizaron.

La investigación documental también resultó útil para ampliar la búsqueda de significaciones que se generan en el hospital. Asimismo, incluyo algunos registros fotográficos realizados por los propios internos, ya que la imagen resultó una forma de expresar aquello que desborda a la oralidad, de mostrar y mostrarse en su realidad ante los otros.

En el primer capítulo se aborda la construcción del problema de investigación, definiendo el tema a investigar, la justificación, así como las preguntas y objetivos que sirvieron de guía para la elaboración de la presente tesis.

El segundo capítulo se divide en dos partes, la primera está dedicada al anudamiento de los principales referentes teóricos, mientras que a la segunda corresponde la construcción de la estrategia metodológica, así como las particularidades del trabajo de campo.

El tercer capítulo también se divide en dos partes, a la primera corresponde la trayectoria histórica del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno y, a la segunda algunas narrativas etnográficas acerca de los espacios, tiempos, cuerpos y objetos como dimensiones constitutivas de la experiencia de internamiento permanente.

El cuarto capítulo está dedicado a indagar las relaciones entre los distintos actores que convergen en la institución, considerando las tensiones y vínculos afectivos que se generan a partir de la cotidianeidad, lo que permite pensar al hospital como un entramado de territorios de vida.

A su vez, el quinto capítulo se referirá a las narrativas visuales desde la enfermedad y el internamiento permanente que dos de los internos que colaboraron en esta investigación realizaron utilizando la fotografía y la escritura para comprender las formas en las que entienden y se apropian de su contexto.

Posteriormente, se incluirá un apartado con las reflexiones finales.

1. Construcción del problema de investigación.

1.1 Problema de investigación

La presente investigación busca comprender y reconstruir los procesos de construcción de estrategias de vida, que generan los habitantes de un hospital psiquiátrico ante la experiencia de internamiento permanente. Mediante el análisis de las narrativas orales y corporalidades de los internos, pretendo documentar cómo construyen su cotidianidad. Considerando que, desde su lugar como creadores de estrategias, dotan de sentidos y significados a lo dado por el marco institucional y cultural en el que se encuentran inmersos.

Los conceptos salud y enfermedad mental han sido el foco de múltiples investigaciones desde las ciencias sociales y las ciencias médicas. Así, diferentes sociedades han delimitado –en ocasiones, con fronteras bastante porosas- sus concepciones de normalidad y anormalidad. Para Rene Girard (1995) es necesario construir procesos de diferenciación para asegurar la supervivencia de cierta sociedad. Es decir, la construcción del otro se requiere para delimitar un nosotros y reconocernos desde ahí. El autor nos advierte que existe una crisis de las diferencias y es ahí donde nos inunda la violencia ejercida sobre lo que imaginariamente no remita a una igualdad en el intento mimético que caracteriza nuestros tiempos, la homogenización de los saberes y de las pasiones es donde las disciplinas como la psiquiatría encuentran su legitimación. Sin embargo, la construcción del otro no únicamente marca una diferencia referencial, pues, en ocasiones se trata de un proceso de construcción de lo extraño que implica un trastocamiento de lo propio. Sabido (2012:37) explica que la referencia a los otros sirve para distinguir el nosotros, los extraños presuponen una intrusión en los marcos que definen al nosotros.

Los discursos que se han construido para dar cuenta de ese otro también lo han creado. El salvaje, el indígena, el pobre, el subalterno, el loco son “formas sociales de ser con otros...no son un sustantivo” (Sabido, 2012:34), son

procesos relacionales de categorización que permiten la afirmación de unos a partir de la negación de otros.

El enfermo mental en tanto figura liminal, es construida desde la precaridad y se sostiene en la intersección de diversos órdenes –social, cultural, biológico, histórico, jurídico, religioso, económico y médico-, lo cual sitúa la problemática salud/enfermedad mental como un fenómeno multidimensional que es complejo aprehender en su totalidad.

Actualmente el discurso médico hegemónico es el que posee la legitimación de la palabra y que mediante el conjunto de prácticas, saberes y teorías que la medicina científica ha generado desde el siglo XVIII ha entendido y atendido las enfermedades (Menéndez, 1988). Su función como marco referencial ha racionalizado y patologizado las experiencias, afectos y pasiones humanas, de ahí que las diferencias son marcadas como desviaciones individuales que no contemplan los contextos de donde emergen.

“Ser diagnosticado con una ‘enfermedad mental’ en nuestro contexto es profundamente desacreditador” (Goffman, 1995:15). Hay una ruptura de los marcos de referencia, que Goffman (1970) llama ‘proceso de mortificación’, donde la autodeterminación de un actor es desbaratada por la racionalización y el disciplinamiento psiquiátrico. Por eso es importante apelar a la voz de esas personas para no crear concepciones predeterminadas, ¿cómo lo entienden y lo experimentan?, ¿cómo se hacen cargo de ellos mismos?

Considero importante resaltar que la presente investigación no consiste en un estudio sobre la enfermedad mental. Más bien, lo que pretendo es realizar una aproximación a la construcción de estrategias y territorios de vida de los sujetos que han habitado y experimentado una de las resoluciones que ha tomado la sociedad actual sobre los cuerpos y vidas que ha diagnosticado con alguna patología mental: la reclusión permanente. Así mismo, a lo largo de la investigación pretendo alejarme de las etiquetas psiquiátricas que portan cada uno de los internos. De esta forma y para los fines de éste trabajo, los llamados

pacientes o enfermos mentales serán referidos por sus nombres o bien mediante las palabras internos o habitantes. ¿CAMBIAR LOS NOMBRES??

1.2 Justificación

En México se estima que aproximadamente un tercio de la población urbana adulta tiene o ha tenido algún padecimiento mental², convirtiéndose en uno de los mayores problemas de salud pública en el país. Sin embargo, este es también un problema social, ya que el entorno de violencia, de precarización y deshumanización de la vida, y el carácter excluyente de la economía neoliberal han funcionado como cultivo para la medicalización de millones de vidas. El tratamiento farmacológico y el internamiento son los pilares en los que se sustenta la psiquiatría.

Así mismo, según el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación de la salud mental en México, se estima que más del 30% de las personas que se encuentran internadas en un hospital psiquiátrico llevan más de 10 años ahí abandonados³. Debido a ese abandono y la falta de vínculos sociales en el exterior de las instituciones psiquiátricas, los internos no tienen oportunidad de ser sujetos a un alta hospitalaria y, por su condición de cronicidad, tampoco a programas de reinserción social. Si bien, como veremos más adelante,

² De acuerdo con datos del “Informe sobre salud mental en México” año 2011, IESM-OMS, información consultada en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf (revisado el 9/07/16).

³ De acuerdo con datos del “Informe sobre salud mental en México” año 2011, IESM-OMS, información consultada en: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf (revisado el 9/07/16).

actualmente la psiquiatría y los programas sociales enfocados a las instituciones de salud mental se enfocan en prevenir el abandono de los sujetos internados, pocas veces se voltea a ver a aquellos que ya se encuentran en esa situación.

La complejidad y gravedad de la situación antes descrita nos hace preguntarnos ¿Puede la antropología aportar algo para modificar las condiciones de vida de estas personas, o bien, puede contribuir para pensarlos desde otro lugar? ¿Pueden los habitantes de un hospital psiquiátrico aportar algo al conocimiento antropológico académico? Convencida que la respuesta a ambas preguntas es afirmativa, considero que los resultados de esta investigación pueden abonar a bordear el tema del sufrimiento humano poniendo en el centro la agencia de los sujetos y sus contextos.

Para Veena Das (1997) es tarea de primer orden de la antropología social dar sentido al sufrimiento humano, no permitir que se silencie ni se mediatice, sino que tenga un lugar. ¿Por qué se sufre? ¿Quién tiene permitido sufrir y qué hace con ese sufrimiento y cómo lo enfrenta?

Abordar la problemática del encierro institucional psiquiátrico y de la locura desde un enfoque antropológico puede aportar a construir un conocimiento que reconozca las múltiples formas de ser 'otro'. Asumiendo un compromiso con aquellos que son tratados en algunos contextos como desechos humanos, se puede contribuir a crear condiciones de vida que reconozcan a esas vidas como 'dignas de vivir' (Butler, 2010). Esto no solo discursivamente, sino incidiendo en la creación de espacios de intercambios de saberes heterogéneos, que ayuden a reconstruir los puentes que los conecten de nuevo con el tejido social.

1.3 Objetivos de investigación

Objetivo general

Analizar cómo se construyen y en qué consisten las estrategias de vida generadas por usuarios de un hospital psiquiátrico ante la experiencia de internamiento permanente expresadas en acciones performativas.

Objetivos específicos

-Analizar las características físicas y el uso de los espacios de la institución psiquiátrica (Hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno) para conocer el contexto en el que viven los internos.

-Comprender cómo se experimenta la reclusión desde la voz de los diversos actores que intervienen en el espacio (los habitantes, los doctores, los trabajadores, los vigilantes, los familiares), para dar cuenta y comparar las diversas experiencias que cada actor, desde su posición, le da sentido al internamiento permanente.

-Registrar las narrativas que generan los internos ante la enfermedad y la reclusión para descentrar el discurso médico como el único legítimo y conocer desde la voz de los internos cómo entienden ellos su realidad.

-Analizar y comprender las diversas acciones performativas (narrativas orales y corporales) que generan los internos.

-Reconstruir, en su caso, las estrategias individuales y colectivas de los habitantes ante la experiencia de internamiento.

-Indagar en los sentidos y significados que aportan esas estrategias individuales y/o colectivas en la experiencia de internamiento para comprender cómo enfrentan la vida cotidiana.

2. Perspectiva teórica y metodológica

En este capítulo se aborda la discusión de los conceptos clave que utilizo para comprender el fenómeno de la construcción de estrategias de vida en la reclusión psiquiátrica permanente. Estos referentes teóricos se comprenderán desde cierto nivel de abstracción teórica utilizando algunas teorías de largo alcance. Es decir, formulaciones que nos ayudarán a orientarnos en qué es una institución psiquiátrica, cómo acercarnos a las narrativas desde la enfermedad mental, cómo es la interacción entre los diferentes actores en un contexto de internamiento permanente y desde dónde entiendo el concepto de estrategia.

Considero importante señalar que si bien este apartado nos ayuda a comprender el contexto teórico en el que se inscribe esta investigación, a lo largo de los demás capítulos se encontrarán referencias teóricas que pertenecen a teorías de mediano alcance y que nos proporcionan miradas más cercanas sobre el material etnográfico. Lo anterior lo realizaré mediante algunos “conceptos bisagra” que me permitan –en cierta medida- reflejar lo aprehendido en campo en un ir y venir entre los conceptos teóricos propuestos y la realidad observada.

2.1 Anudamiento de referentes teóricos

2.1.1 Sobre las Estrategias y Agencias

El concepto de estrategia ha sido utilizado y aplicado de diversas maneras a través del tiempo y campos de estudio, desde su origen en la milicia hasta sus usos en los estudios económicos, antropológicos económicos, organizacionales y culturales.

El estudio de las estrategias ha formado parte de ciertas escuelas de antropología, sociología y economía. Usualmente, el pensamiento estratégico se encuentra ligado a las máximas de la teoría del actor racional en el cual un individuo realiza acciones calculando y buscando siempre la maximización de beneficios y

reducción de riesgos, esto tomando en cuenta que posee toda la información necesaria para hacer elecciones racionales. Desde esta perspectiva, las estrategias son las decisiones planeadas, racionales y conscientes que los individuos emplean para lograr ciertos fines. La mayor parte de los estudios antropológicos y sociológicos que se han centrado en el entendimiento de las estrategias se preguntan cómo los actores sociales y las unidades domésticas han reconfigurado sus dinámicas familiares para enfrentar contextos adversos como la pobreza, el desempleo y las crisis económicas. “Las estrategias se conciben como un mecanismo de respuesta que busca amortiguar los efectos de las sucesivas crisis económicas que se han producido durante las últimas décadas” (Villasmil, 1998:71). Ya sea como mecanismos de sobrevivencia (Lomnitz, 1975) o como comportamientos encaminados a asegurar la reproducción material y biológica del grupo (Torrado, 1976), la pregunta por la materialidad del otro extraño, ajeno y en condiciones de vulnerabilidad fue el foco de estudio durante la década de 1970 y 1980 en las ciencias sociales.

Las teorías organizacionales también han utilizado el concepto de estrategias entendiéndolas como constructos de acciones colectivas. Para Crozier y Friedberg (1990), “Una estrategia así no es, de ninguna manera, sinónimo de voluntad, como tampoco es necesariamente consciente. La reflexión en términos de estrategia, obliga a buscar en el contexto organizativo la racionalidad del actor, y a comprender el constructo organizativo en las vivencias de los actores” (Crozier y Friedberg, 1990:48). Estos autores encuentran en el concepto de estrategia la mediación entre la agencia de los sujetos y el poder ejercido desde sus contextos. Es decir, toda acción siempre posee un sentido si se observa en el ambiente en el que se desenvuelve, por lo tanto, la dicotomía racional/irracional pierde significado y entienden que los actores por mas restringidos y limitados que se encuentren nunca están completamente determinados por las estructuras de poder. Uno de los mayores aportes de estos autores es su cuestionamiento y alejamiento de la existencia de una única racionalidad que mueve a los sujetos a realizar determinadas acciones coherentes con los objetivos conscientes que desea y su

énfasis en el concepto de poder.

Otro autor que entiende las estrategias en relación con el poder es Michel De Certeau (2000), para él la estrategia se desarrolla en todos los aspectos de la vida cotidiana y consiste en " el cálculo de relaciones de fuerzas que se vuelve posible a partir del momento en que un sujeto de voluntad y de poder es susceptible de aislarse de un ambiente" (De Certeau, 2000:49). Es decir, desde esta perspectiva, las estrategias son las acciones que realizan aquellos que se encuentran en el poder para dominar al otro débil, el cuál realizará un conjunto de acciones que impondrán resistencias ante las fuerzas y el poder externo, llamadas tácticas. Sin embargo, dicha división entre táctica y estrategia sólo se puede sostener si entendemos el poder como un elemento estático que únicamente poseen unos cuantos y que es aplicado hacia un grupo que únicamente puede resistir a dicho poder.

Si bien, en esta investigación el concepto de poder será básico, M. Foucault (1977) nos explica que el poder es algo que circula entre los sujetos, es lo que otorga movilidad, no es algo estático que se deposita sobre nosotros. Desde esta perspectiva, el poder es relacional, no es algo que se posea siempre, por lo tanto, todos nos encontramos en la posibilidad ejercer el poder y a la vez de desarrollar estrategias –resistencias creativas- que nos posicionan como agentes de cambio de nuestras propias realidades.

Después de este breve recorrido que nos proporciona algunas luces para entender los diversos usos que se le ha dado el término estrategia. En la presente investigación se propone entender a las estrategias de vida como la construcción de narrativas y técnicas corporales que dotan de sentidos y significados a determinadas experiencias, que permiten percibir y construir diversos mundos posibles y habitables. Es decir, son actos creativos –no son procesos adaptativos, reactivos ni racionales- cotidianos que posibilitan la vida. Son construidas a partir de experiencias que nos permiten dar cuenta de las diversas formas de acción social de personas que –en este caso particular- han sido diagnosticadas con alguna patología mental en un contexto donde la institución psiquiátrica pareciera

no dejar lugar para la emergencia de múltiples formas de subjetivación. Sin embargo, como veremos a lo largo del texto, el hospital en su intento por encerrar y controlar también ha sido el terreno para habilitar diversas formas de existencia. Por lo tanto, las estrategias de vida sólo pueden ser analizadas desde los propios marcos interpretativos en los que se realizan.

Pensar en cómo los sujetos construyen esas estrategias –ya sea en lo individual o en lo colectivo- nos refiere a preguntas sobre la agencia de los internos y los trabajadores. ¿Es posible pensar en que los internos del Samuel –aún con todos los procesos de adoctrinamiento y sujeción- pueden ejercer cierto grado de agenciamiento o de resistencia?

Si bien, los términos agencia y resistencia han sido abordados desde numerosas teorías. En esta investigación me centraré en el concepto de agencia dócil de Saba Mahmood (2008), quien considera que la agencia social y la resistencia no son sinónimos, pues define a la primera como “una capacidad de acción que se habilita y crea en las relaciones de subordinación históricamente específicas” Mahmood, 2008:162). Mientras que la resistencia es comúnmente pensada, dentro del pensamiento progresista neoliberal como el concepto que implica voluntad de autonomía y una serie de acciones para liberarse de las relaciones de subordinación. Es decir, para la autora, la resistencia es una forma de agencia social, pero existen otras formas de pensarla siempre apelando al contexto, discursos y estructuras de dominación que posibilitan su representación.

Desde esta perspectiva, comprender la agencia implica pensarla no únicamente como una reacción de oposición –esperada socialmente- ante ciertas normas, sino como un producto de las mismas relaciones de poder. Para Mahmood, el término de agencia débil no implica docilidad, abandono ni falta de acción, “el término implica maleabilidad para que alguien pueda instruirse en una habilidad o conocimiento específico, un significado que conlleva menos sentido de pasividad y más de lucha, esfuerzo y logro” (Mahmood, 2008:180). Esto nos ayudará a pensar las acciones de los habitantes del Samuel no únicamente como acciones

instintivas de sobrevivencia, sino como estrategias y métodos prácticos en los sujetos habitan el encierro, lo modifican y posibilitan su existencia dentro de las relaciones de poder en las que están inmersos. Las reglas y normas son vividas y habitadas de diversas maneras, no siempre son acatadas o atacadas. De esta forma, y como recuerda la autora, la agencia no únicamente tiene que ver con un cambio progresivo sino con permanecer y persistir, lo implica pensar en los deseos, anhelos y las diversas formas en los que se llevan a cabo.

Retomando las posturas expuestas propongo pensar a los internos del Samuel como sujetos que existen en el entramado de relaciones de poder en el que están inmersos. Como veremos a lo largo de esta investigación, el poder psiquiátrico nunca es absoluto, se concreta en prácticas cotidianas ante las cuales son internos y los propios trabajadores construyen diversas alternativas que interpelan a la institución.

2.1.2 Locura e Institución Psiquiátrica

¿Enfermedad mental o locura?

Cuando hablamos de enfermedad mental, por lo regular nos referimos a las patologías de comportamiento, de razonamiento y de adaptación a la realidad nombradas desde la clínica psiquiátrica. Sin embargo, considero que la enfermedad mental es una construcción social compleja por lo que se necesita ir más allá de la perspectiva médica para comprenderla, pues siempre se encuentran inmersa en los universos simbólicos y emocionales que la determinan.

Por otra parte, para Thomas Szasz (1970), -un autor que habla desde la antipsiquiatría- la enfermedad mental tiene dos características. La primera de ellas es que resulta insostenible seguir hablando de ella en tanto popularmente se entiende por enfermedad a una desviación que se puede contraer, tener, acoger, posiblemente transmitir y liberarse de ella. Por lo tanto, en todo caso este autor propone- que se debería de hablar de “síntoma psíquico” pues éste se encuentra

“ligado al contexto social, y particularmente al contexto ético, en que se formula” (Szasz 1970:24). Así, para este autor, la enfermedad mental se utiliza con la finalidad de oscurecer “expresiones de la lucha que debe liberar el hombre con el problema de cómo debería vivir” (Szasz, 1970:32).

La segunda característica es que la enfermedad mental es un mito, partiendo de que los sistemas de creencias actúan como tranquilizantes sociales. “La enfermedad mental es un mito cuya función consiste en disfrazar y volver más asimilable la amarga píldora de los conflictos morales en las relaciones humanas” (Szasz, 1970:34), es algo que establece un deber ser.

El propósito de esta investigación no es dialogar con la psiquiatría para demostrar la inexistencia –o existencia- de la enfermedad mental. Por lo tanto, como postura ética personal, considero necesario no seguir hablando de enfermedad mental sino de locura, entendida como una experiencia sentida, social y relacional que refiere a una forma de lo que en antropología se denomina ‘sufrimiento social’.

Para Veena Das, Arthur Kleinman y Margaret Lock, el sufrimiento social se refiere al “ensamblaje de problemas humanos que tienen sus orígenes y sus consecuencias en las heridas devastadoras que las fuerzas sociales infringen en la experiencia humana” (Das, 1997:453). Si entendemos la locura desde esta postura nos alejamos del paradigma psiquiátrico hegemónico y del antipsiquiátrico, que tiende a romantizar la experiencia del ‘sufrimiento psíquico’, para darle un lugar de experiencia sentida desde la cual las personas que la viven –y que por ello están encerradas- trabajan para reconstruir por medio de ‘cultos de curación’ (Das, 1997:453) el marco de la vida que destruyó el abandono en el internamiento.

Es importante señalar que Arthur Kleinman (1998) realiza una división necesaria e importante entre padecimiento y enfermedad. El padecimiento “refiere a cómo la persona enferma y la familia o una red social más amplia percibe, vive con y responde a los síntomas y a la discapacidad” (1998:3) [Traducción propia]. La enfermedad “son los problemas que el médico reconfigura del padecimiento del

paciente y su familia y los reduce a problemáticas técnicas” (1998:5) [Traducción propia].

Los discursos que se generan a partir de ambos posicionamientos implican una desigualdad narrativa, de tal forma que quien posee la verdad científica tendrá más legitimidad. En esta investigación se privilegiará la perspectiva del padecimiento, pero también se contemplarán las otras narrativas que nos permitan construir en el contexto psiquiátrico cómo y desde dónde se entiende la locura.

Pensar en la construcción social de la enfermedad mental o en la experiencia de locura es complicado si se hace por fuera del ámbito institucional. Hablar de los manicomios y de los hospitales psiquiátricos es marcar un recorte histórico, médico y cultural en el tratamiento de la patología mental. Víctor Payá nos recuerda que el “ordenamiento espacial, temporal, reglamentario y organizativo que adquiere el hospital psiquiátrico se considera en sí mismo curativo” (Payá, 2010:35). Por lo tanto, es preciso indagar en las características y funciones actuales con las que cumple el manicomio.

La institución psiquiátrica

Para Erving Goffman, el hospital psiquiátrico es un tipo de institución total que tiene la función de proteger a personas que no tienen la capacidad de cuidarse a sí mismas y que al mismo tiempo representan una amenaza para la comunidad, por lo tanto, puede ser entendida como una solución social preventiva ante un problema de seguridad. Por institución total, este autor se refiere a “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, están aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo y comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1970:13). La visión goffmaniana de la institución psiquiátrica arroja luces sobre cómo se construye cierta cotidianidad ideal, pero su visión determinista deja muy poco lugar para los objetivos de esta investigación.

Michel Foucault también hace un extenso recorrido histórico, filosófico y sociológico a través de distintas obras (Foucault, 2007a, 2007b y 2012), en las que da cuenta de las diversas formas de vigilancia y control de los cuerpos que se ejerce en los manicomios. Desde la perspectiva foucaultiana, el interés se centra en un tipo de poder llamado disciplinario –contrario a Goffman, que da cuenta del poder ‘soberano’-, el cual “tiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos, el tiempo, el comportamiento del individuo” (Foucault, 2007b:66). Así, Foucault (2009) nos recuerda el peligro de no hacer caso a las cosas minúsculas, a los indicios. De esta forma se comprenderá el hospital psiquiátrico como un espacio en el cual se puede observar la microfísica del poder a través de “la minucia de los reglamentos, la mirada puntillosa de las inspecciones, el poner bajo control las menores partículas de la vida y del cuerpo...darán pronto una racionalidad económica o técnica a este cálculo místico de lo ínfimo y del infinito.” (Foucault, 2009:163) De esta forma la microfísica del poder pretende normalizar y en caso de no lograrlo contener la diferencia hasta aniquilarla.

Es decir, no es un poder ejercido únicamente desde la materialidad de los reglamentos establecidos o de los castigos corporales sino mediante un constante disciplinamiento de los cuerpos y subjetividades a través de los discursos de verdad. Mucho de lo que se juega en la locura implica el registro de lo verdadero, de las certezas vitales de ambos lados: el de los médicos psiquiátricos y el de los internos. El interno posee una verdad que el psiquiatra le permite habitar, en palabras de Veena Das “las instituciones sociales están profundamente implicadas en dos modos opuestos: el de la producción de sufrimiento y el de la creación de una comunidad moral capaz de lidiar con él” (Das, 1997: 437). Siguiendo el supuesto de la autora, las estrategias que se construyen a partir del encierro no son comprendidas como producciones creadas a partir de las dinámicas institucionales sino como evidencias de la propias enfermedad y necesidad de internamiento.

La institución psiquiátrica entra a la vida de los sujetos patologizados cuando ninguna otra institución pudo normarlos (Foucault, 2007b), ahí donde el

disciplinamiento familiar, educativo, religioso y carcelario fallan, la psiquiatría asilar aparece como la única posibilidad viable. Es decir, ya cuando los internos llegan como habitantes permanentes a una institución psiquiátrica lo hacen con una amplia trayectoria institucional que les ha permitido generar experiencias y saberes únicos y colectivos. Como analizaremos y problematizaremos en un apartado posterior, el internamiento permanente no funge como una pena en tanto su término es precisamente la conclusión de la propia vida, entonces se contempla como una realidad, una única realidad por la cual estar agradecidos.

2.1.3 Las narrativas orales y corporalidades

Para Liz Hamui (2011) las narrativas son una ventana al mundo social, una ventana que, por cierto, no refleja nítidamente, sino a través de una imagen mediada por los contextos sociales y subjetivos de quien narra y quien escucha. Narrar permite no únicamente dotar de significados y sentidos, también ordenar aquello que parecería inasimilable, tomar una posición activa y transmitirlo. Para José Sánchez (2014), las narrativas son vehículos experienciales que nos permiten, a través del ir y venir del dialogismo, crear vínculos y lazos entre quienes están convocados. “Las narrativas cumplen con la doble aspectualidad experiencial: como experiencia nueva e irrepetible pero también como cúmulo de aprendizajes” (Sánchez, 2014:158) *Estar* en ese vínculo implica dejarse atravesar por la historicidad narrativa sin esperar que de ella surja “la verdad” sino los sentidos e interpretaciones que se juegan en ese momento intersubjetivo. Apelar y construir experiencias narrativas implica siempre la dimensión del afecto, de afectar, y es ahí donde las vivencias adquieren y requieren corporeidad. Sea narrada o expresada por medio del cuerpo, las narrativas nos permiten acceder a la dimensión colectiva de la voz y del cuerpo.

La dimensión del mundo social que se pretende estudiar en esta investigación tiene que ver con el padecimiento –illness-, y con los procesos de significación y agenciamiento que se generan a partir de un diagnóstico psiquiátrico, para indagar cómo entienden no sólo la “patología” sino el “tratamiento” por medio del

internamiento. Me interesarán las narrativas del padecer y no sólo las historias sobre enfermedades, sino los relatos sobre la vida (Hamui, 2011:64), tanto de los trabajadores como de los internos.

Para John Austin (1990) existen formas del lenguaje que no poseen únicamente locucionarios, hablar de enfermedad mental, esquizofrenia o psicosis no únicamente son palabra que informan o describen. Al hablar también se realiza un acto ilocucionarios, pues dichos enunciados transforman, dan sentidos, hacen algo más que el decir al implicar performatividades. Los diagnósticos psiquiátricos no únicamente clasifican sino también producen acontecimientos y realidades. Como veremos a lo largo de esta investigación, el discurso es performativo en tanto no es un reflejo transparente de la realidad sino es un elemento que construye esas realidades. Teniendo en cuenta dicho acercamiento al lenguaje, es importante recalcar que las narraciones vertidas en este trabajo constituyen las maneras únicas y diversas en las que los diversos actores sociales del hospital habitan el mundo.

De esta forma, las narraciones no se encuentran únicamente en el plano de la oralidad, sino también de la corporalidad. En esta investigación no se pretende abordar el cuerpo en tanto cuerpo biológico, ya que como apunta Merleau Ponty (2006) éste consiste en el “medio general de poseer un mundo” (Ponty, 2006:161). Con él sostengo que el cuerpo en tanto experiencia vivida nos permite ir más allá de su dimensión física para entenderlo como un cuerpo que se vive y se expresa por medio de la afectividad, la sensación y la percepción, y gracias a él nos situamos en el mundo. Para Mary Douglas (1978) el cuerpo es un sistema natural de símbolos que refleja o acrecienta la experiencia social de las personas y es un medio por el cual las culturas representan sus propias concepciones de orden y desorden. Partiendo de ello se distancia el origen fisiológico –norma de la pureza-, pues es a partir de él que se ignoran y ocultan algunas funciones o cuerpos por medio del control físico para lograr cierta conformidad social. Así, “El modo de revestir de dignidad un acontecimiento social consiste en ocultar los procesos orgánicos.” (Douglas, 9:1978), el cuerpo es un campo de expresión restringido

y mediatizado por la cultura, por lo tanto a partir de él podemos elaborar concepciones sobre las situaciones sociales propias de los grupos sociales que lo enmarcan. Los sujetos existenciales del Samuel se obstinan en *ser* a través de su cuerpo.

Desde la perspectiva de Foucault (2009) el cuerpo es un espacio político, en tanto es un campo que se encuentra investido por relaciones de poder que “operan sobre él y lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él signos” (Foucault, 2009:35). De los cuerpos se sabe, se “cercan y dominan convirtiéndolos en objeto de saber” (Foucault, 2009: 38). El cuerpo como objeto del poder se ritualiza, se transforma en un espacio producto del disciplinamiento y al saber. De ahí que los cuerpos abyectos y deformes de los locos son cuerpos dóciles, “la docilidad que une al cuerpo analizable el cuerpo manipulable” (Foucault, 2009:158), son aquellos que necesitan ser intervenidos por medios ortopédicos para ser transformados y perfeccionados. Los dispositivos de poder no son abstractos, se materializan, encauzan y producen a los sujetos, sus cuerpos, sus narrativas y sus vidas cotidianas.

Aunado a la visión foucaultiana del cuerpo, se encuentra el planteamiento de Elsa Muñiz (2014), de quien rescato el término *prácticas corporales* en tanto, “sistemas dinámicos y complejos de agentes, de acciones, de representaciones del mundo y de creencias que tienen esos agentes quienes actúan coordinadamente e interactúan con objetos y con otros agentes que constituyen el mundo” (Muñiz, 2014:301).

Ahora bien, desde la perspectiva de la teatralidad, Erving Goffman (1981) considera que la teatralidad o parformatividad es una metáfora de la vida social, en la cual las personas por medio de actos ritualizados representan diversos papeles sociales. De esta forma, el mundo se convierte en un escenario en el cual por medio de los diversos roles y máscaras sociales los sujetos crean los sentidos y significados del tejido social.

Judith Butler (1998) también ha realizado teorizaciones sobre los actos performativos, si bien enfocada a las concepciones sobre los cuerpos generizados. Las acciones performativas —dice la autora— aunque pueden ser realizadas individualmente, son históricas y colectivas, responden a actos repetitivos “de un conjunto de significados ya socialmente establecidos; es la forma mundana y ritualizada de su legitimación” (Butler, 1998:307). ¿Se puede realizar un acercamiento a la locura y al internamiento desde esta perspectiva? La locura, entendiéndola como construcción sociocultural, ¿está creada por performatividades sociales?, ¿en qué consisten estos actos repetitivos?

El carácter polisémico del cuerpo nos obliga a pensarlo como símbolo, campo y materialidad. Por lo tanto, en esta investigación, a través de las narrativas corporales de los internos del hospital se puede realizar una aproximación a las significaciones culturales que encarnan los actos de los médicos, de las enfermeras, de los vigilantes, de los internos y que juntos conforman la cotidianidad del escenario institucional.

De esta forma, los cuerpos y sus prácticas no serán comprendidos únicamente como un lienzo donde se inscriben las exigencias sociales, tampoco en el cual se aplican poderes disciplinarios unilaterales, ni como un medio de repetición infinita y no reflexiva de actos inconscientes. Pues si bien, en el cuerpo se encarna todo lo anterior, estas visiones también deben de integrar la posición subjetiva y agencial de los sujetos colectivos poseedores y poseídos por ese cuerpo.

Narrar es una experiencia corporal a la cual no todos pueden acceder, en ciertas condiciones de vida se convierte en un privilegio no únicamente corporal sino social. Es decir, para que una narración sea dialógica otro debe de encontrarse en el registro de habla común al del narratario. Sin embargo, para acceder a aquellos que por razones fisiológicas o bien sociales han perdido la posibilidad de narrar oralmente algún suceso o simplemente comunicar algo a alguien con palabras propongo observar la corporalidad de los sujetos. Entendiendo la experiencia corpórea como la *condición existencial* para la cultura y para el yo (Ponty,), pensar en la corporalidad observar los movimientos del encuentro de los sujetos

con el mundo. La corporalidad implica los modos de construir y comunicar afectos, emociones, sensibilidades. Aún pensando en los cuerpos que se han pretendido condicionar a existir únicamente porque el dispositivo médico así lo indica – organismo vivo en tanto que realiza funciones biológicas- entiendo la corporalidad como campo y realidad potenciales para habilitar la vida social de los sujetos.

2.1.4 La constitución de los sujetos y sus interacciones.

El interaccionismo simbólico es una teoría sociológica que nos ayudará a entender las interacciones de los actores que intervienen en la institución –subrayando el papel de los internos- y su medio social. Esto mediante una “concepción del actor y del mundo como procesos dinámicos y no como estructuras estáticas; y la enorme importancia asignada a la capacidad del actor para interpretar el mundo social.” (Ritzer, 1993:215).

Uno de los postulados claves para esta teoría radica en rescatar la agencia de los sujetos, “Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.”(Ritzer,1993:237). Así, la constitución de los sujetos siempre está en relación con los otros, realizando acciones e interacciones que responden –o no- a las expectativas y pautas sociales y culturales. Por medio de procesos de interiorización el self aprende las actitudes y actividades comunes en determinada comunidad, sin que esto despoje de toda creatividad y potencia de acción a los grupos sociales.

Para Goffman la interacción social y la construcción del self como proceso pueden ser entendidas por medio la metáfora teatral en la realidad “es el trasfondo escénico para el flujo de acción humana que se desarrolla ante, dentro y sobre él”. (Goffman, 1981:14). Así, el autor dota la vida social con un enfoque dramático y la relaciona con una actuación teatral.

En esta metáfora teatral, la vida cotidiana se convierte en un espacio de la actuación, donde cada quien tiene una fachada provista del lugar social en el que fue insertado, de las expectativas y funciones que deberá cumplir. Las interacciones sociales forman un equipo de actuación (Goffman, 1981:44) que

dota de símbolos y significados la realidad. De esta forma podemos entender a la comunidad hospitalaria como un conjunto de actores que realizan una serie de acciones que interactúan y se relacionan con el contexto. Esto nos deja observar algunos procesos identitarios y de pertenencia al interior de una institución psiquiátrica.

2.2 Construcción de la estrategia metodológica

Para indagar en torno a los procesos de construcción de estrategias de vida que realizan los habitantes del hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno ante la experiencia del internamiento permanente, se llevará a cabo un estudio etnográfico que parte de la observación y escucha de sus narrativas corporales. Entiendo, con Duranti (2000), que el método etnográfico consiste en la descripción escrita de la organización social, las actividades, los recursos simbólicos y materiales, y las prácticas interpretativas de un grupo de individuos.

A propósito de lo dicho por Norma Blázquez (2012:33), en el sentido de la diferencia o la otredad es un modo de ser, de pensar y de hablar capaz de permitir apertura, pluralidad y diversidad, no consideraré a los habitantes del hospital únicamente como reproductores de los discursos y prácticas institucionales, sino como sujetos activos que coproducen interpretaciones de sus propias realidades, lo que puede posibilitar la emergencia de diversos significados que muestran las múltiples formas en las que viven aquello que Menéndez (1994) denomina la experiencia del proceso de salud/enfermedad/atención.

En cuanto al enfoque de este autor de acercarse a una realidad estudiada desde 'el punto de vista del actor' (Menéndez, 1997), considero que más allá de 'dar la palabra', lo que en el caso de los habitantes del Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno resulta imposible dado que su voz no suele ser escuchada, mi investigación busca escuchar sin asumir verdades absolutas y posicionando los saberes en los contextos en los que se constituyen, dando lugar a sus propias complejidades y contradicciones.

Indagar en las estrategias de vida que generan los habitantes –internos en reclusión permanente- a través de sus narrativas corpo-orales, me permitirá reconstruir cómo viven, construyen y socializan sus visiones sobre la realidad. Las narrativas son contingentes y discontinuas, se actualizan con cada experiencia e interacción social. Por lo tanto, son construcciones culturales que nos permiten conocer la dimensión performativa de una determinada experiencia, las intervenciones, apropiaciones y creaciones que los sujetos realizan en su entorno.

La decisión teórico-metodológica de considerar no únicamente lo que se dice oralmente, sino lo que se expresa por medio de la performatividad del cuerpo es importante. No únicamente porque en el hospital hay sujetos que no utilizan la oralidad sino pensando en que las narraciones a través de la corporalidad nos permiten abordar otras dimensiones pues por medio de la materialidad de sus cuerpos establecen relaciones y formas distintas de ser-en-el-mundo. Así mismo, considero importante subrayar que toda interacción siempre implica interpretación. Tanto las narrativas como la corporalidad están inscritas en un ejercicio de doble hermenéutica.

Asimismo, las narrativas no serán contempladas como producciones individuales sino como herramientas metodológicas que permiten reconstruir “las dimensiones universales, culturales e individuales de la experiencia humana son ensambladas por la narrativa, con capacidad para expresar y transmitir el sufrimiento más allá de las formulaciones biomédicas de la misma” (García y Argüello,2013:169).

Para lograr los objetivos de esta investigación trabajaré principalmente mediante la observación participante, la cual no se limita a ver cierta cosa, sino lograr – mediante todos los sentidos- adentrarnos en las situaciones que estamos observando. Teniendo en cuenta que observar no es un acto neutral, lo que percibimos está atravesado por la subjetividad del investigador. Con las reservas y limitaciones que me imponga la institución psiquiátrica, ante las que reaccionaré encontrando un ‘punto ciego’ desde el cual observar, pretendo conocer las características físicas del lugar, dar cuenta de algunos fragmentos de la

cotidianidad dentro del espacio psiquiátrico y de las narrativas corporales -de los habitantes y de los trabajadores- que conforman las estrategias de vida.

Para Taylor y Bodgan (1984) las entrevistas consisten en reiterados encuentros cara a cara dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como expresan con sus propias palabras. Las entrevistas que realizaré con los internos serán abiertas y con los trabajadores(as) serán semidirigidas. También se llevará a cabo la lectura de algunos expedientes médicos que me permitan conocer información específica sobre algunos sujetos, no con el fin de contrastar o verificar datos, sino para ampliar la búsqueda de las diversas significaciones que se gestan al interior del hospital.

Por último, realizaré un registro fotográfico hecho por los habitantes y por los trabajadores como una técnica para retomar la importancia de la imagen como una forma de representación y creación de sentido ante el contexto institucional. Las fotografías “combinan formas diferentes de objetividad y subjetividad, realismo y reflexividad y en este sentido poseen un enorme potencial para enriquecer la investigación sobre la realidad social” (Baer y Schnettler, 2000:9).

2.3 Particularidades del trabajo de campo

2.3.1 Ámbito

En septiembre de 1967 se inaugura el “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno” en la periferia de los límites entre la Ciudad de México y el Estado de México. En sus 22 hectáreas había animales y huertos que funcionaban como áreas terapéuticas. Actualmente se ha eliminado la palabra Campestre del nombre del hospital al ser absorbido por la urbanización, por lo que el objetivo de alejar a los alienados del progreso social ya no se sostiene. Así, lo que comenzó como un programa de rehabilitación social integral no duró un año, sino décadas. La presente investigación se ubica en ese espacio, con las

personas que han sido trasladadas de otras instituciones o que han sido llevadas por sus familias.

Dirección: Autopista México Puebla No. 83, Ampliación Santa Catarina, 56619 Valle de Chalco Solidaridad, México.



Fotografía aérea del hospital psiquiátrico. Google Earth.

2.3.2 Actores

Debido a que mi tema de investigación son las estrategias de vida que construyen los habitantes del hospital, ellos son los actores principales. Sin embargo, mientras me encontraba en el trabajo de campo decidí realizar también entrevistas con los doctores(as), enfermeros(as), vigilantes, personal de limpieza y talleristas.

El hospital cuenta con aproximadamente 150 hombres que permanecen internados las 24 horas del día, todos tienen algún diagnóstico de patología mental. Son adultos cuyas edades oscilan entre los 40 y los 80 años.

Considerando mi tema de investigación, busqué entrevistas con trabajadores que tengan mínimo un par de años trabajando en la institución. En algunas posiciones de trabajo la rotación de personal es alta, para asegurar la continuidad en las entrevistas se privilegiaron personas que posibiliten mínimo un par de encuentros.

En cuanto a los internos, no se realizó una selección por pabellón o por clasificación psiquiátrica. Sin embargo, también se buscaron aquellos que tenían más años internados.

En resumen, durante los tres meses y medio del trabajo de campo se lograron entrevistas con:

Personal: Realicé 3 entrevistas (en promedio) a 2 enfermeros y 2 enfermeras; 1 psiquiatra; 1 trabajadora social; 1 rehabilitadora psicosocial; 1 trabajador de la tienda que se encuentra fuera del hospital; 1 tallerista. Además de diversas conversaciones informales con aproximadamente 6 trabajadores (enfermeras, personal de limpieza y doctores)

Internos: Por las características de los actores con los que estuve las entrevistas informales se llevaron a cabo diferentes momentos del trabajo de campo. Principalmente trabaje con 3 internos del Pabellón de Psicogeriatría y 4 internos del Pabellón Dos A y Dos B. Además de diversas pláticas informales con aproximadamente 7 internos.

2.3.3 Lugares

Los espacios donde se llevará a cabo la investigación son:

- Los pabellones:
 - “El 1” Para pacientes con daño orgánico/Pabellón de los Idiotas o de Niños.
 - “El 2A y 2B”. Para pacientes de larga estancia
 - “Psicogeriatría”. Para pacientes con más de 65 años.
- El comedor.
- Jardines, pasillos y patios.
- Capilla: Lugar donde se realiza un taller de lijado de barro.

2.3.4 Herramientas de investigación

- *Entrevistas.*

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con los trabajadores del hospital, se pretendió seguir una guía temática con preguntas abiertas.

Con los internos se realizaron entrevistas no estructuradas. Las entrevistas se construyeron conforme avanzaban sin preguntas o temáticas específicas. En un inicio, se utilizaron hojas de papel y pinturas, plumas o lápices, música, libros, periódicos o revistas para generar rapport con los habitantes y como detonadores de las entrevistas. Todas las entrevistas se realizaron al interior de hospital permitiendo que los entrevistados elijan el lugar y el tiempo de duración. Las notas de las entrevistas fueron escritas en el diario de campo al término de las entrevistas.

- *Observación.*

La observación se realizó con ayuda de las guías de observación, pero estando atenta a todo lo que ocurrió en el campo. Se utilizó un diario de campo para registrar lo observado. Se realizaron principalmente en los pabellones y en las áreas comunes del hospital.

- *Revisión de información documental*

Se realizó la lectura de ciertos documentos que me proporcionaron algunos trabajadores durante mi estancia en la institución. Estos me ayudaron a ubicar algunos datos sobre la historia de los internos con los que trabaje para después hilarla con su historia oral y así poder realizar una aproximación a la comprensión de su lugar histórico y social en su entorno actual.

- *Registro fotográfico.*

Se le proporcionó a un interno del Pabellón Dos B una cámara fotográfica en el marco de un evento de inauguración de una exposición fotográfica al interior del hospital. La cámara fue entregada en presencia del Director, internos, trabajadores del Hospital y algunos visitantes. Durante los 3 meses y medio del trabajo de campo, el interno tuvo en su posesión la cámara y fotografió lo que deseó sin que se le dieran instrucciones específicas –únicamente se le enseñó cómo usarla-. Al final del trabajo de campo se le obsequió con permiso del Director y un par de semanas después la cámara “desapareció” del lugar en el que el interno la guardaba.

Las fotografías se comprendieron como una forma no únicamente para documentar y conocer el contexto sino como un elemento que nos ayude a aproximarnos al cómo los sujetos construyen y dotan de significados su entorno. Posicionando a los sujetos en un papel activo y reflexivo sobre lo que decidieron resaltar y enmarcar por medio de una cámara, y de esta forma generar las imágenes como producto de sus propias experiencias.

3. Aproximación etnográfica de la institución

En este capítulo busco mostrar algunos aspectos del contexto histórico, espacial y temporal del Hospital psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” para comprender el ambiente cotidiano en el que habitan los internos de dicha institución. A través de algunos pasajes narrativos de los pacientes y trabajadores se abordan las dimensiones *del espacio, tiempo, cuerpo y objetos*. Me interesa indagar cómo los diversos actores dan sentido a la experiencia del encierro posicionándose como agentes activos y creadores de las múltiples realidades que convergen en la institución.

3.1 Antecedentes

*Mi pecado es terrible: Quise llenar de estrellas.
El corazón del hombre. Por eso, aquí, entre rejas,
en veintidós inviernos perdí mis primaveras.*
Marcos Ana (2007)

Era un 5 de febrero de 1970. Carlos Castañeda disparó el arma que había comprado meses atrás con los ahorros de muchos años. Se dirigió al Monumento a la Revolución y accionó el arma contra un coche negro que estaba parado enfrente de él. Matar al presidente Gustavo Díaz Ordaz era su objetivo. Aún con la planeación de dos años, falló. Había muchas personas, y en su afán de no lastimar a nadie la bala pegó en el chasis del automóvil donde viajaba el titular de la Secretaría de la Defensa Nacional. Estando en el campo militar número uno, después de días de tortura, ante la pregunta de quién lo había enviado a cometer el magnicidio, él solo respondía que su misión era matar al presidente de la república para vengar a los estudiantes del 68.

“Esquizofrenia paranoide”, dictaba la sentencia. No había otra opción. Un hombre que atentara contra el régimen no podía estar en otro lugar. A partir de mediados de julio del mismo año el “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno” se convirtió en su hogar por 23 años. Carlos Castañeda vivió en un

pequeño cuarto construido específicamente para él y sus necesidades. Vigilancia 24 horas, un colchón, un excusado y una pequeña puerta por donde cabía únicamente la charola de comida. Su vida se desarrolló en cuatro metros cuadrados. Abandonado y destinado a no sobrevivir en aquellas condiciones, en 1993 revisaron su expediente el cual únicamente incluía como motivo de ingreso “atentado de homicidio”. Todo lo demás había desaparecido, por lo que una abogada logró poner fin a su encierro. Su caso salió a la luz pública y algunas personas se interesaron en conocer la historia de este personaje, que se atrevió a llevar a lo real aquello que quedaba en el imaginario de la época. Ya afuera le ofrecieron ingresar a algunos albergues en los cuales duraba apenas unas cuantas semanas. Lo suyo era la calle. Sinónimo de la mayor libertad a la que en su vejez podía acceder, sin horarios, sin paredes, sin medicamentos. Siendo dueño de sus pasos, aún se le puede encontrar vagando por las calles del centro histórico de la Ciudad de México.

Carlos es un sobreviviente. Decidieron mantenerlo como preso político en un lugar donde no únicamente estaría encerrado, sino que además condenaron sus palabras a ese mismo destino. Sus acciones e ideales quedaron enmarcados en un diagnóstico psiquiátrico que parecería despojar de toda voluntad a los sujetos en quien se encarna. Sin embargo, el espacio de internamiento se convierte en un territorio de vida, donde el horizonte vital no está marcado por la esperanza de alguna cura, sino por la construcción diaria de la sobrevivencia. Carlos Castañeda tuvo la posibilidad de ser escuchado por un grupo de personas que decidió devolver la verdad a su palabra. No muchos de sus compañeros tienen el mismo destino, pero mediante sus acciones y discursos nos permiten comprender que siempre hay un espacio de libertad.

La historia de las instituciones asilares en México data del periodo novohispano, con la construcción de los hospitales “San Hipólito” y “La Canoa”. A partir de esa fecha, se crearon diversos sanatorios y lugares para tratar a los que, por una u otra razón, o sinrazón, eran considerados anormales y por ello, un peligro. En el México independiente, sobre todo después de las Leyes de Reforma, los

hospitales religiosos quedaron en manos de diversas instancias gubernamentales, hasta que en 1877 fueron concentrados como parte de la política para la beneficencia pública. Después de varios siglos de existencia, los hospitales “San Hipólito” y “La Canoa” son clausurados. Durante la conmemoración del primer centenario de la independencia de México, es inaugurado por el General Porfirio Díaz, en septiembre de 1910, el Manicomio General conocido como “La Castañeda”; donde fueron trasladados los enfermos de los manicomios antes mencionados. Su inauguración fue un evento importante, en tanto espectáculo social, para la burguesía de la época. Se destinaron los recursos necesarios para que el manicomio compitiera con los mejores de Europa en cuanto a tecnología, tratamientos y espacios. El lugar era un palacio. Sin embargo, poco duró su gloria. Con cupo para 1000 pacientes se llegaron a tener más de 3000. Las condiciones en que se encontraban eran lamentables y el personal no podía cumplir con las expectativas generadas.

A finales de la década de los 60’s los ojos del mundo se encontraban en México debido a las primeras Olimpiadas en el país. En el marco de tan importante evento, algo tenían que hacer con aquel lugar del que salían gritos, cantos, voces sin destinatario y olores que atestiguaban que no todo era prosperidad en la ciudad sede de los juegos. Por ello entre 1967 y 1968, se realizó un programa llamado “Operación Castañeda”, mediante el cual se cerraría y demolería el Manicomio General y se crearían diversos psiquiátricos, para terminar con los internamientos asilares e iniciar un programa de rehabilitación social. Sin embargo, se convirtió en una operación militar de “limpia social”, incluyendo indigentes y presos políticos, como Carlos Castañeda (Carvajal, 2014).

Con el objetivo de acortar el internamiento e instalar un modelo que no permitiera el deterioro social, cognitivo y físico de los pacientes, aquella operación militar dio lugar, en 1967, a la construcción del Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Samuel Ramírez Moreno ubicado en el límite oriental de la ciudad. En sus inicios, esta institución estaba rodeada por campos. Aquellos –en un principio- lejanos espacios fueron pensados desde sus inicios para albergar a pacientes agudos. Al

pasar de los años, el hospital, fue absorbido por la urbe y el objetivo de alejar a los alienados de los beneficios del progreso social ya no se sostiene. “Somos los herederos de la Castañeda”, dijo el director actual del hospital “Ramírez Moreno” durante la inauguración de un evento a finales del año 2016. A paso lento, dicha herencia ha quedado en la memoria y en la palabra de algunos internos y trabajadores que fueron llevados en camiones del antiguo Manicomio, al lugar que prometía cambiar el modelo asilar de salud mental por un lugar sin muros ni rejas. Mismas que se fueron construyendo junto con el característico pausado caminar de sus internos.

El hospital Ramírez Moreno fue diseñado como un hospital campestre en el cual el proceso terapéutico principal consistiera en la agricultura y cuidado de animales, lo cual, a su vez, proporcionaría los insumos alimenticios necesarios para la población. Sin embargo, a los pocos años “se volvió un problema, eran muchos gastos estar dando de comer a los animales y luego era un cochinerero. Después algunos animales se murieron porque nadie les hacía caso y los demás los vendieron, eran muchos animales. Quién sabe qué le pasó a ese dinerito”, relata un enfermero. Así, aquel espacio verde fue cubierto con cemento, las puertas de metal se cerraron y el modelo asilar enraizó.

Actualmente se busca modificar el viejo hospital. Diversos cambios se han realizado para modernizarlo al nuevo ideal de rehabilitación mental, enfocado principalmente al uso de fármacos que permitan la productividad no únicamente de los sujetos sino de la propia institución. “Sí, es que ahorita lo que se quiere es que este hospital ya sea de puertas abiertas, solo pueden entrar por 20 días y con un responsable bien identificado... Sí, que no hayan ya pacientes abandonados porque ahorita la nueva política del hospital es desaparecer a todos los que están ahorita aquí, ya no se aceptan más pacientes así como ellos porque necesitas movilidad, sólo hay recursos para los hospitales que generen más altas, así con las mejores estadísticas de productividad. Imagínate aquí con ellos ya no nos dan recursos y es más difícil modernizarnos, por eso ya aquí a ver con ellos hasta que se pueda liberar ya todas estas áreas...” Así me relataba la situación actual del

hospital una trabajadora social sobre el futuro de aquellas vidas que ya no podrían hacer nada más que esperar ¿Cómo es esa espera?, ¿Cómo las personas que trabajan y viven en aquella institución construyen una cotidianidad en esas condiciones particulares?

3.2 Los espacios

*Solo salgo de aquí si la casa sale conmigo.
Después de tantos años, dejamos de vivir en la casa
y pasamos a ser la casa en la que vivimos.
Es como si las paredes nos vistiesen el alma.
Mia Couto (2010)*

Esta no es la primera vez que entro al “Samuel”. El tiempo ha pasado: casi tres años desde mi primer acercamiento a la institución. “Las cosas han cambiado”, me advirtieron antes de entrar. Ellos no son los mismos y yo tampoco. Los recuerdos se esfumaron y sólo queda volvernos a presentar y contar aquello que ya se había dicho, pero ahora desde otro lugar. Y sí, muchas cosas cambiaron, pero sólo para poder mantener todo igual.

Nuevas estructuras de cemento se erigen en donde antes había árboles. Son las “nuevas unidades”, dice el director del Hospital. Pareciera que la modernidad ha llegado a aquel olvidado lugar: edificios de cristales, cámaras de vigilancia, aparatos sofisticados para hacer estudios médicos. Todo para los nuevos habitantes, mujeres y niños que serán derivados de las consultas, para que en unos meses aprendan términos psiquiátricos y horarios de sus medicamentos y así sean reinsertados de nuevo en sus contextos.



Fotografía Propia. "La Capilla"

Sin embargo, sigo caminando y comienzo a re-conocer el mismo olor a abandono, los mismos viejos pabellones, el pasto sin podar que cubre a los mismos cuerpos que yacen entre él desde hace algún tiempo. Los primeros días que estuve en el hospital, y una vez que sorteaba las preguntas de los cinco policías que cuidan la entrada, me dirigía al lugar que mejor conocía y que me ayudaba a caminar con más seguridad: “La Capilla”.

Es un lugar que aún conserva-además del nombre- los indicios de que en algún momento fue el templo donde acudían los internos católicos a orar y a ejercer su fe. Actualmente es el espacio al cual acuden todas las mañanas entre 10 y 20 internos a pintar y lijar macetas y adornos y, cuando faltan los materiales, entonces uno pinta y otro despinta, en un trabajo infinito de re-creación.

La mayoría únicamente acude para escuchar las canciones que salen de un aparato de sonido y esperar la hora del agua y el pago (de lo cual hablaré en un capítulo posterior). Hay seis mesas de madera y seis sillas por mesa. Las paredes están cubiertas por grandes libreros llenos de las manualidades. Las vasijas llenan cada metro del lugar, colgadas, en el piso, en las mesas, en cajas. Al fondo hay un altar donde se encuentra una imagen de la Virgen de Guadalupe y otras más de diversos santos las cuales han llevado los mismos internos.

El lugar es custodiado por Esperanza, una mujer que desde hace 30 años acude diariamente a trabajar, quien, cuando llegó al hospital se convenció de que era un lugar donde la necesitaban “Este lugar ha cambiado mucho, tiene muchos problemas, pero antes de que llegáramos nosotros con Virginia, era mucho peor. Parecían animalitos, desnudos y flacos, dormían en el piso y les servían la poca comida que les daban en botes grandes de chiles jalapeños, ahí les ponían todo, hasta el agua. Pero entró la comisión y puso un poco de orden y ahora quedó así como lo ves”. Uno de los indicios que podemos encontrar siguiendo las palabras de la trabajadora, nos permite pensar en cómo opera la exclusión a partir del pensamiento dicotómico de cultura/naturaleza. Mediante el despojo de la condición de persona se les suspende el rostro humano y con eso se imposibilita el poder ser reconocidos como un semejante. Es hasta que son sacados de cierta

condición de *animalidad* cuando se habilita el *orden*, como dice Esperanza. Sin embargo el estatuto de persona no les es otorgado del todo ni para siempre, aquella huella histórica se actualiza en la atmósfera cotidiana. Así, la vida de los internos del Samuel se mueve entre dichos registros dependiendo quién los observe, escuche y nombre.

Después de pasar unas semanas en aquel lugar decidí seguir caminando. El hospital tiene cinco pabellones activos: *Corta Estancia*, al cual llegan los pacientes que son derivados de consulta externa y que se encuentran en crisis, son considerados “peligrosos” por lo que no me permitieron el ingreso; *UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)*, donde atienden a pacientes con problemas de salud que necesitan cuidados especiales, sobretodo postoperatorios; *Psicogeriatría*, en el cual se encuentran los internos mayores de 65 años; *Pabellón Uno*, se encuentra dividido en el área de Neurología, donde viven los que tienen problemas neurológicos graves o moderados y el área 1B de los internos con retraso mental profundo”; *Pabellón Dos*, que también cuenta con dos unidades: Larga Estancia, en el que están los pacientes psiquiátricos, y Niños, donde se encuentran aquellos adultos que tienen retraso mental grave o moderado.

Si bien dicha división es funcional a nivel institucional, en la práctica es difícil comprender por qué se encuentran divididos de esa forma, y en la cotidianidad “están los que son muy peligrosos porque se fugan y golpean muy fuerte, los que ya son viejitos o necesitan estar encerrados todo el día, los de Neuro que esos si son peligrosos porque salen de la nada y nadie los puede controlar, los del Uno que ellos no hacen nada, no puedes trabajar nada con ellos. Los de Larga que la mayoría son funcionales y tranquilos, y los niños que esos pues son como niños”, según la descripción de una rehabilitadora. En dichas gradaciones de peligro cotidiano se juegan y corporizan los afectos que se instauran en la institución. Desde ese lugar, algunos internos no han tenido ni tendrán la posibilidad de habilitar y ser habilitados en su condición de otros semejantes. Por lo que, paradójicamente, la violencia aparece como vínculo y afecto de posibilidad de existencia.

El arte de la distribución, le llama Foucault (2009), a la necesidad disciplinaria de distribución de los individuos en los espacios que habitan. El espacio hospitalario “tiende a dividirse en tantas parcelas como cuerpos o elementos haya que repartir...siempre, en el fondo, celular. Soledad necesaria para el cuerpo y el alma.” (Foucault, 2009:166). La distribución especializada responde a lo que vimos en el pasaje anterior, la percepción de peligrosidad de los cuerpos y la funcionalidad de los internos. Las agrupaciones de los sujetos según la jerarquización de atributos propicia fronteras simbólicas y reales entre los habitantes. La distribución del Samuel no sólo asegura la necesidad de vigilar sino de romper posibilidades de encuentros prolongados. Es notorio que hay pocos espacios –yo únicamente pude presenciar uno- que posibiliten las actividades grupales, las cuales siempre están custodiadas. Recordando lo que Foucault nombra como espacios médicamente útiles, en los cuales poco a poco los espacios administrativos y políticos se fusionan con los espacios terapéuticos. La operacionalización en los cuerpos de los sujetos se observa no únicamente en la existencia de rejas internas, puertas con candados sino en la emocionalidad que habita dichas fronteras, el miedo de cruzarlas y la ansiedad por saber que hay afuera no únicamente del hospital sino de sus propios pabellones.

Psicogeriatría es el primer pabellón que ves cuando entras al hospital y el último al que llegan los internos. Sus techos son muy altos y está rodeado por ventanas que permiten ver algunos árboles y los caminos de cemento que llevan a otros lugares. El pabellón es un semicírculo que tiene en el centro la estación de enfermería. Allí permanecen dos enfermeras sentadas, quienes se tienen que parar para poder ver lo que pasa en el espacio. A unos pasos hay seis sillones y una pequeña televisión colgada que proyecta caricaturas todo el día. Hay 30 camas que forman dos filas. Son de metal con pintura blanca desgastada y sucia. Las colchonetas son delgadas y cubiertas por vinil negro. El baño se encuentra junto a la puerta de acceso principal; adentro no hay puertas, solo tres regaderas, una manguera y cuatro retretes. Enfrente está el comedor: tres mesas grandes con sillas que si se necesita se convierten en mesas para jugar dominó y lotería.

El olor en aquel lugar es penetrante. Al principio intenté aguantar la respiración, esperando que la próxima entrada de aire fuera más fácil, pero no lo logré hasta que dejé de pensar en eso. Buscaba alguna entrada de aire fresco pero las ventanas estaban selladas. La puerta únicamente se puede abrir desde afuera. Sofocada y encerrada, me fui acostumbrando al olor que nadie más parecía percibir.

Todo espacio opera siempre por contiguidad, es decir, excluye e incluye. Nadie quiere estar en “Psico”: una vez que entras, sea por castigo o por edad, ya no hay salida. Sentado y dormitando encontré a Pablo. Tenía unas semanas de haber sido trasladado. “Me trajeron porque dicen que comía basura pero mienten... Yo no quiero estar aquí, es muy aburrido no hay nada qué hacer, extraño estar afuera, quiero caminar. Llévame con las monjitas.” Pablo estuvo 28 años en el Pabellón Dos. Su cama estaba al fondo del largo pabellón lejos del cuarto de enfermería, lo que le permitía ir, venir y dormir con más libertad de la que ahora tiene permitida. “¿Has ido a la Capilla?, ¿sigue Esperancita?, ¿los demás siguen yendo?, ¿quién está?, ¿has ido a mi cama?”. Eran algunas de las preguntas que Pablo me hacía continuamente. Le di las respuestas que sabía y después fui al que fue su hogar por muchos años, pregunté por el futuro de su cama. Su cama estaba y se espera que siga así. Mientras Pablo se encuentra angustiado por el despojo de la única certeza que tenía en aquel lugar: la seguridad de su cama, todo lo demás seguía su curso.

El Pabellón Dos es una construcción grande dividida en dos secciones. A la izquierda está el dormitorio de los internos diagnosticados con algún padecimiento psiquiátrico. Ahí están Alejandro, Felipe, Martín, Noé, Walter, Briseño y treinta hombres más que, si se “portaron bien y están estables”, salen a hacer diferentes actividades en algunas áreas del hospital. Es el único pabellón que no tiene comedor propio porque utilizan el principal. Del lado derecho hay una sala de televisión conformada por tres hileras de sillas, la mayor parte rotas e inutilizables y una pequeña televisión colgada en la pared que acababan de recibir como donativo, pero que “alguien le movió y ahora se ve de lado, solo puedes ver el

programa de baile si volteas el cuello pero duele y todo se te voltea y además es difícil seguir los pasos así chueco, ya mejor ni la veo porque me enoja. Además las enfermeras tienen el control y solo algunas la quieren prender.”, dice Alejandro. Aún con el problema técnico y con el frío característico de los pabellones –que en invierno es difícil soportar-, siempre hay un par de internos sentados viendo el aparato sin importar si está prendido o apagado, volteado o derecho.

Pasando la sala hay un pasillo con cuatro habitaciones del lado izquierdo. Las dos primeras están cerradas. Sigue un consultorio médico y al final está el área de rehabilitación psicosocial –lugar donde estuve más tiempo-. Este es un pequeño espacio con mesas que utilizan para pintar y jugar, una televisión en la que ven películas y videos de música. También está el escritorio que Alejandra comparte con la rehabilitadora que trabaja entre semana y dos estantes con llave donde cada una guarda su material. Ambas se encargan de las terapias ocupacionales y rehabilitación social, es decir, de enseñarles manualidades y destrezas comunicativas que faciliten la convivencia diaria con los demás internos y trabajadores. Aunque en sus propias palabras su trabajo consiste en hacer más llevadera su estancia y distraerlos con actividades que disfrutan para que no se aburran.

Ahí conocí y aprendí de Miguel: “es como un niño de 5 o 6 años”, me decía la enfermera, pero es un hombre de 45 años, pensaba al ver la barba asomándose tímidamente en el rostro que empieza a mostrar algunas arrugas. Pero sí, hay algo en la mirada de Miguel que no pertenece a él ni a su edad. Miguel lleva ahí casi tres décadas. Según algunos trabajadores es de los que mejor conoce el hospital y a quienes ahí habitan. Su cama es la del fondo del Pabellón de Niños, aquella que tiene una almohada de los personajes de *Toy Story* –la película donde lo inanimado para algunos en realidad desborda vida, como veremos a lo largo de estas páginas algo así también pasa dentro de los muros del hospital-.

A lado de su cama tiene un par de casilleros donde guarda sus cosas más preciadas. Es el único paciente en el hospital que tiene ese privilegio (en otro apartado ahondaré más en esa situación). Cerca de su cama está un pequeño

cuarto que ahora funciona como comedor, pero que antes era el lugar donde encerraban a los que presentaban alguna crisis. La estación de enfermería se encuentra en la entrada, un mostrador que funciona como barra para poner la ropa limpia, más allá hay un cuarto donde los enfermeros y enfermeras tienen un par de mesas y sillas, repisas para poner sus cosas personales, un estante con medicamentos y un baño para uso exclusivo del personal.

“Ven yo te acompaño hasta la puerta del Uno”, decía Miguel, quien junto a Felipe y Alejandro hicieron mi estancia en el hospital más segura, “Nosotros te vamos a cuidar” decían. Tomado de mi brazo comenzamos a caminar. No pensé que fuera tan complicado su andar hasta que lo sentí. Su peso caía sobre mí con un caminar rápido, pues dejar de caminar implicaba poder caer. Llegamos al pabellón donde ya me esperaba un enfermero quien me daría una entrevista, advertida de que no tenía tiempo libre y tendría que acompañarlo durante sus actividades matutinas.

En la puerta hay dos guardias, quienes no dicen nada sobre mi estancia ahí. Sorteando al “Cobijas”, señor que “pasa el día sentado en el suelo enrollado en cuatro cobijas que nadie se atreve a quitarle, así como lo ves nos corretea y pega duro”, comenta el trabajador. Nos quedamos en el patio, donde “todos están muy mal pero intentamos hacer lo mejor para ellos, darles de comer, bañarlos, vigilar que no se vayan a quemar con el sol y que no se coman sus excrementos y darles sus medicinas”. El Con paciencia me fue contando un poco de la historia y el diagnóstico de cada interno que se nos acercaba. Jorge nos siguió desde que entramos y parado frente a nosotros me veía fijamente, con una mirada incómoda y con ráfagas de amenaza. “Ese es bien mañoso, vamos adentro que es la hora de la comida”, dijo el enfermero.

La puerta está cerrada por dentro, tocamos y una enfermera nos abrió mientras les gritaba a los que estaban afuera que ya era hora de la comida. Enfermería está enfrente; a la izquierda y a la derecha hay camas; al fondo están las mesas donde comen. La experiencia de entrar ahí fue más fuerte de la que había tenido en otros pabellones. Algunos internos completamente desnudos estaban sentados o

acostados en el piso; otros hacían sonidos desde su cama mientras en el fondo se escuchaba música que salía del lugar de enfermería.

Olía a orina y sudor. “¿Quieres ayudarnos?”, me pregunto Rogelio el enfermero. Ante mi entusiasta respuesta contestó “Vale, te voy a dar a uno tranquilito, vamos Max te voy a vestir y ella te va a dar de comer”. Levantó a un hombre del suelo; lo ayudé a ponerle una playera y nos dirigimos a las mesas. Puse tres pastillas en su lengua y con la otra mano tomé un vaso de agua de jamaica que vacié lentamente en su boca. El líquido se salía, pero al grito de una enfermera “Estás ensuciando todo, cochino”, Max cerró la boca y pude continuar con la tarea de darle de comer. El grito pone en acto y expresa en el cuerpo el reglamento y el intento por regular los procesos corporales, encarna la rectitud, por medio de él el cuerpo re-siente la institución. Max tiene la boca muy grande y la cuchara parecía pequeña ante su hambre. Tenía miedo de que se ahogara, por lo que preferí no llenar la cuchara y darle la sopa despacio, “apúrate o te va a robar el plato y lo va a aventar”, me dijo Rogelio. Aumenté la velocidad: no hay tiempo para disfrutar la comida, para encontrar el sabor de la sopa de pasta. Al terminar con los tres platos de sopa le



Fotografía tomada por Miguel. "Jardin"

ofrecí agua, cada que acercaba el vaso a su boca movía la cabeza. Entendí que no quería.

Mientras abrí el yogurt escuché un fuerte grito a lado mío. Un interno había tomado el plato de otro mientras éste lloraba y gritaba para llamar la atención de los enfermeros quienes corrieron pero ya era tarde, la sopa se desbordaba por la boca llegando al piso. Cuando se sintió atrapado decidió aventar toda la comida, la que cayó por todos lados, incluida mi cabeza, enseguida lo sacaron al pabellón y al otro le repusieron su ración.

Para limpiar mi ropa y cabello una enfermera ofreció llevarme a su lugar, el cuarto que había visto al entrar. “Siéntate, ¿quieres un vasito de Coca?” Entraron los demás enfermeros y cerraron la puerta con seguro y un pasador que estaba en la parte más alta de la puerta “Ya los sacamos, ahora sí vamos a descansar”, dijo uno. Algunos leían el periódico y otros fumaban. Mientras, la enfermera me contaba algunos de sus juegos mutuos de vigilancia y transgresión. Los trabajadores tienen que poner seguro en la puerta del área de enfermería porque si no los internos entran y se roban las cosas, sobre todo el refresco que entre trabajadores e internos es uno de los bienes más preciados. Después de un rato salí de aquel cuarto y sí, el pabellón estaba vacío y todos los internos dormían o descansaban en el jardín. Separar y encerrar-se es un mecanismo que funciona, en este caso, para hacer una descarga de las responsabilidades ante el otro como carga. El cansancio del cuerpo que soporta al otro en una red, en ocasiones, endeble y efímera muestra a los cuerpos afectando y siendo afectados aunque estén encerrados. Incluso en el *bunker* que los enfermeros han construido dentro del pabellón sus pláticas y preocupaciones refieren a aquellos que se encuentran afuera.

Si bien la institución provee un espacio físico delimitado para el curso de la vida cotidiana, los actores que lo habitan se apropian y cambian sus significados y usos “Ese se la pasa abrazando a los árboles, los besa y no se les despegas y así como ahorita lo ves pasa horas.” decía Rogelio mientras pensaba qué implicaría para aquel sujeto relacionarse de esa forma con su entorno. Aún con el marco institucional dado y la administración de necesidades acotadas a tiempos y espacios específicos, cada pabellón favorece cierta agencia sobre el espacio que dependerá en gran medida de la capacidad de movilidad física y/o afectiva de cada interno.

Cada lugar que observaba en el hospital me daba la posibilidad de estar ante nuevas formas de vidas posibles, las cuales surgen con las negociaciones cotidianas entre los sujetos y la institución. Algunas de las resignificaciones espaciales que surgen de la tolerancia institucional parecerían legitimar su propia

labor y existencia. En diversas ocasiones caminé junto a Martín, Alejandro, Miguel o Felipe, “vente por acá” escuchaba todo el tiempo, los caminos que llevan de un espacio a otro están marcados en el piso con placas de cemento, mientras que como ramificaciones salen de él caminos de tierra, ya sin pasto ni piedras, en los cuales ellos prefieren caminar. Ya sea por ahorrarse algunos metros o porque en el cemento se siente más la temperatura en los pies descalzos de algunos. Otros deciden a mediodía darse baños con tierra o en medio de algún jardín utilizando el agua del aspersor, a pesar de que la hora del baño en la regadera es a las siete de la mañana.

Martín es uno de los internos que trasladaron de la Castañeda al Hospital Ramírez Moreno. Pequeño, de tez morena y ojos pequeños, con las manos y pies deformados por las *reúmas*. Él me pregunta: “¿ha visto la casa del doctor?...Sí allá arriba, allá por donde está la Capilla, está derecho arriba, donde está la Capilla, está cerca, está *ansina pa* arriba, está la casa del doctor Talayero, el que nos cuidaba el año pasado, allá está la casa. Antonio Talayero, él es el jefe, mi padre...”.

Ese doctor subió a Martín al camión que lo llevó al “Samuel” con la promesa de que se mudaría a su casa. No pudo rechazar aquella invitación. Tan arraigada quedó en sus recuerdos que hoy en día sigue actuando como un imperativo vital. Él llegó al Pabellón Uno: a la cocina del doctor de la cual aún extraña el sabor, al jardín del doctor, el cual todavía *deshierba* todas las mañanas, a una casa que desde el recuerdo se impone para ordenar y dar sentido a su actual existencia.

“A mí me gusta ejercitarme para mantenerme sano, mira así empiezo...”, Alejandro me llevó a conocer su rutina diaria. Primero calienta su cuerpo apoyado en un árbol para hacer flexiones, después corre por todo el hospital y finalmente utiliza los barandales que están en la entrada de uno de los imponentes nuevos edificios, que aún permanecen cerrados, como barras de gimnasio. “Antes ahí había una cancha para jugar pero ya nos la quitaron, antes también ellos podían andar más allá afuera, pero ahora sólo de allá para acá porque dan mala imagen a los que vienen de fuera”, decía el enfermero Fernando refiriendo a algunos cambios que

se dieron en el espacio a partir de las nuevas construcciones. Y es ahí donde el lugar “ahí, afuera” se va cruzando con el tiempo “antes, ahora” en los relatos de los internos y trabajadores, también en los colores, lo nuevo es lo rojo con blanco, lo viejo lo azul con blanco. Las temporalidades se concretan en la espacialidad de las actividades diarias. Si bien, podríamos pensar que el ser depositarios de las acciones de los otros elimina las incertidumbres cotidianas estas únicamente se reducen cuando lo cotidiano responde como estabilización del sentido.

El óxido que se exhibe en la mayor parte de los muebles permite observar cuántas veces se ha pintado y cuántas se ha vuelto a desgastar. Así el tiempo se vuelve un eje importante en la cotidianidad, no sólo de los lugares sino de los cuerpos, de las historias y de los objetos. En el siguiente apartado podremos dar cuenta de algunos hilos de la experiencia que anuda el tiempo y sus diversas formas de experimentarlo. En algunas ocasiones se suspende el tiempo encarnado en los cuerpos catatónicos que vuelven sobre sí mismos, en otras ocasiones los cuerpos agitados exaltan la inmediatez del tiempo, salen de sí mismos y se funden con la excentricidad del afuera.

3.3 El Tiempo

*Somos dueños del tiempo solo cuando el tiempo se olvida de nosotros
Mia Couto (2010)*

“-¿Cuántos años llevas viviendo aquí Martín?, le pregunté.

-Uh, yo ya tengo aquí muchos años, muchos tiempos... ya que me trajo aquí el doctor Núñez, él me sacó allá de la casa del 1, vamos Martincito vamos para tu nueva casa, pero ¿y yo?, ¿cuál casa tengo? Si no tengo casa... Mi casa es allí abajo en el Uno, ahí me quedo, donde estaba el campo, donde nacen las cosas...”

Una de las primeras cosas que pude ubicar al hablar con algunos de los internos del “Samuel”, fue su relación con el tiempo. Algunas veces fue frustrante para mí no poder obtener algunas respuestas a las preguntas que en ocasiones quedaban

en el aire y que otras eran contestadas con palabras que no esperaba. ¿Qué hiciste en la mañana? ¿Qué harás en la tarde? ¿Cuántos años tienes? ¿Cuánto tiempo llevas aquí? ¿En qué año llegaste aquí?

No existe un uso lineal del tiempo. No hay relojes que los internos puedan consultar para saber en qué momento del día se encuentran. Tampoco hay calendarios que les indiquen el día o el año en el que viven. Saber su edad no sirve ahí adentro y algunos recuerdan el año en el que llegaron y otros saben que es suficiente olvidarlo. Como dice Martín, son muchos los tiempos que se cruzan con muchos años y que dan lugar a narraciones que remiten a historias del adentro y del afuera. El tiempo y lo que de él se dice desborda a la institución, se compone de recuerdos y olvidos en la simultaneidad del pasado y presente.

En el hospital se respira nostalgia. Alejandro me dice, “mi papá que ya falleció, ya no está aquí, yo lo recuerdo. Mi familia quién sabe cómo esté. Mi papá era el único que se hacía cargo de mí, se llamaba Manuel, bueno se llama, siempre se llamará así ¿verdad?”. Jesús canta la canción *Gloria* del grupo *Them* porque le recuerda a su hermana Gloria, la que lo llevó al hospital hace 8 años y de la que sólo le queda el nombre. Algunos de los sujetos con los que pude platicar aún pueden recordar su vida antes de entrar al hospital, recuerdan nombres, lugares, canciones y algunas situaciones de su infancia o juventud.

“Allá en otro hospital, allá era más bonito nos daban más comida y jugábamos ¿Te acuerdas?”, le pregunta Miguel a Walter quien asiente con esa sonrisa que lo caracteriza. Miguelito, Walter y Noé se conocieron cuando eran muy pequeños, de dos o tres años, calcula la trabajadora social. Llegaron al Hospital Psiquiátrico Infantil en situaciones similares. Abandonados en la calle fueron llevados en calidad de desconocidos y ahí vivieron algunos años hasta que fueron trasladados al “Samuel”. Aún son muy buenos amigos.

“Allá si nos daban de comer”, incrimina Miguel a las enfermeras cuando se queda con hambre, “allá teníamos más juguetes, allá no hacía tanto frío, allá nos ponían más películas, allá había más música.” Acá Miguelito fue trasladado cuando cumplió la mayoría de edad, acá Miguelito, con sus 45 años, sigue exigiendo que

lo traten como el niño que dicen que es, dulces, fiestas, risas, juegos y pelotas. La infantilización a la que son sujetos los internos no únicamente está marcada por el discurso médico sobre la “edad mental” de aquellos con un diagnóstico psiquiátrico que indica principalmente, según me explicaba una doctora “algunas de las capacidades y habilidades sociales, motrices e intelectuales que tiene una persona”.

Para Norbet Elias (1989), el tiempo es una forma en la que nos orientamos en los flujos de acontecimientos y es también “un símbolo de relación que un grupo humano establece entre dos o más procesos, de entre los cuales toman uno como referencia o medida de los demás” (Elías 1989:56). Así, el tiempo y sus edades son unidades relacionales que si bien, nos ayudan a orientarnos, no tendrían por qué ser determinantes en las experiencias no hegemónicas de situaciones de vida.

En el hospital, entre la edad mental y la edad biológica no existe una correspondencia como marcan los parámetros de normalidad y de salud. Esos marcadores están directamente relacionados con la capacidad de independencia que tienen los sujetos. La supuesta falta de capacidades para hacerse cargo de ellos mismos y las pocas posibilidades de sobrevivir sin la tutela institucional legitiman las diversas prácticas institucionales y los mecanismos que impiden el desarrollo y ejercicio de la independencia y autonomía de los sujetos. El tener que ser cuidados y encerrados por su propio bien y el de la sociedad –discurso que sostiene el funcionamiento del internamiento psiquiátrico- impacta en las formas en que los sujetos se narran a sí mismos y construyen su cotidianidad.

Aún en ese contexto tutelar y de dependencia, los internos del Samuel encuentran espacios de agenciamiento y ejercicio de algunas libertades que otorgan sentidos a sus vidas. El ser “como niños” es una de las formas de vivir y de interactuar en el encierro, como veremos en el capítulo dos, la creación de vínculos afectivos dependerá –en cierta manera- de la percepción que tengan los trabajadores de los internos. Qué tan vulnerables o no los perciban, qué tan niños o no sean.



Fotografía tomada por Miguel. "Los Sillones"

Muchos son los tiempos, los niveles de temporalidad, en los que habitan los internos, y son los mismos que constituyen al hospital. Por lo tanto puedo identificar dos formas de aproximarnos a la dimensión de la temporalidad. El primero es el *uso* del tiempo, el cual se puede entender, por un lado como el tiempo en tanto *recurso de la institución*, el programado

y rutinario que enmarca las actividades diarias y por el otro lado, el uso y creación del *tiempo negociado*.

Para Foucault(2009), el tiempo es una vieja herencia del control de las actividades. Los dispositivos del poder pretenden ajustar el cuerpo a imperativos temporales. El día en el hospital comienza a las seis de la mañana con el baño diario. "No te creas, nos cuesta trabajo bañarlos a todos, sobre todo cuando hace frío no quieren. No creas que los bañamos con agua fría pero a veces los de las calderas llegan tarde y si hace mucho frío mejor nada más los limpiamos con toallas", dice un enfermero. A las siete hay cambio de turno de los trabajadores, cuando llegan todos, se sirve el desayuno y se reparte las medicinas. "Pasan la mañana afuera o aquí adentro si no pueden salir y a la una les damos de comer y las medicinas. Después vienen a que les tomemos la presión y vuelven a salir", continúa el trabajador.

Una vez que han desayunado, algunos se dirigen a la Capilla o a sus demás labores, lavar algún coche, ayudar a los enfermeros, comprar por medio de la reja un encargo, dormir, caminar o deshierbar. A la una de la tarde es la hora de la comida y la segunda dosis de medicamentos. Minutos antes salen los trabajadores del comedor con charolas llenas de platos que llevan a los pabellones para aquellos internos que no salen, algunos utilizan bicicletas para trasladarse más rápido.

Las tardes son más tranquilas, el personal administrativo sale a las cinco de la tarde y el hospital queda con pocos médicos y enfermeros. La cena y la última dosis de medicamentos es a las cinco de la tarde “y ya se quedan adentro porque si no se ensucian. Los dejamos acostados para el turno que entra a las siete de la mañana. Eso es todos los días pero pues hay que estarlos cambiando porque se hacen del baño o vomitan y si es mucho batidillo pues hasta los tenemos que meter a bañar y lo malo es que casi no tenemos ropa”, dice un enfermero del Pabellón Uno.

De esa forma la institución mediante las rutinas y la administración de las necesidades disciplina a los sujetos ante su “incapacidad” de hacerlo ellos mismos. Hay horas dispuestas para cada actividad cotidiana. Una mañana me dice Roberto, “Quería ir al baño y no me dejaban entrar porque los estaban lavando, siempre lo hacen antes pero ese día decidieron hacerlo después. Yo ya no aguantaba y le pedí permiso a las enfermeras para usar su baño, pero no me dejaron. Le dije a la señora que me dejara entrar rápido y no iba a ensuciar pero me cerró la puerta así que me cagué ahí afuerita del baño. Hay cosas que no se pueden controlar, ¿no? No me pueden decir cuando cagar y cuando no”. Es así que, a pesar de los tiempos rígidos que constituyen las rutinas diarias del hospital cada día es distinto, siempre existe la posibilidad de que algo pase y modifique aunque sea por unos segundos el tiempo institucional.

El *tiempo negociado* es el que se va imponiendo en la cotidianidad, la cual en este contexto puede ser pensada como un terreno en disputa entre la rutina y la creatividad, entre la institución y sus actores. Así, los internos son agentes que intervienen y actúan ganando espacios y convirtiéndolos en sus territorios vitales.

Los días de fiesta son los más esperados. La rutina cambia: llegan visitas, hay música y bailes, comida y dulces. “Es el día de descanso para ellos, pueden comer y hacer lo que quieran porque casi nadie los vigila. Ya sabemos que en la noche todo es un vomitadero y todos se sienten mal, lo bueno es que es solo tres veces al año”, me dice la trabajadora social mientras platicamos en la posada

navideña. A Pepe le gustan los relojes y a falta de uno me pide que se lo dibuje en la muñeca izquierda marcando las once.

Aunque ahí adentro y con las canciones de la estación de radio “El Fonógrafo” el tiempo pareciera ir a otro ritmo, hay momentos en los que unos segundos pueden hacer la diferencia. Los internos saben que cualquier cosa que caiga en sus manos puede desaparecer muy pronto, por lo que atragantarse con la comida es bastante común: una de las causas de muerte más recurrentes es la broncoaspiración.

Como parte de la nueva etapa del hospital, aquella que se espera no tarde mucho en llegar, para que el “Samuel Ramírez” pueda ser considerado una institución modernizada y de *puertas abiertas*, se hicieron algunos cambios que impactaban directamente en la experiencia cotidiana de sus habitantes.

Por algún tiempo se generó la posibilidad de instaurar un nuevo tiempo y con ello una posibilidad que casi ningún interno contemplaba: el del alta por máximo beneficio. Dicha medida consiste en “regresar a su núcleo familiar a los pacientes por los que ya no se puede hacer nada, los que ya están lo mejor que podrían estar y por eso ya pueden volver. Con esto de los derechos humanos pues ese es su derecho: estar con los suyos”, según me explicó un enfermero.

Pero nadie –o casi nadie- quiere salir, los suyos están ahí adentro. “Sacarlos es una sentencia de muerte”, me dice la rehabilitadora. La mayor parte de los internos son conscientes de esa realidad y la frase de “afuera están los verdaderos locos” es muy común. Algunos internos, como Roberto, que se han enterado de su posible salida, han manifestado su enojo directamente con el Director del Hospital, y después de una serie de revisiones, sus casos han quedado en el olvido. Sin embargo, otros no han tenido el mismo destino.

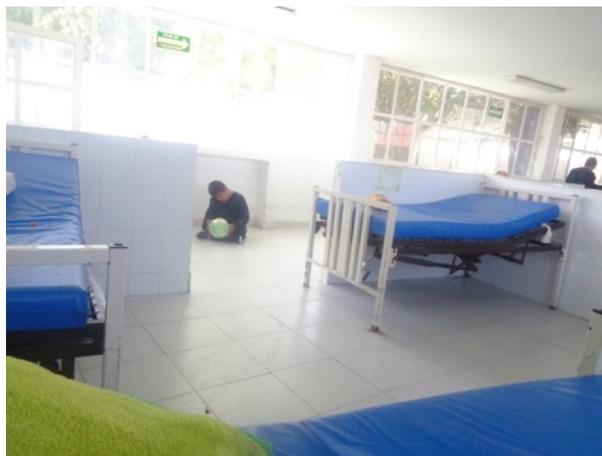
Jaime fue un interno que conocí la primera etapa en la que acudí al hospital. Platicaba mucho con él, me contaba de su mamá y de los diez años que llevaba internado. Vivía por Tacubaya con su familia y había pasado algunos años en el

Reclusorio Norte. Sus grupos de música favoritos eran *Queen* y *The Beatles*, nos gustaba cantar *Yellow Submarine* mientras caminábamos hacia el Pabellón Dos.

En esta nueva experiencia de investigación, lo busqué y al no encontrarlo le pregunté a Fernando –enfermero del pabellón- por él: “Ya lo dieron de alta. Un día se lo llevaron y se lo entregaron a su mamá con una caja de medicinas para un mes, eso fue todo. Cuando regresaron la mamá se vino en un taxi y se puso a gritar en la entrada que dejaran pasar a su hijo de nuevo, pero ya no podía volver a entrar nunca. Estuvo un rato ahí afuera y paró un taxi, le dio 20 pesos a Jaime para que fuera a comprar unos dulces al puesto y cuando él se dio la vuelta la mamá se fue y ahí lo dejó. Estuvo mucho tiempo ahí afuera y después desapareció. Quién sabe qué fue de él. Yo si lo extraño”.

El mismo final que Jaime tuvo, lo tuvieron otros internos como Humberto. Cuando preguntaba por él, sus compañeros me decían que estaba enfermo y no podía salir de su cama. Un par de veces pensé en entrar a buscarlo, pero preferí preguntarle a una enfermera quién me dijo que había sido dado de alta hace un año. Dentro de la institución, en diversas ocasiones la *verdad* no se puede comprobar por medio de una supuesta *realidad objetiva*, pues las verdades y saberes colectivos crean realidades que otorgan sentido a las experiencias vividas. Realidades más vivibles.

La muerte, el olvido y el recuerdo salieron continuamente en las entrevistas que realicé con las doctoras, con los enfermeros y con otros trabajadores. “Pasan muchos años aquí, los ves diario y de repente algo les pasa, se mueren o salen. Con el tiempo te vas olvidando de ellos, no quedan huellas. Yo ya no me acuerdo de todos pero es importante recordarlos porque fueron personas que existieron”, decía una doctora.



Fotografía tomada por Miguel. "Pepa y la pelota"

Fernando, el enfermero del Pabellón Dos, me comentó en una plática, “Por eso las fotografías son importantes. A muchos no les importa pero yo sí quiero y extraño a algunos que ya no están. Las fotos son como esas huellas, deberíamos hacer un collage con todos ellos para que diario nos acordemos que trabajamos con personas”. Esas palabras aún resuenan en mí ¿Cómo no olvidar a aquellos que pareciera no están destinados a permanecer sólo en el recuerdo?

“Mira lo que te traje, pon la mano”, me dice Alejandro mientras pone unas semillas de mandarina en la palma de mi mano. “Es para que no te de hambre, cuando llegues a tu casa las siembras, les pones agua y cuando crezcan vas a poder comer mandarinas. Y te acuerdas de mí. ¿Cuándo te vayas te vas a olvidar de mí? ¿Hasta cuándo vas a venir? ¿Y si algún día te casas y me olvidas?”.

Los relatos de los internos no son narraciones continuas ni historias de vida, sino algunos retazos de lo que no quiere o puede ser olvidado. Con José Luis tuve una larga plática emotiva y entrañable. La forma en la que él narraba su historia era tan impactante como lo que decía. Durante la entrevista, su tiempo y el de la grabadora no correspondían, había minutos en los que el silencio se hacía presente, no porque ya no se tuviera nada que decir sino por el esfuerzo del sujeto para recordar. Su cabeza giraba en círculos, abría la boca para que las palabras salieran pero no se escuchaba nada. Después de varios minutos, el despliegue de la performatividad corporal se diluía ante un flujo de palabras que rápidamente eran expulsadas.

Tres horas de grabación y una hora de intentos titánicos por contar su historia, Jose Luis narra: “A los 18 años me caí de un segundo piso, empezaron las convulsiones, muchos estudios médicos. Diagnóstico: epilepsia por una hipersensibilidad subcortical en las zonas temporales del cerebro. Vivía con mi madre y trabajábamos en una miscelánea por Buenavista. Mi padre y mi madre no la llevaban bien por sus vicios. Mi madre muere y mis familiares me ingresan y no vuelvo a ver a nadie. Tengo 72 años. Mis hermanos me dejaron aquí, mi hermana sí venía antes pero ya no quiso seguir con los pagos de mi hospitalización y ese

día se despidió de mí diciéndome hasta nunca. Y me hice a la idea que yo iba a tener epilepsia el resto de mi vida y ahí es cuando yo ya no quise saber de mí”.

José Luis sabe que el tiempo ha pasado, ya no le gustaría salir del hospital porque no sabría qué hacer afuera. Fue un gran jugador de ajedrez y de cartas, le enseñó a los enfermeros a jugar, pero ahora, casi ciego y con Parkinson ya no lo puede seguir haciendo. Sus días transcurren entre su cama y un sillón, entre el aburrimiento de lo que alcanza a escuchar de los programas que pasan en la televisión y la esperanza de por qué algún día vuelva alguien a visitarlo. José Luis recuerda y es que ellos sólo recuerdan. Sin embargo, el recuerdo es la activación de la memoria. Ahí adentro –y también acá afuera- el olvido es una estrategia de sobrevivencia, es una forma de resolución temporal de lo que aún no se le encuentra, de lo que duele, “Pero nunca, en todo caso, nos encontramos ante un vacío de memoria...” (Reateguí, 2009:365). Con José Luis podemos pensar que en ocasiones un olvido puede ser un hueco discursivo que por el contrario no carece de sentido sino que se encuentra sobresaturado por acontecimientos que pertenecen a un trauma en la historia subjetiva y social del sujeto.

Es importante subrayar que aunque el contexto de la patologización de los actos de los internos nos lleva a pensar que las lagunas y olvidos en sus historias son parte de la enfermedad, ir más allá de pensar a la memoria únicamente como un proceso psicológico o biológico nos ayuda a comprender el acontecimiento social que implica el recordar o el olvidar. La memoria no es la fidelidad del acontecimiento, sino una recreación selectiva de los mismos y de resistencias a lo que no se deja decir. La re-escritura del pasado por medio de actos conmemorativos, como la fecha de ingreso al manicomio, la última vez que vieron a algún familiar o alguna pelea con uno de sus compañeros permite escribir también el presente y el futuro –recordando que esos conceptos son construcciones sociales que dependen de los grupos de pertenencia-. La memoria cumple con la función social de reforzar vínculos y afectos, no se recuerdan momentos al azar sino aquellos que son revestidos por cargas afectivas en su intento por socializarlos.

Aunque la performatividad de José Luis es el recuerdo de que la realidad se impone, el encierro y el contexto no le permiten olvidar del todo y el recuerdo emerge. Elizabeth Jelin (2001) menciona que para que la memoria pueda ser hablada, transmitida y escuchada tiene que encontrar un marco de sentido que posibilite su emergencia. Los sujetos desde los marcos sociales -espacio, tiempo, lenguaje- en grupos de pertenencia como la familia, religión, clase, instituciones como el hospital - dan sentido a sus rememoraciones individuales en la sociedad como arena de negociaciones –políticas- y disputas –relaciones de poder- por los sentidos del pasado en el presente.

La segunda forma de acercarnos a la dimensión temporal en el hospital es la percepción que se tiene una vez que se está adentro. En ocasiones, un par de horas parecían apenas unos minutos y otras veces la sensación de que no pasa el tiempo, por lo que, cinco minutos podían ser tan largos y agobiantes que era necesario salir unos momentos para seguir. Así, las horas pasan tan rápido o tan lento según la percepción de quienes comparten el espacio hospitalario.

En diversas ocasiones escuchaba a los trabajadores quejarse por las horas que faltaban para que terminara su jornada laboral, “Hoy llegué tarde y me voy temprano, es muy cansado mentalmente estar aquí. Son doce horas de estar al pendiente de todo, ya quiero pedir vacaciones” decía una trabajadora. Las largas jornadas de trabajo y el estrés constante al que se enfrentan algunos trabajadores, es un factor importante para entender el porqué intentan pasar el menos tiempo posible en su ‘puesto de trabajo o en contacto directo con los internos. Para ellos, el tiempo, sobre todo el de su salida, y el aburrimiento de realizar las rutinas cotidianas se percibe como agobiante.

Mientras que algunos internos como Alejandro o Felipe parecían tener siempre prisa, el día no les alcanzaba: ir, venir, subir, bajar, llevar, lavar, cuidar, comprar y hacer. Contrario al supuesto que tenía en un principio, había ocasiones en que los pacientes del Pabellón Dos estaban más ocupados que los trabajadores. “-Hoy podemos platicar?, le preguntaba a Alex. –sí, mi niña, pero acompáñame, camina

rápido y sin caerte porque tengo que regresar por más pacientitos. Te platico mientras camino.”

Para otros internos el tiempo no ha pasado, “Yo soy chiquito, tengo 5 años. Mi mamá está allá, allá me espera. Yo no hice nada y ella me pegó. Allí, está atrás del árbol”, me cuenta Martín B., quién decidió no crecer. Los tiempos y los años de Martín nos recuerdan el carácter social y normativo del tiempo, pues no apegarse a los símbolos y sucesiones instituidos en el desarrollo *normal* de los seres humanos, se encuentra una falla que muestra la inconsistencia de toda patología mental.

“El tiempo es una institución social que ejerce ciertos mecanismos de regulación de carácter coercitivo” (Elías, 1989:55) Como todo mecanismo de regulación social, existe y tiene efectos tangibles en la vida de los sujetos. Pues orienta y ordena las “sucesiones de eventos en diferentes niveles, incluyendo el físico, biológico, social e individual” (Elías 1989:24) De esta forma, el tiempo y los años se encarnan en los cuerpos, los van marcando y bordeando con aquello que llamamos vejez. Falta de dientes, el cabello rapado, las arrugas que en algunos casos son tan marcadas que parecieran mapas, el uniforme –pants azul o rojo y sudaderas de jerga-, y los problemas para moverse, el dolor en las extremidades.

3.4 El Cuerpo

...abandonado hasta lo último, hundido, siempre en el límite, sin importarle nada de su persona, de ese cuerpo que parecía no pertenecerle, pero del que disfrutaba, se resguardaba, se escondía, apropiándose lo encarnizadamente, con el más apremiante y ansioso de los fervores, cuando lograba poseerlo, meterse en él ...
José Revueltas (2016)

El cuerpo, nos dice Olga Sabido es “un auténtico e infalible recurso de sentido que marca zonas de familiaridad y extrañeza entre los seres humanos” (Sabido, 2012: 16). En tanto recurso de sentido el cuerpo es el medio por el cual habitamos el mundo y lo dotamos de significaciones aquello que nos rodea. Por lo tanto, el abordaje que realizaré del cuerpo no lo pienso únicamente desde su dimensión

biológica –importante pero no determinante- sino en su dimensión social y colectiva, pensando en la concepción de Merleau Ponty (2006) del cuerpo sintiente en tanto sentimos a través de otro cuerpo, sentir y percibir no son elaboraciones personales pues siempre estamos relacionados con los contextos y con otros cuerpos. Es en la experiencia de alteridad cuando el cuerpo que habla es escuchado, las narrativas son el vehículo de las experiencias encarnadas. Para Georges Canguilhem (1970), la salud se puede leer como el silencio del cuerpo mientras que la enfermedad es el rumor, de esta forma el hospital suena y grita.

Juan Carlos es un interno del Pabellón de Niños, a sus 35 años es el habitante más joven de la institución y, como sus demás compañeros, él tiene una larga trayectoria institucional. Es pequeño y delgado, sus ojos son grandes y negros, su mirada es fuerte y penetrante. No se comunica verbalmente y apenas emite sonidos con la boca, pero cuando se enoja grita tan fuerte que en otros pabellones ya saben cuándo algo lo incomodó. Su cara y cabeza están llenas de cicatrices, “él se golpea mucho, de repente ya cuando lo vienes a ver está todo lleno de sangre porque se avienta contra la pared. A veces hasta le tenemos que poner un casco o lo sujetamos a su cama cuando tiene crisis”, me comenta una enfermera.



Fotografía tomada por Miguel. "Juanito"

Su cama está enfrente de la de Miguel por lo que pude presenciar la reacción de los enfermeros para *controlar* al paciente: lo cargaban, lo acostaban y lo amarraban. Los gritos y llantos eran insoportables y en algunas ocasiones decidía salir un momento de la sala hasta que terminaba el ritual de sujeción, minutos después entraba y Juan Carlos, dormía mientras un enfermero limpiaba las heridas de su rostro.

Mi primer encuentro con él fue un día mientras dibujaba con Noé, Juan Carlos se acercó a mí, le ofrecí una hoja blanca y un pincel, pero no los recibió. Se paró a lado de mío y tomó mi mano. A partir de ese día su mano fría buscaba la mía cada vez que nos veíamos, no hacía nada más, podíamos estar así varias horas. Si yo me movía, él se movía conmigo y si él quería ir a caminar, yo lo seguía. Él decidía cuando empezaba el encuentro y cuando terminaba. “Mira, ya te quiere.”, me decía la rehabilitadora cada vez que nos veía juntos.

Junto a él casi siempre está “La Pepa”, apodo para un interno cuyo diagnóstico es autismo profundo. Pasa el día sentado en el piso meciéndose hacia adelante y hacia atrás con algún objeto en las manos. Lo que más le gusta es hojear revistas, a veces se detiene en alguna imagen por unos minutos y después sigue pasando las hojas, cuando se terminan, vuelve a iniciar. Él tampoco permite ningún contacto físico a menos que él lo busque, pero su estrategia consiste en conocer su entorno por medio de la boca y del olfato. Acerca sus gruesos labios a alguna parte del cuerpo, olfatea y succiona varias veces, no sólo lo hace con personas pues en varias ocasiones han tenido que sacar de su garganta algunos objetos.

Para Alejandro el olfato es de vital importancia, “alucinaciones olfativas” le llama la psiquiatría actual a lo que para él es la forma de percibir las intenciones de alguna persona y de esta forma sobrevivir en un medio que considera hostil. “¿Lo hueles? Tú también lo hueles, ya me dijeron. Huele a huevo podrido, fúchila guácala. Son ellos, los malos huelen mal. Mejor vámonos de aquí”, me dice Alejandro. Para él no es una cuestión de limpieza no sólo física, sino también de limpieza espiritual. Cuida mucho su apariencia, se baña varias veces al día y procura lavar, aunque sea con agua, sin jabón, su propia ropa. Me dice Alejandro, “Cuando estaba afuera y empezaron las voces, me iba a un mercado de brujos a conseguir un jabón especial contra los demonios y las malas intenciones, después rezaba una oración a los ángeles y eso me calmaba unos días”.

En nuestra cultura occidental, el tacto, el gusto, el oído están sometidos al conocimiento por medio de la vista. Para Marcel Mauss (1979), el uso del cuerpo en cada grupo social se lleva a cabo por procesos de educación de los

movimientos, así las “técnicas corporales son el montaje físico-psíquico-social de una serie de actos más o menos habituales” (Mauss, 1979:354). Los usos que se le dan al cuerpo son históricos, estas técnicas van construyendo y disciplinando cuerpos, configurando hábitos de acción y naturalizando dichos procesos.

La limpieza y la suciedad que refiere el interno son construcciones sociales que para Mary Douglas (1973) las sociedades utilizan con la finalidad de normalizar y rechazar aquello en lo que no encuentran sentido. Para la autora, la suciedad remite a aquello que no está en su sitio, por lo tanto “allí donde hay suciedad hay sistema” (Douglas, 1973:54). Dicho sistema construye lugares que posibilitan la existencia de aquellos que no pueden responder adecuadamente a ciertas exigencias sociales.

El hospital, en tanto depositario de la sociedad social también funge bajo esa lógica. Para lo que algunos es necesario limpiar para otros es la posición desde la cual legitiman su existencia, el olor del hospital y de sus habitantes nos remite a la posición cultural e histórica en la que han estado, alejados lo más posible de los lugares de pureza y limpieza. Si bien, el actual discurso psiquiátrico lleva a cabo diversos métodos de higiene y limpieza, ellos aún huelen.

Son muchos los internos quienes, por una u otra razón no hablan verbalmente, pero a través de la performatividad de sus cuerpos y del uso de la percepción por medio de los sentidos, generan diversas estrategias para crear lazos sociales y así poder comunicarse y aprehender lo que los rodea. El uso corporal de un sujeto o de un grupo social únicamente se puede entender en el contexto en el que éste ocurre. Olfatear al otro, tomarlo por sorpresa o escucharlo aún en su ausencia son acciones que nos aproximan a entender a los internos como estrategias allí en sus propias realidades. Los cuerpos nunca están pasivos incluso en la inactividad, los fluidos, los sonidos y los gritos empujan hacia la construcción de contactos afectivos –en tanto capacidad de afectar y ser afectados-.

Víctor es paciente del pabellón al que nadie quiere entrar y del que nada se quiere saber, ahí en el Pabellón Uno vive desde hace algunas décadas como otros, abandonado casi desde que nació. Se ha ganado el apodo de “Reptar”, gracias a

las cataratas que tiene en los ojos. Desde hace algunos años han ido avanzando eclipsar casi la totalidad del ojo y formar una pequeña ranura color café por la cual aún alcanza a ver ciertas cosas.

Esos ojos de reptil casi inservibles han dejado lugar a la audición, como una de las formas de construir experiencia a través de los acontecimientos que, auditivamente, va captando. Se sienta en su banca favorita a esperar que algo pase. Cuando escucha un pájaro, comienza a reír y a aletear. M indica con una seña que escuche y sólo después de un tiempo, haciendo un gran esfuerzo, logró escucharlo a lo lejos: si lo logro, asiente en forma de aprobación. Lo mismo pasa con los camiones que pasan por la carretera, a pesar de que es uno de los sonidos que más se escuchan cuando estás ahí adentro, para él siempre son una novedad.

“La percepción de la repetición...no da lugar a la pura aprehensión del ritmo. Esa síntesis no surge sin un impulso de creación” (Mier, 2012:23). La repetición crea experiencias en tanto tiene –o no- diversas posibilidades de acontecer, es decir, cada repetición abre sentidos. “Él siempre se cae”, me dice un enfermero refiriéndose a Reptar. La primera vez que se cayó fue a los pocos días de su nacimiento, esto le provocó daños neurológicos *irreparables* y con ello su posterior abandono. 50 años después el sigue cayéndose cuando camina por el patio, una y otra vez, aunque no haya nada que obstruya su andar.

Para Reptar cada sonido no sólo recuerda la existencia de que aún hay vida allá afuera, cada caída no sólo recuerda su *torpeza motriz* sino la posibilidad de que algo sea diferente, quizás esta vez encuentre no únicamente el pasto húmedo en su cara sino algo que lo sostenga. Para Marcela Quiroz (2014), el conocer, como ejercicio de percepción, implica estar *disponible a*, hacer contacto en un acto de disposición corporal, es decir, situarse desde el cuerpo. Inclusive ahí donde lo percibido refiere a experiencias corporales de amenaza y dolor.

“Yo no estoy enfermo de nada. No tomo ninguna pastilla, ¿verdad?” Con orgullo me comenta Miguel a los pocos días de conocerlo. Aún con ello, el cuerpo de Miguel y el de sus demás compañeros son leídos -interpretados- y tratados como

cuerpos enfermos. Cierta día estaba en el área de Rehabilitación Psicosocial pintando con Walter. Alejandra, Noé, Felipe y Marín jugaban lotería en la mesa de junto cuando llegó Roberto gritando que Abel se había salido del pabellón solo. Alejandra levantó la mirada y le pidió que lo trajera de regreso. “El problema es que dejó su silla de ruedas aquí en el pasillo”, contestó Roberto.

En ese momento ella salió corriendo y yo detrás. ¿Abel puede caminar? Pensaba mientras corríamos, nunca lo había visto parado. Abel, su gorra y su silla son inseparables. Tiene una mirada que tranquiliza, le gusta dibujar con crayolas y comer paletas. Ya había llegado al pasillo, no iba agarrado de nada, con impulso y como soldadito caminaba despacio. Alejandra lo tomó del brazo y le gritó: “¿Qué haces aquí?, te vas a caer y me van a echar la culpa”. Abel sólo sonreía, apenas logra articular algunas palabras, pero aquella vez dijo “quería caminar”. Se negaba a regresar. Lo sentaron en su silla prometiéndole que yo le daría una paleta ya que estuvieran de regreso.

Abel y varios más podrían caminar, no son cuerpos enfermos sino atrofiados. No tienen una lesión física que se los impida, pero llevan tantos años amarrados con telas a aquellos aparatos, que pocos recuerdan aquella sensación que Abel redescubrió esa mañana. “Si no los amarran luego se salen y no quieren andarlos buscando por todo el hospital, prefieren tenerlos así. Pero eso no está bien, deberían de ayudarlos a ejercitarse, pero sólo quieren estar sentadas”, decía la rehabilitadora. Así como Abel decidió ir a dar un paseo, cada uno ha ido desarrollando sus propias formas de conquistar los espacios por medio de su cuerpo y transformarlos en territorios de vida.

Belmont es un interno del que casi todos me hablaban. Lleva mucho tiempo habitando su cama, pasa las 24 horas del día ahí acostado porque únicamente puede mover la cabeza. En tres ocasiones el hospital demandó a la familia por abandono, pero los juicios los ganaron ellos argumentando la falta de posibilidades para mantenerlo en el núcleo familiar.



Fotografía tomada por Miguel. "Belmont"

“A él sólo hay que cuidarlo en la comida porque se puede ahogar, después lo limpiamos bien y no hay más qué hacer”, dice Fernando, el enfermero. Sin embargo Belmont, por medio de su boca -que es lo único poco que aún domina- ha desarrollado sonidos para indicar si necesita algo o

si algo le molesta, mordidas para defenderse de alguna agresión y sonrisas para mostrar que algo es de su agrado. La cama se convierte en una extensión de su propio cuerpo y de su campo de dominio.

Para Marcela Quiroz (2014) cuando la capacidad motriz, sensible y narrable de un cuerpo se ve interrumpida, el cuerpo se vuelve un extraño por lo que es necesario aprender nuevas formas de las relativas certezas, obligando al cuerpo a encontrar la verticalidad en otra parte. “Re-fundarse sobre la horizontal, extendiendo su necesidad de contacto sobre más de una raíz...volver el cuerpo rizomático” (Quiroz, 2014:71).

El cuerpo es un recurso y un proceso de memoria. En su materialidad se inscriben tanto elementos creativos como de sujeción. “Así, el cuerpo y la corporalidad dislocan incesantemente los márgenes de lo previsible, las prescripciones y negaciones de los saberes, los linderos y la fuerza de la norma. Pero, al mismo tiempo, ceden a las exigencias de pautas comunes en el diálogo secreto, silencioso, de los cuerpos. Y ceden a la exigencia de acciones conjugadas propias de los ritmos y las dependencias normativas en lo instituido.” (Mier, 2009:17).

Los cuerpos de los internos, como hemos observado, tienen huellas, marcas de otros tiempos y de los actuales. En tanto archivos de memoria, los cuerpos no olvidan. Las manos de Martín acostumbradas a deshierbar todos los días aún se mueven para buscar la hierba seca. Sin responder con la movilidad adecuada, uno

de los dedos, que todavía puede ligeramente mover, presiona contra la masa de carne y sigue quitando el pasto.

No puede no hacerlo, el cuerpo tiene exigencias de no olvido, recordar la identidad desde el entumecimiento es provocar la movilidad de memorias y deseos. Aún en un contexto de encierro y atrofiamiento los sujetos conquistan día con día batallas en las que se juega el reconocimiento. Las estrategias corporales constituyen resistencias “no resistencias macizas frente a poderes totales; más bien abordan las formas en que los cuerpos tramitan ciertas relaciones de poder.” (Parrini, 2012:18)

Antes de indagar en las relaciones sociales que se generan en el internamiento permanente, es necesario abordar una dimensión más de la cotidianidad en el Samuel. Los cuerpos muestran una exterioridad en tanto tienen recubrimientos que no pertenecen originalmente a ellos, las cosas que disrumen, estimulan y provocan hasta que son apropiados y se convierten en una fuente más de sentidos y significaciones. La piel no es una barrera sino un espacio de experiencia, que se apropia de lo que la institución o los vínculos de afecto proveen para paliar las realidades.

3.5 Los Objetos

*Veintidós años... ya olvido la dimensión de las cosas,
su color, su aroma... Escribo a tientas: el mar, el campo...
Digo bosque y he perdido la geometría del árbol.
Hablo, por hablar, de asuntos que los años me borraron.
Marcos Ana (2007)*

En este apartado desarrollaré algunas aproximaciones sobre el uso de ciertos objetos al interior del hospital. Indagar sobre uso de ciertos objetos nos dejará observar algunas dinámicas entre los internos y su entorno, entendiendo los objetos como símbolos y significados que dan sentido a sus vidas y ordenan la realidad en el internamiento permanente. Para Liliana Bellato (2015) abordar los objetos y las relaciones que las personas tienen con ellos, nos permite observar la

cristalización de lo que sucede en el ámbito de las relaciones y normas sociales. Así mismo, ejercen como motivadores y mediadores de la acción social. Los objetos son territorios de memoria que no únicamente nos ayudan a recordar sino a evocar afectos y con ello sostener el presente.

Al principio del trabajo de campo notaba que los internos siempre guardaban cosas. Mientras caminaba con ellos pude observar que casi siempre van mirando al suelo y pensaba que esto tendría que ver con las técnicas corporales de sumisión de las que habla Mauss (1979). Aunque abriendo el sentido de esa performatividad corporal también puede tener relación con la manera en que relacionan con su entorno, no únicamente social sino físico.

“Mira mamá, una joya brillante para ti”, me decía Martín B., quien puso en mi mano la envoltura brillante de un dulce. Caminar implica buscar en las jardineras, en los botes de basura -casi siempre vacíos por lo mismo-, entre la tierra y el pasto, cualquier cosa que pueda servir, ya que siempre les encontrarán alguna utilidad. Así como Martín, otros me obsequiaron peluches, calcetines, imágenes religiosas, botellas y semillas, todo conseguido en sus pesquisas en el hospital.

Para Remo Bodei (2013) los “objetos huérfanos” son relevantes porque no se pueden remitir a un dueño particular, han ido y venido creando eslabones de continuidad. Ahí adentro la “propiedad privada” tiene ciertas particularidades en tanto los objetos cambian de dueño constantemente, sin que esto provoque más que un enojo momentáneo. Si bien, hay objetos que se cuidan como la vida misma, una vez que se dan por perdidos se buscan nuevas formas de obtener algo que los sustituya.

La percepción actúa bajo determinados filtros que nos permiten observar o no ciertas cosas, sentirlas, olerlas o que pasen desapercibidas. Esta selección dependerá en cierta medida de nuestros referentes culturales e historias subjetivas. El encierro permanente ha llevado a sus habitantes a ampliar los sentidos, a buscar ahí donde nadie más buscaría y a utilizar lo que nadie más usaría. Lo que dentro de nuestro contexto es basura, para ellos son objetos que aún tienen vida y los reciclan hasta que ya no queda nada.



Fotografía tomada por Miguel: "La Bolsa"

Algunos internos utilizan mochilas, bolsas de plástico, costales o cubetas para guardar y transportar sus objetos más valiosos. Noé tiene una pequeña bolsa que se amarra con un mecate al cuerpo. Después de unos meses de estar con él y sus compañeros en la sala de rehabilitación se empezó a acercar a mí. Me tocaba la espalda y cuando volteaba él miraba hacia otro lado, después yo empecé a hacer lo mismo. Ese juego se repitió por varias semanas hasta que un día abrió su bolsa y me enseñó lo que llevaba en ella. "Mira mis tesoros", me dijo con esa voz difícil de entender. De esa pequeña bolsa sacó muchas bolsas de plástico, tres botellas vacías, algunas páginas de recortes de periódico y revistas de paisajes, unas tapas, el certificado de matrimonio que le dieron en el festival del 15 de septiembre en el que "contrajo matrimonio" con Walter y, tal vez lo más valioso, un perro de peluche al que protege como si fuera él mismo. Le da de comer, lo duerme y lo cuida dentro de esa mochila en la que lleva su vida entera. Sus mochilas y bolsas recrean ambientes, memorias y realidades impregnando de nostalgia y esperanza lo que sale de ellas.

"La fantasía juega un papel esencial en nuestra relación con los objetos" (Bodei, 2013:21), los objetos son animados por el afecto que depositamos en ellos y por las cualidades que les asignamos. Es común que el discurso psiquiátrico hegemónico estigmatice la imaginación y la fantasía en la enfermedad mental. Sin embargo, si observamos aquellas actividades como un empuje hacia el otro y hacia el mundo, las podremos entender como acciones que nos aproximan al deseo, al cuidado y a la erotización de objetos, no por su valor de intercambio o de uso. Ser alguien para el otro, implica construir reconocimiento desde el encierro y no únicamente como sujeto sino como parte *de*. Así, los objetos no son sólo únicamente cosas que existen en el contexto sino elementos que forman parte de sus estrategias de vida.

Allá adentro las cosas más valiosas son las que caben en una bolsa. Son nómadas en el encierro. Alejandro tiene una bolsa de costal blanca con las agarraderas y cierre azul. Lo conocí mientras se quitaba la cinta que agarraba las vendas que tenía en las piernas y las pegaba para cubrir los agujeros que tenía su bolsa. Un par de semanas después me dio 25 pesos para que le consiguiera una nueva, me dijo “yo creo que en el mercado las venden, de ahí me trajo una enfermera ésta. Eso sí, que sea de un color vivo porque no me gusta lo muerto.” A falta de alguna cinta o regla para medir, tomó mi mano y contamos cuántas veces cabía en la bolsa “Te fijas bien, son 3 manos tuyas de largo, de ese tamaño porque más chica no cabe nada y más grande no la puedo cuidar bien.”, completó. Siguiendo esas instrucciones la conseguí y se la llevé al día siguiente. Aprobó la selección de la bolsa y me dio otros 25 pesos para comprar otra, luego otra y luego otra. En un par de semanas compré cuatro bolsas que seguía guardando en su rota y vieja bolsa. “Las voy a guardar para cuando ésta ya no sirva, pero mira todavía aguanta un tiempo más”, me dijo.

Alejandro no se separa en ningún momento del día de su bolsa. Para dormir tranquilo se la amarra al cuerpo y en cuanto siente que alguien la jala se levanta inmediatamente. Para bañarse la deja junto a él cuidando que no se moje mucho. Estas prevenciones no hay evitado que algunos compañeros e incluso enfermeros le escondan su bolsa como castigo. En varias pláticas conmigo mencionaba la frustración que sentía cuando perdía su bolsa, pues esto implicaba mucho esfuerzo para volver a juntar las cosas que tenía, sobretodo cuando esas acciones eran realizadas por algunos enfermeros. “No se vale, ellos se aprovechan porque saben que no les puedo hacer nada. Si es alguno de mis compañeros lo obligo a que me la regrese y ya sé dónde la esconden, pero si es un enfermero juegan con mi mente para que me enoje y después ellos digan no, es que Alejandro que es bien agresivo.”

El acumulamiento de objetos es una práctica común, no todos acceden a ingresar cosas al hospital para cubrir las necesidades de los internos. Las peleas cotidianas entre los internos son para obtener algunos recursos y las que suceden

entre los internos y algunos trabajadores son para reforzar las estructuras de poder, pues en la cotidianidad las fronteras tienden a diluirse.



Fotografía tomada por Miguel: "El osito"

Sin embargo, así como existe la acumulación de cosas, el desprendimiento hacia ellas también es un factor clave para comprender algunas dinámicas. Entre ellos mismos intercambian algunos objetos, aunque es muy común que compartan si con lo que tienen pueden cubrir sus necesidades inmediatas. Si alguno obtuvo un refresco o un cigarro, enseguida sus compañeros se acercan para que el producto circule entre ellos, no lo hacen con cualquier interno sino con los que saben que no saldrían corriendo con el refresco o los que en la mañana les compartieron alguna otra cosa. Cuando no quieren compartir se van a las zonas más alejadas del hospital, pero eso les

resta oportunidad de pedir una fumada o un sorbo de refresco cuando se hayan acabado el suyo.

Obtener algunas cosas básicas para la vida en el encierro, que no provee el hospital, depende de los vínculos sociales que han creado con los trabajadores y con algunos estudiantes de medicina o enfermería que acuden a hacer prácticas.

“Son muy pedinches, si te sacan algo siempre te van a buscar. Ten cuidado. No les des nada porque son muy chantajistas y no tienen llenadera.”, me decían cada vez que los trabajadores veían que algún interno me pedía algo. Sin embargo, para mí, como para otras personas que entramos por primera o segunda vez, obsequiarles algo es una forma de acercarse a ellos. Y sí, harán lo imposible por obtener un cigarro o una moneda, pocas oportunidades tienen de estar con personas “ajenas” a la institución y aprovecharán cualquier ocasión para desplegar un conjunto de acciones corporales y narrativas para convencer a los extranjeros.

Aunque hay objetos y alimentos que según el reglamento escrito los internos no podrían tener en las instalaciones, la entrada y salida de *contrabando* es muy

común y es permitida en la cotidianidad. Si bien, el espacio físico está bardeado y la salida de los internos es casi imposible, la institución no está cerrada en sí misma. Hay flujos importantes de objetos que ingresan y otros que salen, la dicotomía adentro/afuera pierde sentido. Algunos trabajadores entran con periódicos que leen durante su jornada laboral y regalan a algún interno interesado en la noche, son muy pocos los que saben leer, pero las imágenes de paisajes o de mujeres se aprecian bastante.

Los que leen les cuentan a sus demás compañeros quién ganó en el fútbol o qué ha pasado con las bromas al presidente Enrique Peña. Alejandro encarga comida, imágenes religiosas o escapularios que guarda dentro de un libro de “El Conde de Montecristo” que no ha leído, pero le sirve para que sus poemas no se arruguen. Martín B., sólo pide dinero y puede ser tan insistente que lo han castigado sin salir del pabellón por dos semanas ante las quejas de las personas. Lo primero que hace es amenazar con matar a quien no le quiere dar dinero y si eso no funciona comienza a llorar como un pequeño niño. A veces pide un papel para dibujar en él un cheque por algunos millones de pesos, luego pedirá que se vaya a cambiar a un banco, la siguiente visita lo recordará y al no llevárselo empezará con las amenazas de nuevo. Esa estrategia la ha modificado y perfeccionado tantas veces que es casi infalible, es el que siempre tiene dinero.

“La gente les da pensando que tienen hambre, pero sólo lo quieren para el refresco y el cigarro, eso les hace daño y no entienden. Sólo les fomentan esas malas mañas.”, me decía una enfermera. El ingreso de algunos productos es un tema delicado y cada trabajador tiene sus prácticas, aunque la mayoría tiene a sus “favoritos” a quienes procuran cada vez que pueden. Esto va marcando distancias y jerarquías entre los internos, no todos viven el internamiento desde el mismo lugar y es a partir de ahí que las estrategias de vida se impregnan de ciertas particularidades. Ser acomedido con los trabajadores, ayudarlos en sus tareas diarias, seguir las instrucciones, estar alienado a la institución es una forma de sobrevivir. La otra, la que la mayoría, realiza es no hablar, ser *agresivo*, no cooperar y robar para obtener es otra forma, una más de sobrevivir.

Y así como entran objetos e historias también salen. A Alejandro le gusta escribir poemas y cartas, cuando no puede hablar de algo prefiere escribirlo. Escribe sobre la muerte, sobre la enfermedad mental y sobre el hospital. Entrar al Samuel implica que algo también saldrá, sus historias, sus dibujos, sus fotografías.

Una mañana, llegando al Pabellón de Niños toqué la puerta y abrió Miguel. “Ven, pasa”, me dijo. Di unos pasos y me asomé a ver si había alguna enfermera, pero no vi a nadie, por lo que le expliqué a Miguel que esperaría en la entrada para avisar que había llegado. “No, ven acá a mi cama. Pásale, manita. Es mía y yo te invito”, me decía mientras quitaba una sábana y sacudía el lugar donde quería que me sentara. Decidí pasar y sentarme con él. Tenía razón. Esa pequeña porción era suya, tenía su nombre y sus cosas, la habitaba como quien habita una gran mansión.

En el hospital es complejo obtener y conservar objetos personales debido a la falta de un espacio privado y seguro para guardarlos. Miguel tiene un casillero donde guarda un poco de ropa, peluches y pelotas, algunos de dulces, fotografías y unos vasos. Todo tiene su nombre escrito con plumón indeleble, aunque esto no es garantía de que sus objetos permanecerán más de un par de días con él. Obtiene los objetos como intercambio por favores que realiza al personal, como obsequios o comprándolos con el dinero que gana en la Capilla, a lo que me referiré con mayor profundidad en el capítulo 2. Tarda mucho tiempo y esfuerzo el tenerlos y muy poco el “perderlos”.

Felipe es un interno que me acompañó durante todos los meses de investigación, me cuidó y me ayudó a profundizar más en la experiencia de habitar un hospital psiquiátrico. Felipe lleva muchos años ahí abandonado por su familia, sin embargo, se ha vuelto un líder muy importante en la pequeña comunidad hospitalaria. Él trabaja realizando diversas actividades, pero una de las estrategias que ha generado para obtener dinero seguro consiste en que los sábados en las noches le quita los zapatos a sus compañeros que aún tienen alguna visita el día domingo, que en el Pabellón Dos son tres internos. El domingo que llegan los familiares ven a los compañeros de Felipe descalzos, mientras él pasa

vendiéndolos. Por 10 pesos compran el par de zapatos y la siguiente semana los vuelve a vender. “Los familiares ya saben que él se los quita, pero es más fácil darle los pocos pesos que pelear con él”, me explicaba la trabajadora social.

Como hemos visto, el objeto “no es el obstáculo indeterminado que tengo frente a mí y que debo abatir o eludir, sino un nudo de relaciones en que me siento implicado y del que no quiero tener el control exclusivo” (Bodei, 2013:33). Los objetos y sus sentidos, siempre abiertos, su obtención y circulación, así como sus valores, nos llevan a preguntarnos y aproximarnos con más profundidad a las relaciones entre los diversos actores sociales que intervienen en el espacio que han construido.

4. Los actores en acción. Interacciones y vínculos en el internamiento

En el capítulo anterior nos aproximamos a algunas dimensiones que constituyen el contexto y la cotidianidad en el hospital psiquiátrico. En el presente capítulo se abordarán las diferentes formas de interacciones y vínculos que tienen lugar en el internamiento. Partiendo de la idea de que los actores llevan a cabo un conjunto de acciones performativas que se cristalizan en las estrategias que les permiten construir espacios co-habituables.

Las relaciones sociales al interior de la institución están marcadas por las jerarquías institucionales y las que dependen de la posición que cada actor o grupo re-inventa y negocia en la vida diaria. Si bien, los actores sociales se pueden dividir en dos grandes grupos: internos y trabajadores, al interior de ellos hay particularidades y profundidades que considero pertinente abordar. La dimensión del poder y sus resistencias nos ayudarán a no crear relaciones unívocas y pensar de múltiples formas las relaciones y sus intercambios.

En un primer momento realizaré una aproximación a los trabajadores. Durante las primeras semanas del trabajo de campo tuve pocas interacciones con los trabajadores. En un principio me saludaban por los pasillos y con recelo me observaban y preguntaban si contaba con el permiso para estar dentro de *sus* espacios. Al explicarles lo que estaba haciendo y verme continuamente se fueron acercando y en esos encuentros pude registrar y comprender la necesidad que también ellos tienen de hablar y contar sus historias. El cómo ellos se mueven en los espacios y cómo entienden su trabajo es vital para analizar los vínculos que construyen con sus compañeros y con los internos.

Las relaciones entre los trabajadores son complejas pues están impregnadas de conflictos, chismes, rumores, alianzas y tensiones que generan diversas formas de vincularse con los otros y con su entorno. ¿Cómo perciben su trabajo?, ¿por qué trabajan en una institución psiquiátrica?, ¿a qué se enfrentan en su día a día? ¿cómo es su relación con los internos y con sus compañeros? Éstas y otras

preguntas darán pauta a pensar en cómo las respuestas a esos cuestionamientos impactan directamente en la vida de los internos y las posibilidades que éstos últimos tienen de generar espacios de vida en un contexto complejo y en ocasiones hostil.

En un segundo momento elaboraré una aproximación a cerca de ¿quiénes son los internos?, más allá de pensar en una respuesta que nos lleve a una identidad fija en tiempo y espacio. No pretendo documentar sus historias de vida pues los fragmentos de esas vidas que compartieron conmigo se encuentran a lo largo de la investigación. Más bien es una invitación a reflexionar sobre la construcción de las memorias y las existencias de los internos a partir de su ingreso al Samuel, y algunas de las formas en las que la institución ha construido a los sujetos que la habitan.

Por último, se tejerán algunos elementos que configuran y dan vida al internamiento en el Samuel: los vínculos sociales. Las diversas formas que trabajadores e internos han encontrado para co-habitar los espacios y tiempos nos acercan a comprender cómo se construye la vida cotidiana en la institución.

4.1 Los trabajadores y trabajadoras

*Es el olvido y no la muerte la que nos hace salir de la vida.
Mia Couto (2010)*

Considero importante resaltar que, durante el trabajo de campo, me enfoqué en buscar conversaciones informales y entrevistas con trabajadores y trabajadoras que tuvieran contacto directo con los sujetos que se encuentran en internamiento permanente. Los meses que estuve en la institución pude observar que son los enfermeros y enfermeras quienes conviven y comparten más con los internos. Médicos, psicólogos y psiquiatras únicamente dan un par de rondas diarias a los pabellones y se refugian en la pulcritud y seguridad de sus consultorios, con

algunas excepciones, firmando expedientes y autorizando el uso de algunos fármacos. El personal administrativo, por la naturaleza de su trabajo, tiene poco contacto con los usuarios y el contacto existente se limita a un par de encargos diarios. Por su parte, el personal de vigilancia asume como su única responsabilidad el cuidado de los materiales físicos del hospital, haciendo especial énfasis en la protección de las nuevas instalaciones. Como mencioné en un apartado anterior, debido a la construcción de los nuevos edificios hay algunos trabajadores que por *prestigio* han decidido no trabajar con la población general y únicamente están en consulta externa, “con los que sí se puede trabajar”, me dice una enfermera. Como veremos a lo largo de este capítulo esta primera distinción marcada por los espacios de trabajo influye en cómo se desenvuelven y cómo perciben el lugar donde laboran.

Alejandra es rehabilitadora de las guardias especiales². Tiene 26 años trabajando en el mismo puesto y ha estado en todos los pabellones. Ingresó al hospital cuando apenas terminaba la licenciatura, había poco personal en el hospital y un conocido le mencionó que estaban contratando y no requería experiencia previa. Me comenta, “Yo nunca había estado en un lugar así, no sabía de qué se trataba pero me contrataron muy rápido y yo necesitaba el trabajo. Poco a poco fui aprendiendo y me fue gustando estar aquí a pesar de todo. Unos años después me hice novia de un enfermero y ahora es mi esposo, tenemos un hijo de 12 años”. Como ella, los trabajadores y trabajadoras que entrevisté, entraron siendo jóvenes por recomendación de familiares o amigos y una vez adentro “fuimos aprendiendo sobre la marcha y le fuimos agarrando el gusto”, me dice un enfermero. Trabajar en una institución gubernamental de salud les ofreció un trabajo estable y en algunos casos les permitió iniciar sus estudios profesionales mientras laboraban, “al principio lo importante era entrar de lo que fuera, yo entré de limpieza y aquí me dejaron estudiar enfermería y ya después me especialicé”, me comenta un enfermero. Algunos de los trabajadores mencionan que les da tranquilidad saber que tienen un trabajo estable aunque esto implique que consideren tener una vida monótona por lo cual han buscado otros trabajos

alternos al término de sus jornadas laborales para aspirar a un mayor ingreso económico. La mayor parte de estos intentos han fracasado por la demanda física y emocional del trabajo en el hospital.

El encierro no únicamente lo perciben los internos, para los trabajadores la institución se ha encargado de crear un ambiente en el cual una vez que ingresan por la puerta principal no es “necesario” que salgan. La mayor parte de los trabajadores hacen uso del comedor y si requieren algo más, compran en “La Tiendita de Juan” que esta afuera del hospital. Pasando el dinero y la mercancía por medio de los barrotes, igual que los internos. Las jornadas de trabajo son largas y el ambiente asfixiante, por lo que han desarrollado un conjunto de estrategias para hacer de su “segundo hogar” un lugar menos extraño y más amigable. Para Foucault (2009), los efectos del poder no únicamente consisten en reprimir o excluir sino en producir realidades y sentidos.

En todas las entrevistas que realicé con ellos los temas que más resaltaron fueron la percepción de inseguridad, las quejas hacia los trabajadores que tienen poco interés en su labor que se traduce en desatención hacia los internos, y la falta de recursos para realizar su trabajo.

Después de tantos años trabajando juntos, los enfermeros y rehabilitadores han formado vínculos de amistad, se protegen y se cubren el uno al otro. “Es casi imposible trabajar con alguien que no sea de tu grupo porque enseguida empiezan los problemas, pero eso no lo entienden allá arriba”, me dice Alejandra la rehabilitadora. Cada año, los directivos del hospital, cambian de pabellones a los grupos y los disuelven para evitar que se formen alianzas entre ellos y para evitar la costumbre. Durante el mes de diciembre pude presenciar la incertidumbre y la molestia que les causa esa situación. “Ellos no están aquí con nosotros, no saben cómo es nuestro trabajo y solo vienen a imponer lo que ellos creen”, me decía una enfermera.

Los grupos de trabajo que han formado no únicamente impactan a las personas que pertenecen a él. En mi caso, conforme fueron pasando mis días al interior de la institución, los trabajadores me identificaron como parte de cierto grupo lo cual provocó que los demás no hablaran conmigo. Una tarde en el comedor la enfermera del Pabellón Dos salió un par de minutos por lo que me encargó a los pacientes. La tarea era fácil, consistía en vigilar que comieran los internos. Luis comenzó a broncoaspirar. Voltee a mi alrededor y en el extremo opuesto estaba una enfermera del Pabellón Uno. Sin saber qué más hacer le grite para pedir ayuda pero no se movía. Alejandra entraba al comedor cuando vio lo que pasaba y mientras corría pidiendo ayuda, yo sólo pude hacerme a un lado. Tras tres fuertes gritos la enfermera acudió:

Alejandra: - ¿Por qué no vienes? ¿Qué no estás viendo que se está poniendo morado?, se está muriendo...

Enfermera: -Yo estoy cuidando a los míos. ¿Dónde está su enfermera?

Alejandra: Salió un minuto, tu me tienes que ayudar. Es tu trabajo, yo no puedo aplicar la maniobra de Heimlich⁴ y lo sabes...

Enfermera: -Este está muy grandote, a ver si puedo...

Durante esos segundos que se sintieron como minutos, el interno seguía sin poder respira. En el intento por jalar aire realizaba un sonido espeluznante del cual ninguno de sus compañeros parecía darse cuenta. Sin voltear hacían a un lado sus charolas de comida esperando que en cualquier momento saliera del cuerpo de Luis aquello que lo estaba asfixiando. Alejandra decidió levantar un reporte de

⁴ La maniobra de Heimlich o la Compresión abdominal es un procedimiento de primeros auxilios que se utiliza cuando alguien tiene obstruido el conducto respiratorio.

la situación, sin embargo, la mayor parte de las sanciones no se dan por parte de la estructura jerárquica formal del organigrama del hospital, sino al interior de las relaciones cotidianas. Ella decidió que no volvería a acudir con los internos al comedor, lo cual ocasionó algunos quiebres. Como mencioné anteriormente, en el día a día los requerimientos de los internos marcan las tareas que llevan a cabo los trabajadores. El trabajo de Alejandra como rehabilitadora, no incluye la ayuda a las enfermeras en la hora de la comida, pero ella explica que lo hacía porque a veces las enfermeras la cubrían y a los internos les gustaba que ella estuviera en el comedor. De esta forma rompió los lazos con aquel grupo de enfermeras y difundió el hecho entre los demás trabajadores, lo cual provocó un descontento entre la comunidad hospitalaria y las sanciones para la enfermera se desarrollaron mediante el trato y compañerismo cotidiano.

Alejandra conoce a todos los internos “ya me la sé, puedo identificar cuando alguno se está poniendo mal y lo saco de aquí –de su área-. A algunos de entrada no los dejo pasar porque se ponen violentos. No creas, me ha tocado feo, me han jalado el cabello, mordido y golpeado. A otros les ha ido peor, una compañera perdió un ojo...”, me comenta. Me explica que para saber si un interno tiene un mal día es necesario ver su cuerpo, cómo se mueve, si tiene movimientos involuntarios y cómo respira. En el imaginario de los trabajadores, antes de una



Fotografía Pabellón Dos B

crisis –como ellos le llaman- hay una serie de señales que interpretan según sus experiencias previas. Sin embargo, la mayoría acepta que es imposible saber con certeza qué puede pasar. La incertidumbre con la que conviven día a día ha llevado a ampliar sus estrategias y tareas laborales, “aquí tenemos que hacer de

todo, saber todo”, me dice un enfermero. La institución psiquiátrica pretende la rutinización de la vida para intentar cubrir y prevenir con sus normas actos no

previstos: la violencia, el odio, la amistad y el amor se intentan regular sin tener en cuenta que son la vida, el acontecimiento y el movimiento de la propia institución.

Para Foucault (2009) la mirada cumple un papel fundamental en las relaciones de poder. En el disciplinamiento hospitalario el poder en la vigilancia funciona como una maquinaria. Los ojos vigilantes “permiten al poder disciplinario ser a la vez absolutamente indiscreto, ya que está por doquier y siempre alerta...y, absolutamente “discreto” ya que funciona permanentemente y en gran medida en silencio” (Foucault, 2009:207). Sin embargo, la mirada requiere reconocimiento, es un proceso fundante del sujeto y de sus vínculos sociales. Ante esto, surgen las preguntas ¿Qué se reconoce cuando se observa? ¿A quiénes se observa y qué se hace con eso que se mira?

Considero pertinente, al hablar de la percepción de inseguridad de los trabajadores, explorar las diferencias y matices que se experimentan según sean hombres o mujeres quienes narran su sentir. “Tener ojos en la espalda”, es lo que desearían las enfermeras. Afirmación paranoica pero necesaria dentro de las instalaciones según sus trabajadoras. Al entrar a ciertos pabellones las mujeres recogen su cabello, tienen cuidado de no ingresar con objetos que puedan funcionar como algo con lo que puedan ser sujetadas, trabajar siempre que se pueda por parejas. Un consenso al que llegaron la mayor parte de trabajadoras es la importancia de tener muy buena relación con algunos internos, de esta manera ellas se sienten protegidas ante alguna eventualidad⁵.

Así como las enfermeras realizan una serie de acciones para sentirse más seguras, los enfermeros optan por “limitarse a hacer el trabajo y sólo generar relaciones amistosas y de cariño con algunos pacientes porque si no luego

⁵ Sin darme cuenta en un principio, yo –como investigadora mujer- también recurrí a esta estrategia ante un par de eventos que se presentaron en el trabajo de campo.

confunden todo”, me comenta un enfermero. Continuamente los enfermeros me comentaban de las vicisitudes que tenían sus compañeras enfermeras con los internos y su molestia cuando a ellos se les exigía ayudarlas con alguna tarea o defenderlas. “Es que yo no estoy para cuidarlas, ya tengo yo mi trabajo. Si puedo las ayudo a cambiar pañales o cuando uno entra en crisis, cosas que necesitan más fuerza física pero tampoco soy su niño. Sólo porque me ven grande me agarran de su trabajador, que haz esto o haz aquello. Ellas se metieron aquí pues deben saber cómo hacerle”, me comentaba Fernando, el enfermero.

Mientras Susana, enfermera del Pabellón Uno me comenta, “El problema es que luego no quieren hacer nada si ven algún problema. El otro día uno se me abalanzó, se me iba a los golpes y yo no podía, le grite para que me ayudara y no quiso venir el compañero. Sólo le estaba pidiendo un favor, yo estaba en peligro y somos compañeros”. Dichos relatos oscilan entre diversos momentos afectivos y son narraciones que nos permiten acceder a visiones polifónicas de acontecimientos que remiten al cómo se piensan a ellos mismos y a los otros.

Históricamente la profesión de enfermería ha sido adjudicada como una labor mayoritariamente femenina, es decir, el cuidado de los otros –enfermos, niños ancianos- como una función natural de la mujer. Para Concha Germán (2004), el papel de la enfermería es una continuación profesionalizada del cuidado doméstico. De esta forma, la enfermería ha sido relegada y en algunos casos invisibilizada como un trabajo que asegura la reproducción y estabilidad social. Así “el cuidado de los niños, las parturientas y los enfermos en general, ha sido responsabilidad de las mujeres, mientras que el tratamiento de la enfermedad o `curación`, generalmente fueron asignados a determinados `hombres` de la medicina o sacerdotes.” (Bañón, Sainz y Botella, 2004). Si bien, cada vez es más común encontrar a hombres enfermeros y mujeres doctoras –y el hospital es un buen ejemplo empírico de ello-, la jerarquización de dichas profesiones aún opera en la cotidianidad del hospital.

Así como hay dificultades entre ellos, también hay vínculos familiares. Compadres, hijos, padres, hermanos y primos han construido redes filiales que se actualizan

en el espacio institucional. “No llevar los problemas del hospital a la casa”, es lo que me comenta Rogelio –el enfermero- esposo de Alejandra –la rehabilitadora-, aunque después aceptan que es difícil que su relación no intervenga en su trabajo. Cada quien trabaja en su espacio, pero están en constante comunicación y Miguel –interno del Pabellón de Niños- sabe que si algo le pasa a Alejandra tiene que ir en búsqueda de Rogelio. Ambos me cuentan un evento que sucedió hace poco más de 10 años:

Rogelio: -Estaba yo dando de comer en el de niños. Ahí había un paciente que estaba encerrado ahí donde ahora comen todos. El paciente era muy agresivo y por eso le pasábamos la comida a través de los barrotes, casi casi teníamos que aventarle las cosas porque si te agarraba ya no te soltaba hasta que te arrancaba la carne de una mordida.

Alejandra: Sí, era tremendo. Estaba encerrado con candado...

Rogelio: Nunca le pasaba nada, pero ese día me volteé a ver a otro paciente y en eso oí unos ruidos. Regresé corriendo y abrí el candado. Se estaba ahogando y ya nada pude hacer.

Alejandra: Ahí se le murió en los brazos. En seguida todos nos enteramos y le hablamos al director y a la policía. Pero nunca imaginamos que lo fueran a acusar a él, fueron los peores días de mi vida. Lo sacaron arrestado, con esposas enfrente de todos. Y el hospital no nos quería ayudar, el sindicato tampoco.

Rogelio: Estuve ahí como un mes.

Alejandra: Pero entre algunos compañeros nos movimos para que el sindicato lo sacara porque el no lo mató.

Más de una década, pero el coraje y la tristeza siguen presentes. Ese acontecimiento irrumpió en sus vidas, su hijo era pequeño y no sabían cómo

explicarle. Sus compañeros comprendieron que aquel hecho abrió un campo de posibilidades las cuales no habían contemplado. Se movilizaron, lograron sacarlo de la cárcel y reincorporarlo a sus actividades laborales. A partir de ese momento, me comenta Alejandra, que se organizaron para pedir protección legal y médica ante el sindicato. Actualmente cuentan con un seguro médico para labores de alto riesgo y con asistencia legal si algo pasa dentro de su horario laboral.

La poca visibilidad que tienen los enfermeros, enfermeras y demás trabajadores ante los médicos, psiquiatras y puestos directivos es evidente. “Tenemos algunos problemas con ellos –con los médicos-, ellos no saben cómo es estar aquí. Por ejemplo, luego nos regañan porque los dejamos comer dulces o fumar, pero eso los calma mucho y nos ayuda a hacer nuestro trabajo. Además, imagínate, es lo único que tienen aquí como para que les quitemos eso que les gusta. Les decimos que sí pero ellos ya después no saben qué pasa acá adentro.”, me comenta un enfermero.

La organización por rangos y espacios jerarquizados opera no únicamente como una estructura vertical que organiza la vida al interior, sino que produce también distinciones subjetivas. Los espacios están marcados por ideales distintos: Afuera –ahí en consulta externa, en los nuevos edificios- aún se conserva el ideal terapéutico farmacopsiquiátrico. Adentro –en los pabellones de larga estancia- la lógica consiste en la subsistencia diaria. “Aquí lo que tratamos es que estén lo mejor posible el tiempo que les quede. Que sientan que alguien hace algo por ellos”, me comenta una psiquiatra al preguntarle por sus recorridos en los pabellones.

Ana es una médica psiquiatra a la que pude entrevistar porque tenía buena relación con Alejandra y ella me la presentó. Por varios trabajadores es referida como una de las psiquiatras más *humanas* que tiene el hospital, ella es de las pocas que aún conserva su consultorio al interior del Pabellón Dos. Después de 37 años trabajando en el Samuel, ha sido testigo de cambios importantes que ha tenido el hospital y como otros profesionales ella llegó siendo médico general y una vez adentro realizó la especialidad en psiquiatría. Fue la primera doctora que

entró al hospital y por ocho años fue la única, “habían más de 600 pacientes, cuando llegué aquí no era lo que yo esperaba, nunca esperas ver lo que yo he visto y definitivamente lo más fuerte es el abandono”, me comenta con cierta tristeza en la voz y en los ojos. Actualmente han mejorado las cosas, pero hay problemas que han atravesado las décadas, me dice la doctora que “las personas no entienden que esto es un hospital y lo han convertido en un asilo, en un lugar donde dejan lo que ya no quieren, todos se quejan mucho, pero nadie hace nada. Lo único que funciona como debe de funcionar es allá arriba” –refiriéndose a UCI, Consulta Externa y Corta Estancia-.

En general el hospital cuenta con pocos recursos para llevar a cabo sus tareas cotidianas, sin embargo, entre más adentro te encuentras menos necesidades se cree que tienen los internos. “O mínimo el dinero no llega para acá. Tenemos que trabajar con lo mínimo y ver como salimos. Hay desabasto de medicinas y de materiales de curación. Muchas veces nosotros de nuestro propio bolsillo tenemos que comprar cosas o traer de nuestras casas”, decía un trabajador. Así, “las ideas que marcan una jerarquía del saber o de la capacidad...deben traducirse materialmente en el espacio” (Foucault, 2009:170)

Enfermeros y enfermeras han aprendido el oficio del cuidado poniendo, en muchas ocasiones, su propio cuerpo al servicio de quienes los rodean. No



Fotografía tomada por Miguel. Pabellón DosB

únicamente han desarrollado habilidades para el control de los otros sino de ellos mismos, han construido formas de coordinar sus movimientos y convertir las herramientas propias de su profesión –las que tienen a la mano- en extensiones de su corporalidad, “Es sobre la carne del otro que se adquiere e incorpora un conocimiento en la propia carne” (Payá, 2017:78). Las trabajadoras y trabajadores están inmersos en un espacio

con altos grados de incertidumbre en el cual difícilmente pueden predecir ciertas acciones. Lo cual provoca que no reaccionen a partir de normas ritualizadas y más bien que apelen a las experiencias, saberes y estrategias efímeras y cambiantes a partir de sus propios cuerpos y discursos en relación con los internos. Esos otros que constantemente los interpelan y los vinculan en una multiplicidad de sentidos.

4.2 Los internos

*Yo no salgo a la calle, Doctor, estoy encarcelado en esta habitación.
Pero tengo calles dentro de mí, calles que salen y me traen noticias...
Mia Couto (2010)*

En los registros médicos –de cualquier especialidad- es común encontrar después del apartado de diagnóstico el de pronóstico, el cual es una práctica de predicción del curso futuro de la enfermedad. Para Víctor Payá, “es importante reconocer que la práctica psiquiátrica institucional rebasa sus funciones y muchas veces patologiza eventos de carácter moral o social por medio de analogía conceptuales que pretenden tener valor científico.” (2010:47)

“Buenos para la vida malos para la función” es la frase que cubre la mayor parte de los archivos médicos de los usuarios del Samuel. Pocos de ellos poseen una enfermedad mortal, por lo tanto, son buenos para la vida, pero la mayor parte de ellos son portadores del estigma que implica una enfermedad mental o neurológica por lo que la cronicidad de su situación actual les impide ser sujetos adecuados para funcionar en la sociedad actual. “Está estable pero no funcionaría en la vida afuera”, dicta otra sentencia que los confinará a aquel lugar que marca su futuro.

¿Quiénes son esos sujetos que llevan décadas encerrados tras los muros del Samuel? No es una pregunta que agote las aproximaciones que puedo dar en esta investigación. Sin duda es un cuestionamiento sobre la identidad, pero no

pensándola como un concepto estático de identidad sino en un acercamiento a quiénes son los sujetos que fueron convocados en el fugaz encuentro de una plática en el patio o pasillo de algún pabellón. Las trayectorias sentidas y vividas generan memorias, registros que tejemos para explicar-nos y construir fragmentos identitarios.

Para Gillis “Las identidades y las memorias no son cosas *sobre* las que pensamos, sino cosas *con* las que pensamos. Como tales, no tienen existencia fuera de nuestra política, nuestras relaciones sociales y nuestras historias.” (Gillis, 1994: 3). Los procesos de memoria no siempre tienen correlaciones con la realidad *objetiva*, Elizabeth Jelin (2001) considera que la relación entre memoria e identidad constituye un vaivén en el cual los sujetos seleccionan ciertas experiencias que los ponen en relación con los otros, estos parámetros –género, clase, religión, nacionalidad, enfermedad- resaltan algunos rasgos de identificación y de diferenciación los cuales definen los límites de las identidades y los marcos sociales en los que se encuadran las memorias.

La pregunta ¿quiénes son los internos? nos remite a pensar quiénes fueron antes y a las trayectorias y devenires que los han llevado al Samuel. Las historias son diversas pero la mayoría coinciden con largas trayectorias institucionales: reclusorios, hospitales, internados para niños. Muchos otros fueron



Fotografía tomada por Miguel. Rehabilitación

recogidos de la calle mientras eran clasificados como indigentes. Más que eso poco se sabe, algunos de ellos incluso llegaron sin un nombre propio.

Para algunos antropólogos clásicos como Marcel Mauss (1977), en ciertos grupos sociales el nombre implica una cualidad o estatus que se adquiere una vez que se considera que la persona –u objeto- forma parte del grupo. Individualiza, pero da sentido de pertenencia e identidad. El nombre propio es algo que se obtiene y este

puede cambiar a lo largo de la vida de un sujeto según la movilidad que tengan al interior de su comunidad. Los nombres propios clasifican, reparten y conllevan una carga simbólica e histórica, pues tradicionalmente el nombre implica el linaje heredado. Actualmente se considera un derecho humano, poseer un nombre implica existir en el exterior y otorga personalidad social y jurídica. El que algunos internos llegaran al Samuel en calidad de desconocidos no implica que antes no fueran llamados de alguna forma, pero la forma de nominación va cambiando y marcando fases de la vida, temporalidades y espacios. Lo que dio lugar a nuevos nacimientos y bautizos con su llegada al hospital.

Anteriormente los trabajadores sociales del hospital, periódicamente, ingresaban los pocos datos que tenían de los internos que se encontraban bajo la categoría de “desconocido” al sistema de CAPEA⁶. Pero no, nunca obtuvieron resultados positivos, nadie los buscaba. Por lo que hace algunos años, específicamente a partir del 2012, los directivos del hospital promovieron con el DIF un programa de registro de los internos que permanecían como desconocidos. La mayoría fueron nombrados desde su primer día en la institución por los mismos trabajadores, los apellidos se obtuvieron en el registro civil por medio de un sistema aleatorio de identidades.

Durante una plática con Arturo, y ante la pregunta por su lugar de nacimiento me contesta:

Arturo: Yo nací ahí...

Paulina: ¿En dónde?

⁶ Centro de Atención a personas extraviadas y ausentes que depende de la Procuraduría General de Justicia.

Arturo: Aquí, en el hospital. Ahí, en el comedor...

Paulina: ¿Cómo? ¿En el comedor?

Arturo: Sí, ahí. Me hicieron con las manos, me pusieron harina y huevo y otras cosas.

Paulina: ¿Quién te hizo?

Arturo: Todos los de aquí...

Paulina: ¿Y qué otras cosas te pusieron?

Arturo: Azúcar casi no. Ya no me acuerdo, me fueron haciendo así (Mueve las manos)

Paulina: ¿Cómo a un pastel?

(Reímos)

Arturo: Sí así, también con polvos mágicos. Como a Kalimán...

No es casualidad la forma en la que Arturo habla de su nacimiento. Segundo, si pretendemos acomodar su historia de una forma lineal para poder aprehenderla. Él nació y creció en Tepito⁷, poco recuerda de aquella época. Paseando por las calles del centro de la ciudad, con el activo en la mano y durmiendo bajo algún *techito* es como recrea su infancia y juventud. Hasta que un grupo de cristianos consideraron que la vagancia, el ocio y las drogas acabarían con su vida y decidieron llevarlo a las puertas del Samuel hace más de 20 años. Mediante ese acontecimiento se le dio muerte a aquel sujeto para dar lugar al nacimiento de Arturo. Él narra su nacimiento como si hubiera sido testigo de su propia creación y

⁷ Barrio localizado en el centro de la Ciudad de México.

localizándolo en un espacio específico: la cocina, lugar en el que se devora y se mitiga el hambre por medio de la incorporación de todo lo que se encuentra en la bandeja negra. Él mueve las manos, se implica físicamente en aquel momento para transmitirme su recuerdo, “Los gestos...son artilugios de la memoria. Por medio de los gestos se reproducen lugares y se escenifican acontecimientos” (Sánchez, 2014:177). Pero él, no es el único pues otros internos hablan de su nacimiento como un hecho que sucedió en el hospital, aunque él le imprime elementos que considero es preciso rescatar.

La institución psiquiátrica mediante algunos procesos de mortificación del yo (Goffman, 1970) administrativos, farmacológicos y experienciales, elimina –o al menos eso intenta- al sujeto que entra por la puerta de admisión y en aras de curación lo rearmen con material propio. Goffman (1970) realiza una analogía entre llevar un objeto a reparación y el modelo de internamiento psiquiátrico, en el segundo el sujeto *enfermo* se convierte en el objeto mismo y bajo esa primicia se realizan las intervenciones directamente sobre su cuerpo y mente. La muerte simbólica del sujeto interno y su posterior renacimiento, sin duda se realiza mediante los *polvos mágicos* de los que habla Arturo, la farmacología es uno de los pilares para llevar a cabo la práctica médica psiquiátrica. Como veremos adelante, algunos internos les confieren a las pastillas diarias poderes sobrenaturales que curiosamente es lo que les hace enfermar.



Fotografía tomada por Miguel. Halloween

Lucia Boia (1997), en su texto *Entre el Ángel y la Bestia*, realiza un interesante recorrido sobre la construcción social del Otro. Cada sociedad, en tiempo y espacio, han acompañado su existencia con un catálogo inmenso de Otros – extraños y radicales- que se han mezclado con la vida cotidiana, inventados y transfigurados a partir de un prototipo real, que con su posibilidad

de existencia real invaden la imaginación de quienes los piensan. Entre el repertorio de historias sobre los Otros, los seres humanos han creado a los superhombres:

El hombre no quiere limitarse a comprender; también quiere actuar. Desgraciadamente está prisionero: de su mediocridad intelectual, de la materia, del tiempo, de la historia. Habría de liberar el espíritu para obtener el control de su propio cuerpo, de las realidades materiales, del espacio y del tiempo. Telepatía, clarividencia, conocimiento del porvenir, capacidad para escapar de la envoltura canal, viaje en el tiempo, por el espacio, por el más allá...” (Boia, 1997:22)

Kalimán es el superhombre mexicano, apareció por primera vez en 1963 en forma de radionovela en miles de hogares mexicanos. Con la primera transmisión televisiva en territorio mexicano a pocos meses, se tenía que crear un superhéroe que llevara un mensaje con los valores nacionales de aquella época a la población que no podría acceder al nuevo invento tecnológico. Interiorizar la conciencia moral sobre lo bueno y lo malo, la audacia, el amor frente al odio, la vigilancia moral del actuar y del pensar, eran elementos constitutivos de las historias de Kalimán (Maldonado, 2010). “El que domina la mente, domina todo”, decía Kalimán pues su poder consistía en eso, en la telepatía, la telequinesis, los viajes astrales. Mediante el poder de su mente dominaba y cuidaba al mundo. La analogía que realiza Arturo entre él y Kalimán va más allá de sus propias perturbaciones. Ambos abandonados de niños y dotados con poderes mentales para combatir al mal. Son procesos de identificación cuando desde la alteridad no hay más opciones, ambos constituidos en sus propios contextos y Arturo creando puentes de continuidad entre un *subhombre* –como históricamente se ha posicionado a aquel que es poseído por un mal mental- y un *superhombre*.

Para Jean Luc Nancy (2014) la constitución del sujeto no pasa por una existencia singular en el mundo al que se le pueda proveer de ciertas atribuciones, más bien plantea que “se `es´ solamente en el movimiento que lo expone al mundo, a las

posibilidades de sentido” (Nancy, 2014:9). Existe porque es con otros, está expuesto a encuentros de presencias y ausencias. De esta forma, ahí en las limitaciones espaciales institucionales y relacionales, los estrategias del Samuel devienen sujetos en comunidad.

4.3 La familia del Samuel

*Aquella casa era su nación.
Y las dimensiones de esa nación no cabían en ningún mapa.
Todos los saben: Una casa solo es nuestra cuando es mayor que el mundo.
Mia Couto (2010)*

Después de tanto tiempo, algunos trabajadores e internos se han construido una comunidad social la cual equiparan a una unidad familiar. Una enfermera me comenta “Mira, aquí pasamos mucho tiempo, a veces más del que paso con mi propia familia. Nosotros somos la única familia que ellos tienen y nos ven como su mamá o como su papá”. Esa organización familiar, como cualquier otra, no es



Miguel y la enfermera

estática, se construye de acuerdo a las exigencias de la vida diaria, de las modificaciones económicas de los afectos y de los diversos sistemas de comunicación que existen al interior. Para algunos trabajadores del hospital los pequeños grupos constituidos entre internos o internos-trabajadores, carecen de importancia al ser considerados transitorios e informales. Esto se traduce en la poca información que hay en los archivos e informes médicos. Sin embargo, la mayor parte de las relaciones intrahospitalarias son los vínculos más estables e importantes que algunos internos han tenido, lo cual los coloca en un estatus de importancia antropológica y etnográfica.

Para algunos autores como Víctor Payá (2010) mientras el modelo del internamiento psiquiátrico continúe basado únicamente en el cuidado, higiene y alimentación de los internos se coloca a la institución en la función de *madre nutricia*. En el caso específico del Samuel, el hospital deja de ser un espacio de transición y triangulación entre la sociedad, la familia y el interno para convertirse en su lugar de llegada, una última morada que los acoge desde una posición de infantes huérfanos sin otra opción de vida. De esta forma, la institución ejerce un control omnipotente, una madre que con sus brazos lo cubre todo, hasta que cada *hijo*⁸ suyo encuentra en ella su propia finitud. Y esto, que es de lo que poco se habla pero es una certeza que inunda el silencio, es la materia con la que trabajadores realizan sus labores y los internos continúan resistiendo.

Para algunos trabajadores con los que pude conversar, la posibilidad de construir –o no- un vínculo con los internos depende de la empatía y de los afectos que se generan en el día a día. Para lograr el primer proceso, la institución lleva a cabo algunas pláticas de sensibilización sobre derechos humanos y ha colocado en diversas ocasiones carteles en las puertas y pasillos para recordar a sus trabajadores la importancia del buen trato que, según indican los panfletos, inicia con saludos matutinos y sonrisas continuas. Sin embargo, encontrar lo vinculante con el otro refiere a un proceso continuo de implicación.

“Me dicen la doctora rebelde porque nunca me he podido adaptar al sistema, yo los defiendo, son seres humanos y esto es lo único que ellos tienen. La mayoría de los que trabaja aquí los tratan como los tratan porque no entienden que cualquiera de nosotros podemos un día estar como ellos, no somos tan

⁸ “...Y así, Carlos pasa a ser otro hijo del Hospital”. Esta frase termina la historia que me cuenta un trabajador sobre la vida y abandono en el Samuel de uno de los 150 internos que habitan la institución.

diferentes...una caída, un accidente y ahí tienes”, me comenta Ana, la psiquiatra. La percepción de que nadie está exento de estar en el mismo lugar que ellos es común entre algunos trabajadores que entrevisté. Sin embargo, la preocupación no se encuentra centrada en el otro sino en su reverso y complemento, el yo. Aquí nos encontramos en un terreno especular de la posibilidad de riesgo, “El riesgo, o, mejor dicho, la percepción del riesgo es algo que se prevé basándose en el punto de vista que se solidariza con el de un grupo de referencia.” (Sánchez, 2014:89) De esta forma, la solidaridad y empatía que se puede generar en la relación médico-paciente se sitúa desde el marco experiencial de quien lo habita, en este caso el de la psiquiatría localizando la problemática de los sujetos a nivel orgánico y azaroso.



Felipe en el comedor

El hospital es un lugar en el que la risa y las bromas constituyen parte importante de la base en la que se construyen las relaciones. Las bromas y juegos entre los internos únicamente se toleran cuando hay relaciones de confianza. Por lo regular consisten en esconder sus pertenencias o en correr cuando han logrado que en el círculo la coca o el cigarro pase por sus manos. Por otro lado, según el discurso institucional, todas las relaciones al interior del hospital deben basarse en el respeto, aunque es justo en ese nudo en el que más conflictos personales hay. Los trabajadores hablan de la falta de respeto de los internos hacia ellos y su trabajo, es decir, los momentos en los que las jerarquías se ven comprometidas. “Muchos se quejan, pero no entienden que para que te traten bien los tienes que tratar bien. Tan fácil si llegas tranquilo a cambiarle el pañal y lo haces con cuidado él va a cooperar, si lo haces de malas va a ser más difícil y luego es cuando te muerden y eso”, me comenta Fernando, enfermero del Pabellón Dos. Para algunos internos y trabajadores las mayores faltas de respeto consisten en las burlas y la violencia

física. La risa es “el medio para minar la autoridad” (Arendt, 2006:14). Algunos se ríen de los errores de otros, otros de ellos mismos y un par más de la nada carcajean logrando contagiarla. En el hospital la risa no únicamente es vinculante con el otro sino con el sujeto mismo, se siente y vibra en el cuerpo, en el estómago, en la garganta, es materialidad.

Pero la risa no es transparente, posee intencionalidad. Para Freud (1991) el chiste puede ser un fin en sí mismo o bien puede servir a cierto propósito el cual puede ser consciente o inconsciente. Si bien, el autor otorga prioridad a los chistes *inocentes* pues siempre refieren a formas psíquicas de pensamiento. Considero que en este caso es importante subrayar los chistes que pueden ser leídos como algo más que situaciones u oraciones simples realizados con un único fin cómico para expresar algún deseo reprimido. Para la teoría psicoanalítica el chiste consiste siempre en la producción de placer, no únicamente de quién lo realiza sino de quien lo escucha, por lo tanto, se necesitan tres elementos: quién lo realiza, el sujeto u objeto del chiste y a quién va dirigido.

Regresando a la idea de Arendt, la risa necesita un detonante. En el chiste hay ocasiones en las que la “pertinencia del chiste tendencioso posibilita la agresión o la crítica a personas encumbradas que reclaman autoridad” (Freud, 1991:99). En la posada que se celebró en diciembre en el hospital, mientras una enfermera le pagaba a la piñata, un grupo de jóvenes del Pabellón de Corta Estancia le cantaban gritando: “esa enfermera es muy tonta, es muy tonta, se parece a su mamá”. Este hecho pasó desapercibido por todos menos por el grupo que reía a carcajadas por la canción inventada a su enfermera del turno matutino. Unos días antes, los mismos jóvenes habían hablado con la rehabilitadora sobre la posibilidad de que ella llevara la petición a la dirección para que la cambiaran de puesto acusándola de malos tratos. En esa cómica canción que duró menos de un minuto en el que pudieron hablar y expresar lo que sentían. Detrás de todo chiste se oculta una verdad que no encuentra otra forma de salir. La risa como respuesta y estrategia es una vía para modificar -efímeramente- las estructuras jerárquicas entre los trabajadores y los internos. Fue un evento que pude observar en algunas

ocasiones, aunque inmediatamente era restituido el orden por alguna instrucción o llamada de atención hacia el interno.

El humor es un marco cultural que constituye lo permitido o lo prohibido de las dimensiones sociales lúdicas y cómicas. Cuando el contexto lo permite, el chiste deviene en una burla si implica una intensión consciente –o no- de lastimar y resaltar aspectos no permitidos o estigmas de ciertos grupos sociales. Los filtros culturales y sociales permiten que bajo la forma de chistes se marquen diferencias en los otros. Las burlas, sobre todo, -aunque no únicamente- se presentan entre enfermeros e internos y casi todas refieren a aspectos sobre la sexualidad de los mismos. A través de ellas hay una reafirmación de la propia masculinidad, especialmente ante un tercero, que en casi todos los casos es una mujer.

La masculinidad es una postura política que indica desde donde se significa el mundo. Para comprender el modelo de hombre idealizado que en occidente se inculca desde la socialización infantil, Guasch (2006) utiliza el concepto de “masculinidades hegemónicas”. Las masculinidades son las formas culturalmente aceptadas en las que se “es hombre” a partir de estereotipos vinculados construidos principalmente sobre la base del sexismo y la homofobia (Kimmel 1998:208). Estas pautas son apropiadas desde los propios saberes subjetivos y culturales. El hospital también es un lugar en el que los hombres entran en una competencia social por reconocimiento que los vincule con dichos ideales de masculinidad y les otorgue sentido de pertenencia. La institución no es únicamente un lugar de reproducción de los mandatos de género, al mismo tiempo es un espacio de creación de prácticas y pautas permitidas de “ser hombre” y “ser mujer”.

“La representación de una masculinidad hegemónica produciría al interior del mismo género conflictos acerca de cómo resolver que el hecho de la existencia de una gran variabilidad de masculinidades reales...” (Fridman, 2008:137). Para salir de la dicotomía entre masculinidades hegemónicas y masculinidades subalternas, necesitamos abrir el horizonte y pensar en la existencia de múltiples formas de

masculinidades que transitan entre diferentes modelos y prácticas que no por ser más *débiles* dejan de remitirnos a pautas patriarcales de hacer y sentir. Los internos no son –y tal vez nunca han sido- hombres que se acerquen al ideal masculino actual. Incluso algunos desde la experiencia de la locura y el delirio se enuncian con una postura femenina, aunque después lo vuelvan a hacer desde una postura masculina, cuestionando la rigidez de las categorías sexo y género como algo dado y permanente. Cuando los “varones no cumplen con las características esperadas desde las representaciones de la masculinidad hegemónica y cuando hay violencia al interior del mismo género parecería que se produce una dicotomía por la cual un grupo se reviste imaginariamente de estas características, para depositar en el/los otros, los aspectos de una supuesta debilidad y/o femineidad” (Fridman, 2008: 142). Así mismo, la carne pegada a los huesos no deja espacio para la fuerza física y la virilidad, aunque algunos ejercen actos violentos, en la mayor parte de ellos sus actos más bien son pasivos y asociados socialmente a conductas femeninas. Para Fernando Huerta (2005), la violencia es un acto que comunica y confirma a grupos juramentados de hombres. Mediante la burla como acto simbólico y comunicativo, algunos hombres forman alianzas que violentan a los cuerpos que no pertenecen a su grupo.

El humor se inserta en estos espacios masculinos refiriendo burlas sobre la sexualidad de los internos, “Miguelito es puto, ¿verdad que eres gay?” “Anda, ya cuéntale a Paulina que te gustan los hombres” “Si, aunque te rías bien sabes que eres puto”, irrumpió gritando y riendo a carcajadas un enfermero mientras Miguel y yo conversábamos sentados al borde de su cama. Lo hacía en forma de un chiste que tenía que causarnos gracia a los presentes, otros hombres enfermeros y yo. Esto nos recuerda las concepciones de Celia Amorós (2005) sobre la construcción de pactos patriarcales que generan los hombres los cuales tienen efectos reales y simbólicos en la constitución de vínculos, jerarquías y en los cuales se realiza la virilidad a costa de la feminización de otros. Así, en la desestimación y la violencia utilizada en el lenguaje sexista de la burla se juega la validación del poder de dominación, la sexualidad del cuerpo y deseo cosificado por ciertos rituales masculinos. La incomodidad de las palabras del enfermero provocó que Miguel

esbozara una sonrisa tímida, quitara la mirada de mi cara y volteara a ver el suelo mientras frotaba fuertemente las manos contra sus piernas. Estas escenas se repitieron incontables veces con aquel enfermero y otros, lo cual me permitió comenzar a pensar y preguntar sobre la sexualidad y el erotismo de los internos.

Hablar del tema de la sexualidad al interior del hospital consistió en un gran reto personal y metodológico. En un principio los trabajadores rehusaban hablar del tema, pero poco a poco fue surgiendo la importancia de la dimensión de la sexualidad de los internos en el establecimiento de los vínculos entre ellos. La sexualidad en el encierro, en la discapacidad y en la enfermedad mental ha sido un tema silenciado, invisibilizado y en ocasiones negado. Por esto, aunque este tema desborda los tiempos de esta investigación considero pertinente esbozar brevemente algunas aproximaciones.

La sexualidad es vinculante y constitutiva de las relaciones sociales. Hay un conjunto de saberes en el imaginario social sobre qué son y cómo deben ser las prácticas sexuales. Para Foucault (2011) la sexualidad es un dispositivo de poder que legitima su regulación en la producción de verdad de los discursos médicos, legales y religiosos. Estos estereotipos otorgan un marco de “normalidad” al ejercicio de la sexualidad -entre los que se encuentran la heterosexualidad, la monogamia, el amor romántico, reproducción, salud mental y física, entre otros- lo cual ha implicado la desvinculación entre sexualidad, deseo y erotismo. Las prácticas sexuales al interior de un espacio de reclusión, ya sea una cárcel, un convento o un hospital psiquiátrico, casi siempre se encuentran cubiertas por un velo de misterio, erotismo y prohibición al exterior. El encierro limita las posibilidades de crear vínculos con personas fuera de la cotidianidad institucional, por lo tanto, se convierte en una sexualidad endogámica. Sobre la homosexualidad un enfermero me comenta, “yo no tengo problema, sé que es algo que existe aquí y allá afuera. Aquí se entiende porque pues no tienen de otra. Recuerdo que un día iba caminando por la parte de atrás, allá por donde estaba el Pabellón Cinco. Escuché unos ruidos entre los matorrales y me acerqué, vi a dos pacientes tener sexo. Sabes que existe, pero ya verlo en vivo fue muy impactante

para mí, uno estaba encima y el otro abajo... Los dejé porque ellos también tienen derecho, pero si alguien más los hubiera encontrado seguro los interrumpía...(ríe). La homosexualidad al interior del Samuel cuenta con permisividad social, pero, está enmarcada y permitida únicamente bajo algunos parámetros reduccionistas genitales y biológicos.

En el hospital psiquiátrico la sexualidad aún es comprendida, en su mayoría, desde el reduccionismo biológico. Son cuerpos con *instintos sexuales* a los cuales es necesario dominar si así lo considera el observador. Sobre esto, un enfermero comenta “Mira, si, no se puede negar que tengan cosas sexuales y se los permitimos hasta cierto punto porque también son humanos y tienen instintos. Pero ya cuando vemos que se están pasando los inyectamos y a la cama por unos días hasta que se calman y ya regresan normales y así hasta la próxima vez.” Controlar “la libido”, le llaman otros trabajadores. Esto sobretodo se lleva a cabo cuando se percibe que hay violencia sexual. Recalco el tema de la percepción porque hay ocasiones en las que no se realiza por parte de los internos una narración sobre lo ocurrido. Como vimos anteriormente, el ser hombre –categoría genérica, no biológica en tanto proceso de identidad y de expresión (González, 2012:72)- en el hospital, implica desigualdades no únicamente entre las jerarquías marcadas por la institución –trabajadores-internos- sino al interior de los grupos de internos. Gloria González recalca que “no todos los varones reciben los mismos beneficios o ganancias de las ideologías y prácticas patriarcales” (González, 2012:78). Siguiendo a esta autora, la violencia sexual es una expresión de la violencia de género –en la que se incluyen las burlas antes mencionadas-. Si bien, la violencia sexual se puede expresar en múltiples formas desde las más sutiles hasta las más aberrantes. Subrayo el concepto de “violabilidad” que utiliza González y que se genera a partir de “las múltiples marginaciones ubicadas en el parte más baja de la estructura que incrementa aún más el riesgo.” (González, 2012:82)

Al interior del hospital, los enfermeros me relataban –con sus propios términos- que existen cuerpos más *violables* que otros. La violencia que se ejerce entre los

internos está relacionada con la materialidad de sus cuerpos, son los que están atravesados por alguna discapacidad los que más han vivido esas experiencias. “Por ejemplo, ya no sacamos a los del Uno A y Uno B al mismo tiempo al patio sin supervisión, porque los de este lado (Uno A) se pasan con los de allá (Uno B). Ya cuando lo vemos ya lo está atacando sexualmente y si el otro puede gritar así nos damos cuenta. Si no lo cachamos, luego llegan bien lastimados y los curamos”. Estos hechos, en ocasiones generan episodios de violencia por parte de ambos por lo que sus cuerpos son sometidos de las mismas formas. Cabe resaltar que esto únicamente ocurre con algunos internos y en ciertos pabellones. Como veremos, hay ocasiones en los que los internos son desprovistos de toda dimensión sexual considerándolos “asexuales”, sobre todo en el Pabellón de Niños y en el de los ancianos. Esto se relaciona con la representación sobre la salud y edad en la sexualidad, “hay una edad para todo” y esta concepción se convierte según las palabras de un enfermero en “un problema menos para ellos”. Sin embargo, la violencia no es la única forma de llevar a cabo prácticas sexuales, podría decir que –según el discurso de algunos trabajadores- son las menos.

A través de comprender cómo se conceptualiza a la sexualidad y al cuerpo al interior de la institución como dispositivos de poder, podemos reflexionar cómo dichas prácticas narrativas producen sujetos deseantes que llevan a cabo un conjunto de prácticas corporales que les permiten construir territorios de vida. Para Elsa Muñiz (2017) las representaciones sobre el cuerpo producen prácticas discursivas que se instauran sobre los dispositivos corporales, los cuales no únicamente cohesionan e imponen sino producen subjetividades. Por su parte, las prácticas corporales son “las series de acciones que materializan o encarnan a estos sujetos” (Muñiz, 2017:8). Es decir, las prácticas corporales son los usos del cuerpo, que actúan e interactúan con objetos y con otros sujetos que constituyen determinadas realidades. Estas prácticas son históricas, sólo se pueden aprehender si se contextualizan en un tiempo y un espacio.

Los intercambios en el Samuel ponen en movimiento al cuerpo y dan forma a los grupos familiares que se constituyen en el internamiento. Se dan a partir de

relaciones jerárquicas que crean y satisfacen un sistema de necesidades no únicamente materiales sino también afectivas. En otro apartado mencioné las particularidades de la relación entre tres internos: Briseño, Noé y Walter. El primero funge como el protector y proveedor de las necesidades de los segundos, los cuales son leídos como niños inocentes de los cuales Briseño obtiene ventajas a cambio de sus cuidados. “Es un aprovechado. A cambio de un refresco Briseño deja que alguno de los dos esté con otro interno en la noche, después comparten el refresco”, me dice una enfermera. No hay espacio para pensar en otras lógicas afectivas sino utilitarias. Sin embargo, en ocasiones los médicos han intervenido para hablar con los tres sobre su relación, ninguno se ha quejado. De esta forma se genera un sistema de equivalencias que únicamente pueden ser comprendidas ahí tras los muros.

Los intercambios no únicamente se realizan con fines sexuales. Refrescos, cigarros, dulces, comida, ropa, zapatos y mochilas son los elementos que dotan de vida a las transacciones que se realizan al interior. El intercambio no siempre es inmediato, existe la deuda que asegura el mantenimiento del circuito. De esta forma los intercambios establecen relaciones sociales y se aseguran lealtades. No únicamente se intercambian objetos sino servicios en el marco también de transferencias emocionales. Algunos obtienen cigarros por llevar algún encargo de pabellón a pabellón, otros obtienen beneficios por trabajar como “asistentes de enfermería” o por ser los fieles acompañantes de algunos trabajadores como Miguel y Felipe con Alejandra, la rehabilitadora. La ayudan y la protegen a cambio de refrescos, pero sobretodo de vínculos afectivos duraderos. Los internos buscan afecto en quienes tienen más cerca. Abrazos y protección frente a alguna eventualidad es lo que consideran más valioso por realizar alguna labor.

Juan es un señor que tiene un pequeño puesto al exterior del hospital, pegado a los barrotes de la entrada para poder vender a *ambos mundos*. Aunque nunca ha entrado a la institución, es un sujeto muy importante para la vida en el Samuel. Él y su esposa tienen ese puesto desde hace más de 30 años, sus hijos crecieron ahí entre los camiones de la avenida y los internos como sus compañeros de

juegos. “Los vigilaban a mis chavitos cuando iba al baño, a veces con lo poco que tenían les compraban un dulce de aquí mismo. Yo los quiero mucho, mi esposa también y algunos son como de nuestra familia, los procuramos y les traemos cosas. Incluso una vez mi esposa logró conseguir un permiso especial para que uno pudiera salir unas horas a ver a su madre que estaba muriendo. Yo los quiero, por eso sigo trabajando aquí, no sé qué harían sin mí y yo también los extrañaría”. Incontables fueron las historias que me contó aquella tarde que me acerqué a pedirle una entrevista, todas hablaban de familia, de cariño y de tristeza. “Lo que antes me sorprendía era ver como las personas vienen aquí a botar a sus familiares, los bajan de los coches y los dejan aquí sin si quiera ver que los vayan a aceptar. Otros indigentes vienen a pedir que les abran y que los internen. Yo intento hablar con ellos y ayudar dándoles agua o algo, pero a veces se quedan aquí afuera meses.” El hospital provee un marco ambivalente, es un espacio mortífero para la perpetuación de la vida. Ahí, en ese espacio los internos tienen que crear lazos y redes que sostengan sus propias existencias.

Los intercambios activan la creatividad de las estrategias de vida, triangulan intereses y beneficios. Sin embargo, no todos los internos cuentan con la oportunidad de crear esas redes de apoyo mutuo por lo que el robo se convierte en el complemento a esos intercambios. Al existir una cantidad limitada de recursos, el hurto asegura su circularidad. La palabra “robo” es únicamente utilizada para definir las situaciones en las que un interno esconde o toma alguna pertenencia de un trabajador. La palabra “quitar” se utiliza cuando desaparece alguna pertenencia de un interno. El robo de objetos personales de los trabajadores es común, sobretodo de llaves de coches, monederos, lentes, plumas y a veces bolsas completas. Cuando esto sucede los trabajadores mandan a ciertos internos a buscar en los lugares preferidos por los “ladrones”, en las bolsas o mochilas, debajo de la colchoneta, debajo de la cama o enterrado debajo de algún árbol es donde casi siempre se encuentran los objetos. Pude observar varios eventos en donde esto sucedía y noté que siempre eran los mismos “policías” y los mismos “ladrones”, convirtiendo esa actividad en un momento lúdico y estrategia para obtener algunas monedas. Salían de la rutina diaria a

cambio de unos pesos por devolver los objetos. Después iban juntos a comprar cigarrillos y lo compartían. Para Jean Duvignaud (1982) el juego es un medio para disponer y ocupar el espacio, revela los sentidos creativos de la vida, invade de momentos “inútiles” la existencia e implica el movimiento y fuerza que “en medio del claroscuro de la vida cotidiana, lanza un reto al sosegado estancamiento del mundo...” (Duvignaud, 1982:152). Mediante las actividades lúdicas, algunos grupos intervienen en las disposiciones sociales para revestirlas de astucias y transgresiones cotidianas que ponen en movimiento al aburrimiento y al cuerpo. Así mismo, el juego funciona como elemento que puede constituir un lazo social entre personas que, desde el exterior del hospital, a través de las rejas de la entrada, es común ver a Marco agitando el cuerpo al compás de la música que sale de la vulcanizadora que se encuentra en la banqueta de enfrente.

La cumbia y la salsa recubren el movimiento involuntario del cuerpo de Marco para enmarcarlo en el entretenimiento del baile, actividad lúdica que divierte a sus compañeros que se sientan frente a él y lo observan mientras esperan que algún



Miguel viendo fotografías

incauto pase lo suficientemente cerca de la reja y pedirle alguna moneda. Comenta Alejandro, – compañero de pabellón de Marco-, “el me cae bien porque nos hace reír con sus bailes. Reír es importante porque te ayuda a no pensar en tus problemas, Marco es como Walter, siempre nos hacen reír con sus cosas”. Mientras el movimiento del cuerpo de Marco, allá lejos de la música es un efecto secundario de los medicamentos del cual nadie quiere saber, cuando el contexto lo permite se convierte en un momento de comunión con el otro en el que una sonrisa o un aplauso sellan la aparente inutilidad del instante, por medio del baile desplaza y

al mismo tiempo escenifica el padecimiento, le da la vuelta.

Los cuerpos enfermos, abyectos, cronificados y no deseables de los internos del Samuel causan extrañeza a quien los ve por primera vez. Si no se quieren observar se puede voltear la mirada hacia otro lugar, pero ¿cómo se evita un abrazo?

El contacto físico entre los internos y los que llegamos de afuera está prohibido. “No puedes dejar que te estén abrazando y besando, tienes que ponerles límites” fue la primera prohibición que escuché al entrar al hospital por parte de una doctora y una mujer de vigilancia, advertida estaba. Si bien, entre algunos trabajadores, trabajadoras e internos hay intercambios de abrazos no es común que esas barreras corporales se transgredan cotidianamente. Los internos del Samuel resignifican la belleza. Mientras Miguel observaba algunas fotografías que había tomado de sus compañeros, me decía riendo y aplaudiendo “Mira, es Beto, qué bonito...mira, éste es Noé, qué bonito...Mira, este soy yo...qué bonito...”. La belleza estética, al interior del hospital no pasa por la perfección de los rasgos físicos sino por la amistad y el amor.

El contacto físico es importante para la construcción de vínculos afectivos y para la construcción de la propia corporalidad. A través del contacto del otro es como delimitamos nuestra propia existencia, aprendemos los límites de nuestros cuerpos. Los abrazos, besos y caricias no están permitidos porque el personal de la institución considera que conllevan intenciones puramente sexuales por parte de ellos hacia los otros y como vimos anteriormente, los trabajadores intentan evitarlo. Sin embargo, continuamente están buscando el contacto físico, tocarse ellos mismos o bien, sentirse a través de otro cuerpo.

Las relaciones de poder que se manifiestan entre otras formas, por medio de la sexualidad, no siempre se realizan desde la interacción sino desde el abuso. Sin embargo, la sexualidad es un elemento que vehiculiza la relación con los semejantes, por lo tanto no puede ser pensada únicamente como la materialización de “caudales hormonales” ni como expresiones de abuso y prácticas de dominio. Para pensar en cómo son las prácticas corporales de los cuerpos sexuados y erotizados, y a la sexualidad descentrándola de sus

representaciones discursivas hegemónicas retomo la invitación que realiza José Nieto (2005):

La sexualidad al expandirse comprensivamente, al pluralizarse y diversificarse culturalmente, resalta no sólo conductas y prácticas múltiples, sino que también las corporaliza. Les da cuerpo. Pasa de la presentación conductual, a la concreción corporal. Materializa, «en carne», proyecciones y tendencias, hechos y conductas. Encarna los cuerpos; y en su hacer les da vida. Les hace centro de sus observaciones. Y en la observación, observadores y observados devienen inseparables, para dar sentido a la relación que se establece entre ellos. El «hecho genital», como configuración central y exclusiva de la sexualidad, impide la comprensión de la expresión y manifestación de otros nichos eróticos del cuerpo. Y, así, el protagonismo de los cuerpos conduce al protagonismo de los individuos, de los actores sociales. Y al significado de sus acciones.

(Nieto, 2005:16-17)

Walter no se comunica verbalmente ni emite sonidos. Noé a veces realiza algunas articulaciones que difícilmente podrían ser entendidas como palabras. Sin embargo, en una ocasión pude observar como empezaron a jugar con un peluche, después se lo quitaron mutuamente y terminaron ahogados en gritos silenciosos de carcajadas por las cosquillas que se hacían el uno al otro, se retorcían, pero lo hacían en la intimidad que les otorgaba el silencio aun estando rodeados de personas.

Pensar en el erotismo como una expresión de la sexualidad humana permite indagar en expresiones y estrategias corporales, en los deseos no necesariamente ligados a funciones sexuales sino al mantenimiento de la vida. Para Georges Bataille (2014), el erotismo es la aprobación de la vida hasta en la muerte, el erotismo para el autor está ligado a la transgresión de las prohibiciones impuestas, tiene que ver con el deseo de continuidad, con la vida en común.

No es ingenuo que en diversas ocasiones el contacto entre los internos y otras personas que ingresan al hospital sea castigado. Salir del posicionamiento común en el cual nos puede colocar únicamente entender la necesidad de los internos de contacto físico con los otros por un *impulso sexual*, propongo pensarlo desde la

continuidad subjetiva y el borramiento de los límites -dicho riesgo ya nos lo advertía René Girard (1995)-. Para Jean Luc Nancy (2007) pensar en una comunidad implica ir más allá de pensar a los sujetos de la comunidad para pensar en la comunidad de los sujetos. “El contacto, -la contiguidad, la fricción, el encuentro y la colisión- es la modalidad fundamental del afecto. Ahora bien, lo que le tocar toca es el límite: el límite del otro. [...] es decir, lo impenetrable (penetrable únicamente a través de la herida).” (Luc Nancy 2007:51). La experiencia de habitar el hospital y construir estrategias de vida a partir de ella no es un acontecimiento individual sino comunitario, en el sentido de sabrse y pensarse en una profunda soledad acompañada.

Las prácticas eróticas corporales implican experiencias afectivas. Negar el contacto físico humano implicar abrir una gama de posibilidades a utilizar el cuerpo y el espacio en búsqueda de encontrar otras formas de ser vistos, escuchados y reconocidos. Algunos trabajadores, comprometidos con su labor también han buscado formas distintas de *ser para otros*. Poner y usar el cuerpo no únicamente como enfermero, enfermera, rehabilitadora o doctora sino como amiga, madre, padre o hermana. Las estrategias que cada habitante –interno o trabajador- han encontrado para construir espacios de vida tiene sus bases en la posibilidad de vincularse afectivamente. Y de esta forma crear una comunidad que contenga a los sujetos que nadie más quiso contener, dar certidumbre a lo que pareciera no tenerlo. Recordando que los vínculos de parentesco no son vínculos naturales sino sociales que vehiculizan afinidades y diferencias.

Sin embargo, la institución psiquiátrica y el discurso médico hegemónico como sistemas productores de verdades y saberes únicos desestabilizan la comunidad afectiva y el dialogismo cotidiano de la comunicación humana para dar lugar a desigualdades narrativas en las cuales se silencian las voces de quienes habitan el hospital. Aún así, cada habitante encuentra resquicios por los cuales seguir gritando. Recordando la proposición 7 de la *Ética spinoziana*: “Cada cosa se esfuerza, en cuanto está en ella, para preservar en su ser”. (Spinoza, 2000:132) El *conato* reivindica la vida al colocarla más allá de su propia destrucción, pues ésta

se opondrá a todo lo que pueda suprimir su ser. Las experiencias de las narrativas –pensando el lenguaje como apertura- revitalizan los vínculos y las articulaciones de sentido para mostrar el por qué los internos del Samuel no han renunciado a la vida y han apostado por construir-se con otros.

5. Las otras narrativas. Fotografía y escritura desde la enfermedad y el internamiento.

*No me gusta que usted me ordene respirar.
No es algo que se le deba ordenar a nadie.
Mia Couto (2010)*

En el presente capítulo se abordan las narrativas de Miguel –interno del Pabellón de Niños- y de Alejandro –interno del Pabellón de Larga Estancia- que realizaron de su experiencia de padecimiento y de internamiento, no únicamente desde lo hablado sino también desde lo fotografiado y lo escrito. Partiendo de la idea que hay situaciones en las que el discurso oral no puede aprehender elementos de la experiencia pues estos los desbordan, se abre la posibilidad a observar otras formas de creación de sentidos. Así, las imágenes y la escritura son elementos culturales que nos ayudan a ampliar el sentido de lo que se dice.

Narrar implica tomar postura, hacerse de un lugar. Pero existen algunos contextos en los que la voz se apaga ante la falta de escucha. Es así como el uso de la fotografía y la escritura nos permiten acceder a otras narrativas que muestran diferentes formas de crear territorios de vida. Sin pretender realizar una interpretación de lo expuesto por los internos y con ello dar una explicación determinante de la creencia de lo que se quiso/pudo decir. Lo que se pretende es exponer y realizar algunos indicios que nos inviten a pensar en los elementos creados al interior de las bardas no únicamente como intentos comunicativos sino como potencias de creación y exigencias de existencias. Y a partir de ahí tejer significados construidos y los procesos de restitución de los sentidos desde esas propias elaboraciones no individuales sino como intentos de lo vinculante con la alteridad para verlos como expresiones sociales de el contexto hospitalario específico.

Así, lo que Miguel nos muestra con la fotografía y Alejandro con la escritura quedan como marcas de existencias que generan movimientos que permiten

actualizar la mirada de quien los observa. De esta forma las lógicas hegemónicas del registro y clasificación de la enfermedad –álbumes de la otredad y archivos médicos- se colocan en el otro extremo. Provocando un ejercicio en el que el Otro –el loco- es el mismo otro y con esto se intenta descentrar el lenguaje y la mirada propia.

5.1 Miguel: El fotógrafo del Samuel

Así empezaba cada día, cuando entraba al hospital y encontraba a Miguel. El mismo diálogo entre él y yo, a veces había alguien más con nosotros, pero se quedaban callados ante aquella repetición inaugural:

Miguel: ¿De quién es la cámara?

Paulina: Tuya.

Miguel: ¿Tú me la diste?

Paulina: Sí.

Miguel: ¿Me la regalas?

Paulina: Sí.

Miguel: ¿Para qué me la regalas?

Paulina: Para que puedas tomar fotos cuando quieras.

Miguel: ¿Entonces es mía para siempre?

Paulina: Sí, para siempre.

Miguel: ¿Le podemos poner mi nombre?

Paulina: Sí, pero ese plumón es negro y no se va a ver.

Miguel: No importa, ponle Miguelito...

A lo largo de esta investigación he escrito lo poco que se sabe sobre la historia de Miguel, pero adentro de la institución él se ha encargado de que se vea, se lea y se recuerde su estancia. Miguel no sabía cómo sostener correctamente una cámara, tampoco sobre técnicas de fotografía y era un misterio para él saber cómo lo que tomaba se guardaba ahí y luego se convertía en una imagen impresa. Muchas eran las dudas que giraban en torno a Miguel y su cámara. Algunos sospechaban qué fotografiaba y dudaban para qué lo hacía, mientras otros simplemente no creían que Miguel fuera capaz de enfocar algo que valiera la pena mientras intentaba que el aparato no cayera de sus temblorosas manos. Según las palabras de Miguel las fotografías las tomaba porque le divertía, andaba por todo el hospital con su cámara y cuando lo veían las personas le pedían que tomara una fotografía. Ya no era invisible, ahora era visto y reconocido como “El fotógrafo del Samuel”.

Sin conocimientos teóricos sobre la fotografía, iluminación correcta o una cámara de buena calidad, Miguel logró retratar miles de momentos. Para algunos Miguel perdía el tiempo, “si ni sabe qué hace”, decían ciertos trabajadores al verlo hacer su trabajo. Sin embargo, Miguel captó por algunos meses la vida cotidiana, el tiempo y la soledad de la comunidad del Samuel.



Fotografía tomada por Miguel. Pablo.

La psiquiatría, desde sus inicios, se ha servido de la imagen fotográfica para la producción y comprobación científica de nosologías como la histeria y la locura.

De esta forma nos encontramos ante la producción de saberes basados en los cuerpos que se posan y se poseen, observaciones de la vida sin tener que tocarla directamente. Para Didi-Huberman (2007), la invención de la histeria realizada por Charcot implicó la creación de la *mirada clínica*, es decir, “una mirada que observa y se aparta, simula intervenir. Una mirada mula y sin gesto” (Didi-Huberman, 2007:37) que también funcionaría como acto de vigilancia. Así, desde mediados del siglo XIX diversas patologías se clasificaron y los enfermos comenzaron a posar mientras los médicos generaban conocimiento a partir de las imágenes. La creación de las narrativas visuales de la histeria convirtió al síntoma en espectáculo, al cuerpo en pose y condesaron las vidas de aquellas mujeres en fotografías que sirvieron como verdades objetivas y testimonios de existencias. Los catálogos de los cuerpos y sus inimaginables dobleces, gestualidades y espasmos quedaron como huellas para pensar de una forma la otredad femenina y enferma la cual alerta, seduce, aterra y obsesiona.

Al interior del hospital está prohibido que cualquier persona que no pertenezca a la planta de trabajadores tome fotografías y únicamente se permite si es por motivos laborales y con previa autorización de los directivos. Sin embargo, es muy común que algunos estudiantes de medicina y psiquiatría tomen fotos con sus celulares y de los internos y de las actividades que realizan con ellos. “No quiero que me tomen fotos, llegan y te sacan fotografías y no me gusta. Yo sí les digo que no o pongo caras feas”, me comenta Felipe mientras una trabajadora social asiente con la cabeza y le contesta “Ya tú, enojón, todo te molesta. Pero también tienes razón, tú tienes derechos y tu foto no puede ser utilizada si tu no lo quieres, luego andan hasta en las redes sociales”. A Felipe no parece importarle mucho lo que dice la mujer y en cuanto termina de hablar le menciona que ya muchas veces se ha quejado con algunos doctores, pero no han llegado a ninguna solución. Esto mientras una enfermera menciona la poca escucha que tienen algunas voces dentro del hospital. De nuevo, la mirada de autoridad es la que retrata una realidad de la otredad. Así, la denuncia de Felipe no está fundada únicamente en el carácter poco dócil –forma en la que se refieren al actuar de Felipe en algunas

ocasiones- sino en un aspecto que nos invita a pensar en la ética médica y las imágenes de la vida privada como espacio exhibición de lo extraño. “Sacar fotografías”, en palabras de Felipe, no es tomar una imagen, es extraer y con ello despojar. Para Roland Barthes (1989) la vida privada es una zona espacial y temporal en la que no se es más una imagen, considerando el defender “ser sujeto” como derecho político. Y aún ahí, donde el significante “vida privada” no deja huella se defiende contra el despojo de lo que se posee, quitar algo del otro al *sacar* una fotografía.

Sin embargo, a partir de la intrusión de una cámara en la institución, la fotografía de Miguel se distancia de aquellos efectos para dar lugar a la visión de aquellos que son los que siempre se encuentran del otro lado del lente fotográfico. Así, las fotografías adquieren diferentes funcionalidades. La propuesta del proyecto fotográfico fue bien recibida por las autoridades de la institución. En el evento en el que se les informó a los habitantes y trabajadores sobre el ingreso de una cámara al hospital y mientras se le hacía entrega a Miguel, el director explicó la importancia de abrir las puertas a proyectos que puedan “dotar de transparencia a lo que hacemos aquí adentro”, que ya no se piense al hospital psiquiátrico como se pensaba antes y dejar que las personas conozcan el lugar, dejar entrar un poco de luz en aquella oscuridad imaginaria y simbólica.

De esta forma, la fotografía se convierte en un elemento conveniente para la institución hacia el exterior en un intento por superar aquella herencia del Manicomio General. Para algunos trabajadores se volvió un ejercicio importante de registro visual mnémico. Para Miguel y algunos de sus compañeros consistió en una actividad lúdica que les permitió mostrar algunos elementos de su día a día. Así, Miguel se convirtió en un sujeto buscado por trabajadores y compañeros para que algunos momentos que ellos le solicitaban quedaran fotografiados. Los que antes huían de las cámaras de los estudiantes de medicina ahora posaban para Miguel. Para Didi-Huberman (2008) la potencia de ver, en condiciones de exilio o de encierro, es tanto vital como problemática al estar condenada a la distancia. Según el autor, distanciar en ciertos contextos no implica un alejamiento

sino la agudeza que se espera de aquel que observa, lo cual nos permite atender a las diferencias. Si bien, la espacialidad limitaba el actuar de Miguel sus fotografías son cercanas, algunas son tomas tan próximas que fragmentan los cuerpos y espacios.

Las imágenes son superficies privilegiadas de inscripciones memoriales (Didi-Huberman, 2008) que nos permiten realizar diversas lecturas no únicamente de lo que el fotógrafo quiso retratar sino de lo que podemos relatar a partir de ellas. Es decir, las fotografías no significan sino en el encuentro del que las observa y las incorpora a sus propias trayectorias de experiencia. Por esta razón, para pensar la fotografía como narraciones visuales de experiencias, es conveniente leer las imágenes no como la cosa en sí sino como la representación efímera de un momento vital.

Las fotografías implican, desde el entendimiento de Roland Barthes (1989), un canto de señalamiento ante el desorden de objetos en el mundo, implica un "ve esto" lo cual nos lleva a pensar en el "no veas esto". Fotografiar implica realizar una jerarquización -consciente o no- de la realidad que nos rodea. Si seguimos la lógica del autor, la foto puede ser objeto de tres prácticas, emociones o intenciones: el Operator, el Spectator y el Spectrum. El primero es aquel que sustrae y crea la imagen, el segundo el que la observa y el tercero aquel que posa, el que fabrica momento y cuerpo. Para comprender la importancia de las fotografías tomadas por Miguel –y sin pretender hacer un análisis de la imagen- me centraré en la última intención de la cual habla Barthes.



Fotografía tomada por Miguel. Juan Carlos y compañía.

Quien toma las fotografías es Miguelito, habitante permanente del Pabellón de Niños desde hace más de veinte años. Él conoce cada rincón del hospital, pero su

lugar favorito para tomar la cámara es su cama, muchas fotos se hicieron desde ese espacio conquistado. Sin técnicas, protocolos o estandarización de las poses retrata la aparente monotonía de la vida en un hospital psiquiátrico. Camina hasta donde su cuerpo lo permite, toma la cámara de la manera más sencillamente complicada y aprieta el botón viendo directamente lo que quiere retratar sin utilizar la pantalla digital suponiendo que quedará la imagen exactamente igual a lo que él observa. Y en ocasiones así fue, en algunas otras logró congelar el movimiento propio de su cuerpo y del de sus compañeros.

Entre aquellos espectadores que pudieron observar a Miguel en acción o bien el resultado de su trabajo, los decires variaban según fuera quien completara los sentidos. Algunos trabajadores molestos me comentaban que únicamente tomaba



Fotografía tomada por Miguel. Comida.

las fotos porque no tenía nada más que hacer, "no se fija en lo que hace, ya le explicamos qué debe de tomar, pero no le importa porque va por ahí tomándole foto a todo lo que encuentra. Yo le dije mira, sal y tómale fotos a los árboles y a las flores que hay allá atrás, pero se la pasa tomándole fotos a las mismas personas y a su cama. O también toma fotos de las

fotos que le trajiste impresas. Ya no le traigas más.", me decía una jefa de enfermería.

La aparente trivialidad de la fotografía de Miguel que molestaba a algunos a otros fascinaba. Para ciertos trabajadores el trabajo de registro a servicio de la memoria comunitaria del hospital era suficiente para valorarlo. Y de esta forma atrapando la imagen en lo que Didi Huberman (2007) llama el ideal de la fotografía en tanto huella indiscutible, fiel y verdadera de realidad, refiriéndola no únicamente al memorándum del sabio sino a la fotografía como memoria del saber.

Mientras para otros el valor se encontraba en pensar como indicios de lo que la mirada puede en el encierro, incluso pensando en que las imágenes nos permiten realizar una lectura -y con esto también ser parte- de la fotografía como encuentros y relaciones subjetivas y colectivas.

"¿Qué tanto fotografía Miguel?" Era una de las preguntas que me hacían y le hacían cotidianamente. Mientras yo respondía con un "todo", él lo hacía con una sonrisa. Algunas fotografías son de objetos cotidianos, otras de los pabellones y la



Fotografía tomada por Miguel. Juan Carlos.

naturaleza que los rodea y la mayoría de rostros y miradas de sus compañeros. No de todos los habitantes del Samuel sino de aquellos con quienes ha construido un vínculo. La aproximación de Miguel a los rostros me parece fundamental para comprender la forma en la que él -y algunos de sus compañeros- se relacionan con el exterior y a partir de

ellos generan estrategias de vida. El rostro funciona socialmente como una superficie en la que se inscriben deseos, afectos y posiciones. Es el aspecto más visible que usualmente asociamos y "vinculamos a los movimientos del alma" (Didi-Huberman, 2007:69). A partir de la creación de los retratos se construye la asociación entre identidad y fotografía que nos hace olvidar que lo que observamos no es el yo de un sujeto sino "ese momento sutil en que, a decir verdad, no soy sujeto ni objeto, sino un sujeto que se siente en devenir objeto...microexperiencia de la muerte" (Barthes, 1989 :42).

Los rostros nos permiten codificar e individualizar, se busca en ellos las filiaciones y las diferencias. A través de las fotografías de Miguel se encuentra el reconocimiento de los otros y del propio sujeto, pero también la extrañeza de las formas y de las miradas. Se hacen presentes algunas ausencias, incluso en sus fotografías existen aspectos a fin de "reglamentar las condiciones de visibilidad"

(Didi-Huberman, 2007:82). Sin embargo, estas condiciones no obedecen a la lógica médica o mediática de lo extraño, sino a lógicas que cruzan la mirada y la representación con los deseos y los afectos.



Secuencias de Abel. Fotografía tomada por Miguel

Miguel toma fotografías secuenciales, tal vez porque “Un rostro siempre aparece demasiado pronto o demasiado tarde...” (Didi-Huberman, 84:2012). Nos muestra su devenir fotógrafo de su cotidianidad. En ese dejar-se ver se expone y da cuenta de su propia vulnerabilidad, esa exposición que se propicia al descentrarse de sí y acontecer para otros es una apuesta política mostrarse desde un lugar propio. Siguiendo las reflexiones de Didi-Huberman (2012) distingue entre dos imágenes, aquellas que retratan el poder y aquellas que poseen la potencia. Como hemos visto, es al segundo registro al que pertenecen las imágenes de Miguel, no buscan obtener nada sino mostrar esa nada y es en ese punto donde logran crear un

diálogo con las miradas que no nos ven directamente pero que permiten un espejeo con quien las sostiene.

Los rostros fotografiados por Miguel nos invitan a pensar en su cualidad táctil, aquella que implica una profunda “digitación de la delicadeza...virtud de no herir al otro y pese a ello, llegar a él” (Didi-Huberman, 2012). Y Miguel llega hasta ahí, hasta la vida y sus desgastes. Las miradas, las texturas de la piel, los surcos, el pelo, las sombras y las iluminaciones son parte de las composiciones no creadas intencionalmente sino fotografiada casi accidentalmente mostrando aquello que casi siempre queda fuera del plano central de una fotografía. Lo anterior nos interpela no únicamente por depositar nuestra mirada sobre ellas sino por aquello que nos devuelve creando un vínculo con ese mundo que Miguel logró crear al retratar. Y de esta forma lograr “experimentar el contacto de nuestro propio rostro con el del otro” (Didu-Huberman,77:2012).

Las fotografías de Miguelito nos muestran un juego entre el cobijo y la desnudez, entre la soledad y la compañía. Algunas de esas fotografías están puntuadas, es decir contienen un elemento que Barthes (1989) llamará el punctum, ese *azar* que pincha y que realiza un pequeño corte, que despunta a aquel que las observa. No son fotografías que horrorizan o que embellecen una realidad sino –según las propias experiencias subjetivas del espectador- nos obligan a cambiar de posición, tomar la imagen en las manos y moverla de posición porque no se encuentra en ella una unidad sino un detalle que trastoca, una copresencia. Mientras observa a Miguel tomar las fotografías parecía



Fotografía tomada por Miguel. David acostado.

no existir intencionalidad –salvo en algunas ocasiones-no preparaba el escenario y a los actores, sino que accionaba el botón la mayor parte de las veces fuera del marco y es en ese más allá que quién las observa puede encontrar un eco.

Para Roland Barthes (1989) la fotografía no es rememoración ni restitución del pasado sino testimonio de que lo representado ha sido. Si no todo puede ser dicho posiblemente pueda ser visto y ser leído. De ahí el valor de lo que Miguel ha logrado representar con sus fotografías. Captura los cuerpos en el encierro físico y la mirada en el encierro químico. Miguel saca del ensimismamiento de sus compañeros una mirada o una sonrisa de la que sólo él es destinatario, no muestra la vida cotidiana del hospital psiquiátrico sino su vida ahí adentro y los objetos y sujetos que hacen del Samuel su hogar.

Ni Miguel ni nadie que fue testigo de aquella actividad fotográfica que se extendió a lo largo de tres meses decía nada, pero todos lo sabíamos, en algún momento aquello iba a terminar. A principios del mes de enero la cámara fotográfica que Miguel con tanto sigilo guardaba en un casillero que tiene su nombre “desapareció”. La buscamos, algunos de sus compañeros de otros pabellones y trabajadores ayudaron en la pesquisa, pero no fue posible encontrarla. Los sospechosos de siempre, el montaje escénico de una búsqueda que nunca llegó a su fin. Después de algunos días el diálogo inaugural con el que inicié este apartado se modificó en su estructura, pero no en su esencia:

Miguel: ¿De quién era la cámara?

Paulina: Tuya.

Miguel: ¿Tú me la diste?

Paulina: Sí.

Miguel: ¿Me la regalaste?

Paulina: Sí.

Miguel: ¿Para qué me la regalaste?

Paulina: Para que pudieras tomar fotos.

Miguel: ¿Entonces era mía para siempre?

Paulina: Sí...para siempre.



Fotografía tomada por Miguel. El señor y la Capilla.

Miguel: Pero me la quitaron

Paulina: Ya lo sé. Vamos a ver qué si podemos conseguir otra

Miguel: ¿Le podemos poner mi nombre?

Paulina: Sí...

Si bien, la fotografía es un recurso que testimonia a través del espacio y del tiempo, la escritura también fue un elemento que emergió del campo para mostrar otra forma de construir estrategias en el encierro y de crear significados de lo que se experimenta.

5.2 Alejandro, el escritor.

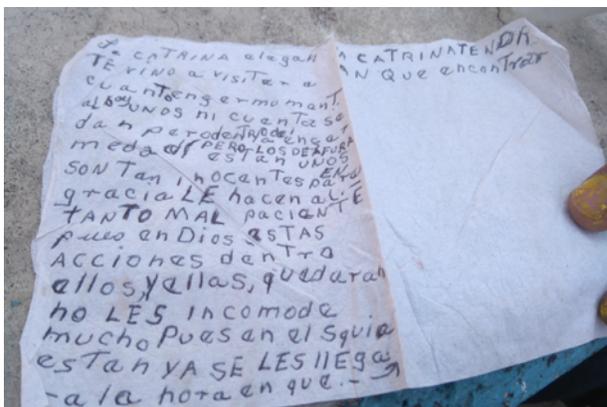
Alejandro es un hombre muy alto, tiene la cara alargada y los ojos poco rasgados. Cuenta que en su juventud fue paracaidista militar, estuvo ahí unos años hasta que lo despidieron por inasistencias. Ya desde esa época estaba “enfermo de las presencias”, es como se llama a sí mismo. Cuando lo corrieron del ejército se quedó sólo, “mi padre y mi santa abuela hacían lo que podían, pero no podían

mucho y me dejaron aquí”, me dice la primera vez que platicué con él. A Alejandro le gusta platicar, platicábamos horas en las que me contaba sobre su vida en el hospital y lo que recordaba de cuando estaba afuera. Seleccionó una banca especial en el hospital en la cual nos sentábamos a platicar, procuraba que no hubiera nadie más y si alguien se acercaba lo corría diciendo “estamos muy ocupados para atenderte”.

Durante las pláticas que tenía con él, mientras pintaba alguna imagen en la capilla o sentados comiendo alguna galleta o chocolate que le regalaban, llegaba un momento en la conversación en la que dejaba de ser un diálogo para convertirse en un soliloquio. Hablaba junto a mí, pero no precisamente conmigo. Poco a poco me fue contando sobre “la científica”, quien en un principio pensé que era alguna trabajadora del hospital. Sin embargo, ese personaje es el con quien comparte su vida, es la presencia ambivalente que lo cuida, pero lo amenaza con cosas que no me podía contar porque me envenenaría. Considero que no es casualidad que aquella presencia que lo mantiene vivo pero que también es la que lo mantiene encerrado se llame “la científica”. La ciencia médica se erige al interior como el único conocimiento válido, los médicos son posicionados como seres que desde la asimetría encarnan el saber de la práctica y la palabra.

La científica es una presencia que posee el conocimiento que él ha adquirido con el paso de los años en su internamiento. Le ha enseñado a dudar y a confiar en aquellos elegidos que tienen también la capacidad de escuchar y ver cosas que otros no pueden. Las voces que pre-siente y que se hacen presente pueden ser pensadas como actualizaciones de rupturas pasadas, “es la que se preocupa por mí. Me dice come, duérmete, ponte buzo y no te dejes...”, me dice Alejandro mientras agita sus manos para darle más potencia a su discurso. Inmerso en un eterno juego de presencias y ausencias aquella mujer habla mientras toma prestada la voz de Alejandro. Estos movimientos provocan que emerja en él un sujeto expulsado de la mismidad, en Alejandro habitan voces. En otras ocasiones Alejandro logra imponerse ante lo que habla y es cuando emerge en él un sujeto

expulsado de la mismidad a la comunidad, cuando puede reconocerse en aquella identidad otorgada por la institución.



Fotografía propia. Poema de Alejandro.

Durante una de nuestras largas pláticas decidió sacar todo de su bolsa para volver a acomodarlo y así me fue enseñando uno a uno todos sus objetos personales. Entre ellos se encontraba el libro de “El Conde de Montecristo”, no lo ha leído, pero se lo regaló un estudiante mientras le contaba que la historia era sobre un

hombre que había sido injustamente encerrado, pero encontraba la forma de salir de la cárcel en la que lo tenían para reencontrarse con el amor que había dejado afuera. Alejandro no había leído el libro, “no me interesan mucho esas historias”, me comenta mientras hojea el libro y saca una servilleta de entre las hojas. “Mira, este lo escribí yo, es un poema, pero no lo he terminado, luego te lo enseñé”, me comentó. Es de los pocos internos que sabe escribir y leer. Ese mismo día le pedí que me platicara sobre la científica, pero él decidió entregarme una carta al día siguiente. “Mira, mejor te lo escribí, pero no lo abras hasta que llegues a tu casa”. Y así fue como empezó a escribir una serie de cartas que me daba de vez en cuando, algunas me las podía quedar y otras no. Los temas eran variados, no estaban dirigidas a mí, pero en ellas intentaba dar respuesta a algunas preguntas que yo le hacía durante el día.

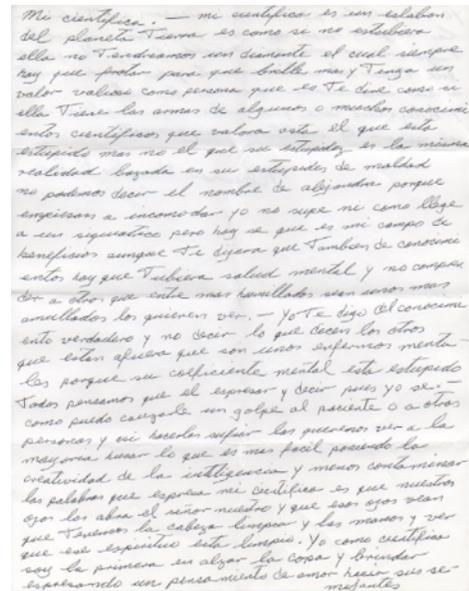
Para Gilles Deleuze (1996) el proceso de escritura es semejante al de la creación del delirio, no como formas de expresión sino como devenires que desbordan lo vivible y lo vivido. Entendiéndolo no únicamente como un síntoma psiquiátrico sino como un sistema de creación de signos que no encuentra correlación en el orden social establecido ni reconocimiento en tanto experiencia afectiva. Podemos pensar que el delirio no es una cuestión individual sino un discurso que remite siempre a contextos, historias y tiempos que exceden al individuo colocándolo en

determinado momento social. Así, el delirio como máxima expresión de enfermedad mental también puede ser comprendido como enunciaciones colectivas que emergen en los cruces de ciertas condiciones sociales y subjetivas. Alejandro prefiere escribirlo que contarlo, ahí en las cartas inacabadas sin remitente ni destinatario nos muestra cómo ha incorporado el discurso psiquiátrico a sus saberes y desde ahí construye posibilidades de vida(s).

La producción de la escritura ha estado socialmente acotada y el acceso a ella aún hoy en día es desigual. Los testimonios de vida que ha dejado Alejandro en hojas garabateadas con tinta negra no bastan para comprender lo que narró en ellas. ¿Quién escribe, para qué, para quién? “Algún día vas a grabar las letras en una piedra para que nuestros antepasados sepan que estuve aquí”, me comenta mientras me entrega la hoja doblada en la que me explica qué implica para él la enfermedad y el encierro. Para Joaquín Rodríguez (2010):

“Así, la escritura trasmuta el tiempo y el espacio, y funda el pensamiento en una nueva dimensión; en ella, los individuos y las sociedades aparecen posicionados ante un pasado y un futuro... La materialidad de la escritura deriva precisamente de la necesidad de asentar la información sobre un soporte ajeno a la memoria humana, haciéndola legible para vencer cuanto de intangible y pasajero tiene la expresión oral” (Rodríguez, 2010:146)

Alejandro no únicamente escribe para el futuro sino también para el pasado. Alejandro se posiciona omnipresente ante la aparente linealidad del tiempo. Qué se sepa que ahí estuvo es su acontecer diario. Él sabe que nunca saldrá del hospital, no se imagina una vida afuera, sin familia ni una casa donde dormir. Para Alejandro el hospital es su “campo de beneficios”, confiesa en un escrito. Ahí él y la “científica” han construido un mundo de conocimientos que los mantienen a salvo. Mediante la materialidad de su propio cuerpo bloquea con ropa amarrada en su cabeza –a modo de turbante- las energías que lo derrotan. Con vendas que



Carta Alejandro

recoge del patio del hospital amarra cada una de sus extremidades para no desintegrarse. Mediante el olfato conoce las intenciones de las personas y se aleja de aquellos que huelen a podrido. Si no lo actúa lo escribe, pero la utilidad que le da a ese cuerpo maltrecho le permite continuar en la búsqueda de reconocimiento.

Así como la fotografía, la escritura no implica siempre una correlación con la verdad y la realidad pues ambos son intentos de hacer signo una experiencia, en este caso un síntoma. Los signos gráficos vehiculizan las actividades simbólicas y en ellos se encuentran diversas formas sociales de acontecer en el mundo.

6. Reflexiones finales

A este apartado lo llamo reflexiones finales y no conclusiones pues considero que aún no se le debería de poner un punto final. Sin embargo, realizaré algunas reflexiones que bordeen los capítulos antes expuestos. Así mismo, abordaré algunas puntualizaciones sobre los caminos teóricos y metodológicos por los cuales se llevó a cabo esta investigación.

La psiquiatrización y medicalización de las experiencias vitales y el internamiento permanente como respuesta no únicamente médica sino social es una problemática vigente en esta época. Esta investigación nació por la necesidad de realizar una aproximación con un enfoque antropológico a la construcción de estrategias de vida de las personas que viven en un hospital psiquiátrico público. Población que física y simbólicamente –en ocasiones- también se encuentra exiliada del interés académico y social. La mirada clínica y psicológica con la cual fui formada durante mis años de licenciatura, no fue contrarrestada sino enriquecida por una forma de hacer y de observar que se alejara de la obsesión para la localización de los signos patológicos. El interés por la pregunta “quién es” y no “qué es” rompe con la mirada psiquiátrica hegemónica. Esto dio espacio para pensar desde otros lugares a los sujetos del hospital, quienes frecuentemente son vistos y son hablados para dar lugar al ver y al hablar/escribir/fotografiar.

La forma en la que está construida la investigación fue pensada para que el lector se fuera adentrando a las entrañas del hospital y de sus habitantes. En un primer momento me pareció pertinente realizar un proceso de reconstrucción del día a día desde cuatro dimensiones esenciales en la vida social: los cuerpos, los espacios, los tiempos y los objetos. Desde ahí fue posible pensar cómo se articulan y forman las redes afectivas que los sostienen. En un principio mi interés únicamente radicaba en las narrativas de los usuarios del hospital. Sin embargo, el campo fue señalando el despropósito de esa intención y mostrando la complejidad de los envíos en las narrativas a la comunidad del Samuel.

La institución psiquiátrica implica la producción de saberes y verdades, no únicamente está encarnada por los sujetos de bata blanca que se mueven –a conveniencia- por el espacio hospitalario. Cada cuerpo administra y es administrado por medio las prácticas narrativas y corporales de regulación de la vida. Mediante las diversas prácticas corporales que se posibilitan con cada uno de los espacios y tiempo propios del hospital se crean identidades que tienden a la normalización de los anormales –en tanto se ubican fuera de la norma exterior- creando sus propias lógicas morales de normalidad y anormalidad al interior. Así, los procesos de normalización no son represivos sino productivos, mediante la cronificación del cuerpo y de los significados que lo atraviesan vuelven inteligible la enfermedad.

El proceso de investigación implica siempre *estar dispuesto a*, no únicamente por parte del etnógrafo sino del otro. Mi ingreso al hospital estuvo plagado de confusiones, de parte de los habitantes y de las propias. Sin embargo, esas eventualidades propiciaron el camino para lograr establecer un vínculo con aquellos que hablaron conmigo –y también con algunos que no lo hicieron-. Con el paso de los días me permitieron observar algunas ramificaciones de las redes que han tejido sobre todo los enfermeros y enfermeras con los internos. A pesar del cuidado que tienen las autoridades de lo que se puede observar y lo que no cuando llegan personas del exterior, pude ingresar gracias a los internos que se podría pensar, fungen como filtros de la comunidad.

Es así como a partir de que algunos trabajadores observaron las relaciones que se configuraban entre los internos y la investigadora que ellos fueron abriendo sus espacios de trabajo –los pabellones- y compartiendo conmigo sus experiencias de trabajar y habitar el hospital. Tanto internos como trabajadores querían ser escuchados contrario a lo que yo pensaba antes de ingresar a la institución. Así pude observar cómo la esencia de la cotidianidad se gesta entre enfermeros, enfermeras y los internos. La jerarquización de las labores y supuestos conocimientos de cada labor implica se cristaliza no únicamente en el imaginario institucional sino en la materialización de los espacios y recursos a los cuales se

puede acceder. Las trayectorias institucionales de los actores son opacadas por la validación de los conocimientos académicos y técnicos especializados, elementos que a los que pocos trabajadores pudieron acceder debido a sus propias historias de vida. Aunque están posicionados en lugares distintos, las demandas de los trabajadores e internos recaen en la invisibilización y las fricciones cotidianas que se generan a partir de la convivencia intensa. En general, los habitantes construyen sus vínculos sobre las incertidumbres y ambigüedades del propio encuentro con el otro. Pero esa misma inseguridad es la que sostiene el saberse cerca e inamovibles hasta que un día, sin más, ya no se está.

La historicidad de las vidas que se han encontrado en la reclusión nos hablan de desigualdades sociales, pobreza y violencias. Sin embargo, cada uno ha resuelto su propia historia, algunos han preferido olvidarla mientras otros la repiten sin cesar dependiendo las posibilidades de sus propios cuerpos y de el contexto. Así, las estrategias se enmarcan como acciones que posibilitan negociaciones, intercambios o cuidados. A veces son para atraer miradas y otras veces son para alejarlas pues incluso el pasar desapercibido hasta confundirse con el paisaje constituye una estrategia de vida en el encierro. Como pudimos observar, las estrategias nunca son individuales, aunque en ocasiones apunten a ciertas necesidades singulares. Es decir, siempre apuntan la alteridad y en la mayor parte de las ocasiones se realizan en complicidades efímeras.

Considero importante concluir con todo aquello que no se pudo decir. La vida allá adentro modifica la percepción de quien lo habita, la figura del manicomio como espacio oscuro es tan potente que en ocasiones pareciera no existir. Realizar etnografías e investigaciones en/desde el encierro posibilita crear junto con los colaboradores formas diversas de decir y hacer, y de esa forma realizar pequeñas portaciones a ir disminuyendo las rejas. Quedan diversas preguntas y temáticas que se abordaron brevemente en esta investigación pero que considero de vital importancia para aportar a la constitución del reconocimiento de aquellos que portan algún diagnóstico psiquiátrico. Abordar con más profundidad el ejercicio de la sexualidad y las configuraciones genéricas al interior del hospital es necesario

para comprender algunas de las lógicas comunitarias que se realizan no únicamente entre los internos sino también con y entre los trabajadores.

Si bien el objetivo de la tesis no consistía en crear una propuesta de intervención social en la comunidad del Samuel, en la base de esta tesis se encuentra una apuesta ética y política por crear espacios de diálogo con los sujetos que habitan el hospital. Esto sin que sus diversas condiciones médicas se interpongan en la construcción del reconocimiento de cada una de ellas son vidas dignas de ser vividas. Considero que esto únicamente se podrá lograr desde la escucha sensible, anteponiendo una ética del cuidado del otro. Por esto es pertinente y necesario que dichos espacios de encierro sean invadidos por ojos, orejas y cuerpos que busquen la vida ahí donde la medicina ha fracasado diagnosticando la muerte.

Los procesos de agenciamiento de los cuales hablo a lo largo del texto y que consisten justamente en la posibilidad de construcción de estrategias implica no únicamente una propuesta teórico-metodológica sino una manera de observar el campo. Preguntarse por la experiencia vital de cierto grupo social implica una disposición a escucharla, como hemos visto, no únicamente a través de las palabras sino de las acciones, del hacer cosas, escribir o acompañar. Para Didi-Humberman (2012) la potencia como elemento vital no cesa cuando fracasa el acceso al poder. Esto nos permite pensar en las formas que puede adquirir una política de la potencia que no consiste en su acceso o no al poder sino por su posibilidad de exposición, de ser con otros. De esta forma se puede pensar en una comunidad que pasa de ser representada por múltiples actores a estar abierta a mostrar sus propias potencias. Es decir, la propuesta que se dibuja a partir de esta investigación nace del reconocimiento de las potencias de vida del otro ante el que estamos expuestos, dejar que se muestren y evidenciar sus presencias. Las presencias siempre escapan a las violencias (Blanchot, 2007), ante su pretensión de nulidad éstas se disipan dejando un rastro que conviene seguir.

Por último, para lograr el reconocimiento de las presencias de aquellos que han sido histórica, social y culturalmente marcados por las ausencias rescato la

propuesta que realiza Maurice Blanchot (2007) sobre la amistad. La cual describe, alejándose de toda ideación romántica, como una relación filial basada en el reconocimiento de la extrañeza en común que “no me autoriza nunca a disponer de él, ni de mi saber sobre él y que lejos de impedir toda comunicación, nos relaciona mutuamente en la diferencia y a veces el silencio de la palabra” (Blanchot, 266:2007). Así, atendiendo a este llamado podemos eludir la necesidad actual de entender a la “enfermedad mental” como diagnóstico para pensarla en un acontecimiento constitutivo de un sujeto. Pensar al internamiento psiquiátrico no únicamente como una forma de violencia que deja profundos estragos en los vínculos sociales y afectivos de los sujetos sino como un esfuerzo de crear lazos comunitarios que necesitan pensados con la fuerza y la potencia vital con la que se construyen e imponen día a día para acompañar al olvido con la posibilidad de el reconocimiento de ser sujetos haciéndose cargo de ellos y de quien comparte con ellos.

7. Bibliografía

Amorós, Celia.

2005 “Espacios de los iguales, espacio de las idénticas. Sobre poder y principio de individuación”, en Celia Amorós *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...para la lucha de las mujeres*. 2005. Madrid. Ed. Cátedra

Ana, Marcos

2007 *Decidme cómo es un árbol*, España, Umbriel Editores.

Arendt, Hannah

2006 *Sobre la violencia*, Madrid, Alianza Editorial.

Austin, John

1990 *Cómo hacer cosas con palabras. Palabras y acciones*, Barcelona, Paidós.

Baer, Alejandro, Bernt Schnettler

2000 “Hacia una metodología cualitativa audiovisual” En *Investigación Cualitativa en las Ciencias Sociales: Temas y problemas*. Buenos Aires.

Barthes Roland

1989 *La cámara lúcida. Notas sobre la fotografía*, España, Paidós.

Bataille, Georges

2014 *El erotismo*, México, Tusquets.

Bellato, Liliana

2015 *Traigo el deseo a flor de piel. Espacio, corporalidad y experiencia*

erótica en un grupo de personas mayores de sectores medios en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Tesis doctoral, México, UNICACH.

Blanchot, Maurice

2007 *La Amistad*, Editorial Trotta, España.

Blázquez, Norma

2012 “Epistemología feminista: temas centrales en Investigación feminista” En Blázquez, Norma, Fátima Flores, Maribel Ríos, *Epistemología, metodología y representaciones sociales*, México, UNAM.

Bodei, Remo

2013 *La vida de las cosas*, Buenos Aires, Amorrortu.

Boia, Lucian

1997 *Entre el ángel y la bestia. El mito del hombre diferente desde la Antigüedad hasta nuestros días*, Chile, Editorial Andrés Bello.

Butler, Judith

2010 *Marcos de guerra, Las vidas lloradas*, España, Paidós.

1998 “Actos performativos y constitución de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista”, *Debate Feminista*, pp. 296-314.

Canguilhem, Georges

1970 *Lo normal y lo patológico*, Argentina, Siglo XXI.

Carvajal Gutiérrez, Alberto

2014 *La inutilidad de Martín* en Revista Digital Universitaria [en línea], Vol. 15, No.6, México, [Consultada: 26/10/17], disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.15/num6/art42/index.html>

Couto, Mia

2010 *Venenos de Dios, Remedios del Diablo. Las incurables vidas de Villa*

Cacimba, México, Almadía.

Crozier, Michel, Erhard Friedberg

1990 *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*, México, Alianza Editorial Mexicana.

De Certeau, Michel

2000 *La invención de lo cotidiano. Las artes del hacer*, México, UIA.

Deleuze, Gilles

1996 *Crítica y Clínica*, España, Anagrama.

Didi-Huberman, Georges

2007 *La invención de la histeria, Charcot y la iconografía fotográfica de La Salpêtrière*, España, Cátedra.

2008 *Cuando las imágenes toman posición*, España, A. Machado Libros.

2012 *Pueblos expuestos, pueblos figurantes*, Argentina, Manantial.

Douglas, Mary

1973 *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, España, Siglo XXI.

1978 *Símbolos Naturales. Exploraciones es cosmología*, España, Alianza Editorial

Duranti, Alessandro

2000 "Métodos etnográficos" *en Antropología lingüística*, Madrid, Cambridge University Press.

Duvignaud, Jean

1982 *El juego del juego*, México, FCE.

Elias, Norbert

1989 *Sobre el tiempo*

Foucault Michel

1977 "Clase del 14 de enero de 1976" en *Defender la sociedad*, México, FCE.

2007 a *El nacimiento de la clínica*, Argentina, FCE.

2007 b *El poder psiquiátrico*, Argentina, FCE.

2009 *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*, México, SXXI.

2011 *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*, México: Ed. Siglo XXI

2012 *Historia de la locura en la época clásica*, Vol.1. México, FCE.

Freud, Sigmund

1991 *El chiste y su relación con el inconsciente* Obras Completas Vol. 8, Argentina, Amorrortu.

Fridman, Irene

2008 *Violencia entre varones. Violencia intragénero* en Género. Selección de lecturas, comp. Carmen Nora Hernández, La Habana, Editorial Caminos.

García Bañón, Ana, Sainz Otero, Ana, & Botella Rodríguez, Manuel.

2004 *La enfermería vista desde el género* en Index de Enfermería, número, 13, pp. 45-48, disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es&tlng=es, consultado el 7 de junio de 2017

García, Sara, Hilda Argüello

2013 "Historias padecidas. Narrativa y antropología médica" en *Etnografía*,

metodología cualitativas e investigación en salud: un debate abierto,
España, Publicaciones URV.

Germán, Concha.

2004 *Género y Enfermería* en Index de Enfermería (edición digital), número 46, disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_7-8.php, consultado el 5 de junio de 2017

Gillis, John

1994 *Memory and identity: the history of a relationship, and Commemorations. The Politics of National Identity*, Princeton University Press.

Girard, René

1995 *La violencia y lo sagrado*, Barcelona, Anagrama.

Goffman, Erving

1970 *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Argentina, Amorrortu.

1981 *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Argentina, Amorrortu.

1995 *Estigma: la identidad deteriorada*, Argentina, Amorrortu.

González-López, Gloria

2012 *Desde el otro lado: reflexiones feministas para una sociología de la violencia sexual*, en Ravelo, Patricia y Héctor Domínguez (Coords.), *Diálogos interdisciplinarios sobre violencia sexual*, Ed. Eón, Colección *Diversidad sin Violencia*, núm. 9, México, págs. 69-90

Guasch, Óscar

2006 "Presentación" *Los hombres en perspectiva de género*, en Óscar Guasch, Héroes, científicos, heterosexuales y gays. Barcelona. Ediciones Bellaterra

Hamui, Liz.

2011 *Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social en Cuicuilco*, Vol. 18, Núm. 52, pp.51-70, México

Huerta, Fernando

2005 *Un acercamiento al abordaje teórico/metodológico de la violencia de género masculina* en *Hombres ante la misoginia: miradas críticas*, México, UNAM.

Jelin, Elizabeth.

2001 "¿De qué hablamos cuando hablamos de memorias?" En *Los trabajos de la memoria, España, Siglo XXI*

Kimmel, Michael

1998 "El desarrollo (de género) y el subdesarrollo (de género): la producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes de Europa y Estados Unidos" En Teresa Valdés y José Olavarria (eds.) *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, Chile, Flacso, págs. 207-217

Kleinman, Arthur

1998 *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, USA, Basic Books.

Lomnitz, Larisa

1975 *Cómo sobreviven los marginados*, México, SXXI.

Mahmood, Saba

2008 "Teoría Feminista y el agente dócil: algunas reflexiones sobre el renacimiento islámico en Egipto" En Suárez Navaz, Liliana y Aída Hernández (eds.): *Descolonizando el feminismo. Teorías y practicas desde los márgenes*. Madrid, Ediciones Cátedra

Maldonado, Ezequiel.

2010 *La historieta mexicana y la seducción de los inocentes. Semblanza de Los Agachados de Rius*, en Pacarina del Sur. Revista de Pensamiento Crítico Latinoamericano. Lima, No. 4, 2010, <http://www.pacarinadelsur.com/home/pielago-deimagenes/124-la-historieta-mexicana-y-la-seduccion-de-los-inocentes-semblanza-de-losagachados-de-rius>

Mauss, Marcel

1979 *Sociología y Antropología*, España, Editorial Tecnos.

Menéndez, Eduardo.

1988 *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*, Segundas jornadas de atención primaria a la salud, Argentina.

1994 *La enfermedad y la atención, ¿Qué es la medicina tradicional?*, Alteridades, Vol. 4(7), pp. 71.83.

1997 *El punto de vista del actor: homogenidad, diferencia e historicidad*, Revista Relaciones, núm. 69, vol. XVIII, pp. 239-269.

Merleau, Ponty

2006 *Fenomenología de la percepción*, España, Planeta.

Mier, Raymundo

2012 *Fragmentos sobre la lentitud*, Tópicos del Seminario 27, pp., 147-228, México, UAM

2009 *Cuerpo, afecciones, juego pasional y acción simbólica*, Antropología,

vol. 87, pp., 11-21, INAH, México.

Muñiz, Elsa

2014 “Descifrar el cuerpo. Una metáfora para disipar las ansiedades contemporáneas” En Coord. Adriana García y Olga Sabido Ramos, *Cuerpo y afectividad en la sociedad contemporánea*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 279-315.

2017 “Prácticas corporales”, en *Conceptos clave en los estudios de género* Coord. Hortensia Moreno y Eva Alcántara, México, CIEG UNAM.

Nancy, Jean-Luc

2007 *La comunidad enfrentada*, Argentina, Ediciones La Cebra.

2014 *¿Un sujeto?*, Argentina, Ediciones La Cebra.

Nieto, José Antonio

2003 *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Madrid Editorial Talasa

Parrini, Rodrigo

2012 *¿Cómo estudiar el cuerpo?*, México, UNAM-PUEG.

Payá, Víctor

2010 *Institución, familia y enfermedad mental: Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*, México, Juan Pablos Editor.

2017 “A propósito del conocimiento médico y el lenguaje del cuerpo apuntes desde la sociología de Richard Sennet” en Núñez, M (Coord.) Richard Sennett. *Cuerpo, trabajo artesanal y crítica del nuevo capitalismo*, Juan Pablo Editores, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, México, UNAM.

Quiroz, Marcela

2014 *La escritura del cuerpo y su desaparición*, México, CONACULTA.

Reátegui, Félix

2009 "Las víctimas recuerdan. Nota sobre la práctica social de la memoria"
Comp. Briceño-Donn, Marcela Recordar en *Conflicto: iniciativas no oficiales de la memoria en Colombia*.

Revueltas, José

2016 *El Apando*, México, Era.

Ritzier, George

1993 *Teoría Sociológica Contemporánea*, España, McGraw-Hill.

Sabido, Olga

2012 *El cuerpo como recurso de sentido en la construcción del extraño. Una perspectiva sociológica*, México, Ed. Sequitur.

Sánchez, José

2014 *Un clamor a voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*, México, CIESAS.

Spinoza, Baruj

2000 *De la naturaleza al origen de los afectos en Ética demostrada según el orden geométrico*, Madrid, Trotta.

Szasz, Thomas

1970 *Ideología y enfermedad mental*. Argentina, Amorrortu.

Taylor, Steven, Robert Bogdan

1984 *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación*, Barcelona, Paidós.

Veena, Das

1997 "Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones" en *International Social Science Journal*. Vol. XLIX, No. 154. Dossier sobre Antropología: temas y perspectivas. UNESCO.

Villasmil, Mary del Carmen

1998 "Apuntes teóricos para la discusión sobre el concepto de estrategias en el marco de los estudios de población" en *Estudios sociológicos*, Vol. XVI, Núm. 46, pp. 69-8