



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Filosofía y letras

Colegio de Antropología Social

Tesis: La construcción simbólica del cuerpo enfermo: Espacio, representaciones sociales y dimensiones sensoriales entre pacientes psiquiátricos en un espacio hospitalario.

Para optar por el título de Licenciado en Antropología
Social

Presenta:

Pablo López Osorio

COMITÉ TUTORIAL

Directora:

Mtra. Mariana Figueroa Castelán

Dr. Ernesto Licon Valencia

Mtra. Lilián Torres González

Puebla, Puebla

Enero 2024

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
Descripción del tema	1
Planteamiento del problema	2
<i>Objeto de estudio</i>	3
<i>Ejes de investigación</i>	3
<i>Pregunta de investigación</i>	4
Justificación	5
Marco teórico	6
<i>Estado de la cuestión</i>	6
<i>Modelo de análisis</i>	9
<i>Esquema</i>	13
Objetivos	14
<i>Objetivo general</i>	14
<i>Objetivos particulares</i>	14
Hipótesis	14
Metodología	14
1. Capítulo I: Un modelo de análisis para el estudio del cuerpo enfermo: La enfermedad espacializada.	18
1.1 <i>Estado de la cuestión</i>	18
1.1.1 <i>Psiquiatrización y medicina occidental</i>	19
1.1.2 <i>Política e institución</i>	20
1.1.3 <i>El cuerpo desde los estudios socioculturales</i>	22
1.2 <i>Espacio y Representaciones sociales</i>	24
1.2.1 <i>Representaciones de la institución</i>	28
1.2.2 <i>Cuerpo-Espacio</i>	31
1.2.3 <i>La enfermedad encarnada</i>	33
1.3 <i>La enfermedad espacializada: reflexiones fenomenológicas de la percepción.</i>	37
1.4 <i>Conclusiones de capítulo</i>	38
2. Capítulo II: La política pública como órgano rector en la salud mental.	41
2.1 <i>De la imposibilidad del cumplimiento: La realidad sociocultural vs Políticas Públicas.</i>	42
2.2 <i>La visión de los/as trabajadores</i>	45
2.3 <i>Imaginario de la locura en medios audiovisuales</i>	47

2.4 Conclusiones de capítulo.....	51
3. Capítulo III: Etnografía de la locura: La perspectiva del enfermo.....	54
3.1 Cotidianidad hospitalaria.....	54
3.1.1 La arquitectura asilar.....	56
3.1.2 Percepciones del espacio asilar.....	60
3.2 Los pacientes.....	63
3.2.1 Escalas axiológicas.....	63
3.2.2 Categorías de comportamiento.....	65
3.2.3 Relatos autobiográficos.....	67
3.3 Sistema de lugares.....	70
3.3.1 Las villas lugar de distinción.....	72
3.3.2 Lugares de sociabilidad.....	73
3.3.2.1 Las “responsabilidades individuales”.....	73
3.3.2.1 El deporte.....	74
3.3.2.3 Puntos de conversación.....	76
3.3.2 Redes comerciales.....	79
3.3.3 Ocio y sexualidad.....	81
3.4 ¿Qué es la enfermedad? Elementos simbólicos del cuerpo y su dimensión sensorial.....	89
3.4.1 La sensorialidad del cuerpo enfermo.....	89
3.4.1.1 Cuerpo, aflicción y dolor.....	91
3.4.2 Representaciones sociales de la enfermedad.....	93
3.4.2.1 Asimilación y terapia.....	95
3.4.2.2 Psicosis y encierro.....	97
3.4.3 Espacios, representaciones y sensorialidades.....	98
3.4.3.1 Dibujo etnográfico: sr. Alejandro González.....	101
3.4.3.2 Dibujo etnográfico: Sra. Amaranta Buendía.....	103
3.5 Conclusiones de capítulo.....	108
CONCLUSIONES.....	110
Bibliografía.....	119

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es resultado de un esfuerzo colectivo que hoy se materializa en este texto. Agradezco, totalmente, a quienes me han acompañado en el proceso, y aclaro que el orden de aparición no responde necesariamente al grado de admiración y cariño que les tengo.

A mis padres, Gabriela y Ramiro, por no cortarme las alas en este aventurado camino. A mi madre por todas tus aclaraciones, tiempo e impulsar mí vuelo. A mi padre que jamás dudo de mi elección. A mis hermanitas, que incansablemente me escucharon y apoyaron, gracias por sus porras y por enseñarme a vivir de forma más relajada. Sary, mi *memecita* por todos tus comentarios y enseñanzas. Andy, mi *güereja*, por siempre estar ahí y decirme lo que piensas.

A todxs mis amixes de carrera Ana Cris, Angie, Martin, Pao, Caro, por hacer que los días difíciles fueran más llevaderos, por todas las risas en las palapas, por su incondicional apoyo y por hacerme parte de sus vidas, espero de todo corazón que nuestra amistad continúe. A mis amigos de toda la vida, Oscar y Diego, qué sin saberlo, abonaron profundamente a mi discusión. A mi novia, Karla, por escucharme horas y horas de todo esto que me apasiona, por tu amor y comprensión.

A Clau por ser amiga, compañera y cómplice. Dónde este, estarás.

A lxs pacientes por llenarme de amor y sabiduría; por abrir sus vidas y experiencias conmigo; y por recordarme que la ternura está en todos lados. Al hospital psiquiátrico Doctor Rafael Serrano, por abrirme las puertas y confiar en mi investigación.

Al Colegio de Antropología Social (CAS) por ser refugio de dudas, inquietudes y debates. Por albergarme con calidez cinco años. A todxs lxs profesores por estar comprometidos con sus alumnx. A la profa Mariana, sin su esmero y compromiso, esta investigación no habría salido a flote. A mis lectores, Dr. Ernesto Licon y Mtra. Lilian Torres por realizar profundas y cuidadosas lecturas de mi trabajo. A mi comité tutorial por compartir sus conocimientos y observaciones.

Para ti querido lector, espero que encuentres en el texto algo de utilidad. Este texto es para ti.

INTRODUCCIÓN

Descripción del tema

Las sociedades siempre se han visto obligadas a crear instituciones que traten con los “*otros*” diferentes, aquellos que no cumplen con la *norma* social; dichas instituciones regulan los comportamientos biológicos, psicológicos y sociales, tales como las cárceles, escuelas, orfanatos, clínicas, hospitales psiquiátricos, entre otros. En México alrededor del 17% de la población total padece una enfermedad mental y solo una de cada cinco personas recibe tratamiento (OMS, 2017).

En Puebla, la institución psiquiátrica más grande es el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano (H. P. Dr. Rafael Serrano), mejor conocido como “El Batán”. El hospital actualmente cuenta con 2 salas de psicogeriatría, 2 salas de pacientes agudos, 2 salas de pacientes crónicos, 1 unidad médica, y hasta hace poco 2 pabellones denominados *villas*; más consulta externa. Las salas, según su especialidad, están divididas entre hombres y mujeres. Y están conformadas por un equipo permanente de enfermeros, médicos, psiquiatras y psicólogos, más los integrantes de rehabilitación, integrada por profesionales de terapia física, cultura física y terapia ocupacional, y la unidad médica¹, que se encarga de padecimientos y vigilancia médica fuera de la enfermedad mental.

En esta investigación nos centramos en los últimos años de las 2 villas del hospital, tanto la de los hombres como de las mujeres. Estas salas se caracterizan porque los pacientes dentro del marco terapéutico se hacían cargo de su entorno espacial y corporal, que incluía la limpieza de las salas, el orden de su habitación, la higiene de sus cuerpos, y con mayor importancia se planteó la reinserción permanente a la vida social urbana; estas salas permitían a sus pacientes una mayor libertad en el hospital, pero sin desprenderse de la rutina hospitalaria.

Estas villas fueron originadas dentro del marco jurídico con el Modelo Miguel Hidalgo de atención en la salud mental (2013-2018), que plantea retomar el objetivo

¹ Está integrada por odontólogos, médicos generales y enfermeros.

de los sesenta; este modelo planteó como problemática principal la infraestructura de los hospitales:

“En México, los hospitales psiquiátricos tienen usuarios con estancias hospitalarias prolongadas y cuentan con una arquitectura y organización que promueve un modelo asilar de atención, donde hay hacinamiento, no hay privacidad ni respeto a la individualidad, lo que provoca en el usuario falta de autonomía y de independencia” (Secretaría de Salud, 2013).

El modelo Miguel Hidalgo comenzó en vigencia en el H. P. Dr. Rafael Serrano en el año 2013 y terminó a principios del 2022, los pacientes que estuvieron en esas salas fueron minuciosamente escogidos por sus características clínicas, en base a la escala Baremo². Los pacientes pertenecientes a las villas tienen padecimientos clínicos distintos, entre ellos destacan: discapacidad intelectual, trastorno bipolar, esquizofrenia y epilepsia³. Esta sala albergaba 50 pacientes entre hombre y mujeres un rango de edad de 19 a 70 años; estos pacientes aún son considerados clínicamente como pacientes crónicos, pero con capacidad de realizar actividades motrices sin problemas o de leve dificultad. Los pacientes tienen orígenes culturales diferenciados, entre ellos: de zonas rurales, zonas urbanas, casas de salud infantil y pacientes en calidad de desconocidos, a su vez, versan en clases sociales diferentes; su capital cultural demarca su sociabilidad y percepción con el entorno y patología. Las prácticas sociales que se reproducen en el hospital están estrechamente ligadas al capital cultural del paciente. Las prácticas sociales se asemejan al capital cultural del paciente.

Planteamiento del problema

² Es una **escala** de valores que se establece para evaluar los méritos personales, la solvencia de empresas o los daños derivados de accidentes o enfermedades. Esta escala tuvo un enfoque específico para su efectividad.

³ La epilepsia según el CIE 10 y el DSM-IV, aún se encuentra catalogada como una enfermedad mental debido al deterioro cognitivo que sufren a nivel biológico. Los y las pacientes con epilepsia que están en estancia hospitalaria en el H. Dr. Rafael Serrano, se encuentran en su mayoría en abandono o sufren más de un padecimiento psiquiátrico, además de ser pacientes con enfermedades crónicas.

El caso particular de los pabellones denominados *villas*, los pacientes reconfiguraron un *habitus* que responde a las normativas hospitalarias y a sus necesidades como individuos. Su propia condición de saberse enfermos ha permitido generar una serie de discursos, haceres y ejercicios que constituyen su propia representación social del cuerpo enfermo. El ejercicio institucional da paso a reconfiguraciones corporales en los pacientes, donde, ciertas características como signos, prácticas, discursos y narrativas constituyen una polisemia simbólica entorno a la construcción corporal de la enfermedad. Las relaciones que establece la cotidianidad a partir de dicha construcción reflejan la realidad mental frente a la institución total.

Objeto de estudio

Por lo anteriormente mencionado planteo como objeto de estudio: **La construcción social de las representaciones sociales del cuerpo enfermo a partir de su espacialización como construcción simbólica entre en discurso médico global, las narrativas hegemónicas de la salud-enfermedad y la dimensión sensorial de la enfermedad del sujeto diagnosticado/a inmersas en un campo cultural objetivado en un espacio hospitalario entre pacientes psiquiátricos de las villas en el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano en contextos de contemporaneidad.**

Ejes de investigación

Para el estudio de este fenómeno se crearon tres rutas de investigación que pretenden abordar de manera holística la construcción simbólica del cuerpo enfermo en un espacio/institución objetivada por prácticas, discursos y narrativas hegemónicas que interiorizan dinámicas sociales específicas.

- 1) Discusión teórica entre espacio y representaciones sociales: La dimensión espacial es determinante en la realización, construcción, reproducción y

normalización de las prácticas sociales; la regulación corporal, conductual y social que ésta ejerce en los sujetos da origen a una constitución específica de representaciones sociales. Estas representaciones están categorizadas y diferenciadas por la experiencia sensorial que el espacio y los sujetos le otorgan; no podemos concebir las representaciones sociales fuera de un espacio inteligible, y a la inversa, no podemos concebir un espacio sin representaciones.

- 2) La enfermedad espacializada: Partí del supuesto que la salud y la enfermedad son construcciones sociales configuradas en tres partes contextuales, desde la experiencia del enfermo (fenomenológica), desde la visión de la salud (orden institucional), y la externa a las dos anteriores (imaginario de la enfermedad). Concebir la enfermedad desde la experiencia del enfermo/a, disgrega una serie de procesos que constituyen una nueva visión del mundo o, por el contrario, explican el por qué su visión era diferente al resto. Para este análisis propuse la categoría de **corporalidad** que será la ruta fundamental en el análisis y explicación de la construcción simbólica de la enfermedad.
- 3) La construcción simbólica de la enfermedad materializada en el cuerpo a través del capital cultural y espacial del paciente: Las representaciones sociales del cuerpo conforman una red de entendimiento y concepción espacio-temporal de la dinámica social en la cotidianidad; partiendo de la idea concebida de los pacientes con su enfermedad, generando una serie de ideas, prácticas y dimensiones simbólicas de su patología a partir de la corporalidad, la construcción de éstas se conforma por representaciones jerarquizadas determinadas por su capital cultural.

Pregunta de investigación

Por lo anterior plantee como pregunta de investigación: **¿Qué elementos simbólicos del discurso médico, las narrativas hegemónicas y de la dimensión**

sensorial de los pacientes constituyen las representaciones sociales del cuerpo enfermo?

Justificación

Actualmente, cerca del 10% de la población mundial padece una enfermedad mental, las enfermedades que más destacan son: depresión, esquizofrenia, autismo, discapacidad intelectual y demencia (OMS, 2019). Las patologías mentales son parte de nuestra vida cotidiana. Se estima que serán éstas, la “epidemia” del siglo XXI por su rápido crecimiento y su cualidad de incapacitar a las personas. En México alrededor del 75% de las personas con padecimientos mentales no reciben ningún tipo de tratamiento (OMS, 2019).

La pertinencia de esta investigación radicó en analizar las representaciones de la enfermedad mental a partir de un “nuevo” modelo en los hospitales psiquiátricos, la implementación del concepto de *villas* se planteó como una nueva forma de vivir/habitar la estancia hospitalaria que destacaba por otorgar a sus pacientes mayor independencia y libertad. Con este modelo las dinámicas estructurales del hospital cambiaron radicalmente, desde la cotidianidad de la vida hospitalaria (tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes), hasta nuevas perspectivas de entender la sociabilidad y el cuerpo enfermo.

Metodológicamente propuse crear un modelo analítico que permita tener un acercamiento adecuado con los pacientes, además de ser una herramienta que de visión de la enfermedad mental desde la experiencia encarnada. Propuse utilizar modelos de distintas disciplinas que posibilitaron el acercamiento a los pacientes y a la obtención de la información empírica de la enfermedad: El modelo de Kleinman (Antropología Médica), Modelo de Henderson (Enfermería) y Modelo Marjory Gordon (Enfermería). Con esta combinación de modelos, la investigación se empapó de un enfoque interdisciplinar en el entendimiento de las patologías mentales.

Desde la teoría del espacio se recabaron las significaciones sociales, la territorialización y la noción productora y producida de las prácticas sociales de la enfermedad mental. Al utilizar el concepto de espacio corporal y de representaciones sociales, el enfoque se enriqueció de una perspectiva antropológica y clínica en los malestares psicopatológicos que explicó la construcción simbólica de la enfermedad. Ambas perspectivas, la espacial y las representaciones sociales complementaron el modelo analítico de manera holística tanto teórica como etnográficamente.

Marco teórico

Este apartado, ha sido dividido en dos aspectos que complementan la forma en que se puede concebir la realidad social del paciente en un hospital. El primero de ellos, conforma un estado de la cuestión, donde se abordan los aspectos generales del “*cuerpo enfermo*” en distintas disciplinas. El segundo apartado conforma un preámbulo a las rutas teóricas que constituirán un capítulo de esta tesis.

Estado de la cuestión

El interés de este apartado es mostrar los abordajes médicos, políticos y socioculturales entorno al cuerpo enfermo, visto y privilegiando la tradición antropológica. El objetivo final es centrar la atención en un enfoque particular que guíe la investigación.

Psiquiatrización y medicina occidental

En términos biológicos, el cuerpo es una estructura viva compleja, acompañada de sistemas que reproducen y aseguran su perpetuidad. El cuerpo está sujeto a un ambiente cambiante y peligroso; fuerzas externas e internas a él han ocasionado que configure parámetros de seguridad tanto sociales como biológicas; tanto las internas como las externas pueden ser enfermedades, y los procesos construidos por la experiencia para su cura han tomado diversos enfoques a lo largo de la

historia. Desde comienzos de la edad moderna, el enfoque [hegemónico] ha sido abordado desde lo biológico. Tal es el caso de la Psiquiatría.

Los años consecuentes, vieron nacer dos corrientes importantes que aportaron de manera significativa a la psiquiatrización latinoamericana: La psiquiatría de Europa occidental se definía como organicista, descriptiva y orientada a la medicina. Esto quiere decir que abordaban la psiquiatrización bajo un riguroso proceso, construido minuciosamente, que intenta conciliar análisis estructurales de las psicopatologías, éstas desde la clínica clásica (Henri Ey, 1965), y la psiquiatría norteamericana o estadounidense se caracterizó por estar “orientada al cambio”, ya que tenía diversos enfoques terapéuticos. Su enfoque fue principalmente teórico, abordaba las patologías como hechos biológicos inherentes al cuerpo (Freedman y Kaplan, 1967). Ambas consolidaron perfiles, planes y tratamientos específicos que rompieran las deficiencias de la psiquiatría del siglo XIX.

El caso latinoamericano se ha consolidado a partir de la década de los 70's, y su enfoque ha tenido particularidades y aportes importantes, pues ha desarrollado y profundizado en el diagnóstico y la terapia desde la cultura; su perspectiva del cuerpo está ligada completamente a la medicina occidental, es decir, la patología siempre antecede al cuerpo y no es la persona el cuerpo mismo.

Política e institución

Los medios políticos abordan el cuerpo y su normatividad a través de las instituciones, entre ellas, las reguladoras de la salud; su enfoque está ligado a la población, pero la población como problema político. Las primeras etnografías abordando la **psiquiatrización** generaban conceptos y categorías que responden a una lógica de deconstrucción del yo y visibilizan el ejercicio del poder biopolítico; Stanton y Schwartz (1954) dan cuenta de cómo las instituciones garantizan la estabilidad y la permanencia a través de un sistema de recompensas y sanciones, acuñan el término de “necesidades institucionales”, que dan paso a una forma definida de sociabilidad interconectada por relaciones institucionalizadas. Rosenhan (1973), realiza un estudio en donde explora la experiencia del internado en un hospital psiquiátrico con la premisa de relatividad subjetiva de la normalidad y la

enfermedad [psiquiátrica]. Describe el internado con dos categorías de la perspectiva goffmaniana: La despersonalización y la pérdida de poder.

Ambos casos son claros ejemplos, de una institucionalización, el ejercicio del poder, el discurso hegemónico y la población como problema político. Pero la política no solo ha abordado estos cuerpos enfermos como problemas sociales, sino también como fenómenos de la salud, entre ellos podemos retomar el Modelo Miguel Hidalgo 2013-2018 o el “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020”; donde se problematizan en panoramas nacionales y mundiales las psicopatologías, la institucionalización y el carácter sociocultural en los diagnósticos y terapias psiquiátricas.

El cuerpo desde los estudios socioculturales

Tanto la Antropología como diversas ciencias sociales se han enfocado en el estudio social y cultural del cuerpo; las interconexiones entre la vida social y el cuerpo demarcan características particulares para comprender la realidad. La multiplicidad de perspectivas desarrolladas en su estudio ha dado paso a enfoques que explican la construcción de la realidad a partir de la experiencia del cuerpo y al cuerpo como producto de esa realidad.

La compleja red que se entreteje en la noción de cuerpo-cultura cobra fundamental relevancia con Descartes (1980), cuando postula que: la razón es parte del alma y los afectos son parte del cuerpo; su independencia (cuerpo-alma) repercutió directamente en la filosofía, pues cambió el paradigma medieval y reformuló el concepto del hombre en era moderna; en términos generales, el cuerpo como ente no pensante explica los enfoques sociobiológicos y la visión cartesiana entre naturaleza y cultura.

La Antropología Social, profundizó, teórica y empíricamente, de forma decisiva para legitimar al cuerpo como objeto de estudio social, Turner (1994) afirma que hubo 4 razones que coadyuvaron a esto, 1) la Antropología Filosófica se encargó de desarrollar cuestiones ontológicas que reafirmaban la reencarnación humana como producto de la universalidad, 2) la dicotomía entre naturaleza y cultura, llevó a reflexiones donde el cuerpo como objeto natural fue mediado por la

cultura, 3) el desarrollo del evolucionismo contribuyó a vincular fenómenos biológicos del cuerpo con fenómenos sociales, y 4) la consolidación estructuralista y posmoderna de la teoría social del cuerpo.

Modelo de análisis

Las significaciones de la enfermedad mental, concebida por los propios pacientes, necesita de un acercamiento conceptual que responda a la dinámica espacial (institucional y corporal), la construcción simbólica del cuerpo enfermo y la deconstrucción del yo dentro de los parámetros de normalidad.

1. Discusión teórica entre espacio y representaciones sociales.

El espacio y las representaciones sociales como conceptos están intrínsecamente ligados, el espacio social como vía producida y productora de prácticas, sentidos y significados esta superpuesto a otras dimensiones sociales como las representaciones sociales, guías de la acción propia.

Para Bourdieu (1997) el espacio social es una representación abstracta, un punto de vista sobre el conjunto de puntos a partir de los cuales los agentes dirigen sus miradas hacia el mundo social, es decir, el espacio social es un sistema de posiciones que define las relaciones vinculadas entre sí. En función de su posición las prácticas producidas y reproducidas están sujetas al capital económico y al capital cultural. El espacio, en este sentido, condesa una simbolización producida que prevalece y cambia dentro de la dinámica social.

Lefebvre condesa el concepto de espacio como:

“[...]El espacio no es una cosa, sino un conjunto de relaciones entre las cosas [...], es una relación social, pero inherente a las relaciones de propiedad, y que por otro lado está ligado a las fuerzas productivas; vemos, pues, que ese espacio social manifiesta su polivalencia, su realidad a la vez formal y material” (Lefebvre, 1988: 139-141)

Dentro de estas consideraciones, debemos poner sobre la mesa un hecho importante, los espacios sociales existen a través de su reproducción, y estos no desaparecen, se yuxtaponen entre sí, es decir, la producción de espacios institucionalizados y/o hegemónicos no desaparecen o absorben espacios más “pequeños”, más bien se superponen y se consolidan donde las relaciones individuales y particulares compenetran los flujos de interacción social. La psiquiatrización se ejerce de este modo, donde los espacios institucionales compenetran y consolidan espacios producidos (tanto hospitalarios como corporales) por los pacientes.

Adentrándonos en las representaciones sociales podemos afirmar que son guías para la acción (Abric, 2001), conjuntos organizados, regidos y producidos a través del signo como vía característica de grupos e individuos de sectores sociales específicos. En la esfera funcional, permite a estos sectores dotar de sentido y significado a sus conductas, entender y producir la realidad en un complejo sistema de vínculos que dan lugar a *su espacio*. En este sentido, son a la vez “producto y proceso de una actividad mental por la que el individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (Abric, 1987: 64); los elementos que la activan están sujetos al contexto, es decir, el conjunto de relaciones está determinado por las prácticas sociales y viceversa. Las representaciones sociales son una forma de interpretación social y simbólica de la realidad que entreteje los conjuntos históricos y culturales entre individuos en su contexto.

El espacio como eje constitutivo de la realidad tiene un sinfín de signos que interpelan a los sujetos que los construyen, estos determinan lo lícito, lo normativo y hasta lo simbólico. Pretendo con esto vincular, tanto teórica como empíricamente que el espacio, entendido como un objeto producido, está constituido de las representaciones sociales, como un proceso sujeto a cambios y contradicciones. Estos superpuestos uno del otro, donde el análisis explica la multiplicidad de relaciones significativas objetivadas en los indicadores conceptuales.

2. La enfermedad espacializada.

Para abordar la categoría de **cuerpo** desarrollaré el fenómeno de la institución como espacio normativo y regulador, que da origen la construcción del cuerpo enfermo (cuerpo especializado). Entenderemos la institución hospitalaria bajo las premisas teóricas de Goffman (2012) con la *Institución total* y la *Biopolítica* de Michel Foucault (1994, 2004)

La *biopolítica* abarca una extensa complejidad por su enfoque hacia las tecnologías que hacen vivir como aquellas que dejan morir; este postulado teórico se define a través de la racionalidad política que se instituye por la gubernamentalidad. Se debe tener en cuenta dos características esenciales que conforman lo *biopolítico*: 1) Se ejerce de forma positiva, la interiorización normativa en la población es accesible y factible de ser intervenida; 2) se ejerce sobre procesos naturales y aquellos que afectan a la vida, pero le conciernen a la población. La *institución total* planteada por Goffman (2012) se estructura de forma similar a la *biopolítica* de Foucault (2004); ambas destacan, en distintos niveles (micro y macro), las formas de poder, la normatividad biológica, política y social que ejerce una institución y el cómo se vive en la *gubernamentalidad*.

La esfera institucional hace uso de la medicación bajo el concepto de Foucault: "... una técnica política de intervención, con efectos de poder propios" (1994, pp. 213) que tiene como principal objetivo "normalizar" su psicosis para que sean como el resto "normal". En este sentido, el cuerpo se ve sujeto a cambios propios de la institucionalización, donde los ámbitos normativos transforman la dinámica y concepción del propio cuerpo en el espacio. Retomando la perspectiva fenomenológica de Husserl (1997), podemos afirmar que el cuerpo es resultado de un proceso histórico y social sujeto a campos objetivos y subjetivos, donde la experiencia constituye el sentido y significado que atribuye al mundo.

La construcción del espacio social como eje fundamental de las prácticas y relaciones sociales, establece el primer vínculo de cuerpo-espacio, procedente a esto, podemos entender al cuerpo como una construcción social y cultural, efecto del discurso social, y para este caso: el discurso médico. La cultura ejerce, de forma casi natural, un poder que determina la conducta de los cuerpos le enseña lo

simbólico y lo significativo y es a través de ella, que lo ajeno al sentido social, se hace propio; la “corporeidad es tener conciencia de nuestro cuerpo” (Moreno-Altamirano, 2010: 152) y este, como primer nivel de conciencia, permite una reflexión del entorno, donde no solo se concibe la cultura, sino que, se reproduce. Es a partir de la corporeidad como los signos y símbolos cobran sentido de reconocimiento con uno mismo y con los otros

De este modo, concibo al cuerpo como un sistema de símbolos, que se ilustran a través de la cotidianidad y se construyen a través del contexto, el tiempo y el espacio. El cuerpo como símbolo, productor de símbolos y soporte de procesos simbólicos, constituye la construcción del **cuerpo espacializado**; donde la corporeidad y las representaciones sociales sintetizan la comprensión del cuerpo, la cultura y la enfermedad.

3. Construcción simbólica de la enfermedad materializada en el cuerpo a través del capital cultural y espacial del paciente.

Profundizando un poco en la noción del cuerpo, me posiciono desde el enfoque *constructivista*, porque este me permite abordar a la enfermedad como un fenómeno cultural constituido por parámetros biológicos y médicos, pero estos construidos socialmente. Quiero decir con esto que, el cuerpo y la enfermedad son signos y símbolos creados bajo un sistema social que los explica, no solo en términos fisiológicos y patológicos, sino también, culturales.

Aclarado el punto anterior, debemos distinguir dos cosas, el estar enfermo y el sentirse enfermo son nociones totalmente diferentes, abordados desde el constructivismo, podemos explicarlos a partir de niveles objetivos y marcos patológicos. En términos muy concretos, el estar enfermo, es lo acontece al cuerpo, un malestar, un dolor, la clásica frase “me siento mal” entra aquí; el estar enfermo es una condición biológica, mental y social que puede o no tener cura (Moreno-Altamirano, 2010). La delgada línea que los separa puede desdibujarse por ámbitos varios, y con ella significar el cuerpo y el mundo de forma completamente diferente.

El sentirse enfermo, puede ser un precedente claro del estar enfermo; y este puede constituir la construcción de la enfermedad (socialmente hablando), desde

los discursos médicos hasta los imaginarios de la propia patología; esto quiere decir, en términos empíricos, que lo externo y lo hegemónico de la salud son un factor determinante en concebir la enfermedad. El papel de paciente solo tiene sentido con el papel del médico. Las acciones individuales para resignificar el mundo, desde saberse enfermo, están relacionadas a acciones colectivas.

La enfermedad trastoca los conjuntos simbólicos, sociales e históricos, involucrando cambios desde lo normativo y lo cotidiano, asumirlos es un ejercicio de continuo conflicto, donde las partes afectadas deben hacerse conscientes de una compleja red de discursos, prácticas y conductas consensuadas por la institución y el medio social que la envuelve. De esta forma, los límites conductuales son expresados en términos de lo lícito, reconfigurados y significados por el capital cultural del paciente.

Dado al carácter antropológico de la investigación el enfoque propuesto fue de tipo hermenéutico, estructural y etnográfico. Partiendo del fenómeno mismo como una estructura social que jerarquiza y disciplina el comportamiento, de ellas, emergen prácticas y discursos aprehendidos, subjetivos a la perspectiva médica, por ello el carácter simbólico complementará el análisis.

Esquema

Concepto	Categoría	Variables	Indicadores
Representaciones sociales	Cuerpo	Dialéctica salud-enfermedad	Narrativa de la enfermedad. Historia de vida. Caso clínico.
		Construcción de la enfermedad	Nosología. Discurso médico. Modelo Kleinman
Espacio	Cuerpo	Construcción simbólica de la enfermedad materializada en el cuerpo	Parte del cuerpo que aflige la enfermedad. Capital cultural. Enfermedad con percepción espacial.
		Dialéctica cuerpo-espacio hospitalario	Vivido representado. Sensaciones activas. Sensaciones inactivas.

Objetivos

Al acotar el fenómeno, los objetivos de la investigación se limitaron a lo siguiente:

Objetivo general

Contribuir etnográficamente a la teoría del espacio desde la Antropología con una investigación de las representaciones sociales de la enfermedad mental.

Objetivos particulares

- Analizar las posturas de cada paciente en tanto su capital cultural y su patología en la construcción simbólica del cuerpo enfermo.
- Vincular las relaciones sensoriales con la dinámica y reproducción social de la institucionalización como eje constitutivo de y productor de símbolos, significados y representaciones sociales del espacio y el cuerpo.

Hipótesis

En un intento de responder la incidencia de los elementos simbólicos en la construcción del cuerpo enfermo, planteo como hipótesis: Las representaciones sociales entorno al cuerpo enfermo son constituidas a partir de discursos médicos hegemónicos generados en un espacio hospitalario y la incidencia de la salud-enfermedad en los marcos globales, por el disciplinamiento institucional, las significaciones sociales entorno al cuerpo enfermo de los pacientes psiquiátricos y por los procesos que espacializan el cuerpo; por lo tanto, las narrativas e historias de vida de los pacientes aunado a los diagnósticos clínicos confluyen e interiorizan la cotidianidad hospitalaria.

Metodología

La construcción del conocimiento científico tiene tres niveles básicos para las estrategias metodológicas: las *ontológicas* que refieren al qué y cómo es la realidad estudiada, la *epistemológica* expresa qué conocimiento científico se puede construir

y cuál es la relación del científico con el objeto que se estudia y los *metodológicos* que hablan del cómo se construye ese conocimiento (Batthyány y Cabrera, 2011)

Ontológico: La hermenéutica en la etnografía funciona como un medio para comprender los procesos culturales y sociales que serían imposibles en la mera descripción de los fenómenos sociales; “la interpretación de la realidad y de los significados subjetivos de la acción social se transfigura en parte del hecho etnográfico de análisis” (Alarcón, 2015). La complejidad del fenómeno lingüístico en lo *significativo de las patologías mentales* requiere una perspectiva holística que permite interpretar, entretejer y reconstruir el significado mediante el sentido del capital cultural otorgado por el paciente.

Epistemológico: Considerar la posición social como investigador en su contexto de estudio y con sus informantes es un ejercicio de continua reflexión (Guber, 2004). Mi interés por las patologías mentales, el hospital psiquiátrico como institución total y el cuerpo como reflejo de la producción simbólica de la enfermedad, trastocan parte de mi entorno cultural cercano. Como investigador, pretendo posicionarme como *etnógrafo implicado* reflejando mis intereses académicos en la institución desde el principio. Mi figura epistémica refleja mi posición como hijo de una trabajadora del hospital, lo que me permite el acceso con mayor facilidad a él, además, de tener conocimientos previos y básicos que complementan las nociones psicopatologías; también, mi posición me permite el acceso a profesionales de la salud que no censuraran la condición real de los pacientes y el hospital.

Metodológico: Como herramientas metodológicas utilicé entrevistas a profundidad, encuestas, relatos autobiográficos, narrativa de la enfermedad y cartografía social; considerando el modelo explicativo de Kleinman (1980), el modelo de las necesidades básicas de Henderson (1994) y el modelo de valoración cognitiva de Gordon (1977) esta triada de modelos, permitió a los pacientes explicar y construir su enfermedad y cotidianidad institucional, que considera la diferenciación de capitales culturales.

Las entrevistas a profundidad y las encuestas fueron previamente construidas a partir de la triada de modelos, que permitió indagar los sentidos más profundos de la enfermedad mental y el vivir la institución total. Éstas posibilitaron concebir la dimensión simbólica y significativa que han construido de la enfermedad y cómo el hospital ha introducido la dinámica social del espacio que habitan.

Los relatos autobiográficos y la narrativa de la enfermedad sirvieron para diferenciar el campo cultural de cada paciente, y cómo a partir de estos, se construyó el ámbito simbólico del espacio, el cuerpo, el trabajo y la enfermedad. Estas herramientas metodológicas posibilitaron acceder a la dimensión personal del discurso externo a su enfermedad y bajo su experiencia cómo se vive este proceso.

La cartografía social fungió como una herramienta que expresó la dimensión cultural construida por los actores y la institución: del espacio, su dinámica, lo significativo y lo evocativo. Este ejercicio se realizó de forma individual y colectiva con el objetivo de demarcar las diferencias simbólicas de la *triada del espacio* de Lefebvre (1988). Del mismo modo, fue una herramienta comparativa entre la dinámica social entre cada villa y distintos pabellones del hospital.

La tesis fue diseñada con tres capítulos con objetivos particulares que responden a los objetivos de la investigación. El primero traza el modelo analítico, dejando discusiones entorno al espacio, las representaciones sociales y las dimensiones sensoriales en una institución total, demarcando aquellas características, modos y formas de comprender el cuerpo psicopatológico. El segundo capítulo, se concibió desde un marco más sociológico, intentando acotar la realidad global de la salud mental a partir de dos modelos médicos, y cómo su incidencia marca pautas legales y psiquiátricas en el *Batán*. El último capítulo, es de corte etnográfico, donde se intenta realizar una descripción densa de la experiencia psicopatológica, privilegiando la noción encarnada y espacial del enfermo/a en la institución hospitalaria.

1. Capítulo I: Un modelo de análisis para el estudio del cuerpo enfermo: La enfermedad espacializada.

Este capítulo tiene el objetivo desglosar una propuesta teórica para abordar los estudios del cuerpo enfermo, focalizando la atención en el concepto de *enfermedad espacializada* que pretende comprender los fenómenos socioculturales de la enfermedad mental, el capital cultural, las dimensiones sensoriales y la institucionalización. A su vez, este texto desarrollará las dos primeras rutas de investigación y con tal de hacer este texto claro, recuerdo al lector mi objeto de estudio: **La construcción social de las representaciones sociales del cuerpo enfermo a partir de su espacialización como construcción simbólica entre en discurso médico, las narrativas hegemónicas de la salud-enfermedad y la dimensión sensorial de la enfermedad del sujeto diagnosticado/a inmersas en un campo cultural objetivado en un espacio hospitalario entre pacientes psiquiátricos de las villas en el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano en contextos de contemporaneidad.**

Este capítulo esta dividido en dos ejes: estado de la cuestión y modelo de análisis. El primero de ellos, pretende mostrar diversas investigaciones acerca del cuerpo, la enfermedad y la institución, con el objetivo de comprender su relevancia teórica y metodológica que coadyuba a la visión del fenómeno. El segundo es la construcción minuciosa de un modelo teórico para estudiar la *enfermedad espacializada* en una institución psiquiátrica.

1.1 Estado de la cuestión

“Enfermo no imaginario, sería decir poco; enfermo falso, sería decir demasiado; enfermo seriamente de intento me parece lo justo”
Paul Verlaine

El interés de este apartado es mostrar los abordajes médicos, políticos y socioculturales entorno al cuerpo, la enfermedad y la institución visto y privilegiando

la tradición antropológica. El objetivo final es centrar la atención en un enfoque particular que guíe la investigación a la docilidad y la hegemonía como influyentes del cuerpo.

1.1.1 Psiquiatrización y medicina occidental

En términos biológicos, el cuerpo es una estructura viva compleja, acompañada de sistemas que reproducen y aseguran su perpetuidad. El cuerpo está sujeto a un ambiente cambiante y peligroso; fuerzas externas e internas a él han ocasionado que configure parámetros de seguridad tanto sociales como biológicas; tanto las internas como las externas pueden ser enfermedades, y los procesos construidos por la experiencia para su cura han tomado diversos enfoques a lo largo de la historia. Desde comienzos de la edad moderna, el enfoque [hegemónico] ha sido abordado desde lo biológico. Tal es el caso de la Psiquiatría.

Los años consecuentes, vieron nacer dos corrientes importantes que aportaron de manera significativa a la psiquiatrización latinoamericana: La psiquiatría de Europa occidental se definía como organicista, descriptiva y orientada a la medicina. Esto quiere decir que abordaban la psiquiatrización bajo un riguroso proceso, construido minuciosamente, que intenta conciliar análisis estructurales de las psicopatologías, éstas desde la clínica clásica (Henri Ey, 1965), y la psiquiatría norteamericana se caracterizó por estar “orientada al cambio”, ya que tenía diversos enfoques terapéuticos. Su enfoque fue principalmente teórico, abordaba las patologías como hechos biológicos inherentes al cuerpo (Freedman y Kaplan, 1967). Ambas consolidaron perfiles, planes y tratamientos específicos que rompieron algunas deficiencias de la psiquiatría del siglo XIX. Cabe aclarar que algunas de los cambios en estos enfoques se debieron, en gran medida, a la influencia de Foucault (2016) con sus obras *Historia de la Locura en la época clásica I y II*. Logrando la fundación de la *antipsiquiatría* en Inglaterra.

Su característica común fue asumir al campo de la consciencia fuera de la patología, una de sus propuestas más importantes; separar las nociones

conscientes e inconscientes como productos vinculados a la enfermedad permitieron comprender al cuerpo como un eje de expresión patológica pero no como portador de ella (esto en términos fisiológicos). Este carácter ha dado paso a investigaciones transdisciplinarias que responden a la terapia bajo experiencias constituidas por el capital cultural de los pacientes y terapia experimental: El trabajo de Heerlein (2005) enfatiza como la identidad sexual de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar se ven constante cambio y confusión a partir de ataques psicosomáticos. El autor refiere dos niveles identitarios que distinguen y difieren su construcción: “formativa” y patológica: ambas modifican y dinamizan la construcción identitaria en el nivel “formativo”. Heerlein (2005), toma el concepto de identidad como “una valiosa herramienta clínica y de investigación, que no debería ser ignorada” (pp. 96), es de los primero en utilizar este término como una forma de construir sus expedientes clínicos y con ello dar una mejora a los pacientes. Su visión corporal esta subsumida por sus expresiones psicosomáticas.

La psiquiatrización, como hemos visto, se empapa de un sinfín de propuestas, enfoques y terapias que remiten a un cambio, mayormente de mejora cognitiva de los pacientes. El caso latinoamericano se ha consolidado a partir de la década de los 70's, y su enfoque ha tenido particularidades y aportes importantes, pues ha desarrollado y profundizado en el diagnóstico y la terapia desde la cultura; su perspectiva del cuerpo está ligada completamente a la medicina occidental, es decir, la patología siempre antecede al cuerpo y no es la persona el cuerpo mismo. algunas de las grandes aportaciones de la psiquiatría latinoamericana son el “susto”, el “mal de ojo” y el “tabacazo” (Alarcón, 1976: 114) que son fieles reflejos de un enfoque sociocultural de la psiquiatría.

1.1.2 Política e institución

Los medios políticos abordan el cuerpo y su normatividad a través de las instituciones, entre ellas, las reguladoras de la salud; su enfoque está ligado a la población, pero la población como problema político. Las primeras etnografías que abordaban la **psiquiatrización** generaban conceptos y categorías que responden

a una lógica de deconstrucción del *yo* y visibilizan el ejercicio del poder biopolítico. Pero antes de adentrarnos en algunas de ellas, es pertinente comprender los elementos que, según Foucault (2004), constituyen el poder institucional y como se ejercen: 1) los *dispositivos de seguridad* conforman un desarrollado sistema de incidencia del medio sobre la vida, son todos aquellos que aseguran a la población de agentes “externos” que atienten contra ellos, tal es el caso de la medicación; 2) La *genealogía de la población* no es el resultado de un conjunto de individuos en un territorio específico ni consecuencia de la reproducción; más bien, son resultado de la intervención de los *dispositivos de seguridad* y la conformación consolidada de saberes; y 3) El *modelo de gobierno* es la herramienta práctica que instituye la normatividad y legitimidad de las prácticas en general, opera a partir de técnicas que subsumen y disciplinan de forma inconsciente a la población.

Las investigaciones de Stanton y Schwartz (1954) dan cuenta de cómo las instituciones garantizan la estabilidad y la permanencia a través de un sistema de recompensas y sanciones, acuñan el término de “necesidades institucionales”, que dan paso a una forma definida de sociabilidad interconectada por relaciones institucionalizadas. Rosenhan (1973), realiza un estudio en donde explora la experiencia del internado en un hospital psiquiátrico con la premisa de relatividad subjetiva de la normalidad y la enfermedad [psiquiátrica]. Describe el internado con dos categorías de la perspectiva goffmaniana: La despersonalización y la pérdida de poder.

En la década de los 50's la post-reforma hospitalaria comienza y los estudios antropológicos se enfocan en atender nuevas visiones de los hospitales, estudios llamados post-reforma. Estroff (1981) describe los problemas de la vida cotidiana de los pacientes sometidos a un tratamiento intensivo de hospitalización, centra su atención en cómo se gesta la construcción identitaria, fuera del espacio hospitalario y como incide la demarcación social entre los “locos” y los “normales” como eje que demuestra una imposibilidad de integración.

Los trabajos más contemporáneos se han enfocado las características de las instituciones psiquiátricas, la atención en la salud mental y las experiencias y

narrativas de la enfermedad mental. En Latinoamérica, Brasil ha conformado un campo consolidado de estudios socio-antropológicos en el área de la salud mental.

Munizaga (1992) analiza las particularidades del internado en hospitales psiquiátricos chilenos, describe las formas de sociabilidad, la amistad, la ayuda mutua y las transacciones comerciales, describe como estas formas de sociabilidad más la presencia del poder totalitario del hospital incide significativamente en su identidad. Oliveira y Dorenles (2005) tras sus investigaciones sostienen que “cultura manicomial” se ve caracterizada por la psiquiatrización y la psicologización como respuestas del padecimiento. Procesos que se desarrollan a partir de largas estancias hospitalarias, lo que nos lleva de nuevo a Goffman con su concepto de instituciones totales.

Estos son claros ejemplos, de una institucionalización, el ejercicio del poder, el discurso hegemónico y la población como problema político. Pero la política no solo ha abordado estos cuerpos enfermos como problemas sociales, sino también como fenómenos de la salud, entre ellos podemos retomar el Modelo Miguel Hidalgo 2013-2018 o el “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020”; donde se problematizan en panoramas nacionales y mundiales las psicopatologías, la institucionalización y el carácter sociocultural en los diagnósticos y terapias psiquiátricas.

1.1.3 El cuerpo desde los estudios socioculturales

Tanto la Antropología como diversas ciencias sociales se han enfocado en el estudio social y cultural del cuerpo; las interconexiones entre la vida social y el cuerpo demarcan características particulares para comprender la realidad. La multiplicidad de perspectivas desarrolladas en su estudio ha dado paso a enfoques que explican la construcción de la realidad a partir de la experiencia del cuerpo y al cuerpo como producto de esa realidad.

La compleja red que se entreteje en la noción de cuerpo-cultura cobra fundamental relevancia con Descartes (1980), cuando postula que: la razón es parte

del alma y los afectos son parte del cuerpo; su independencia (cuerpo-alma) repercutió directamente en la filosofía, pues cambió el paradigma medieval y reformuló el concepto del hombre en era moderna; en términos generales, el cuerpo como ente no pensante explica los enfoques sociobiológicos y la visión cartesiana entre naturaleza y cultura.

En contraparte a este enfoque, los *constructivistas* proponen al cuerpo como “algo que pertenece a la cultura y no a una identidad biológica. Desde esta perspectiva, el cuerpo es interpretado culturalmente en todas partes, por lo tanto, la biología no se encuentra excluida de la cultura, sino que está dentro de ella” (Martínez, 2004: 128). Parte del desarrollo de su enfoque, centra su atención en afirmar que el humano es creador de signos y significados, y es a su vez uno de ellos; esta noción fue profundizada principalmente por Mary Douglas (1988).

Los estudios realizados por Marcel Mauss enmarcados en las denominadas *tecnologías del cuerpo* (Citro, 2010) vieron nacer la ahora denominada *antropología del cuerpo*, donde encontramos las investigaciones de David Le Breton (2007a). Las temáticas dentro de este campo de estudio han virado distintos enfoques como los culturalistas con especial interés en las cosmovisiones indígenas (López-Austin, 1991). O los enfoques corporales de la antropología feminista con investigaciones sobre la diferencia sexual o prácticas corporales *femeninas* (Lamas, 2002; Muñiz, 2014). Por otro lado, hay gran interés por los estudios de corporalidades sexualmente diversas (List, 2005; Parrini, 2018).

La Antropología Social, profundizó, teórica y empíricamente, de forma decisiva para legitimar al cuerpo como objeto de estudio social, Turner (1994) afirma que hubo 4 razones que coadyuvaron a esto, 1) la Antropología Filosófica se encargó de desarrollar cuestiones ontológicas que reafirmaban la reencarnación humana como producto de la universalidad, 2) la dicotomía entre naturaleza y cultura, llevó a reflexiones donde el cuerpo como objeto natural fue mediado por la cultura, 3) el desarrollo del evolucionismo contribuyó a vincular fenómenos biológicos del cuerpo con fenómenos sociales, y 4) la consolidación estructuralista y posmoderna de la teoría social del cuerpo.

1.2 Espacio y Representaciones sociales

“Para cambiar la vida,
hay que cambiar el espacio”

Henri Lefebvre

El espacio y las representaciones sociales como conceptos están intrínsecamente ligados, ponerlos en discusión permite profundizar sus vínculos estructurales, dando forma a un desglose sistémico que habilita la condición de pertenencia e interiorización de los sentidos y prácticas hospitalarias. Este desglose parte de la semiótica propuesta por Saussure (1987), el estructuralismo de Lévi-Strauss (2016) y la descripción densa de Geertz (2006). Siguiendo la analogía de Saussure del lenguaje como sistema y el habla como el uso de ese sistema, tomo al espacio y a las representaciones sociales como estructuras con sistemas morales, judiciales, sociales, culturales y económicos “propios”, y con un propósito institucional específico; el uso de esta estructura se materializa en las prácticas cotidianas de la enfermedad y la resignificación del espacio y las representaciones sociales del cuerpo y la institución. Este apartado intentará explicar éstas estructuras y su relación, con pequeños destellos del uso que las y los sujetos ejercen.

En el marco médico, y específicamente en el caso de la enfermedad mental, nos encontramos con una visión *hegemónica de la salud* y un *hecho social del hospital psiquiátrico*⁴. De este modo, distintas fuerzas políticas se ven envueltas en su consolidación. *La hegemonía de la salud* hace referencia a la institución médica/global que aborda las “problemáticas” del cuerpo enfermo; en términos generales, se da cuenta de la salud bajo una visión estética en la construcción del cuerpo contemporáneo, muchos/as expertos en el campo como sociólogos, antropólogos o filósofos nos advierten de esta imagen estética como la forma única de verse sanos, esto en tanto discurso de la modernidad. De este modo, se ejercen

⁴ El *hecho social del hospital psiquiátrico* se refiere a la estructura social dada en el proceso de la institucionalización, en particular, al objetivo que le hemos dado: la contención. Con esto quiero decir, que su función tiene su base en la *hegemonía de la salud*, su repercusión social es llevada a cabo a partir de sanciones físicas, sociales, simbólicas y morales; damos por hecho la constitución de lo normal como lo sano y lo anormal como lo patológico.

distintos tipos fuerzas que regulan su discurso (Foucault, 2009 y 2012). Así podemos contrastar la visión global del cuerpo sano frente a los dispositivos que regulan y norman los usos y saberes del cuerpo en general. Siguiendo la discusión en términos de lo psiquiátrico, existe una distinción que parte del **comportamiento** normal y anormal, es decir, la regulación hegemónica nace de concebir formas y maneras de actuar, que al ser ignoradas se aplican sanciones sociales y simbólicas.

El hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano es comprendido como un espacio institucional que contiene, reproduce y expresa un sistema de socialización totalitario, limitando y demarcando tajantemente formas de hacer, reproducir y representar el espacio, es decir, se comprende al hospital como la dimensión material de la institución. Visto así, la institución integra una serie de herramientas biopolíticas que configuran el comportamiento del cuerpo en el espacio, integrando una forma particular de representarlo. Una vez problematizada la condición del hospital, es pertinente teorizar mis dos conceptos centrales y cómo integran, a su vez, categorías que complejizan el fenómeno de la *espacialización de la enfermedad*.

Para comprender el espacio, retomo, a Bourdieu (1997) y Lefebvre (1988), quiénes describen al espacio social como un conjunto de relaciones [sociales] inherentes entrecruzadas por la temporalidad, el contexto y el capital cultural. Para Bourdieu (1997) el espacio social es una representación abstracta, un punto de vista sobre el conjunto de puntos a partir de los cuales los agentes dirigen sus miradas hacia el mundo social, es decir, el espacio social es un sistema de posiciones que define las relaciones vinculadas entre sí. En función de su posición las prácticas producidas y reproducidas están sujetas al capital económico, al capital social y al capital cultural. El espacio, en este sentido, condesa una simbolización producida que prevalece y cambia dentro de la dinámica social. Lefebvre condesa el concepto de espacio, definiendo:

“[...]El espacio no es una cosa, sino un conjunto de relaciones entre las cosas [...], es una relación social, pero inherente a las relaciones de propiedad, y que por otro lado está ligado a

las fuerzas productivas; vemos, pues, que ese espacio social manifiesta su polivalencia, su realidad a la vez formal y material” (Lefebvre, 1988, p.p. 139-141)

Su propuesta está constituida por una triada que explica a profundidad distintas nociones del espacio: 1) el *espacio percibido* se entiende a través de la experiencia material, enmarca la producción y la reproducción social. 2) El *espacio concebido* refiere al espacio como el de los signos y códigos, la representación de quiénes habla de él, este concepto explica la relación entre la reproducción social y el discurso del espacio. 3) El *espacio vivido* explica la reestructuración espacial y social, donde la práctica cotidiana se transforma.

Estos breves acercamientos, dejan entrever dos dimensiones de espacio: 1) como contenedor de prácticas y representaciones, y 2) como protagonista y/o encarnación de la representación social; es decir, el espacio relaciona su condición material y simbólica en función de la socialización que existe de y en él. Dicho en otras palabras, existen **espacios de representación y representación de los espacios**. El primero podemos caracterizarlo como aquellos impuestos por quien no los encarna, en este caso el personal médico e imaginarios colectivos del hospital psiquiátrico y la psicopatología, y puede comprenderse como un espacio vertical. El segundo sí está representado por quienes lo encarnan: los pacientes, y sus relaciones simbólicas parten de una horizontalidad de la experiencia espacial.

Dentro de estas consideraciones, debemos poner sobre la mesa un hecho importante, los espacios sociales existen a través de su reproducción (tanto **espacios de representación** como **representación de los espacios**), y estos no desaparecen, se yuxtaponen entre sí, es decir, la producción de espacios institucionalizados y/o hegemónicos no desaparecen o absorben espacios más “pequeños”, más bien se superponen y se consolidan donde las relaciones individuales y particulares compenetran los flujos de interacción social. La psiquiatrización se ejerce de este modo, donde los espacios institucionales compenetran y consolidan espacios producidos (tanto hospitalarios como corporales) por los pacientes.

Por otro lado, las representaciones sociales podemos afirmar que son guías para la acción (Abric, 2001), conjuntos organizados, regidos y producidos a través del signo como vía característica de grupos e individuos de sectores sociales específicos. En la esfera funcional, permite a estos sectores dotar de sentido y significado a sus conductas, entender y producir la realidad en un complejo sistema de vínculos que dan lugar a *su espacio*; esta visión es una clara evidencia y una buena herramienta que “sirve para leer el mundo en que se vive, actuar sobre él, decodificar a las personas [...], clasificarlas e interpretar su conducta” (Jodelet, 2011, pp. 135).

En este sentido, son a la vez “producto y proceso de una actividad mental por la que el individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (Abric, 1987: 64); los elementos que la activan están sujetos al contexto, es decir, el conjunto de relaciones está determinado por las prácticas sociales y viceversa. Las representaciones sociales son una forma de interpretación social y simbólica de la realidad que entreteje los conjuntos históricos y culturales entre individuos en su contexto. Las esferas constituyentes de las representaciones sociales subsumen al sujeto a sus procesos de pertenencia, Jodelet (2008) propone tres esferas:

- 1) El **subjetivo** interpela a procesos que operan a nivel individual (aún encontrando en éstas representaciones lo colectivo); su carácter cognitivo y emocional depende de una experiencia sensorial, lo que permite un análisis fenomenológico de dichas representaciones. Jodelet nos advierte que “conviene distinguir las representaciones que el sujeto elabora activamente de las que él mismo integra pasivamente” (2008, pp. 52). La institucionalización forja en el individuo dicha interiorización.
- 2) El **intersubjetivo** remite a situaciones específicas donde las representaciones sociales emergen de la interacción entre sujetos, usualmente son producidas y negociadas a través de la comunicación verbal, un claro ejemplo se encuentra en las terapias psicológicas, donde se pretende que el paciente llegue a acuerdos que mejoren su relación con ellos mismos y con quienes conviven.

- 3) Finalmente, la **trans-subjetividad** comprende elementos de lo subjetivo y lo intersubjetivo; remite a todo lo que es familiar, común y cotidiano para los miembros de una comunidad particular, en ella, sus integrantes pueden tener orígenes socioculturales diferenciados. Su estructura de representación es la fuente que se interioriza en los sujetos, es decir, la reproducción de las representaciones generadas supera su origen histórico y su interacción en ellas, ocasionando una adhesión social a las mismas.

Estas esferas, se materializan en la realidad empírica y complejizan el fenómeno de la representación a partir de la relación intrínseca entre espacio y representaciones sociales. Así, las formas de representación conjuntan elementos contextuales que permiten la creación de sistemas simbólicos socioespaciales y socio-institucionales que apelan a la condición material y simbólica del cuerpo enfermo. El espacio como eje constitutivo de la realidad tiene un sinfín de signos que interpelan a los sujetos que los construyen, estos determinan lo lícito, lo normativo y hasta lo simbólico. Pretendo con esto vincular, tanto teórica como empíricamente que el espacio, entendido como un objeto producido, está constituido de las representaciones sociales, como un proceso sujeto a cambios y contradicciones. Estos superpuestos uno del otro, donde el análisis explica la multiplicidad de relaciones significativas objetivadas en los casos empíricos de espacialización corporal de la enfermedad.

1.2.1 Representaciones de la institución

La institución como espacio normativo y regulador da origen a la construcción del cuerpo institucionalizado. Entenderemos la institución hospitalaria bajo las premisas teóricas de Goffman (2012) con la *Institución total* y la *Biopolítica* de Michel Foucault (2004 y 1994). La *institución total* planteada por Goffman se estructura de forma similar a la *biopolítica* de Foucault; ambas destacan, en distintos niveles (Micro y Macro), las formas de poder, la normatividad biológica, política y social que ejerce una institución y el cómo se vive en la *gubernamentalidad*.

Podemos definir la *institución total* como “el lugar de residencia y de trabajo donde gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un considerable periodo de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente” (Goffman, 2012, pp. 15). Este tipo de instituciones corrompe el yo de los pacientes, reconfigura su noción espacial, temporal y de identidad; poco a poco incapacita al paciente para la vida social diaria.

Estos espacios formalizados generan, crean y mantienen *tensiones* particulares, tanto consientes como inconscientes; las *tensiones* diseñadas con propósito son reflejo de la *institucionalización*, que son o no utilizadas de forma gradual. Dentro de la aplicación del Modelo Miguel Hidalgo, se realizaron exámenes pertinentes para la selección de los pacientes que serían trasladados, su inserción a ésta nueva dinámica, dentro del marco de planeación, fue “paulatina”, pero las problemáticas que se generaron entre pacientes-pacientes, pacientes-profesionales de salud en el traslado definieron *tensiones* nunca vistas en el hospital.

Michel Foucault nos ayudó a comprender que el control del cuerpo, como organismo vivo, era preciso para el ascenso del capitalismo industrial. La fórmula es sencilla: tener cuerpos sanos garantiza acelerar la productividad y, por tanto, aumentar la tasa de ganancia. La medicalización⁵ del cuerpo de los pobres, entonces, es un ejercicio político que se entromete con nuestros organismos. Es decir, cada vez que tomamos algún medicamento o nos vacunamos, se ejerce una acción política sobre nosotros. El cuerpo fue protegido con fines de dominación económica y política mediante cuidados y atenciones a los cuerpos sanos y enfermos. Hoy, el fenómeno expresado por Foucault (2009) nos excede. La medicina dejó de ser un medio y paso a ser ella misma un mercado, así como la educación solo se vierten conocimientos en un sujeto pasivo, así también el

⁵ La esfera institucional hace uso de la medicación bajo el concepto escondido de Foucault: “... una técnica política de intervención, con efectos de poder propios” (1994) que tiene como principal objetivo “normalizar” su psicosis para que sean como el resto “normal”

organismo se convirtió en un saco de pastillas y medicina. La medicina, como la pedagogía, es bancaria.

La *biopolítica* abarca una extensa complejidad por su enfoque hacia las tecnologías que hacen vivir como aquellas que dejan morir; este postulado se define a través de la racionalidad política que se instituye por la gubernamentalidad. Se debe tener en cuenta dos características esenciales que conforman lo *biopolítico*: 1) Se ejerce de forma positiva, la interiorización normativa en la población es accesible y factible de ser intervenida; 2) Se ejerce sobre procesos naturales y aquellos que afectan a la vida, pero le conciernen a la población. Tales como la “anormalidad”

Foucault (2009) plantea que existe un discurso, una construcción social de la verdad implementada por las instituciones como la hegemonía política, la hegemonía económica o la religión, que aprehendemos por medio de otras instituciones como la escuela; así plantea dos discusiones que permiten ciertos ejercicios de la *biopolítica*: 1) mediante la vigilancia, pensando al panóptico como una metáfora de la sociedad, somos juzgados y juzgamos de acuerdo al “discurso de la verdad” y 2) el sexo y la sexualidad han sido abordados por disciplinas médicas, biológicas y religiosas, haciendo del cuerpo algo que no nos pertenece; así, estos fenómenos norman nuestro comportamiento corporal de forma individual.

El ejercicio de la institucionalización media el cuerpo a la *docilidad*, es decir, sigue un proceso específico de poder sobre el cuerpo, en cual el poder recurre a “el esquema político-moral del aislamiento individual y de la jerarquía; el modelo técnico económico de la fuerza aplicada a un trabajo obligatorio; el modelo técnico médico de la curación de la normalización” (Foucault, 2009, pp. 251). El estudio de las prisiones que hace Foucault establece algunos principios de las políticas del espacio con un propósito asilar, Goffman (1989) determina dos regiones que funge la construcción perceptiva de ellas, es decir, vértices que concretizan y determinan las relaciones sociales con el ambiente del lugar.

Goffman (2012) advierte que el proceso de *mortificación del yo* implementa ejercicios disciplinares que moldean el comportamiento del paciente; en este

sentido las *ceremonias institucionales* funcionan como una estrategia coercitiva de expresión del pre-paciente. Su *carrera moral*, es entonces, el proceso de docilidad corporal, moral e institucional; pues apela a sus condiciones de vida más básicas y los reconfigura a través de tensiones directas e indirectas.

La conformación política que coacciona la manipulación de gestos y comportamientos se constituye a través de la disciplina⁶; cuyo ejercicio se traslada a diversas dimensiones coercitivas del poder institucional: el *control*, los *emplazamientos simbólicos del espacio* y la *producción discursiva de la realidad*. En ellas la interiorización de la *docilidad* condicionan el tiempo, la disciplina y el espacio.

1.2.2 Cuerpo-Espacio

*“El cuerpo se ve viendo,
se toca tocando, es visible
y sensible para sí mismo”
Merleau-Ponty*

El cuerpo se ve sujeto a cambios propios de la institucionalización, donde los ámbitos normativos transforman la dinámica y concepción del propio cuerpo en el espacio. Retomando la perspectiva fenomenológica de Husserl (1997), podemos afirmar que el cuerpo es resultado de un proceso histórico y social sujeto a campos objetivos y subjetivos, donde la experiencia constituye el sentido y significado que atribuye al mundo. Husserl (1997) consideraba que esta rama filosófica debía estudiar el aspecto físico, emocional y social de la vida en la que vivimos; entre ellas, advierte la necesidad de estudiar, comprender y analizar el cuerpo humano. Una de sus propuestas más aclamadas entorno al cuerpo, es la superación del dualismo cartesiano. En este sentido, el cuerpo debe comprenderse como objeto de la naturaleza con peso y volumen en un espacio y tiempo objetivo, la fenomenología, entonces, es un proceso de consciencia en la experimentación de una persona, es decir, sujetos situados en fenómenos particulares.

⁶ Partiendo de la disciplina como un ejercicio anatomopolítico.

El cuerpo propio (*Leib*) admite la posibilidad de ser experimentado en tanto cuerpo físico, dicho en otras palabras, permite el reconocimiento sensorial y ontológico del espacio y el tiempo en el que está situado; de este modo, “el propio cuerpo reúne en apretado la doble dimensión de ser a la vez espacial, y por decirlo así, *espacializante*⁷” (Illescas, 2014, pp. 18). Dicha multiplicidad cinestésica de la percepción corporal, remite al proceso fenomenológico en sí. Husserl (1997) advierte que la unidad psicofísica (anímica y corporal) es imposible de lograr, pero en el intento de lograrlo estimulamos la inmanencia del cuerpo vivido. En los párrafos siguientes, intentaré explicar este proceso y cómo se implica en la *corporalidad enferma*

Merleau-Ponty (1986), alumno de Husserl, proponía que no debíamos pensarnos como alma y cuerpo, sino como unidad. Para él la consciencia está encarnada: es un cuerpo pensante y un pensamiento corpóreo, existe una interioridad y exterioridad. El *yo* está ubicado en el cuerpo y este en el tiempo y el espacio, es decir, el cuerpo es el *lugar* en el que experimentamos al mundo, y “a veces somos conscientes de nuestro cuerpo como objetos que se han de mirar, en espacios sociales concretos, mientras que en otros, como el hogar, no sintonizamos con nuestros cuerpos como objetos que han de ser contemplados” (Martínez, 2004, pp. 135), dicha reflexividad del cuerpo como objeto del entorno cobra relevancia en el ejercicio de *localización* que Husserl (1997) proponía.

La construcción del espacio social como eje fundamental de las prácticas y relaciones sociales, establece el primer vínculo de cuerpo-espacio, procedente a esto, podemos entender al cuerpo como una construcción social y cultural, efecto del discurso social-hegemónico, y para este caso: el discurso médico. La cultura ejerce, de forma casi natural, un poder que determina la conducta de los cuerpos le enseña lo simbólico y lo significativo y es a través de ella, que lo ajeno al sentido social, se hace propio; la “corporeidad es tener conciencia de nuestro cuerpo” (Moreno-Altamirano, 2010: 152) y este, como primer nivel de conciencia, permite una reflexión del entorno, donde no solo se concibe la cultura, sino que, se

⁷ Las cursivas son de la autora.

reproduce. Es a partir de la corporeidad cómo los signos y símbolos cobran sentido de reconocimiento con uno mismo y con los otros

De este modo, concibo al cuerpo como un sistema de símbolos, que se ilustran a través de la cotidianidad y se construyen a través del contexto, el tiempo y el espacio. El cuerpo como símbolo, productor de símbolos y soporte de procesos simbólicos, constituye la construcción de la *enfermedad espacializada*; donde la corporeidad y las representaciones sociales sintetizan la comprensión del cuerpo, la cultura y la enfermedad.

1.2.3 La enfermedad encarnada

“La percepción no es coincidencia con las cosas, sino interpretación”

David Le Breton

Los procesos de salud-enfermedad tienen consigo elementos que permiten la interiorización individual de la enfermedad; dichos elementos, se sitúan principalmente como dispositivos biopolíticos pero su carácter coercitivo queda dentro de un marco de gestión médica ligera, pues no supone la imposibilidad de comprender las afecciones que le traerá. Sin embargo, la psiquiatrización gestiona toda la fuerza institucional a su alcance para concientizar al enfermo de su condición; dicho de otra forma, el sujeto enfermo debe pasar por una *carrera moral* (Goffman, 2012) que le inflija un sistema de pensamiento del *saberse enfermo*, el cuidado de sí a pesar de la enfermedad de sí.

Dichos procesos de institucionalización apelan al disciplinamiento y docilidad corporal, las situaciones en las que se implican estos procedimientos resignifican la condición sensorial y fenomenológica del cuerpo; éstas alteraciones conjuntan formas de hacer y entender el encierro hospitalario. Le Breton (2007b) describe las dimensiones sensoriales y perceptivas como orientaciones culturales, y bajo esta lógica, es posible crear ambientes y espacios que regulen, maximicen o inhiban ciertos sentires; Foucault a lo largo de sus estudios sobre la genealogía de las instituciones visibilizará estas cuestiones estructurales, en este caso el médico y el

biopolítico, y cómo estructuran y regulan los referentes sensoriales: entre lo sano y lo enfermo. Es importante, entonces, pensar bajo una lógica dicotómica de la sensorialidad y buscar en ella los referentes sociales, estructurales y simbólicos de la *sensorialidad anormal*.

Merleau-Ponty (2020) problematiza la condición de la percepción como una forma de concebir el mundo con dos vértices, la condición intrínseca del ambiente y la condición estructural que la regula; frecuentemente recurre a las pinturas de Cézanne, y afirma que el ejercicio artístico de recrear un hecho visual se involucra en el proceso de la percepción misma, pues de ella proviene una reflexión comunicativa que implica la sensibilidad de la *carne*⁸ en tiempo real. Por otro lado, Le Breton le adjudica un mayor peso a la condición sensible, es decir, reivindica al cuerpo como la máxima condición humana, y en ella se piensa el mundo. Ambas posturas no muestran una contraposición, más bien, demuestran dos vertientes entre lo perceptivo y lo sensible, en el libro “*El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*” David Le Breton (2007b) propone tres puntos clave para comprender al cuerpo entre lo sensible y lo perceptivo:

- 1) El mundo existe mediante la **carne** que va en su encuentro. La carne es una trama sensorial, esto quiere decir, que el aspecto sensible de la piel, la carne como tal, es la fuente primigenia de todos los sentidos. Los sentidos se presentan como una gama compleja casi indisoluble que no permite comprender la realidad desde un solo sentido, es decir, nuestros sentidos perciben la realidad de forma conjunta a través y a partir de la carne.
- 2) La antropología de los sentidos es una orientación cultural. Las formas en las que concebimos, privilegiamos y experimentamos los sentidos se sujetan a contextos específicos.
- 3) La condición humana es corporal. Comprende que el cuerpo no se interpone entre el ser y el mundo, sino en el universo simbólico, al mismo tiempo reivindica la percepción corporal como una relación entre lo simbólico (como

⁸ Al hablar de *carne* hago referencia a la implicación de los sentidos en el ejercicio cotidiano (Le Breton, 2007b)

producto de los mismos sentires) y lo físico (no como un mundo objetivo y/o real).

Tal como lo mencioné en párrafos anteriores, es posible crear ambientes y espacios que regulen, maximicen o inhiban ciertos sentires; y en las instituciones convergen fuerzas estructurales que permiten dicho adoctrinamiento. El eje estructural donde el mundo sensible del enfermo mental se cimenta es claramente bajo una visión *hegemónica de la salud* y un *hecho social del hospital psiquiátrico*. Ambos conjugan haceres específicos del cuerpo y del espacio condicionando de forma abrupta el mundo percibido, es decir, condicionando una “proyección de significados sobre el mundo” (Le Breton, 2007b, pp.14).

A lo largo de este primer capítulo he abordado los elementos y funciones de una institución total, y cómo tales elementos pretenden interiorizar en el paciente una forma específica de vivir. Los dispositivos, las técnicas y los rituales inciden su *carrera moral*, pero si algo he dejado de lado es el aspecto sensible en el que se involucran; la condición creada del espacio es la responsable de lanzar códigos sensoriales que sean claros para el enfermo. Tomando al espacio creado como punto de partida, podemos profundizar a grandes rasgos su configuración.

El espacio psiquiátrico puede definirse como un sistema complejo de actividades coordinadas por la estructura médica, que implica el ejercicio biopolítico y las tecnologías del saber/poder. Los sentidos en el hospital son, entonces, *biosociales* porque permiten comprender la realidad de lo abstracto a lo concreto. Los sentidos son filtros que permiten aprehender el mundo físico y significar el mundo simbólico, complejizando las relaciones entre sujetos situados. Para hacer este argumento práctico, desarrollaré las implicaciones del espacio creado frente a los cinco sentidos:

Oído: La creación y prohibición de ruido dentro de una institución total tiene dos grandes propósitos: disciplina y docilidad. La primera arraiga un sistema de tiempos, donde se regula la actividad institucional a partir de algún timbre, campana o simplemente por mandatos verbales del trabajador/a. Por su parte la segunda, permite interiorizar el espacio sonoro, ubicando, decodificando y significando el

espacio a partir de la sonoridad entre lo legítimo e ilegítimo, es decir, configurando una serie de haceres a partir del reconocimiento del sonido, por ejemplo, al escuchar gritos, los pacientes comprenden que acercarse podría ser peligroso.

Vista: La estructura hospitalaria, y la psiquiátrica en particular, está diseñada para ver “todos los espacios” y al mismo tiempo producir una sensación de pulcritud, por ello el clásico color blanco. Estas dos características tienen, nuevamente, objetivos institucionales: la *vigilancia*, tanto de comportamiento como de revisión corporal, y de mantenimiento pacífico del comportamiento, manteniendo elementos sencillos que no perturben la mente con facilidad.

Gusto: El saborear, difícilmente puede ser herramienta institucional, sin embargo, el sabor sí revela elementos de clase, calidad, y valga la redundancia, de *gusto*. El hospital psiquiátrico, al ser una institución pública, no se preocupa por brindar dietas diferentes a cada paciente, y el ejercicio institucional, no se fija a partir del alimento, sino, de implementar estrategias que obliguen al paciente a comer dicha comida, a pesar de la pertenencia social y cultural previa a su hospitalización. Al mismo tiempo, la preparación de la comida con alimento de baja calidad remite a un imaginario social de la patología mental, aseverando que su condición de enfermos los exenta de disfrutar buenos sabores. De cierto modo, la preparación del alimento en la institución despliega sus elementos políticos y económicos, brindando los vínculos que la institución sostiene.

Olfato: El olfato como esfera sensible no se posiciona como herramienta institucional, pero sí caracteriza la condición sensible del espacio hospitalario. Los olores, entonces, reivindican al sistema espacial, convirtiéndose así mismo como un eje diferenciador; los olores desagradables, como signos, tienen profunda relación médico-biológica, y la patología mental no es la excepción. Si bien, un mal olor en el enfermo mental no es efecto de una herida y/o proceso metabólico de su enfermedad; sí remite a *errores de juicio y/o despersonalización* caracterizándose como *anormal* por su olor. Al mismo tiempo, los olores del hospital son marcos diferenciadores, pues existen zonas que marcan pautas de sociabilidad a partir de

los olores que existen como la orina, el cigarro, la comida, el medicamento, entre otros.

Tacto: Finalmente, el tacto se presente de forma más compleja, pues es unificador de los sentidos, en palabras de Le Breton es “el sentido de lo cercano” (2007b, pp. 146). Y en la institucionalización es aquel que sufre de forma más directa y que apela a toda la condición humana⁹, el acto de tocar y de tocarse, es entonces, la presencia del mundo mediante la piel. En el proceso psicopatológico se presenta la imposibilidad de concebir la esfera sensorial de forma completa, pero a juicio de mis informantes, no pueden separar la condición táctil en estados psicóticos, convirtiéndose en el sentido que los sujeta a la “realidad”.

Como pudimos ver, la espacialidad tiene un carácter holístico en la esfera sensorial, pues, es al mismo tiempo, medio y reproductor del carácter sensible del cuerpo. El espacio, es en sí mismo, una condición sensorial y como tal marca pautas significativas que apelan al uso social para el que fue diseñado. El espacio creado de la institución articula las formas de habitar el hospital y racionalizar la condición psicopatológica.

1.3 La enfermedad espacializada: reflexiones fenomenológicas de la percepción.

El carácter corporal de la enfermedad nos obliga a *situar su afección*, en otras palabras, se concibe en y desde la espacialidad. La propuesta de la *enfermedad espacializada* es una suerte de mapa que busca orientarse en el desconcierto de padecer, encarnar y construir la enfermedad en el espacio. Ya veíamos, en los primeros apartados de este capítulo, que tanto el espacio como la enfermedad son construcciones materiales y simbólicas determinadas por su carácter histórico y ontológico. Orientarse, en este sentido, significa medir, comparar y conducir la

⁹ Hablamos de condición humana en términos de los sentidos, refiriéndonos a la propuesta de Le Breton posicionando la condición humana como corporal.

investigación en las posibilidades empíricas, sensaciones y representaciones, de la experiencia del enfermo/a.

Este concepto, como enfoque epistemológico, abarca al menos dos dimensiones importantes: 1) la enfermedad determina el espacio; y 2) el espacio determina la enfermedad. Ambas constituyen coordenadas teóricas y metodológicas para definir e identificar distintos procesos en la cotidianidad psicopatológica

Para unificar estas dos dimensiones debemos pensar en la función social de los hospitales, las clínicas e incluso la transformación del hogar cuando hay enfermos, pero teniendo siempre en consideración tanto su historicidad como su subjetividad. De dicha suerte, encontramos ciertas características como las prácticas de cuidado, la institucionalización de la práctica médica, la reorganización espacial y la construcción de una arquitectura especial. Centrándonos en esto, destacamos la experiencia sensorial que un hospital brinda a sus usuarios y específicamente de un hospital público mexicano. Es cierto, que la arquitectura de los hospitales

Podemos definir a la *enfermedad espacializada* como el proceso fenomenológico que involucra la concientización de la enfermedad mental en el cuerpo, las prácticas institucionales y la capacidad de apropiar y transformar el espacio del cuerpo y del hospital/hogar. Considerando en ello, la influencia del discurso médico, las narrativas hegemónicas y la percepción sensorial del enfermo/a.

1.4 Conclusiones de capítulo

Durante todo el capítulo he intentado proponer un modelo que comprenda el proceso de la enfermedad mental a partir de las fuerzas institucionales apoyadas de las representaciones y la construcción de un espacio asilar. Tomando esto como punto de partida, he desarrollado una aproximación a los sentidos bajo el yugo de la institución total y como estos constituyen espacios sensiblemente sesgados. Uno de los aspectos más importantes dentro de esta propuesta es la característica de lo

biosocial, comprendiendo que los procesos que interpelan al cuerpo enfermo no se limitan a una cuestión biológica y/o cultural, evitando caer en reduccionismo biológico o culturales respectivamente; con este punto de vista, la complejización de fenómeno es más holística. El siguiente capítulo, tendrá como objetivo encontrar aquellos elementos simbólicos de la institucionalidad, a partir de la visión del personal médico y la situación global de la salud mental, que constituyen una forma de aprehender la enfermedad.

2. Capítulo II: La política pública como órgano rector en la salud mental.

En la etapa primigenia del proyecto de investigación este capítulo pensó escribirse con un carácter sociológico, sin embargo, el trabajo de campo me llevo a reflexionar esta condición, pues muchas de las respuestas de mis informantes daban respuesta a la pregunta primordial del capítulo: ¿cómo funciona la institución frente a los modelos jurídicos? Por ello, este capítulo no es completamente sociológico ni etnográfico, más bien, se posiciona en un punto medio, donde se discute la experiencia del personal médico y el ámbito global/nacional de la salud mental.

Para comenzar la discusión, es importante enfatizar que los modelos de atención a la salud, por muy específicos que sean, tendrán deficiencias aplicativas por muchas cuestiones, como las jurídicas, laborales, económicas, históricas o contextuales; y con ello, este análisis no parte de poner el dedo en la llaga en dichas deficiencias, sino problematizar bajo qué condiciones los modelos y sus herramientas son más o menos eficaces, y partir de ellas, configuran nuevos modelos que se ajusten a la necesidad de cada institución.

Entonces, este capítulo tiene como intención encontrar aquellos elementos simbólicos del poder -el discurso médico y las narrativas hegemónicas- y de las políticas públicas en la consolidación de un *ser enfermo*. El capítulo se ha estructurado en tres grandes apartados, el primero, y con el carácter más sociológico, propone comprender cómo los modelos jurídicos se ven interrumpidos por la realidad sociocultural de los/as pacientes. El segundo apartado pretende mostrar la posición de los/as trabajadores del hospital respecto a estos modelos y sus propuestas de tratamiento y mejora. Finalmente, el último apartado cuestiona la construcción imaginaria de la enfermedad mental y sus tratamientos a la luz de la modernidad, a partir de tres referentes audiovisuales contemporáneos.

2.1 De la imposibilidad del cumplimiento: La realidad sociocultural vs Políticas Públicas

Como sabemos, muchas de las políticas públicas aplicadas en nuestro país no llegan a tener el éxito esperado por sus creadores, varios científicos sociales, y especialmente los antropólogos/as aseveramos que carecen de una perspectiva sociocultural, necesaria para una buena ejecución del proyecto. Las políticas públicas en materia de salud no salen de estas críticas y deficiencias. En este sentido, quienes portan el conocimiento adecuado para evidenciar dichas carencias son los y las trabajadoras de la institución, con esto no quiero decir que los pacientes no tengan voz para reclamar las injusticias institucionales, sin embargo, su docilidad corporal los sujeta cada vez a cualquier cambio médico, jurídico o terapéutico que la institución promueva.

Si pensamos, ahora, en el *Modelo Miguel Hidalgo*, rastreamos que su origen se cimienta completamente en el *Plan de acción integral sobre salud mental* de la OMS. ¿Por qué esto debería ser problemático? ¿Acaso está mal diseñado? ¿Qué impide que este plan sea bueno en el contexto mexicano? Los siguientes párrafos no intentan responder contundentemente a estas preguntas, más bien, pretenden describir aquellos elementos que, considero, impactan con mayor fuerza a la ineficacia de éstas en la mejora cognitiva, motriz y social de los usuarios del hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano.

El *Plan de acción integral sobre salud mental* de la OMS, aun continua en vigencia, sin embargo, el *Modelo Miguel Hidalgo de atención a la salud mental* dejo de funcionar debido a no recibir los resultados esperados¹⁰ en materia de mejora cognitiva y social. Ambos modelos de atención a la salud tienen dos objetivos principales: 1) Regular las instituciones psiquiátricas, y 2) promover planes de desestigmación entorno a las psicopatologías. El primer punto se enfoca principalmente en la infraestructura hospitalaria, desde la arquitectura de sus

¹⁰ Información que recibí de varios informantes, aunque ninguno comentó un estudio/investigación realizada al interior del hospital para corroborar dicha información.

espacios hasta la regulación médica y la rutina hospitalaria. El segundo de ellos se concentra en una planeación integral de detección temprana de trastornos mentales. Para concretar los planteamientos, presento en los párrafos siguientes sus objetivos para después dar continuidad a la realidad a lo estos se enfrentan:

“El objetivo principal de las acciones en atención primaria para salud mental está dirigido a mitigar los determinantes sociales que afectan la salud, incrementar las habilidades para la vida de la población y realizar detección e intervención precoz y efectiva sobre los trastornos mentales y factores de alto riesgo, de modo que sea posible prevenir la aparición de problemas y trastornos mentales.

Objetivos:

1. Desarrollar acciones de protección y promoción de salud mental, así como detección oportuna y prevención de los trastornos mentales
2. Fortalecer la cobertura de los servicios de salud mental.
3. Promover la mejora de atención en los servicios de salud mental.
4. Coordinar la elaboración e instrumentar Programas Específicos de Intervención en las unidades que conforman la red de servicios.
5. Establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos calificados.
6. Incidir en la protección de los Derechos Humanos de las y los usuarios de los servicios de salud mental.” (Secretaría de Salud, 2013, pp. 41)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud propone:

“Su finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.

El Plan de Acción tiene los objetivos siguientes:

1. reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
2. proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios;
3. poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;

4. fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.” (Organización Mundial de la Salud, 2013, pp. 5)

Las dos propuestas, parecen tener objetivos positivos para la población con padecimientos mentales y sus cuidadores, sin embargo, la posibilidad de su cumplimiento está limitada. A pesar de que ambos planes investigan el contexto en que se aplicarán, se presentan dos problemas fundamentales: 1) suponen que todos los hospitales psiquiátricos se encuentran en las mismas condiciones, es decir, los presentan de forma homogénea, el plan de la OMS, por ejemplo, construye su modelo pensando que el indicador entre enfermero-paciente es de 1 a 8, tal como ellos lo recomiendan; aspecto, que al menos en *villas norte* durante mi estancia de trabajo de campo era de 1 a 25; 2) la aplicación del proyecto dará los mismos resultados a pesar de las diferencias sociales, económicas, políticas o culturales. Este último aspecto, y en que ahondaré en el tercer capítulo, muestra que la experiencia de la enfermedad mental se ve diferenciada por distintas escalas axiológicas, determinadas por distintos capitales.

Aún, cuando todo esto parezca mucho qué hacer, estos planes deben estar sujetos al marco jurídico de los *Derechos Humanos*, y sin querer parecer quejumbroso, éste cae nuevamente en una visión homogénea de padecer las psicopatologías. Visto de este modo, estos planes sujetan a la enfermedad en una sola forma de ser/estar enfermo, que no sólo problematiza su comprensión sino también su tratamiento. Gran parte de la creación de estos modelos, se sustentan en construir al sujeto enfermo como un sujeto de derechos, que permite trazar tratos clínicos prudentes, holísticos y de calidad (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Tal como lo mencionaba en la introducción, cerca del 17% de la población mexicana padece una enfermedad mental (OMS, 2017), de la cual un pequeño número de personas recibe tratamiento. Como muchas de las instituciones gubernamentales en nuestro país, el *Batán* tiene carencias, principalmente económicas y de personal, que problematizan, aún más, la situación en que los modelos deben ser aplicados. Entonces, los pacientes no solo se ven perjudicados por la incapacidad de adaptar modelos asimétricos a la realidad sociocultural de la

enfermedad, sino, que también hay una profunda diferencia de la realidad institucional que estos modelos imaginan.

2.2 La visión de los/as trabajadores

Dediqué gran parte de la investigación al entendimiento de la institución bajo los ojos de los/as pacientes, olvidando la perspectiva del personal médico. Es claro que la intención de la investigación se centra en la experiencia de la persona enferma, sin embargo, este breve apartado, tiene como intención recuperar la visión del trabajador/a acerca de la institución y sus modelos, con el mero objetivo de vislumbrar aquellos elementos, no solo verticales de las ciencias de la salud, sino también, aquellas posibilidades de imaginar otras/nuevas formas de tratamiento.

Tanto en las entrevistas como en la observación participante a lado del personal, emergieron dos tipos de queja institucional 1) acerca de aquellas carencias e insuficiencias tanto materiales como sociales; 2) la falta de compromiso profesional -institucional e individualmente hablando- dentro del hospital. Por las intenciones de la investigación, centraré mi atención en el segundo punto, pero sin dejar de olvidar la estructura hospitalaria que aqueja el primer punto. De tal modo, y a partir de una densa sistematización, el personal médico reconoce dos aspectos fundamentales para la mejora institucional: la inclusión y el ejercicio eficaz de los derechos humanos a partir del reconocimiento.

La inclusión, entendida en sus términos, debe ser un ejercicio fundamental contra la estigmatización de las psicopatologías y, al mismo tiempo, una práctica en la incorporación de estos sujetos enfermos en todos los contextos. Aunque esto pueda traducirse a campañas de salud mental, el peso del imaginario colectivo de la locura impide un ejercicio cien por ciento efectivo.

“Mi profesión creo que sí tiene esa proyección de mejora del paciente, pero la institucionalización la reprime, o sea, dentro de una institución, dentro de esta institución, no tenemos esa posibilidad, creo que la posibilidad de mejora es más hacia fuera, y podemos hacer otras cosas más hablando de la promoción a la salud, de la prevención, de la detección oportuna [...] el efecto se vería más fuera de la institución en primer nivel o en el área de la investigación”¹¹ (Mtra., Guadalupe Rojas, 4 de junio del 2022).

Es pertinente, enfatizar nuestra atención en el término negativo de la *institución*. Al interior del hospital este aspecto se concibe como limitante en la mejora de los pacientes. Por ello, la mejor forma de cuidado es la promoción a la salud, para prevenir el ingreso de pacientes cuyos casos no merecen la estadía psiquiátrica. Por otra parte, algunos de los argumentos para la inclusión de los enfermos/as mentales se sostienen en la desestigmatización que ciertos sectores de jóvenes practican en la charla, plática cotidiana y acercamiento a la terapia psicológica.

El segundo punto problematiza dos aspectos importantes: los derechos humanos como un proceso en la infraestructura hospitalaria; y el fomento de grupos/secretarías de investigación transdisciplinar. El primero supone comprender que las limitantes socioculturales e institucionales tienen un peso que se ejerce de forma vertical e impide la integración de los *derechos humanos* de forma instantánea; como evidencia empírica, se encuentra en pequeño sector de pacientes que, de forma voluntaria, no usan zapatos, se preguntarán ¿Cómo este ejemplo se relaciona a las limitaciones socioculturales e institucionales en materia de derechos humanos? A partir de la dignificación humana, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) estipula el vestido se encuentra como elemento importantísimo en la vida digna de los seres humanos, si los pacientes no los usan existe un incumplimiento a estas normas.

Este ejemplo se problematiza más, cuando preguntamos por las razones de este incumplimiento, y resulta que la respuesta se encuentra en las formas de vida que los/las pacientes han llevado, pues este sector careció de zapatos gran parte de su vida y no se acomodan a usarlos. Esto ha llevado a los/as trabajadores a

¹¹ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, con fecha del 4 de junio del 2022.

ciertas estrategias de convencimiento y/o reforzadores para calzarlos tanto en las auditorias de la CNDH como en la vida cotidiana. Por otra parte, del lado institucional, mis informantes aseguran que el número de zapatos que provee la institución es suficiente, sin embargo, la calidad del calzado, la frecuencia en que la mandan o el uso personal está fuera de sus manos e impide asegurar su derecho a la vestimenta.

El segundo aspecto, complejiza la falta de investigación médica, sin siquiera hablar de la Secretaría de Salud, sino al interior del hospital. La falta de un sector institucional que se encargue de la investigación ha impedido la ejecución idónea de los modelos, y al mismo tiempo, la creación de modelos más *ad hoc* a las particularidades del hospital. Dentro del Batán, hay un pequeño grupo, mayoritariamente de enfermeras, que ha intentado durante 10 años realizar planeaciones, modelos de atención, capacitaciones, entre otras, que viren a nuevas y mejores formas de tratamiento y que, al mismo tiempo, señalen ineficiencias institucionales, para exigir, con evidencia empírica mejoras fundamentales.

La pertinencia e insistencia de este grupo, ha presionado de tal modo, que ciertos planes y proyectos se han aplicado. Cabe aclarar que no como ellas quisieran, pero poco a poco, han ganado terreno en estos sectores. Dentro de la discusión de los derechos humanos y la práctica por reivindicar a las/os sujetos enfermos, han desarrollado los últimos 3 años un plan de integración, tratamiento y rehabilitación de pacientes psicogerítricos, considerando su aumento poblacional en el hospital. Este ejemplo, aún no está consolidado, y seguramente, habrá impedimentos institucionales para completarlo según el protocolo. Sin embargo, lo realmente preocupante, es la inexistencia institucional de secretarías transdisciplinarias para el estudio de la salud y la enfermedad.

2.3 Imaginarios de la locura en medios audiovisuales

La imagen del *loco* representada en distintos medios de comunicación abona a una discusión muy particular y de carácter moral y normativo. La primera de ellas,

porque posiciona a los sujetos enfermos como sujetos malos, tienen representaciones de asesinos y apáticos. La segunda de ellas siempre tiene que ver con la forma en la que se comportan y cómo su actitud sale de la norma. Ambas, marcan pautas imaginarias de cómo se ve, se comporta e interactúa un enfermo mental, imágenes que tienen décadas en el cine, y que, en muchos casos, están fuera de la realidad sociocultural de los pacientes psiquiátricos y sus espacios. En este breve apartado, describiré y analizaré 3 casos de la televisión poniendo énfasis en las realidades alteradas de la psicopatología.

El capítulo 12 de la tercera temporada de la serie animada *Futurama* (2001-2002), titulado *En el manicomio* se muestra un ejemplo de institucionalización donde se enmarcan las prácticas del poder médico, narrativas de la psiquiatría clásica (principalmente de la europea de la edad media) y la interiorización de la *rutina hospitalaria*, partiendo de una premisa fundamental: ¿Qué pasaría si me internan erróneamente en un manicomio? El capítulo intenta responder algunas repercusiones, situaciones y fenómenos particulares a forma de sátira sobre la premisa principal antes mencionada. La serie de *Futurama* es una caricatura tipo sitcom, que cuenta la historia de Philip J. Fry un hombre que cae accidentalmente en una cama que lo congela 1000 años, y despierta en el futuro, donde todo lo conoció ya no existe, encuentra de una forma extraña a su sobrino lejano el Profesor Hubert J. Farnsworth y le da empleo en su empresa de repartos; a partir de aquí viaja por el universo teniendo aventuras junto a sus amigos Turanga Leela (una mujer ciclope), Bender B. Rodríguez (su mejor amigo y un robot alcohólico y delincuente), el Dr. Zoidberg (un médico alienígena) y Amy Wong (una marciana de clase alta, que trabaja con el profesor).

En el capítulo, Fry y Bender son arrestados por un malentendido en el robo de un banco; para evitar ser encarcelados, su abogado alega demencia, de ese modo solo deben internarse en un hospital psiquiátrico, sin embargo, ambos son internados en un hospital para robots, lo que dificulta la situación, y en ella se materializa la institucionalización y la psiquiatrización. La llegada al hospital muestra un lugar asilar, cerrado y con ciertas características panópticas. La revisión física del cuerpo es fundamental en la psiquiatrización, pues funge como un ejercicio

biopolítico. En la siguiente etapa: la consulta psicológica, es breve en el capítulo y la conclusión es contundente y no considera el discurso del paciente; esto deja muchas preguntas, esencialmente: ¿Cuáles son los parámetros médicos para determinar si está o no enferma la persona? Fry, es de cierto modo, categorizado como esquizofrénico por sus delirios de humanidad, pues se considera a sí mismo como humano (y desde la perspectiva médica es visto como robot).

Consecuente a esto, vemos a Fry lidiar con cierta rutina que no se adapta a su condición *natural*, pues no recibe alimento, es electrocutado¹², está constantemente bajo la presión institucional, y esto, consecuentemente le provoca ansiedad, depresión, miedo y una regularización/docilidad corporal. Después de algunas semanas, sale de hospital y se encuentra *curado* ¿Qué conlleva esto, si desde el principio no se encontraba enfermo?

Después de su estancia, es obligado a regresar a su vida cotidiana y vemos una rígida institucionalización en su quehacer, pues construye, a través de su experiencia, actitudes y prácticas sociales de un robot. Existe un nuevo Fry, un Fry construido a través del discurso médico, un discurso, casi religioso, que dicta cómo ser y qué hacer. Esta interiorización es una forma, un tanto exagerada, de la hegemonía de la salud y el discurso médico sobre una persona en una institución total. Esto, particularmente deja reflexiones en torno a la aplicación de los dispositivos biopolíticos sobre la población, en términos no solo foucaultianos, sino también, dentro de parámetros psicopolíticos, recordando que la serie se sitúa en un futuro lejano.

De forma más contemporánea, la última temporada de la aclamada serie *You* (2023), presenta a su protagonista desde otro punto de vista. La serie sigue la vida de Joe Goldberg, un habido lector neoyorquino que esconde su naturaleza asesina. Durante las tres primeras temporadas, vemos como enamora a mujeres que le parecen atractivas, y se obsesiona con ellas a grados inimaginables. Dicha obsesión termina por perjudicar sus relaciones y las soluciona con el asesinato.

¹² Podemos pensar en esto de dos formas: la primera como una crítica a la psiquiatría de antaño, y la otra desde un proceso de medicalización no adaptado a sus necesidades.

La última temporada se desarrolla en Londres, y Joe tiene una nueva identidad: Jonathan Moore, un profesor de literatura. Extrañamente, entabla relación con su vecino y compañero de trabajo, Malcolm Harding, quien lo presenta con su pequeño grupo de amigos, un reducido número de personas de la élite mundial. Después de haberlos conocido, uno a uno es asesinado de forma extraña, para sorpresa de Joe, él no es el culpable, sino una persona que intenta chantajearlo. A lo largo de los capítulos Joe se acerca cada vez más al descubrimiento del homicida, pero cuando cree saber quién es, la trama presenta un giro inesperado, donde revelan que la identidad del asesino, siempre había sido Joe; pero no lo notaba porque otra personalidad se encarnaba en él para evitar la culpa de sus acciones. Esta última revelación, presenta a los asesinos sólo como enfermos mentales, es decir, como lo malos de la historia justificada por su condición *anormal*.

El último ejemplo: *Los renglones torcidos de Dios* (2022) dirigido por Oriol Paulo, es una película que presenta a Alice, una investigadora privada que ingresa de incógnita a un hospital psiquiátrico con el objetivo de investigar un asesinato. Durante su estancia, los procesos de institucionalización desdibujan las fronteras entre la realidad y la *cordura*. A lo largo de la trama, se exploran diversas problemáticas, principalmente la *concientización de la enfermedad*, y como recurso cinematográfico, posicionan al espectador en un punto medio, donde no se sabe si la protagonista está enferma o no.

En la trama, se hacen diferentes consideraciones entorno al diagnóstico de Alice porque presenta/aparenta *buena salud mental*; elemento, fundamentalmente importante dentro del discurso cinematográfico que acontece el psiquiátrico. Al mismo tiempo, se aprecian diversos dispositivos biomédicos que apelan a un proceso institucional, pero dada la condición de la protagonista, se aplican discretamente y bajo cierta "voluntad". Mucha de la influencia imaginaria que tenemos al respecto de la locura se cimienta en la *sinrazón*, que apela a una condición que impide la comprensión de sus afecciones, la realidad objetiva y la lógica de convivencia. Esta película no es la excepción, si bien, de los tres ejemplos, este presenta formas más humanas de la psicopatía, sí cae en la *sinrazón* de su protagonista.

Las tres referencias muestran varios imaginarios de la *locura*, cada una explota diferentes aspectos, la primera muestra el proceso de la institucionalización corporal a gran escala; el segundo posiciona toda enfermedad mental bajo juicios morales de la maldad; y el tercero muestra el imaginario histórico de la *sinrazón* y las imposibilidades que presenta en sujetos más sanos. Gran parte de las reflexiones que acontecen a la investigación se enmarcan en tres puntos: 1) la complejidad de la enfermedad mental no puede reducirse a una cuestión de *normalidad* y *anormalidad*; 2) todos/as los/as personajes muestran una amplia gama de trastornos y síntomas que se manifiestan de diversas maneras y que requieren de tratamientos y diagnósticos individuales; 3) la relaciones de poder que ejerce la institución médica media formas, comportamientos y actitudes en la vida cotidiana, y aún en nuestros días, el saber psiquiátrico niega la posibilidad de lenguaje en la experiencia de la *locura*.

Al principio de este apartado, decidí utilizar el término de *locura* en vez de enfermedad mental, psicopatía, o cualquier otro término que se asemeje al médico. Es necesario recalcar que este uso lingüístico apela a un hecho histórico; Foucault (2016) en *Historia de la locura en la época clásica* expone cierto proceso, a la vez médico y cultural, donde rastrea el trance¹³ de *locura* a enfermedad mental. Este suceso situó la naturaleza del enfermo opuesta a la del hombre cuerdo, es decir, entre sujetos *sinrazón* y sujetos con *razón*. Los filmes utilizados como ejemplo se posicionan únicamente en los sujetos *sinrazón* sesgando las formas de verles y concebirles.

2.4 Conclusiones de capítulo

Tal como lo planteé al principio del capítulo, el objetivo fue tener otras formas de comprender la psicopatía en distintas esferas fuera de la experiencia psicopatológica, donde se cuestionó la enfermedad mental frente a modelos

¹³ Cabe aclarar que el trabajo de Foucault (2016) se enmarca en el contexto europeo, pero funciona esta analogía para las intenciones del apartado.

médicos, sus tratamientos, la visión del personal médico, sus propuestas de tratamiento, prevención y psiquiatrización, además de aunar imaginarios de la *locura* en medios de fácil acceso con reflexiones pertinentes en la contemporaneidad. El siguiente capítulo, pretende ser una descripción densa que muestre la cotidianidad de los enfermos mentales del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano; partiendo de un análisis hermenéutico que tome en cuenta este modelo de análisis.

3. Capítulo III: Etnografía de la locura: La perspectiva del enfermo.

Este capítulo pretende exponer etnográficamente los procesos de salud-enfermedad, la institucionalización, y particularmente como se constituye la *construcción simbólica del cuerpo enfermo*. El texto está dividido en cuatro grandes subapartados con temáticas particulares, y diseñado a modo de embudo, donde se parte del proceso institucional como eje regulador para finalizar en aquellos elementos simbólicos del espacio, las representaciones sociales y la dimensión sensorial como los elementos estructurales de la construcción espacializada de la enfermedad. Durante el trabajo de campo realizado, se hizo un trámite burocrático para ser aceptado, y se conciliaron y prohibieron prácticas específicas con tal de proteger a los y las usuarias del hospital, mucho de ello por el carácter e indagación de la investigación. Se realizaron dos tipos de entrevista estructuradas y semiestructuradas, una cartografía social y la realización del dibujo etnográfico acompañada de una entrevista que explicara verbalmente los signos y significados plasmados en el papel.

Nota para el lector: Con tal de proteger los datos de mis informantes, los nombres señalados en el texto han sido cambiados.

3.1 Cotidianidad hospitalaria

Como institución, el hospital se rige bajo una serie de normativas biosociales, que buscan proteger, cuidar y vigilar los comportamientos, encontrar aquellos anómalos y trabajar en la normalización de dichas actitudes. Así, las relaciones que se entretienen en el hospital median completamente el tipo de sociabilidad que existe, rigiendo la cotidianidad en una *rutina hospitalaria*¹⁴. Pero esta se construye

¹⁴ La *rutina hospitalaria*, funge como una forma de entender el tiempo y las dinámicas de imposición del hospital hacia los pacientes, esta rutina mantiene pautas de control inmediato y condicionan en dos partes

cuidadosamente e impacta directamente en los cuerpos de los pacientes. Como se mencionó en el primer capítulo, es posible crear ambientes que inhiban o maximicen sentires corporales, debido, principalmente, a las condicionantes espaciales, es decir, la arquitectura hospitalaria está diseñada para contener una serie de sentires y prácticas de lógica asilar.

Al mismo tiempo, el hospital, como institución total, tiene un sistema de castigos y privilegios según el comportamiento que los pacientes adopten (Goffman, 2012). Un buen comportamiento trae una serie de beneficios, entre ellas gozar de las salidas/excursiones que se hagan durante el año. Estas formas de imposición, estructuran una realidad alterna a los pacientes, donde mantener su tiempo en constantes y repetidas actividades, les hace concebir su cuerpo a través de la psiquiatrización. De este modo también los espacios comunes vinculados a las relaciones comerciales, cumplen un orden específico e importante en la vida cotidiana de los pacientes; les permite obtener dinero o bienes materiales a través de su trabajo, tener dinero implica posicionarse como actor importante con poder sobre los que no lo tienen; tener una forma de subsistencia permite invertir su tiempo fuera de las dinámicas hospitalarias institucionales; la comercialización de bienes y servicios ha creado redes que les permiten interactuar entre salas diferentes.

De este modo, considero que la cotidianidad hospitalaria se constituye bajo una lógica formal de lo institucional, abarcando lo espacial y lo sensorial, y prácticas subalternas, aquellas que salen de la norma formal de la institución. Es decir, la mayoría de las prácticas sociales dentro del hospital se rigen por la institución, incluyendo aquellas como el comercio o el deporte, que parecerían carecer de carácter institucional; lo cotidiano se enmarca en el carácter biopolítico y en la construcción de relaciones socioafectivas. En los apartados siguientes, expondré la cotidianidad enmarcada en lo sensible y lo espacial, ya que considero pertinente

este orden; al cumplir con las rutinas estipuladas los pacientes se ganan el derecho de poder participar en las salidas a la ciudad (se hacen recorrido por distintos sitios de recreación), la segunda parte que los condiciona son las represalias que se les imponen cuando no cumplen la normativa adecuada del hospital (Barbosa, 2007).

atender la sociabilidad entre lo institucionalmente formal y la dinámica de resignificar la rutina hospitalaria.

3.1.1 La arquitectura asilar

El Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano más conocido como “El Batán”, fue construido en la década de los sesentas por orden de Gustavo Díaz Ordaz, presidente de la República Mexicana en ese entonces, el objetivo desde el estado era reincorporar a los pacientes con padecimientos psiquiátricos a la sociedad en forma activa y productiva con el modelo “granja”, que hacía del hospital un espacio autosustentable; el hospital recibió sus primeros pacientes durante el año de 1967 del Manicomio General la Castañeda. El objetivo principal fue en decadencia, lo que provocó una reconfiguración estructural, y un replanteamiento de la funcionalidad del paciente dentro del hospital: considerarse útiles en la cotidianidad hospitalaria.

El planeamiento inicial del hospital posibilitó que su construcción se hiciera fuera de la zona más poblada de la ciudad, su arquitectura, entonces, no fue del todo asilar, pues la zona rural del lugar permitió que la vigilancia de los usuarios por parte de los trabajadores fuera sin la necesidad de una arquitectura panóptica. Fue el proceso de urbanización lo que obligo a la institución a cerrar, amurallar y reestructurar las edificaciones volviéndolas de carácter asilar, donde no existe una preocupación por la reproducción social, sino, una preocupación por la vigilancia y el control de los usuarios.

En la actualidad, la estructura hospitalaria no solo es asilar, sino también, de carácter panóptico. Después de integrarse a la ciudad, se crearon muros que encierran ciertas salas para tener mejor visualización de los pacientes. Esto se debe a dos elementos de carácter biopolítico e institucional: 1) la vigilancia, que responde al miedo de los urbanitas al escape o cercanía de los “locos”, y 2) el poco personal que tiene el hospital. Completando esto último, al igual que muchas secretarías gubernamentales, sino es que todas, tiene deficiencias institucionales, entre ellas,

el batán ha sufrido por décadas falta de personal médico y de mantenimiento, lo que fue “solucionado” cerrando los espacios para tener mejor vigilancia.

Imagen 1. *El pasillo y su función de vigilancia. El hospital, cuenta con una estructura arquitectónica asilar, donde la reproducción social se dificulta, los pasillos, mostrados en la imagen, demuestran que fueron pensados de esta manera; los pasillos están diseñados para rodear el hospital, de esta manera los enfermeros, médicos y vigilantes pueden notar fácilmente lo que sucede dentro del hospital.*



Fuente: García, V. (2020, 27 julio). Foto. [Fotografía]. Pacientes del Hospital Psiquiátrico «Batán» resultaron positivos a Covid-19. <https://www.ultranoticias.com.mx/themefeatures/puebla-portada/panorama-general-pue/item/70367-pacientes-del-hospitalpsiquiatrico-batan-resultaron-positivos-a-covid-19.html>

Es pertinente describir hasta este punto la condición espacial que mis informantes habitan. Los pabellones 5 norte, 5 sur, villas norte y villas sur, se condensan en un espacio limitado dentro de hospital rodeado de 4 muros y dos

entradas, la entrada principal siempre se encuentra abierta y tiene una frontera cercana con el pabellón 3 norte y 3 sur. La otra entrada se encuentra en la parte trasera de la villa norte y la parte frontal de la villa sur, ésta se encuentra cerrada la mayor parte del tiempo y donde el personal de cocina y lavandería accede para realizar su trabajo.

La mayor parte del espacio de estos cuatro pabellones es zona verde con muchos árboles, plantas y pasto, lo que dificulta el acceso para quienes carecen de buena capacidad motriz. Los pabellones 5 norte y 5 sur están separados de las villas norte y villas sur por un largo pasillo de concreto que funge como frontera entre ellas. Las salas forman una figura (con vista aérea) de la clásica imagen de un rayo, es decir, es vista como la letra “zeta”, pero alargada y curva, lo que parecería formar un punto donde las dos salas convergen, pero se encuentran separadas por un muro. Cada sala tiene una entrada principal fácil de identificar por las grandes puertas y porque su parte frontal está hecha de concreto, al cual he denominado *patio de concreto*. Ambos edificios cuentan con la misma figura, lo que permite que las salas 5 sur y villas norte tengan mayor acercamiento entre ellas.

El interior de las salas villas norte y sur están estructuradas de la misma forma. De este modo, describiré de forma breve el interior de villas y después hablaré de sus particularidades; la entrada principal se encuentra en medio del edificio y frente a ella se encuentra la sala de enfermería al costado derecho se encuentra el espacio de la cocina, que está integrado por una estufa, un lavado, un refrigerador y un pequeño espacio con sillones y televisión. A la misma altura de esta sala, pero separada por un pequeño muro se encuentra un espacio destinado a la labor de enfermería donde se encuentra el medicamento, y elementos de curación, a lado derecho de este espacio se encuentra el consultorio del médico y a lado de este el de psicología. Detrás de este y abarcando el lado derecho del consultorio de psicología se encuentra un espacio destinado para comer, un minicomedor que se adaptó para evitar lo contagios de covid-19 dentro de las salas. Finalmente, tanto del lado derecho de la sala de enfermería como de la izquierdo, se encuentran los cuartos de los y las pacientes, que están diseñados para 4-6 pacientes por sala, cada cuarto cuenta con un baño completo.

Imagen 2. *Fotografía área de 1967, el hospital estaba a punto de inaugurarse, los pabellones parecen unirse, pero en realidad están separados, se nota cierta lejanía de la ciudad, pues se planeó con el modelo “granja”, que estuvo en función hasta el 2013. Actualmente, el espacio es mucho más cerrado y con una arquitectura más asilar. Los pabellones que vemos más lejos son actualmente el 5 norte, 5 sur, villas norte y villas sur.*



Fuente: Imagen rescatada del archivo histórico del hospital. Septiembre del 2020.

Dentro de las particularidades que podemos notar, se encuentra que la villa norte, aparentemente parece tener más espacio porque el espacio de la entrada a la sala es largo, y el espacio de las villas sur se ve interrumpido por un muro que deja ver ambulancias descompuestas. También el espacio destinado a la lavandería muestra diferencia, pues el fregadero de las villas norte se encuentra en la parte trasera, y se vuelve un espacio privado, y el fregadero de la villa sur está en la parte frontal de la entrada principal, haciéndolo público. Otra diferencia se encuentra que la villa norte hay una puerta de acceso a su puerta trasera, acceso que no tiene la villa sur. Finalmente, la villa norte está mucho más cuidada y es más bonita que la villa sur, pues ésta última parece estar arrinconada.

Tal como lo he descrito, el espacio hospitalario pareciera apuntar a cierta estética del abandono, o al menos el espectro sensible de la vista me lleva a esta conclusión. Mi objetivo principal al mostrar ambas imágenes es construir en el lector un acercamiento sensible a los espacios de encierro y vigilancia, pues reitero que dichas características constituyen el ser social del cuerpo psicopatológico en cotidianidad. Este subapartado ha descrito brevemente la condición espacial del hospital y especialmente de las *villas norte y sur*, sus características permiten experimentar diversas sensibilidades que construyen una forma particular de socializar. El siguiente subapartado, intentará describir estas sensibilidades y sus representaciones.

3.1.2 Percepciones del espacio asilar

Aparte de las barreras físicas que existen en hospital, hay barreras simbólicas que marcan una brecha de representación socioespacial y multisensorial, estas, al igual que los muros físicos, permiten o impiden ciertas formas de socialización. La mayoría de estas barreras son de tipo institucional, sin embargo, si existen aquellas significadas por parte de los pacientes. Entonces, encuentro dos dimensiones simbólicas del espacio y su sensorialidad: la institucional y la habitada.

Para clarificar mi interpretación, defino aquellas barreras simbólicas de corte **institucional** como órdenes y/o responsabilidades que caen o adoptan ciertos pacientes en su rutina diaria y que configuran su forma de relacionarse, significar y/o sentir el espacio. Por su parte las barreras simbólicas **habitadas** son aquellas que responden exclusivamente a la lógica social de las *villas norte o sur*, es decir, aquellos signos de identificación espacial, corporal o sensorial. Para profundizar un poco más en esto, ejemplificaré con el caso del sr. Fernando Carpio:

El 14 de junio del 2021, noté como el sr. Fernando Carpio, un paciente procedente de casa de ángeles que padece discapacidad intelectual moderada, estaba triste y enojado, algo muy extraño en su personalidad, ya que siempre se encuentra aparentemente feliz, ocupado y de buen humor. Al verme se acercó, tomó

mi brazo derecho e hizo que lo abrazará, él carece de una buena articulación del lenguaje por lo que es difícil comprenderle, sin embargo, supe que su actitud se relacionaba al *deporte*. Observé inmediatamente que la red que usualmente usa para jugar volleyball no estaba, y en cambio había una muy enredada que no podía acomodar. Durante varias horas lo vi lidiar con su frustración al no poder acomodarla a su gusto, se acercó a sus amigos más cercanos para que lo ayudarán, al Lic. David, a la Lic. Matilde y a mí, pero ninguno lograba poner la red como el sr. Fernando Carpio deseaba, noté en esta larga observación como la articulación de groserías era muy clara a diferencia de su lenguaje usual, se escuchaba claramente: “pinche red, chinga tu madre” “puta red” “pendejo” haciendo referencia hacia su persona y personal que no acomodaba la red como él quería.

Para este punto comprendí como su actitud tan eufórica cambia drásticamente con cosas, que aparentemente son *fáciles* de resolver. Notó, así, dos aspectos esenciales en la cotidianidad de la enfermedad mental, 1) la capacidad motora es esencialmente importante en la reproducción social, ya que considera diversos aspectos sensoriales y 2) la frustración se vuelve un aspecto de resistencia institucional, considerando que la mayoría de las veces los/as pacientes, en general, son impulsivos, y esto, en distintos grados, demarca sus *capitales culturales*, y su *historia de vida*.

En este breve ejemplo, existen elementos esenciales para comprender representaciones y sensibilidades socioespaciales. En primer lugar, es importante comprender que el *deporte*, como dispositivo institucional, es parte de la rutina diaria del sr. Fernando Carpio, dicha apropiación ha permitido que ciertas responsabilidades materiales caigan sobre él, como el cuidado de la red, las porterías o las pelotas. En segundo lugar, la apropiación de esta práctica se ha vuelto un elemento simbólico de habitar su cuerpo y el espacio. Comprendemos entonces que las barreras imaginarias de lo institucional se significan a partir de la responsabilidad material, el incentivar la actividad física y la socialización en el *deporte*. Desde el punto de vista de lo habitado, comprendemos que estos elementos se significan a partir de la apropiación espacial, la emoseñificación y la reproducción social que el *deporte* permite.

En el primer capítulo propuse la representación de los espacios y los espacios de representación, en este subapartado, intenté describir una pequeña esfera de como existen empíricamente en la sociabilidad institucional del hospital, matizados a partir de representaciones sociales y dimensiones sensoriales. Considero que la cotidianidad hospitalaria, lo institucional y lo lúdico, se sostiene de dos elementos: el *tiempo* y el *espacio*. Pero es importante cuestionar si estos son herramientas disciplinares o dimensiones sensibles, ya que ambas enfatizan diversas formas corporales de hacer y apropiar el espacio.

Tiempo y espacio, ¿Herramientas disciplinares o dimensiones sensibles?: En gran parte de esta investigación he hecho hincapié en el tiempo y en el espacio como herramientas disciplinares, es decir, como dispositivos que permiten la docilidad corporal, pero al mismo tiempo he apelado a las mismas como dimensiones del espectro sensorial, sin embargo, he dejado dicha explicación sin sustento alguno, creo, después de haber sistematizado el diario de campo y pequeñas reflexiones teórico-metodológicas de la sensorialidad, puedo dar una respuesta superficial al asunto. Coincido con muchos investigadores que el tacto es el sentido más completo del ser humano, pues relaciona todo el cuerpo en el ambiente, en él se inscriben todas las formas del mundo físico: la temperatura, el peso, la estática de los objetos, el **tiempo** y el **espacio**; donde el cuerpo, reacciona bajo la lógica sensible de su contexto. En este sentido, es pertinente preguntarnos: ¿acaso el tiempo y el espacio se inscriben como características sensitivas del tacto, o tienen ellas mismas sus propias formas de hacer lo sensible?

Este último párrafo, ha intentado dejar sobre la mesa un aspecto puntual en la comprensión de la vida institucional. No es mi objetivo detallar al tiempo o al espacio como herramientas disciplinares o dimensiones sensibles; pero si considerar que en ambos espectros se encuentra el núcleo central de la cotidianidad hospitalaria, puntual para comprender de forma más compleja, todos los aspectos de la vida hospitalaria del Batán. Tanto el espacio como el tiempo ordenan la vida institucional y social del hospital psiquiátrico.

3.2 Los pacientes

Los pacientes, pueden ser definidos por muchas de sus características, sin embargo, y por temas de practicidad, los delimito a partir de tres rasgos importantes: 1) escalas axiológicas, las cuales definen su posición social dentro del hospital, además de enmarcar la enfermedad, socialmente hablando; 2) categorías de comportamiento, que intentan responder sus actividades diarias y como las confrontan; y 3) narrativas autobiográficas, en las cuales describo, brevemente la vida de mis informantes clave. Es pertinente clarificar, que el hospital psiquiátrico recibe pacientes de diferentes contextos culturales y estratos económicos, lo que varía la población dentro de la institución y, al mismo tiempo, marca pautas de diferenciación.

3.2.1 Escalas axiológicas

La diferenciación social entre pacientes dentro del hospital está claramente definida por tres escalas axiológicas: parentesco, personalidad y enfermedad. Esto, nos lleva a reflexionar como estas escalas demarcan tajantemente una jerarquía entre los pacientes. En los siguientes párrafos describiré estas escalas y como operan material y simbólicamente hablando.

El *parentesco*, debe entenderse bajo dos dimensiones, el consanguíneo, que involucra, principalmente a la familia nuclear del enfermo, como padres o hermanos; y el segundo es el parentesco que nace en la institución, pues las y los enfermeros son llamados por la mayoría de los pacientes como *mamá* o *papá*. El primero, y el más importante, es aquel que brinda un soporte económico y psicosocial dentro y fuera de la institución hospitalaria. Además, de un buen soporte familiar, brinda cierta seguridad al paciente, más una serie de capitales que permiten escalar en la jerarquía institucional. El parentesco de la institución posibilita, entre otras cosas, que las relaciones entre los usuarios y el personal de enfermería sean más

llevaderas. Cabe aclarar que la gran mayoría de los usuarios carece de una familia consanguínea, limitando su acceso a ciertas sociabilidades.

La *personalidad*, en este caso, no se entiende desde las propuestas psicométricas, sino, desde la escala social del individuo, es decir, como se posiciona el individuo en la sociabilidad cotidiana y su proactividad institucional. En este sentido, los pacientes con mayor aprehensión a la rutina son aquellos que poseen la *personalidad* adecuada para ajustarse mejor a la institucionalidad. Aunque, ciertos pacientes sean más dóciles a la norma institucional, siempre están en constante proceso de resistencia.

En la *enfermedad* no se toma en cuenta la psicopatología en sí, sino, el grado de la enfermedad. En las *villas*, los pacientes son categorizados, medicamente, como agudos, lo que quiere decir que el grado de su enfermedad es ligero. Aun así, dentro del pabellón, hay quienes poseen mejores capitales para socializar y una condición cognitiva, aparentemente, más sana. De este modo, el grado de la enfermedad trastoca las formas de socializar, elemento de gran importancia en la jerarquía social.

La jerarquía, entonces, está determinada por estas escalas ya que facilitan la sociabilidad. En esta investigación, algunos de mis informantes como la Sra. Carmela Montiel, la Sra. Amaranta Buendía o el sr. Mauricio Arcadio poseen a su favor un buen lazo familiar, una personalidad considerablemente dócil y un grado, relativamente leve, de su enfermedad, lo que ha permitido que se conviertan en pacientes funcionales e *independientes* dentro de la estructura institucional. Esta descripción de los pacientes, esta exclusivamente limitada a su condición como individuos en la escala social. La posibilidad de una mejora real en la vida de los pacientes está necesariamente relacionada a la consolidación, no solo institucional, sino también familiar y personal de estas escalas.

3.2.2 Categorías de comportamiento

Dentro de la rutina hospitalaria, los pacientes adquieren comportamientos diversos de sus actividades, estas ligadas a sus escalas axiológicas. Propongo, a partir del trabajo de campo, dos categorías entre los pacientes por sus: actividades y por su capacidad motriz, pero sin ser contrarias. Dentro de las divisiones por actividades encuentro a los *activos* y a los *inactivos*, su nombre definido por su forma de ser; los *activos* se encuentran siempre en movimiento, hay mayor sociabilidad e interés en las actividades hospitalarias; los *inactivos* son más apáticos, duermen más y son poco sociables.

	Actividades cotidianas	Perspectiva médica	Perspectiva del paciente
Activos	Los activos, en su mayoría, tienen trabajo dentro del hospital, cumplen con sus obligaciones institucionales y son participes de las actividades hospitalarias como la terapia física y ocupacional.	Dentro de la visión médica, son vistos como “buenos” y obedientes, en ciertos casos ellos son los encargados de ciertas actividades, donde lideran al resto de sus compañeros.	Gran parte de sus discursos parte de la necesidad de sentirse funcionales, pues la actividad diaria da cierto sentido a su día. Además, buscan formas y estrategias para invertir su tiempo en la sociabilidad, lo que permite mejores vínculos dentro y fuera de la sala.
Inactivos	Los inactivos, vagan por los pasillos o duermen en sus habitaciones o los sillones del patio. Cumplen su rutina diaria, pero la sienten como obligación forzada , lo que les da una mala visión del personal de enfermería (principalmente)	El personal médico, considera a estos pacientes como difíciles pues no permiten un buen desarrollo social dentro de las salas. Son en ciertos casos, los conflictivos del lugar.	La perspectiva del paciente versa considerablemente, pero puedo destacar dos características esenciales, 1) sienten no ser responsables del espacio que habitan y 2) el personal médico es culpable de todo lo que les pasa. Se nota también mayor rebeldía a la institucionalización.

Fuente: Cuadro diseñado por el autor que condensa la visión general y de diferencia entre pacientes activo e inactivos desde distintas perspectivas.

La categoría mencionada en el apartado anterior se limita a sus *actividades* en la cotidianidad, ésta segunda, por su parte, comprende su *capacidad motriz*, donde se complejizan las relaciones corporales con su tiempo en el hospital, su *habitus* y su desempeño dentro del hospital.

El tiempo dentro del hospital es una consideración de dos vertientes, donde retomó en primera instancia su interiorizada institucionalización, que implica como han concebido su rutina, los pros y contras de estar acostumbrado a él; la segunda instancia es su tiempo dentro del hospital, pues el consumo de medicamento psicopatológico afecta de forma directa y grave su condición motora. En ambos aspectos notamos el ejercicio de dos dispositivos biopolíticos: la disciplina, comprendida como hacer obediente al cuerpo, es decir como fábrica de sujetos dóciles; y la medicalización, como el proceso mediante el cual la medicina induce cierto poder sobre el cuerpo *enfermo* (Foucault, 2011 y 2009). Ambos revisados bajo la técnica del examen.

Su *habitus* cobra gran relevancia, pues siguiendo a Pierre Bourdieu (1986), nos encontramos que la *actitud corporal* es reveladora del *habitus* y de la clase social a la que se pertenece, comprendiendo aquí una división de clases dentro del hospital, pero permeada por capitales adquiridos previo a su ingreso/hospitalización. Para profundizar en esta noción, comprendo, básicamente, que existe una dialéctica entre las estructuras sociales, que integra a su vez al cuerpo y sus usos en espacios determinados. Así, tomando los componentes de la clase social (capitales económicos, capitales sociales y capitales culturales) se determinan las prácticas de los estilos de vida diferenciados. Es decir, pacientes que siempre han sido trabajadores tiene cierta corporalidad y distinta capacidad motriz.

Su desempeño dentro del hospital juega un papel crucial en su desarrollo motriz, pues se materializa de forma clara la expresión del *habitus* y su

incorporación a la vida hospitalaria; podemos considerar en primera instancia sus roles y actividades, tales como las institucionales, como aquellas que apelan a su individualidad. Es importante enfatizar condiciones como su edad, su rutina y su poder sobre otros dentro de la sala. Por lo que se refiere a poder, encontramos las formas de dominación que se ejercen paciente sobre paciente, y estas pueden ser físicas y simbólicas; su jerarquía depende de muchos aspectos y media sus formas de sociabilidad.

Ambas divisiones, por su capacidad motriz y por sus actividades, dan un abanico de perspectivas de estudio, que me permiten matizar sus relaciones sociales y su forma de comprender la institución; se debe comprender que no están peleadas una con otra, sino, que se vinculan, principalmente por sus capitales. Un ejemplo está en el sr. José Guerra y el sr. Carpio quiénes carecen de buena capacidad motriz, sin embargo, son pacientes *activos*, y apasionados por el voleibol. A diferencia del sr. Jorge Amador quien se encuentra en mejores condiciones motrices, pero es *inactivo* en las dinámicas hospitalarias.

3.2.3 *Relatos autobiográficos*

Durante las estancias de campo, logré relacionarme con cerca de 50 pacientes de las villas norte y sur, de diferentes edades, estratos económicos, contextos culturales, padecimientos mentales e historias de vida, todas y cada una de ellas con particularidades específicas, pero es bien sabido que dentro de los estudios etnográficos no todos los actores poseen el dato necesario para la investigación, por ello, existe los informantes clave, aquellos con el conocimiento y herramientas pertinentes para comprender el fenómeno y/o aportar a la investigación del etnógrafo, y mi investigación no es la excepción. A continuación, presentaré brevísimos relatos autobiográficos de 5 de ellos, quienes considero aportaron de forma significativa mucha información a la investigación.

Sra. Amaranta Buendía es una paciente de más de 60 años, que cuenta con estudios superiores en artes visuales, además de haber sido mundialmente

reconocida durante los 90's. Padece de esquizofrenia paranoide y fue diagnosticada, según ella a los 20 años. Sus capitales culturales, económicos y sociales emergen en su forma de socializar dentro del hospital, se sostienen económicamente a partir de la realización de dibujos, pinturas y manualidades, además de tener una familia que sostiene algunos de sus gustos como el café, los cigarros o las acuarelas; así es evidente que la reproducción social no está completamente mediada por la institucionalización, también, se yuxtapone a otros elementos sociales. Además, es notable su uso del lenguaje, pues tiene palabras más rebuscadas y un vocabulario diverso.

La Sra. Carmela Montiel es una mujer de alrededor de 50 años que padece bipolaridad, estuvo en casa de ángeles hasta los 18 años, y fue ingresada al hospital, se escapaba siempre que podía de ambas instituciones. Curso hasta segundo de secundaria y tiene varios hermanos y hermanas que la visitan con regularidad, estas visitas la ayudan a sostenerse económicamente, ya que su condición no siempre le permite trabajar, a pesar de ello, pide la menor ayuda posible con sus responsabilidades. Labora limpiando las habitaciones de sus compañeras y realizando sus obligaciones, con ello puede comprar café, cigarros y chatarra para su vida diaria. Dentro de la institución sostiene un *noviazgo*, y categoriza a su pareja como *viejito*¹⁵, expresa su preocupación ante su inminente muerte, a pesar de ello, fumar es importante en su relación.

El sr. Mauricio Arcadio es un hombre de 50 años que padece psicosis de ausencia y epilepsia. Estudió ingeniería industrial y mecatrónica en el Instituto Tecnológico de Puebla (ITP) hasta 7mo semestre y salió de ella por su enfermedad, me contó que su primer ataque de ausencia sucedió en clase de cálculo entre 1991-1992. Sus capitales culturales emergen en la plática; tiene proyectos que pretende vender y patentar para *superarse*¹⁶, ciertamente, estos proyectos no son realizables en su condición, sin embargo, estos reflejan su educación. Él tiene muy arraigada

¹⁵ Categoría que el personal de médico usa para referirse a usuarios de la tercera edad que carecen de habilidades motoras para sostenerse en la cotidianidad hospitalaria. El novio de la Sra. Carmela no entraría en esos parámetros, pero ella replica lo que escucha.

¹⁶ Palabra usada con recurrencia por parte de mi informante.

la institucionalización “*derecha*”¹⁷ por ello, se hace cargo de todo lo que le compete y más. Su principal sostén económico es su padre y hermanos, quienes le dan champú, jabón, ropa, calzado y en ciertas ocasiones dinero para darse sus gustos.

El sr, Jorge Amador, es un joven de 22 años que padece discapacidad intelectual grave y trastorno obsesivo compulsivo, ingresó al hospital después de haber cumplido 18 años, pues se encontraba en Casa de Ángeles. Es un paciente *inactivo* que no le gusta el deporte, las conversaciones y pasa gran parte de su tiempo durmiendo en el patio o su habitación. No pude abordar muchos aspectos de su historia de vida, pues comenta que tiene poca memoria para eso, sin embargo, comentó gran parte de sus actividades dentro de Casa de Ángeles como su gusto por las manualidades, la creación de broches y pulseras de alambre que vendía en el centro histórico de la ciudad; las ganancias de sus ventas las destinó para comprar electrónicos como celulares, tablets, bocinas y cámaras, sin embargo, dentro del hospital solo puede conservar su bocina. Esto, ha hecho de la música un elemento representativo en su vida diaria, él se encarga de la música en festividades grandes como el 16 de septiembre, el día del niño o navidad. A pesar de no ser activo en las actividades institucionales, le gusta el aspecto floral del hospital, pues le recuerda las visitas de su padre, que por lo que entiendo, renta terrenos de sembradío en Atlixco, así, y de modo tal vez extraño, las frutas le recuerdan a él.

El sr. Víctor es un hombre de 44 años que padece esquizofrenia paranoide fue diagnosticado muy joven, no sabe la edad exacta, pero calcula que fue entre los 17-19 años. Estudió hasta tercero de prepa y se preparó para ingresar a diseño gráfico en la BUAP, pero fue rechazado. Durante esta época de su vida empezó a ingresar y salir constantemente del hospital hasta ingresar de forma permanente a los 23 años. Cuenta con dos escalas axiológicas bien cimentadas: el parentesco y la personalidad. Sin embargo, su enfermedad se encuentre en un nivel bastante crónico, frecuentemente presenta lapsos psicóticos y discursos denominados como *errores de juicio*.

¹⁷ Con este término, pretendo hacer referencia a que sigue al pie de la letra, las indicaciones, no hay forma en que él ropa los lineamientos estipulados.

3.3 Sistema de lugares

“Producir-realizar un lugar es singularizar el espacio, recortarlo con emoseñificaciones, practicarlo, nominarlo, demarcarlo, delimitarlo, quererlo u odiarlo”

Abilio Vergara

El sistema de lugares se estructura a partir de la relación que los agentes otorgan y destinan al espacio respecto del uso social que le dan; en este sentido la construcción que se otorga a los lugares refleja una necesidad, un bien o una práctica particular de la sociedad en que la que ésta existe. Podemos considerar al sistema de lugares como una red de pescador, donde tenemos la posibilidad de observar cada hilo, cada nudo y límites aparentemente fijos; cada uno de ellos representa una forma social en la movilidad cotidiana.

Vista así, los hilos son los conductores físicos y sociales de la movilidad, que fijan los caminos a un entramado específico de sociabilidad, es decir, podemos considerarlos como las rutas físicas, sociales y simbólicas que convergen en una forma específica y particular de espacio social. Los nudos, como se lo habrán imaginado, son estos espacios de sociabilidad, y que se componen por diversos hilos; para ejemplificar, podemos imaginar el zócalo de Puebla, y preguntarnos ¿qué signos y significados se constituyen y construyen su imagen? Algunos abordarán la catedral, otros su dimensión patrimonial, otros su forma de sociabilidad, muchos otros hablarán de sus tiendas, sus memorias o sus prácticas usuales o incluso su ruta para llegar; y todas marcan las rutas, es decir, los hilos al nudo donde convergen todas éstas y más. Es evidente que mi ejemplo parte de una visión imaginaria de los lugares, pero, considero deja clara mi premisa para comprender al sistema de lugares.

Siguiendo a Vergara (2015) los *lugares* “no son mojones aislados ni islas solitarias, son más bien pequeños núcleos de redes, topografías conceptuales que coexisten desarrollando narrativas e imágenes que los complementan u oponen” (Vergara, 2015:37). La constitución de los lugares se conforma de muchos rubros en la significación que sus usuarios dan de él; por un lado, tenemos todas las

dimensiones sensoriales y emosignificativas, y por el otro lado, las formas hegemónicas de representarlo. En un sentido simbólico, los lugares son un lenguaje que codificar, espacios de lectura que parten desde las prácticas que se ejercen en él, sus agentes, su constitución material, histórica y política, sus discursos y su posición frente a otros lugares.

Profundizando en mi enfoque epistemológico, retomo entonces, una perspectiva hermenéutica de comprender los lugares y sus fenómenos. En este sentido, el sistema de lugares caracterizado por los y las pacientes de las villas y se configura a partir de su cotidianidad, sus prácticas y discursos y principalmente en los signos y significados que constituyen particularmente.

El dato empírico recabado se logró a través de cartografías sociales con una premisa principal: ¿Qué representa para ti cada lugar? Con ello se obtuvo tres tipos de respuesta 1) por función, 2) emocional y 3) evocativa, cada una de ellas acompañada por dos grandes rasgos institucionales: lo **permisible** y lo **castigable**. Las cartografías fueron realizadas en tiempo real y ninguno de mis informantes quiso colaborar y completar con dibujos el mapa, sin embargo, se logró gran colaboración discursiva.

Tomé la decisión de categorizar mi sistema de lugares a partir de las prácticas que se ejercen en la sala y no por cada lugar, física y simbólicamente hablado, pues así me permito matizar diversos enfoques empíricos de prácticas usuales en lugares diferentes. Esencialmente retomo cuatro categorías específicas que responden a la cotidianidad hospitalaria.

A partir de recopilar la información de diversos usuarios/as, matizo las significaciones construidas de los lugares y sus prácticas, notando y enfatizando las formas de construir su enfermedad, la institucionalización, sus capitales, la apropiación espacial y simbólica y diversos ejercicios de poder. Los apartados siguientes tienen la intención de mostrar empíricamente la construcción de dichos lugares.

3.3.1 Las villas lugar de distinción

A partir de la implementación del modelo Miguel Hidalgo (2013-2018) hubo una ruptura entre los pacientes de todos los pabellones del hospital, pues, el cambio implicó una serie de nuevas tensiones entre los candidatos al modelo y el personal médico. La aplicación del Modelo Miguel Hidalgo de atención en la salud mental comenzó en septiembre del 2013 y terminó en octubre del 2021 debido a que los resultados esperados no se cumplieron. A pesar de que la investigación tenía un tiempo estimado de 2020-2023, tuve la oportunidad de estar presente en los últimos meses de funcionamiento de dicho programa.

Aprender, nuevamente, una rutina institucional conllevó un proceso de selección que priorizo la edad, estado psicomotriz y estado cognitivo. Tras la selección, se notó una tajante diferencia entre los usuarios de las villas del resto de pabellones, ya que sus características los posicionaron, desde la visión de los pacientes y el personal de enfermería, como más capaces de ayudar/realizar las tareas diarias.

Al instituirse el pabellón, los usuarios de las *villas* reaprendieron la institución, y en el proceso se configuraron otras instituciones sociales, tales como las económicas o las lúdicas, que están presididas por los pacientes con más capitales. No solo la dinámica particular de la *independencia* y *libertad* llevó al pabellón a ser considerado un lugar de distinción; sino también, de la relación que sostienen con el personal, la terapia en forma de autocuidado del cuerpo y espacio, su sociabilidad al interior del pabellón y una actitud proactiva. Cabe señalar que, a pesar de las similitudes de los pacientes, siempre existen puntos de diferencia, y en este caso, posibilitan una mejor posición social, a partir de los distintos capitales.

3.3.2 Lugares de sociabilidad

Este apartado está destinado para comprender la constitución de las relaciones sociales que se dan en el espacio limitado de las salas: villas norte, villas sur, 5 norte y 5 sur. Teniendo en cuenta que se encuentran encerradas en un espacio limitado por muros y cerrado a otros espacios hospitalarios por la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 2, pacientes de ambos sexos y de las cuatro salas conviven diariamente y han entretendido diversas relaciones sociales; lo que compete a este apartado se delimita a las relaciones amígas, formas de juego y convivencia de las cuatro salas, enfatizando la condición de las villas norte y villas sur.

Describiré un total de 3 actividades: *responsabilidades individuales*, el deporte y puntos de conversación. Todas ellas se condensan en diversos espacios limitados a los muros que rodean los cuatro pabellones, y cabe aclarar que la mayoría de ellos se encuentra bajo los parámetros de lo permisible, por lo que acceder a ellos no fue de mucha dificultad. Las discursividades construidas a partir de dichas prácticas, debo recalcar, se demarcan por la condición de los pacientes: *activo/inactivo y capacidad motriz*.

3.3.2.1 Las “responsabilidades individuales”

Las “responsabilidades individuales” demarcan cierto tipo de práctica autoimpuesta por el o la paciente, y responden directamente a los rasgos de la clase social (capital cultural, capital social y capital económico). Al haberlo escrito entre comillas quiero destacar una característica que considero de mucha relevancia, pues intento demostrar que no apelan únicamente a los intereses de los y las pacientes, sino que, han sido adoptados por el hospital como formas de poder institucional, de cierto modo son responsabilidades institucionales disfrazadas de individualidad. Y no veo esto con negatividad, al contrario, éstas han servido para desenvolver su personalidad y vínculos con su pasado previos a la hospitalización, sin embargo, se han bañado de un carácter de poder coercitivo.

Estas prácticas al estar relacionadas a la clase social son muy diversas, y no pretendo describir cada una de ellas con lujo de detalle, más bien, la finalidad de este apartado es contrastar las formas sociales de libertad con las formas sociales de la institucionalidad. Por su parte, la primera nos deja asomarnos a sus gustos y sus capitales, pongamos por caso, al sr. Francisco Limón quien llegó de casa de ángeles y proviene de una familia de campesinos, en él encontramos dos formas de educación, una que le brindó la constitución de docilidad y corporalidad institucional, y otra que le otorgó conocimiento al cuidado de plantas; ambas constituyen una forma particular de comprender el espacio y desarrollarse en él. El sr. Francisco menciona, lleva cerca de 8 años a cargo de la jardinería de los cuatro pabellones, cuenta con limones, nopales, magueyes, aguacates y bugambilias dentro del pabellón, cuenta: “Las plantas son vida para mí, cuidarlas me enseña paciencia”¹⁸ (sr. Francisco, 14 de junio del 2021)

Su responsabilidad se extiende por los cuatro pabellones, pero se condensa esencialmente en villas norte y villas sur, y en ésta última entabla relaciones con mujeres tanto amígalas como comerciales. Del lado de la institucionalidad encontramos, con el mismo caso, como la fuerza hospitalaria condensa a través de la medicalización y la disciplina un poder coercitivo sobre la práctica, este poder muy similar al descrito por Goffman (2012) o Durkheim (2016). Es decir, tanto la medicalización, como dispositivo de control del cuerpo enfermo, y la disciplina, como técnica de docilidad, fungen como una herramienta que diluye el marco institucional y apela a la individualidad del paciente: *jardinería-terapia* y *jardinería-crecimiento personal*.

3.3.2.1 El deporte

El carácter estructural del deporte se compone de distintos sistemas, tanto sociales como institucionales, el análisis parte de yuxtaponerlos para comprender sus

¹⁸ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la cartografía social con fecha del 14 de junio del 2021.

interrelaciones. El deporte, se compone esencialmente de 4 sistemas: 1) el institucional, que comprende esta práctica como una esfera que moldea el cuerpo, en formas biopolíticas y disciplinarias; 2) la sociabilidad, los marcos de convivencia en el deporte conjuntan diversos elementos que permiten la creación de lazos sociales, ya sea amistades, redes comerciales, redes sexuales, entre otros; 3) la jerarquía, se manifiesta a partir de capitales corporales en la dominación del espacio, es decir, la forma de jugar es imprescindible en la apropiación de espacios comunes; y 4) el personal, este involucra al sujeto de forma individual y su desenvolvimiento con las prácticas cotidianas.

El deporte se desarrolla como una práctica de desenvolvimiento social, donde algunos usuarios, especialmente hombres de las villas, participan de forma cotidiana y entretienen lazos de convivencia. La práctica se origina a partir de la terapia física, donde se pretende que se mejore la condición motora de los pacientes; sin embargo, ha sido apropiada por algunos usuarios quienes lo han incorporado a su vida diaria y como una forma de sociabilidad.

El deporte es principalmente es practicado en lo que denomino *patio de concreto* frente a la entrada principal de las villas norte; este espacio condesa muchas prácticas y ejercicios comunes, pero destaca por mucho el deporte por parte de los varones *activos* de villas norte, y algunas veces varones del 5 sur. El deporte, es practicado gran parte del día por parte los usuarios, es usado previo y post horas de comida, medicación y actividades rutinarias del hospital, y éstas fijan los horarios de uso y práctica social, el deporte es una actividad de entretenimiento, es un ejercicio de sociabilidad.

Al referirme al deporte como ejercicio de sociabilidad, podríamos imaginar en primer momento la formación de equipos estructurados que practican un juego en particular, como fútbol, voleibol o beisbol, donde dichos grupos crean estrategias de juego para ganar y se entretienen lazos de sociabilidad, sin embargo, esto no es así; más bien la conformación del juego no depende de un deporte en particular y no existe un ganador en el juego; por el contrario, el deporte se desarrolla de una única manera y depende de cómo se desarrolle durante el juego; para especificar,

esencialmente se juega el fútbol y el voleibol, y ambos consisten en pasar el balón a sus compañeros sin tener puntajes. En el primer caso se acomodan las porterías y prácticamente todos juegan contra el portero intentado meter un gol, en el caso del voleibol la red atraviesa una parte del patio y la pelota es golpeada intentando cruzar la red, no importa si ésta rebota en el suelo y/o es detenida para hacer mejores golpes.

La mayoría de los partícipes del juego son usuarios *activos*, pero esto no quiere decir que en ciertas ocasiones los pacientes *inactivos* se incluyan en el juego. La apropiación del deporte en el caso de las villas ha permitido que ciertos usuarios incorporen estrategias de apropiación, como la del espacio o modos de subsistencia para obtener balones o permisos extraordinarios; durante la estancia de campo, pude observar un paciente en particular que ha apropiado está práctica y se ha convertido en la representación perfecta del deportista en las villas, y como en él se ejercen fuerzas institucionales de medicalización y docilidad. Dicho usuario es el sr. Fernando quien padece de RMM, y sus capacidades motoras y de habla no son del todo buenas, sin embargo, el deporte le ha abierto una puerta al cambio físico.

Como él, hay otros quienes se han vuelto referentes del deporte; y su figura les ha permitido, de cierta forma, ser líderes del espacio, y a su vez, figuras con jerarquía. La sociabilidad se desarrolla a partir de la participación de los usuarios en el juego y el vínculo que pueden tener con estos líderes. En cuanto a la apropiación espacial, vemos una tajante diferencia, pues es utilizada por ellos gran parte del día y sin consideraciones para otros pacientes, sin embargo, están impedidos de acaparar el *patio de concreto* por completo por normas y reglas de enfermería, quienes median y regula su uso para todos.

3.3.2.3 Puntos de conversación

Los lugares que mayormente concentran la conversación entre los pacientes se condesan dentro de la propia sala, en la sala de estancia o televisión, el comedor, la zona de descanso fuera del pabellón y el pasillo que divide las salas 5 norte y sur

de villas norte y villas sur. Están diseñadas para el descanso del usuario a diferencia de otros espacios que apelan a su productividad. Estos espacios son ocupados por pacientes inactivos, quienes prefieren invertir su tiempo en cierto sedentarismo físico y social.

Dentro del pabellón lo más usual es la estancia pues el entretenimiento de la televisión les brinda una mirada al mundo de “afuera” y del cual construyen un discurso y una memoria de lo implica la vida urbana. La televisión funge como herramienta que posibilita un marco de conversación fuera de lo institucional. Es común escucharlos hablar de las telenovelas, las noticias y hasta los comerciales; dichas platicas no se reducen a este espacio físico y temporal, se vuelve un recurso que reivindican constantemente y forma parte de su lenguaje:

“Yo sí miro la televisión, bueno, cuando funcionaba porque tiene un rato que dejo de servir. En la tarde veía “Como dice el dicho”, y es bien bonito de ver, aunque a veces nos castigan la televisión.”¹⁹ sr. Jorge Amador

El espacio de la televisión está condicionado a diversos aspectos institucionales: su comportamiento, sus actividades rutinarias, su condición médica y psiquiátrica. Durante mi estancia de campo la televisión no estuvo un funcionamiento, sin embargo, a través de las entrevistas noté la importancia que tiene en la sociabilidad y sus marcos de conversación. Un rasgo de mucha importancia fueron las noticias, que de cierto modo brindan un panorama general de Puebla, México y el mundo; especialmente se notó más a través del sr. Marcio Arcadio quien adoptó e incorporó conocimiento del COVID-19 a su cotidianidad:

“Es importante tener el cubrebocas puesto, porque el COVID nos puede matar, hay que ser conscientes y cuidarnos”²⁰ sr. Mauricio Arcadio.

¹⁹ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la cartografía social con fecha del 22 de junio del 2021.

²⁰ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la entrevista “cotidianidad hospitalaria” con fecha del 22 de junio del 2021.

Es importante destacar, que dentro de la institución hospitalaria se tomaron todas las prevenciones posibles desde el inicio de la pandemia, con ello se integraron nuevas normas institucionales para proteger a los usuarios y a los trabajadores, sin embargo, el discurso expuesto por el sr. Arcadio se vincula a la información por parte de los noticieros televisivos y radiofónicos. Él, como otros, crea sus marcos de referencia acerca de lo exterior con base a las noticias, haciendo constantes referencias a la delincuencia, el gobierno o el deporte.

Dentro de este espacio, se vislumbran diversos temas de conversación y apelan a los usuarios de distintas maneras. Se destaca principalmente la conversación acerca de la telenovela, que se vuelve relevante en el entretenimiento de algunos pacientes. Pláticas que no pude escuchar, sin embargo, el licenciado David comenta:

“La telenovela y el fútbol son importantísimos para ellos, ¿imagínate un día sin ver la tele o el celular? Este es su entretenimiento, bueno lo era antes de descomponerse la tele”²¹

Licenciado David

La zona del comedor es utilizada en tiempos específicos y cada paciente se ha apropiado de un lugar como suyo, lugares donde coinciden con sus amigos y aprovechan para hablar del día en general. La mayoría se concentra únicamente en terminar sus alimentos y dar continuidad a la rutina institucional, sin embargo, quienes entablan conversaciones hablan mayormente del deporte, la terapia o festividades que se avecinan. Como observador *institucional*, estuve impedido de escuchar profundamente sus conversaciones, pues, dentro del marco médico enfermeras/os²² vigilan a los usuarios con tal de impedir ahogos, robos de comida o peleas.

²¹ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante una conversación casual con fecha del 20 de junio del 2021.

²² Dentro del hospital tuve que fungir como un sujeto institucional, por ello me vi obligado a ser partícipe de ciertos ejercicios, entre ellos, la vigilancia durante las horas de comida.

Los sillones fuera del pabellón son espacios que albergan el descanso, en general los pacientes que lo ocupan están muy medicados y lo utilizan para dormir. Por otro lado, ciertos usuarios acaparan el espacio donde crean redes de sociabilidad por dominación, es decir, fungen un poder en el uso de los sillones

3.3.2 Redes comerciales

Las redes comerciales dentro del hospital buscan un beneficio material, este se entreteje, no entre líderes fijos, sino, en los movimientos del mercado, es decir, el que cuenta con mayor número de bienes controla ciertos aspectos del hospital, pero su condición enferma aunada a la medicación cambia fácilmente al líder del mercado. Como se ha enfatizado a lo largo del texto, aquí también existe un mercado lícito y un mercado ilícito, ambos son del conocimiento institucional, sin embargo, el ilícito se norma bajo los rubros de la clandestinidad.

Con esto en mente, se marca una pauta en las formas de comerciar, nuevamente emergen sus capitales culturales en formas de trabajo, cuyo objetivo es la obtención de bienes y *monedas* de intercambio. Existe así otra categorización de los pacientes:

Trabajador pobre	Trabajador voluntario	Paciente rico
Esta limitado por sus condiciones laborales, no hay otra fuente de ingresos, entonces, se limitan a una actividad a su alcance. La más cotidiana entre los hombres y mujeres es la limpieza de cuartos y espacios comunes	Este trabajador, no necesita, la mayor parte del tiempo ingresos extras, se conforma con lo que el hospital le otorga, o por el contrario es abusivo con pacientes débiles y roba sus ganancias. Realiza sus actividades como debe, sino tiene <i>monedas</i> ²³ para pagar	Este tipo de paciente posee buenas relaciones y se caracteriza, en su mayoría, por ser mercader de diversos productos. Su condición económica le permite abstenerse de ciertas obligaciones institucionales.

Fuente: Cuadro diseñado por el autor que condensa los tipos de pacientes trabajadores dentro de la institución hospitalaria.

²³ La noción de la *moneda* no se refiere, únicamente, el dinero como tal, sino también, a bienes con valor como cigarrillos, coca cola, café, chatarra o sexo.

El *trabajo* puede verse de dos formas: la venta de un bien o la venta de un servicio. El primero aborda un amplio mar de objetos duraderos y objetos no duraderos, mayormente se caracteriza la venta de comida chatarra, cigarros, café, manualidades²⁴, artículos de limpieza corporal y artículos personales como carteras, relojes, zapatos, entre otros; el segundo, realmente está muy limitado, sin embargo, es de suma importancia, entre ellos destaca la limpieza de los espacios comunes y personales, la recolección de piñas y la prostitución.

Las redes licitas de venta se establecen en el pasillo divisor de salas y dentro del pabellón comunicándose con el vendedor/a. Previo a la pandemia, estos pacientes podían recorrer el hospital haciendo sus ventas con otros pabellones, tanto a usuario como a trabajadores de la institución. Las dificultades que pueden mostrar nacen en conseguir sus bienes de venta, pues, previo a obtener el capital y los permisos para salir a comprar, se ven obligados/as a cumplir con una buena conducta, conseguir un trabajo dentro de la institución o conseguir el dinero bajo “prestamos”, es decir, su dificultad existe bajo el **compromiso** de querer vender-emprender; podría sonar fácil a nuestros oídos, sin embargo, se debe considerar su psicosis y medicación, ya que juegan un papel importante en el desempeño de cotidianidad y consciencia.

La venta de los cigarros no es precisamente ilícita, sin embargo, es tratada bajo la clandestinidad, por ello su venta es realizada detrás de las villas norte, donde el personal médico no accede con regularidad. Este espacio es caracterizado por su privacidad lo que posibilita hacer tratos en torno a la sexualidad y la venta de objetos clandestinos como los cigarros o la coca cola. Al igual que cualquier venta, el compromiso es esencial, pero en estos casos de lo clandestino, se agrega el cuidado a ser visto u oído, pues en una institución total vemos herramientas y marcos regulatorios de tipo panóptico que impedirían aquellas prácticas que no dominen y disciplinen al cuerpo.

En el caso de los servicios lo más común es la limpieza de los espacios comunes, y son los pacientes vendedores quienes pagan por la realización de sus

²⁴ Normalmente vendidas a nuevos sujetos institucionales.

responsabilidades institucionales como el sr. Luis García a quien limpia con regularidad “porque le dan su coca”²⁵. El trabajo que realiza es de suma importancia, pues las *monedas* giran en el mercado, es decir, su labor le permite tener bienes y al mismo tiempo colabora a que los/las vendedoras continúen su trabajo.

3.3.3 Ocio y sexualidad

El ocio desde la perspectiva médica es una práctica mal vista, pues no contribuye a su productividad en términos motrices y cognitivos, a diferencia de ciertas relaciones de sociabilidad que posibilitan espacios y tiempos medicalizados. A diferencia de lo que Foucault (2009) plantea acerca de la fabricación de estos espacios, muchos salen de la fuerza disciplinaria:

“Al organizar las “celdas”, los “lugares” y los “rangos”, las disciplinas fabrican espacios complejos: arquitectónicos, funcionales y jerárquicos al mismo tiempo. Son espacios que establecen la fijación y permiten la circulación; recortan segmentos individuales e instauran relaciones operatorias; marcan lugares e indican valores; garantizan la obediencia de los individuos y también una mejor economía del tiempo y de los gestos” (Foucault, 2009, pp. 171)

Muchas de las prácticas que albergan el ocio no pueden ser institucionalmente castigadas, pero si existe una represalia simbólica que impida su práctica rutinaria; sin embargo, si existen aquellas que conllevan castigos; de este modo, el ocio se posiciona bajo rubros de lo ilícito y lo clandestino, por lo anterior, se sitúan geográficamente en lugares con poca vigilancia, con ciertas excepciones. Entre algunas de estas prácticas se encuentra el robo, el descanso y el bagaje.

El **robo** es una práctica parcialmente castigada, ya que muchas veces se pasa por alto por el personal médico. Esta práctica se da mayormente por pacientes

²⁵ Cita del sr. Francisco al preguntar acerca de su compañero y sus actividades de limpieza, con fecha del 11 de junio del 2021

inactivos y trabajadores voluntarios quienes prefieren romper las reglas institucionales antes que laborar; se roban artículos de aseo corporal, artículos personales, herramientas de terapia ocupacional y dinero. Los primeros dos se llevan a cabo dentro del pabellón, se hacen con discreción y en tiempos específicos. Los artículos son robados de los casilleros dentro de las habitaciones y son ocultados, de forma no tan buena, en los cuartos y espacios del ladrón, quien niega sus actividades ilícitas; al charlar con algunos estos pacientes incurren en su defensa:

“No, yo no robo... alguien puso su champú en mi cama” ²⁶ sr. Jorge Amador

“Yo vi como el Amador tomó las cosas de mi casillero, pero el Licenciado David no hace nada, solo se las quita y ya” ²⁷ sr. Mauricio Arcadio

El robo dentro de la terapia ocupacional no es tan común, sin embargo, este si tiene un peso simbólico más fuerte en el castigo. Depende de los intereses de los pacientes o los planes que tiene con dichas herramientas, ya que la vigilancia se reduce a un máximo de dos personas por terapia, es más fácil, en ciertos casos, cometer los robos:

“Es común ver a Amaranta con acuarelas o crayolas que nadie le ha traído, o Luis con rollos de papel, lo roban de la terapia, y quien sabe para que lo utilicen, pero no podemos dejarlo pasar, es importante hacerles saber que los vigilamos y que los robos tienen un peso y que deben pagar, pero a veces es entendible, tampoco los podemos hacer sufrir por objetos que necesitan”²⁸ pasante de psicología Pedro Ramos

²⁶ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante una conversación casual con fecha del 16 de junio del 2021.

²⁷ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante una conversación casual con fecha del 16 de junio del 2021.

²⁸ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la entrevista cotidianidad hospitalaria fecha del 20 de febrero del 2020.

El castigo para estos casos recae como un regaño a su moralidad, es decir, se cuestiona el robo en tanto al uso que ellos/as ya dan de la herramienta. Desde el dispositivo de la disciplina se apela al uso de los objetos en los tiempos y espacios designados, la ejecución de una economía del tiempo y los gestos (Foucault, 2009). El tiempo, debe considerarse como una herramienta disciplinaria, pero aún más como una dimensión sensorial, es decir, un aspecto que media y regula las sensaciones del cuerpo como el hambre, el despertar; apela a las formas corporales de reproducción social.

El **descanso** se reduce a dos espacios específicos las habitaciones y los sillones del jardín, su uso esta mediado por la medicación y un proceso incompleto de la disciplina sobre sus cuerpos. La visión médica considera que estos espacios tienen tiempos específicos de esparcimiento, por ello, dormir fuera de tiempos establecidos conlleva un castigo simbólico. Dicha represalia se lleva a cabo despertándoles para realizar actividades *productivas* como incorporarse a la terapia física, al deporte o la limpieza de la sala. Sin embargo, puede pasarse desapercibido en ciertas ocasiones o con usuarios que no lo hacen de forma rutinaria.

Así, los y las pacientes que lo hacen de forma rutinaria han recurrido a los sillones del jardín, estrategia que permite disfrazar parcialmente su descanso, aunque sea sabido por el personal de enfermería el uso que se le da este espacio. Pero hacer el intento de evitar los procedimientos disciplinarios se asemeja a las tensiones que Goffman (2012) describe con los procesos de *despersonalización*, que considero ya pasaron todos los pacientes, pero dejan ciertos vestigios de resistencia institucional.

El descanso en las habitaciones se destina mayormente para pasar malestares patológicos que no alcanzan la gravedad de la hospitalización interna, aunque como es de esperar, la actuación de los malestares es común; y se espera que de ella se reciba un trato especial; dependiendo de la *actuación*, lo cotidiano y la actitud se piensa o no un castigo pertinente. Estas estrategias de descanso nacen para sobrepasar el orden institucional médico. De este modo, se convierte en una práctica de ocio del tiempo.

Finalmente, el *bagaje* como práctica esta medianamente penada. Se considera “vago” a aquellos/as que invierten en su tiempo en nada, es decir, recorren las salas, los pasillos o el jardín sin rumbo alguno, la disociación social provoca dificultades psicológicas de comunicación y por ello se evita que éstas existan. Es difícil determinar para el personal de enfermería y psicología cuando termina un simple recorrido en hospital y empieza esta práctica; pues una gran parte de los usuarios recorre el hospital de esta manera. Por ello la estructura médica y la gestión de los tiempos contempla diversas formas de terapia, que permitan eliminar este tipo de ocio, pues es perjudicial a largo plazo.

El sr. Fabio y su novia, llegan a caer en esto pues recorren el hospital, sin hacerse platica el uno al otro, duermen donde encuentran espacio y se limitan a mantener relaciones sociales entre ellos, impidiendo conversar con sus compañeros. Sin embargo, dentro de la terapia, se les obliga a mantener conversaciones con otros pacientes. También se les ha prohibido, en más de una ocasión, pasar tanto tiempo juntos. Puede parecer un castigo simple y de poca repercusión, pero desde su punto de vista, implica un profundo esfuerzo de desenvolvimiento social. Geográficamente el *vagabundeo* no se condensa en un espacio particular, sino, en una forma de hacer espacio.

La sexualidad, por su parte, se ejerce de diversas maneras dentro del hospital, a través de los noviazgos, la prostitución y la violación. Su carácter tiene todas las líneas de la clandestinidad, pero no un marco ilegal, es decir, no existe una normatividad jurídica que les impida desenvolver su vida sexual, pero si existe una vigilancia que trata de impedirla. Las formas en las que desarrolla suben un escalón en las estrategias *sobrepanópticas*²⁹.

Los *noviazgos* pueden entenderse de dos formas, la primera, como una relación romántica, casi siempre heterosexual, donde las parejas conceden el sexo en tiempos y lugares específicos. La segunda se presenta con mayor complejidad, pues supone que, normalmente un hombre, con pareja, normalmente mujer,

²⁹ Término que utilizo para describir fenómenos que intentan sobre ponerse a los dispositivos panópticos de vigilancia, docilidad, biopolítica, anatomopolítica y castigo.

prostituye a su *novia* a cambio de *monedas*; es pertinente aclarar que en muchas ocasiones la novia no da su consentimiento para el sexo, es obligada por su novio y el comprador del servicio.

La *prostitución* es una práctica consensuada, y lo primero que podríamos imaginar acerca de esto, sería un pago monetario, pero como se ha aclarado en el apartado anterior, las formas de pago son variadas, entre ellas la comida chatarra, el café, los cigarrillos o el dinero³⁰. Está también se vuelve una fuente de ingresos para los y las pacientes; ya que no existe un castigo jurídico ante el ejercicio de la sexualidad, muchas de las pacientes de las villas utilizan métodos anticonceptivos proveídos por la propia institución con tal de evitar embarazos no deseados, que si han ocurrido. Fenómeno completamente empapado en los dispositivos biopolíticos (Foucault, 2004 y 2011).

La **violación** se da mayormente entre los hombres, y existen los *cazadores sexuales*³¹ que buscan a toda costa el desahogo sexual. Al descubrir los intentos de violación se emplean castigos fuertes como el amarre y la administración de diazepam que inhibe el sistema nervioso central y los neurotransmisores. Durante mi estancia de campo, logre observar a dos *cazadores sexuales* y en uno de ellos los efectos del diazepam. Aún, siendo descubiertos en el acto, recurren a diversas formas de esconderlo: la noche del 13 de junio del 2021 el sr. Jorge Amador intentó violar a su compañero sr. Fabio, y al ser descubierto por el personal de enfermería fingió estar dormido en la cama del violentado. Además, se justificó diciendo “Él me provoca³²”.

El otro *cazador sexual* el sr. José Guerra presentaba deseos por el sr. Jorge Amador y el sr. Francisco Limón, con quienes intentaba pasar el tiempo, tanto en el día como en la noche. Por indicaciones de la psicóloga hubo mucha vigilancia con él, intentando evitar agresiones y/o cariños

³⁰ No en cantidades estratosféricas, sino en los términos de su economía, variando de los 5-20 pesos.

³¹ Término utilizado por los y las psicólogas del hospital, para hacer referencia a aquellos que buscan la oportunidad de violar a sus compañeros/as. Desde la terapia se identifican y se planean resoluciones psiquiátricas (administración de medicamento), vigilancia por parte del personal de enfermería y terapia psicológica para confrontar su comportamiento.

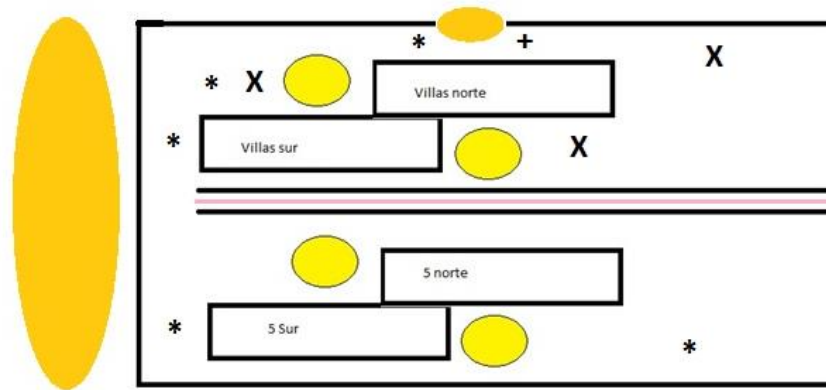
³² Palabras escritas en el diario de enfermería.

Estos dos últimos subapartados permiten reflexionar, transversalmente la condición ilícita/ clandestina con la condición sensible de quienes habitan el lugar, como punto de partida podemos decir que, el hospital, al tener una arquitectura asilar y panóptica, no permite tener muchos espacios sin vigilancia, lo que reduce las posibilidades de esconderse: de no ser vistos y/u oídos por las figuras institucionales. De este modo, las sociabilidades de lo ilícito se sumergen en una sensibilidad de lo clandestino, donde se procura reducir los ruidos al mínimo, evitar ser visto y estar en constante alerta de su alrededor, apelando a lo táctil y al espacio como dimensión sensible. De forma más tangible, esto puede apreciarse en los espacios comerciales ilícitos, incluyendo aquí la venta de cigarrillos, artículos robados y la prostitución. De este modo, podemos pensar que la relación espacio-corporal, se determina bajo rubros sensibles específicos.

En la cartografía de abajo he sintetizado el sistema de lugares con un código de signos y colores, he marcado sus principales discursos, preocupaciones y sentires; contiene, a grandes rasgos, las significaciones y las prácticas descritas en este apartado. Debido a mis pobres habilidades digitales lo realicé de forma muy simple en Paint.

Para clarificar el mapa, el gran recuadro que cubre estas cuatro salas es el muro que los rodea, con dos entradas, pero solo una se encuentra abierta, la que se encuentra de lado derecho; entre las villas y “el 5” solo hay una “división” por un pasillo, pero esto no les impide relacionarse unos con otros. Los círculos amarillos sirven para ubicar su entrada principal, a su vez, estos representan patio de concreto, donde se hace la actividad física y el deporte; el resto de los espacios blancos son parte de un gran jardín cerrado por los muros que los rodean. Villas sur y 5 norte, son pabellones exclusivamente de mujeres, por lo que, en términos objetivos, se encuentran más encerradas, pero sin tener “límites”³³ para salir del pabellón. Villas norte y 5 sur son pabellones de hombres, quienes llegan a tener más contacto entre ellos. De cierto modo se puede considerar que estas salas se encuentran en la orilla del hospital, pero no es fácil escapar de ella.

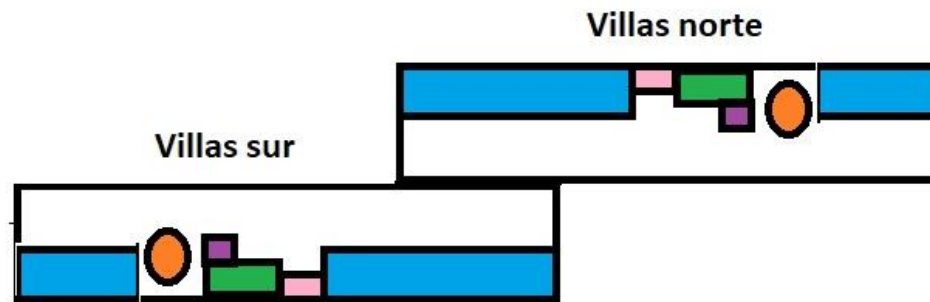
³³ De acuerdo con su conducta



Fuente: Cartografía diseñada por el autor que condensa diversa prácticas en los pabellones villas sur, villas norte, 5 sur y 5 norte.

Los asteriscos representan aquellos espacios que condensa actividades *ilícitas*, como las prácticas sexuales, ocasionales peleas físicas, o el mercado de cigarros; quienes se apropian de este espacio, son mayormente, *noviazgos*, pacientes inactivos y consumidores de cigarro. Las *equis* son todos los espacios destinados para la sociabilidad como los puntos de conversación, dinámicas grupales o siestas; estos espacios son habitados de forma mixta, pues están visibles, impidiendo prácticas castigables. La línea rosa es donde la mayor parte del comercio *legal* sucede, donde se compra y vende chatarra, manualidades y/o donde suceden los tratos de venta y negociación. Al ser un espacio abierto, los pacientes interceden a al personal médico para solicitar dinero, café, cigarros o en casos más específicos UBS, bocinas o ropa. Finalmente, los óvalos anaranjados contienen discursos de escape, donde se concentra, según mis informantes, una vía segura e invisible para salir del hospital.

La siguiente cartografía representa el interior de las salas villas norte y villas sur, donde se diversifican las prácticas lúdicas y biopolíticas.



Fuente: Cartografía diseñada por el autor que condensa diversas prácticas en los pabellones villas sur, villas norte, 5 sur y 5 norte.

Los espacios al interior de las villas concentran, en gran medida, prácticas de ocio, la cartografía de arriba esta dividida en colores que representan espacios específicos con prácticas diversas. Los recuadros azules representan las habitaciones que exigen, según las indicaciones médicas, prácticas específicas en temporalidades específicas tales como dormir y descansar, sin embargo, también hay prácticas de sexualidad y conversación. El pequeño recuadro rosa es la sala de enfermería, la cual representa el lugar de mayor jerarquía según mis informantes; no es posible el ingreso de los pacientes a esta sala, sin embargo, cobra gran relevancia porque representa un lugar seguro para hacer quejas o pedir instrumentales, comida o atención. El cuadro verde es el espacio de la cocina y la televisión, donde se permite cierto ocio y distracción, pero al mismo tiempo, es un espacio que exige cuidado y disciplina, fundamentalmente por el uso de cubiertos como tenedor o cuchillo. El cuadro morado representa el consultorio médico/psicológico donde las prácticas médicas, de cuidado y terapia tiene lugar. Finalmente, el círculo naranja, al menos durante la pandemia, fungió como el comedor de los/as pacientes, y en donde pasaban largos ratos de vigilancia para evitar peleas y atragantamientos.

En conclusión, el **sistema de lugares** nos permite comprender la organización del espacio, las jerarquías y los atributos simbólicos de este. A su vez, existe una relación foucaultiana (*poder-saber*), que en vez de comprenderse en el dispositivo de la sexualidad, funciona para traducir materialmente el espacio y sus

atributos, tanto normativos como evocativos; descifrar este lenguaje socioespacial posibilita las prácticas ilícitas y clandestinas, permite sobrepasar el sistema de la *institución total*. La jerarquía del saber ocupa un orden esencial en la reproducción social de las prácticas hospitalarias.

3.4 ¿Qué es la enfermedad? Elementos simbólicos del cuerpo y su dimensión sensorial

En este último apartado, se condensa de forma crítica el proceso más denso de la corporeidad, aquel, donde la concientización patológica en el cuerpo se encarna y determina futuras sociabilidades y significaciones, no solo de la enfermedad como nueva condición de vida, sino en todas y cada una de las esferas de la vida social. La enfermedad en este sentido ya existe como fenómeno social, es decir, su existencia está determinada por ser nombrada, este poder de la palabra se transforma en un requisito médico y social que determina su eficacia simbólica.

En este proceso se insertan una serie de prácticas de reconocimiento corporal y biopolítico, aquellos, donde se materializa mi triada conceptual: espacio-cuerpo-enfermedad, de tal modo que la descripción material y simbólica salta entre lo fenomenológico, lo discursivo y lo institucional de forma entrecruzada y fuertemente vinculada. El orden de los subapartados, entonces, responde a esta lógica, pero no se limita a enmarcarlos exclusivamente en ellos.

3.4.1 La sensorialidad del cuerpo enfermo

La enfermedad es un proceso de carácter ontológico y fenomenológico, donde los enfermos, sus cuidadores y los observadores delimitan significativamente en el espectro de lo corporal e institucional. De este modo, su dimensión es subjetiva, es decir, es pensada y expresada por los sujetos, pero sin estar aislados, su anclaje es, al mismo tiempo, corporal y contextual. La sensorialidad de sí mismo, se

presenta como un fenómeno, de reflexión que implica, obligadamente, un estudio fino del cuerpo y lo que lo rodea.

La medicina mira el cuerpo desde un horizonte de objetividad, es decir, sitúa al cuerpo como un objeto dado y acotado con capacidades sujetas a su *sentir* (cuerpo atravesado por el método científico), por esto mismo, las premisas del diagnóstico parten de esa pregunta, *¿qué sientes?* Esta lógica nos hace pensar al cuerpo como una cartografía de su saber, donde las reflexiones, de lo anómalo, como el dolor, son situadas. Este tipo de reflexión supone pensar que la capacidad sensorial se inserta en una esfera topológica que solo es capaz de existir por y a partir del cuerpo. Puedo entonces enmarcar este proceso de aprehensión espacio-corporal como un fenómeno fenoménico e interpretativo al mismo tiempo. Así, la discusión se vuelca al lenguaje mismo y su capacidad o incapacidad de expresar, adecuada o fielmente, la experiencia sensorial.

Empíricamente, las reflexiones en torno a la corporalidad enferma no se limitan a una pregunta de carácter médico que busca la anomalía, más bien, se cimentan en la búsqueda de un sistema sensorial adecuado para su estudio. A grandes rasgos rescató tres formas de concebir el mundo sensible, que considero no se oponen la una a la otra, sino, que se superponen como sistemas sensibles en la corporalidad psicopatológica en condición de encierro. Brevemente describo estos tres sistemas y sitúo bajo que lógica se inserta el cuerpo en ellas:

- **Cuerpo-mediador-práctica social:** Esta propuesta, cimienta su argumento en la incidencia médica de cuidado, vigilancia y dependencia (material y simbólica). Por una parte, sabemos que nadie puede experimentar lo que el cuerpo propio experimenta por sí solo, sin embargo, estar impedidos físicamente, o estar sujetos al cuerpo del otro (*cuidador*) hace ser dependiente al sujeto enfermo de sentir por su cuenta, es decir, un paciente con poca capacidad motriz no goza de la independencia de caminar por sí solo para experimentar la movilidad, por ejemplo, se ven sujetos al cuerpo ajeno: se ven sujetos de sentir, en este caso de sentir la movilidad.

- **Cuerpo-docilidad-disciplina:** Esta propuesta vincula completamente la relación corporal descrita por Foucault (2009) en *Vigilar y castigar* y con Goffman (2012) en su propuesta de la carrera moral del paciente. A grandes rasgos, se entiende que la experimentación sensible del cuerpo se sujeta a condiciones biopolíticas de *hacer el espacio*, concepto de apropiación descrito en el apartado anterior.
- **Cuerpo-capital cultural-estado mental:** Las nociones sensibles del cuerpo, siempre se sujetarán a las condiciones materiales y simbólicas en las que nos desarrollamos, por ende, sentir, se posiciona en un plano cultural específico, es decir, bajo los capitales previamente adquiridos. En la enfermedad mental, la psicosis es una materialización de la sensorialidad, y qué a su vez, se vincula al estado mental en que el paciente se encuentra.

Las características aquí señaladas forman parte de un proceso de sistematización que intenta conjuntar de forma crítica el dato empírico recabado en el hospital. Parte de las reflexiones que puedo complejizar más, se vinculan a la necesidad de aprehender un mundo institucional que sujeta el cuerpo y la vida a una serie de condicionantes que determinan una forma de ser y hacer el paciente, de este modo, la siguiente interrogante problematiza la condición ontológica y fenomenológica de la enfermedad: ¿Es la enunciación de la enfermedad la que determina su eficacia simbólica?

3.4.1.1 Cuerpo, aflicción y dolor

Cuando hablamos de enfermedad, necesariamente nos remitimos al dolor como característica esencial casi inherente a ella, pero al mismo tiempo, no dejamos de lado aquella sensación, no solo corporal, sino también mental que el proceso de la enfermedad lleva. En la introducción de este apartado hacíamos hincapié a dos niveles distintos de la enfermedad: ontológico y fenomenológico. El primero de ellos, al menos teóricamente, se sitúa como un estado; el segundo, por su parte se hace

valer de la *localización* que, para términos de esta investigación se enmarcan en dos fenómenos del cuerpo: la aflicción y el dolor.

Ambos, poseen características particulares: son expresiones de la dimensión sensible, son topológicamente localizables y se circunscriben a una reflexión de sí. Nuevamente, y sin ganas de estresarte como lector, debo recordarte que la concientización corporal es el dispositivo esencial en el proceso de la docilidad corporal. Por ello, remarco la última característica. Pero es válido preguntar, si solo la aflicción y el dolor son necesarias para la reivindicación del cuerpo enfermo como cuerpo propio. Según mis informantes, el proceso de interiorización se origina en el reconocimiento del cuerpo.

Algunos ejemplos son bastantes claros, como el del sr. Arcadio, quien después de su primera psicosis de ausencia empezó a reconocer la psicosis, o como la Sra. Amaranta, quien se ha sujetado al sentido de la audición para reconocer un lapso esquizofrénico ¿Pero esto acaso es el dolor en sí? En términos concretos la respuesta es un contundente **sí**. Pues el dolor no está desprovisto de connotaciones simbólicas y las formas de sufrir no son iguales. Michel Montaigne a partir de sus padecimientos llegó a la conclusión sobre el dolor y su cuerpo: “Montaigne aseguraba extraer de los cólicos cuando menos un doble beneficio: mientras por un lado le proporcionaban autoridad para gobernarse a sí mismo, por el otro le permitían familiarizarse con su propia muerte” (Sanz, 2021, pp. 73). Este ejemplo, como proceso reflexivo, da cuenta del argumento central de este subapartado: el dolor supone la corporeidad.

Para fines prácticos, defino la aflicción como la primera instancia mental para reflexionar el dolor. El dolor por su parte es la materialización encarnada que causa incomodidad y daño. Ambas se sitúan, nuevamente en un plano sensorial, pero la primera supone la sensación mental y la segunda la física. Es, en este caso, casi indistinguible separar una de la otra, pues ambas se reducen a una sensación.

Si bien, los pacientes no reivindican al dolor corporal como eje fundamental de su enfermedad, si parten de la aflicción y/o dolor emocional para definir, delimitar y concretar su psicopatología. Tal es el caso del sr. Rene que padece depresión crónica y bipolaridad; ingresó al hospital en la década de los 90's por adicción a

drogas y al alcohol; al entrevistarle, algunos aspectos de su vida personal fueron clave para dar reconocimiento su enfermedad: en su infancia sufrió de abuso sexual por parte de su padrastro, tiempo después esto agravó su condición de sociabilidad generando, según él, dependencia a sustancias nocivas. A pesar de eso, describe que fue un niño activo y apasionado por el fútbol, asegurando que tiene trofeos y medallas en casa de su hermana, quién se hace cargo de él fuera del hospital, sin embargo, ya no cuenta con todos sus premios, pues, en varias ocasiones los ha vendido por alcohol y drogas: “yo le he robado a mi hermana, a mi mamá, y todo por el *pinche* alcohol”³⁴. Asimismo, abordó lo que él denominó “un error de vida”, pues asegura que la educación que su madre le brindaba era la mejor, pero no supo cómo aprovecharla, y se culpa por ello, comentó que no pudo terminar la secundaria.

Después de hablar sobre este tipo de experiencias, el sr. Rene expresa su arrepentimiento: “fue el momento de quiebre y de decir *hasta aquí*”³⁵. Este breve relato, figura cómo un momento particular de aflicción y dolor emocional que determinó el punto de concientización patológica. Parte de su proceso, particularmente hablando, se llevó a cabo entre entradas y salidas de anexos y clínicas de rehabilitación, hasta llegar a una estancia permanente en el Batán.

El dolor como símbolo es parte de un resultado de significación histórico, subjetivo y contextual, que responde, únicamente, bajo la lógica de del cuerpo mismo. Este caso no es el único, pero sí creo que es el que mejor retrata la condición fenoménica del dolor y la aflicción como procesos que condicionan la corporeidad.

3.4.2 Representaciones sociales de la enfermedad

La representación de la enfermedad se presenta, la mayor parte de las veces, como un discurso, pero siguiendo las propuestas de Foucault (2012), estas representaciones se constituyen como un discurso consagrado históricamente a la

³⁴ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la entrevista cotidianidad relatos autobiográficos con fecha del 8 de junio del 2021.

³⁵ Entrevista realizada por Pablo López Osorio, durante la realización de la entrevista cotidianidad relatos autobiográficos con fecha del 8 de junio del 2021.

historia. Es decir, se plantea su origen por y a partir de la constitución del discurso hegemónico. Para el caso patológico este se sustenta en la medicina como ciencia y como tecnología reguladora, como hemos descrito con anterioridad, el discurso fenomenológico de la enfermedad está empapado de la incidencia médica.

Por cuestiones metodológicas, no se retomó por completo el discurso médico por parte los y las trabajadoras del hospital, más bien, se contrastó el discurso apprehendido de la enfermedad por parte de los pacientes. Cabe aclarar que la representación social de la enfermedad no se limita el mero discurso, sino que también abarca una serie de prácticas y significados de corte biopolítico e institucional. Los párrafos siguientes intentan concretar dichos discursos, prácticas y significados enmarcados desde su aspecto simbólico.

Los discursos de la enfermedad versan entre sensible y lo fisiológico. Asimismo, no todos ellos hablan de su enfermedad mental, pero cada aspecto discursivo sobre su vida cotidiana se ve atravesado por este. Como ejemplo presento una breve plática con el sr. Víctor La conversación se llevó a cabo el 16 de junio del 2021, donde, a grandes rasgos hablábamos de su día a día, cuando se me ocurrió preguntarle:

-No toma mucha agua, ¿verdad? – a lo que sorprendentemente respondió.

-No, *doc*. A mí el agua me hace daño, me lo diagnosticaron hace tiempo. Solo puedo tomar coca porque si empiezo a tomar agua el estómago me empieza a crecer y me puede hasta reventar.³⁶

Después de haber escuchado estas palabras, sentí un poco de gracia por su respuesta. Pero al llegar a casa y empezar hacer la sistematización caí en cuenta del proceso en el que se insertaban sus palabras, pues se apropiaba del discurso y terminología médica para dar una justificación, institucionalmente válida, al consumo diario de refrescos. Es importante comprender que este paciente ha estado durante 20 años en el hospital y la apprehensión al lenguaje médico está

³⁶ Aclaro que estas no son las palabras exactas, es más bien un intento de reconstrucción discursiva, pues no tuve acceso a introducir una grabadora para las entrevistas

totalmente interiorizada. Con este ejemplo, hacemos visible que la construcción social de la enfermedad es, al mismo tiempo, personal e institucional.

3.4.2.1 Asimilación y terapia

El proceso en el que los y las pacientes se insertan al ingresar a un hospital psiquiátrico presenta varias tensiones, primeramente, la pregunta sobre la verdad de la enfermedad: *¿qué válida que mis síntomas merezcan un tratamiento psiquiátrico?* Nuevamente, los estudios genealógicos de Foucault apuntan a una respuesta, la medicina se ha posicionado como un saber de la verdad del cuerpo (Foucault, 2012). El proceso de la psiquiatrización, como proceso sociocultural, necesariamente se concibe desde la negación, pero es este proceso (asimilación y terapia) lo que lleva a cierta concientización de la enfermedad.

Goffman (2012) describe este proceso entre la concientización de la enfermedad y el proceso de docilidad institucional, y cuyo objetivo en él es delimitar la sociabilidad hospitalaria y los procesos de salud-enfermedad al interior del hospital. Es importante clarificar que la condición mental de sus informantes es abismalmente diferente de los usuarios de las villas norte y sur del Batán, pues cabe aclarar que los dos hospitales que Goffman estudia son instituciones privadas, infiriendo de por medio que hay un apoyo, al menos económico, de los familiares; y recordemos que el parentesco funge como una escala axiológica en la condición mental y social del paciente psiquiátrico. Después de este breve paréntesis sobre ciertas diferencias entre los actores, la propuesta de Goffman sobre la institucionalización psiquiátrica llega a carecer de un análisis sobre los procesos médicos en los que se involucra el paciente, pues se limitan a comprender las fases sociales en las que se inserta a la psiquiatrización.

Considero que la manera adecuada de comprender este proceso que concilia la concientización de la enfermedad y el proceso de docilidad institucional no debe limitarse a los procesos de socialización al interior del hospital, sino que también considera el proceso terapéutico de la aceptación de la enfermedad hasta la práctica cotidiana de la rutina hospitalaria. Como parte del dato empírico, las entrevistas

autobiográficas vislumbraban los orígenes de su enfermedad y el proceso que los y las llevó al hospital, sin embargo, muchos de sus discursos daban por hecho tanto la concientización de la enfermedad como la docilidad institucional, aunado al olvido del proceso completo. Por ello, sistematizo el proceso desde la vaga experiencia de la noticia del diagnóstico y concientización, hasta el proceso final de la rutina, que esta empapada la cotidianidad en la que pude involucrarme.

A partir de la información recabada en campo considero que existen 5 pasos, no precisamente secuenciales en todos los casos, que limitan la experiencia de la asimilación y la terapia:

- 1) Noticia del diagnóstico: Para recibir la noticia del diagnóstico, previamente hubo una serie de visitas a médicos y psicólogos, especialmente por insistencia de amigos y familia. En este momento, comienza el proceso de concientización, que como hemos dicho, se vincula profundamente a la condición corporal en la vida cotidiana. Esta noticia tiene un peso fundamental en el proceso de la enfermedad, si bien, los pacientes que entrevisté no dan fecha exacta, si describen su experiencia a grandes rasgos.
- 2) Compresión de las afecciones: Después de insertarse en el proceso de concientización, la comprensión de los síntomas empieza a tener sentido, esto particularmente, surge como parte de la terapia psiquiátrica, pues empapa al enfermo de un conocimiento corporal que existe en el individuo.
- 3) Institucionalizar el cuerpo: este paso involucra una serie de aprehensiones biopolíticas que responden al proceso de la enfermedad, tales como: la medicación, la terapia psiquiátrica y las consultas médicas.
- 4) Concientización de la enfermedad: El proceso de concientización empieza desde la noticia del diagnóstico, pero es hasta este punto donde existe una consolidación ideológica de lo que implica la psicopatología para el paciente, proceso que puede tardar años, y que, en muchas ocasiones, se interioriza por fuerza institucional.
- 5) Institucionalizar la vida: Finalmente, la comprensión del saberse enfermo aunada a la interiorización de la vida institucional comprende la compleja

relación entre el enfermo su enfermedad y la institución que media sus afecciones.

Es importante aclarar que este proceso es mucho más tangible en pacientes cuyas escalas axiológicas se encuentran en las mejores condiciones, sin embargo, es posible vislumbrar este proceso en los *hijos de la institución*.

3.4.2.2 Psicosis y encierro

Tal como lo sugerí párrafos arriba, la significación del espacio se media a partir de la interiorización del discurso institucional y la socialización dentro de las villas, permitiendo discursos, aparentemente incongruentes, es decir, de sentir o no el encierro aunado a significaciones de hogar y cuidado. Este apartado pretende comprender aquellas significaciones entorno al encierro, como sensación de espacio, y la profunda relación que esta tiene con los lapsos psicóticos, como eventos *fuera* de los sentidos.

Es común que aquellas personas que sientan o sugieran su encierro sean las más jóvenes o de reciente hospitalización, pues conciben su cuerpo en relación con el espacio de *afuera*. Debemos entender, que el encierro se vuelve parte del espectro sensible, pues supone una serie de aprehensiones corporales sujetas a la rutina hospitalaria y la docilidad corporal. Para la psicosis, la medicina, hace uso del dispositivo de la medicación, con el propósito de *normalizar* su conducta, y en ese sentido, se significa el encierro y la psicosis en tanto la medicación y los sentidos.

Algunos de los términos más ocupados para definir el proceso de la medicación, relacionada a la psicosis, se vinculan a palabras como control, regulación o normalidad. Estas nociones permiten comprender el medicamento y la psicosis. El primero considera que colabora, contundentemente, en distinguir la realidad de sus psicosis, pues el medicamento "*adormece sus sentidos y anormalidades*"³⁷; en ese sentido ha criticado a la institución diciendo: "*muchas*

³⁷ Palabras de Amaranta Buendía dicha en la entrevista realizada el 21 de junio del 2021.

*veces no hay medicamento, y eso nos altera*³⁸. La psicosis, según la experiencia de mis informantes, puede ser definida como una forma de pensar durante lapsos fuera de sí, donde la escucha, normalmente, es la protagonista. Estos lapsos son primordialmente corporales, donde el espectro sensible se inserta en la incertidumbre de lo real y lo imaginario. Aunque el síntoma, fisiológicamente hablando, sea el mismo, el delirio y la alucinación no lo son, pues responden a un contexto cultural específico, se individualiza el proceso patológico.

3.4.3 Espacios, representaciones y sensorialidades

Como se mencionó con anterioridad, partimos de la premisa de la enfermedad como una construcción social mediada por un discurso hegemónico, un discurso fenomenológico y la construcción social del imaginario. Fue pertinente realizar una distinción epistemológica de corte fenomenológica de la enfermedad, con el propósito de clarificar el *saberse enfermo*. Está distinción parte de la pregunta ¿de qué depende estar/sentirse enfermo?

Por ello distingo el *estar enfermo* como una afección, un malestar, es lo que acontece al cuerpo; y el *sentirse enfermo* puede constituir la construcción de la enfermedad, desde los discursos médicos hasta los imaginarios de la propia patología. Para ejemplificar: Pensemos en un hombre de 40 años con diabetes mellitus tipo 2³⁹ su rango de glucosa es de 400, 300 más de lo usual en una persona sin este padecimiento. Si su tratamiento es el adecuado y su disposición por estar sano es la correcta, podría pasar el resto de su vida sin malestares diabéticos, pero él estaría enfermo. Su diagnóstico está ligado a lo que médicamente se le llaman síntomas, que son en términos coloquiales el “sentirse mal”; en primera instancia trataría de “sanarlos” de forma separada, pero al agravarse acudiría con un experto, que determinaría su sentir. Todo aquello que el experto exprese constituirá para el hombre una nueva normatividad y resignificación del mundo a través del cuerpo,

³⁸ Palabras de Amaranta Buendía dicha en la entrevista realizada en 21 de junio de 2021.

³⁹ La Diabetes mellitus tipo 2 es una afección crónica que afecta la manera en la que el cuerpo procesa el azúcar en sangre (glucosa).

donde una nueva corporeidad nacerá. Su noción de lo sano será diferente, por ello sus acciones individuales no sólo se transformarán en torno al discurso médico y las narrativas hegemónicas, sino también, a su capital cultural.

Para los casos psicopatológicos, la situación es similar, pero su complejidad es diferente, pues en ellos y ellas el sentirse enfermo no existe, fisiológica y metabólicamente no hay diferencias **conscientes**, sus síntomas no son percibidos por ellos mismos, sino por los externos a ellos. Dicho esto, el estar enfermo es una condición simbólica del cuerpo, no es en su totalidad un malestar fisiológico, su interpretación varía de acuerdo con el sujeto. El confinamiento en estos casos ha servido para recluirlos, ese estado de exclusión los y las hace conscientes de su enfermedad, al menos por el estado de diferencia, aunque este no sea el único. A grandes rasgos esta propuesta es reduccionista, pues podemos preguntarnos acerca de quiénes fingen la enfermedad, es decir, no están ni se sienten enfermos, aunque su discursividad exprese lo contrario.

De este modo, la distinción que realizo funciona para comprender cómo el o la enferma mental se concibe como enfermo, además de ser una herramienta que posibilita adentrarnos en la diferencia de las dimensiones sensoriales: previos ataques psicóticos, durante ataques psicóticos y post ataques psicóticos. Todos los pacientes de las villas norte *se saben enfermos*, es decir, comprenden las afecciones patológicas de su enfermedad, pero no todo el tiempo saben distinguir la realidad de la psicopatología.

Para profundizar en la construcción simbólica del cuerpo enfermo y la espacialización de la enfermedad se limitan las dimensiones sensoriales a las 5 más clásicas: oído, vista, olfato, gusto y tacto; acompañadas del tiempo y el espacio como propuestas de la dimensión sensible del cuerpo. Además de estar matizadas bajo el rubro del *topoanálisis* desde la propuesta de Gastón Bachelard (1975). Es pertinente clarificar su propuesta de análisis, ya que el contexto donde lo utilizó es completamente diferente.

Bachelard (1975) pretende que el *topoanálisis* funcione como herramienta psicoanalítica (lacaniana) de la experiencia sistemática de la persona en espacios

determinados; propone que su uso sea para comprender los espacios oníricos. Sin embargo, yo me permito usarlo, si bajo las condiciones inconscientes de la mente, pero no en los sueños, sino, durante lapsos psicóticos porque el topografía pretende comprender fenomenológicamente “todos los espacios que nos llaman fuera de nosotros mismos” (Bachelard, 1975, pp. 33). Esta herramienta analítica sitúa ontológicamente las experiencias del espacio inconsciente.

Por otro lado, Kleinman (1980) propone una tríada de la enfermedad: *disease*, *illness*, *sickness*. El concepto de *disease* (enfermedad) hace referencia a modelo biológico-clínico, alteración o disfunción de los órganos o sistemas. La categoría de *illness* (padecimiento) está vinculada a la percepción y experiencia. Finalmente, *sickness* (malestar) representa el producto relacional de las dos anteriores aunando la connotación cultural y social de la patología. La condición simbólica del cuerpo determina la expresión corporal manifestada en pensamientos, emociones, deseos, aflicciones, prácticas, entre otros; que se materializan en expresiones y prácticas específicas de las dimensiones *illness* y *sickness*. La característica inherente de la polisemia en el cuerpo determina el proceso, inequívoco, del reconocimiento del yo a partir del otro y el ejercicio institucional.

Para la realización del dibujo etnográfico, partí del supuesto de la enfermedad como construcción social, lo que me permitió concebir el significado que le dan a la salud-enfermedad en su cotidianidad. El acompañamiento que los actores me dieron, explicando y desarrollando dichas prácticas, fue esencial para comprender como dotan de significado a su cuerpo desde la noción hegemónica de la salud. Con esta breve aclaración, sostengo el análisis del dibujo etnográfico con un enfoque semiótico soportado en las propuestas de Licona (2003), Bachelard (1975) y Kleinman (1980). Expondré dos tipos diferentes de dibujo etnográfico realizados por dos informantes diferentes, el sr Alejandro González y la Sra. Amaranta Buendía.

3.4.3.1 Dibujo etnográfico: sr. Alejandro González

El trabajo del sr. Alejandro (1976-1978) es un mural dentro del hospital psiquiátrico doctor Rafael Serrano que fue realizado por él durante su estancia hospitalaria es considerado uno de los pacientes fundadores, a quien desafortunadamente no conozco, pero tuve la oportunidad de entrevistar a su psicóloga, intentando comprender lo plasmado; a pesar de no conocer al artista, tomo su mural como un dibujo etnográfico, pues responde a mis preguntas como investigador en tanto la propia concepción de la enfermedad mental dentro de una institución total. Pues su mural se realizó a partir de los discursos de sus compañeros y su propia experiencia como enfermos mentales dentro del hospital.

La imagen del mural solo muestra un fragmento de todo el mural; en la imagen existen signos icono que retratan la vida institucional y las particularidades del Batán. El edificio a la parte superior de en medio es el auditorio, donde ciertas prácticas importantes como festividades, anuncios, elecciones y proselitismo de corte político se llevan a cabo. El edificio en la parte superior derecha es la representación de todas las salas, al menos esa era la fachada que todas tenían. Estos dos primeros signos son los únicos que representan una imagen arquitectónica del hospital; el primero en función del signo importancia/poder y el segundo como signo espacio habitado.

En la parte inferior derecha encontramos una enfermera intentando levantar a una paciente del suelo, el vestido rosa que lleva es representativo del uniforme que antes usaban, y aún, algunas pacientes los conservan. El rostro de la paciente se muestra depresivo; la intención de la enfermera es la asistencia física, que podría estar dirigida a la evaluación psiquiátrica, en términos de Kleinman (1980), se identifica el *disease* a partir de la gesticulación y la expresión corporal; incluso se pueden interpretar el *disease* a partir de estos rasgos y se materializan corporalmente en lo que denominaríamos el *illness*. En esta imagen no podemos hacer uso del *topoanálisis* porque se carece de producción imaginaria de los sentires.

Imagen 3: Mural Alejandro González, se encuentra en la entrada principal del hospital y a lo largo de los años ha tenido pocas intervenciones y/o restauraciones. El mural se ha vuelto un referente visual clave para comprender la institución psiquiátrica del Batán.



Fuente: fotografía del autor tomada el 20 de marzo de 2020.

En la parte media de lado derecho, se ve una silueta humana color amarillo/naranja, y se puede observar que su cabeza tiene una extraña forma; según lo platicado con su terapeuta, estas deformaciones fueron para identificar quienes son los enfermos dentro de la institución. Un aspecto que, en la vida cotidiana, no es perceptible. Nuevamente, el *disease* se materializa en rasgos específicos. Frente al rostro de este personaje, hay una fila de pacientes, algo muy dentro de la institución, en ella, pueden reflejarse formas institucionales de regular el tiempo y los espacios.

Finalmente, la imagen que abarca la mayor parte de lado derecho refleja un enfermero y un paciente. Su rostro se ve demacrado, su cráneo está deformado, no tiene zapatos y en su mano derecha logra verse una línea en forma de uve que simula ser una cortada. su terapeuta remarcó, que dentro del hospital él presentó intentos de suicidio en más de una ocasión, al igual que muchos de los pacientes.

Es necesario recalcar el estado de malformaciones relacionadas con la cabeza, pues apuntan a una invisibilidad de la enfermedad, este signo remarca la situación de los enfermos en el hospital, dirigiendo la mirada al dónde y a cómo se suscita la enfermedad.

3.3.4.2 Dibujo etnográfico: Sra. Amaranta Buendía

Los dibujos que analizaré de la Sra. Amaranta Buendía. quien estuvo dispuesta a realizarlos y responder preguntas sobre ellos. Retratan dos enfoques importantes en la investigación: la dimensión sensorial (retomando aspectos cognitivos y motrices) y los capitales culturales (estudios, clase social a la que perteneció y/o pertenecen). Al proponerle su participación en mi proyecto aceptó, sin embargo, a la hora de explicar mis intenciones en el dibujo, partió de responder la misma premisa con tres dibujos diferentes. Por cuestiones institucionales no pude acompañarla en el proceso, sin embargo, se comprometió a realizarlas y explicármelas con tiempo, por ello prometió poner *inspiración*, pero al entregarlas me dijo que no llegó por completo, las dos primeras las dibujó a lápiz sobre papel, y la última acuarela sobre papel.

La premisa principal para la realización del dibujo etnográfico fue: ¿cómo dibujarías tu enfermedad? Para responder partió de tres niveles ontológicos que se materializan en formas distintas de significar su proceso de enfermedad: 1) cómo ve su enfermedad, 2) cómo siente su enfermedad y 3) cómo siente que la ven. Las tres complejizan enfoques diversos de la enfermedad en sí y la vida institucional.

1) Como ve su enfermedad:

En este dibujo se puede apreciar una mujer con sombrero que tiene sobre su mano derecha un ave. Durante la conversación aseguró que la mujer es la representación de su conciencia y el ave el de su enfermedad: “soy yo, la Amaranta tranquila... la consciente. El ave también soy yo, pero mi yo enfermo, el yo loco”. Visto desde la propuesta del topoanálisis, la separación de su persona de la enfermedad sitúa una

cierta conciencia de su psicosis, aspecto que durante la entrevista emergió, afirmando que el proceso de diferenciar la realidad de sus psicosis no ha sido fácil.

Imagen 4: *Como ve su enfermedad. Primera parte del dibujo etnográfico sobre el proceso de conciencia psicopatológica.*



Fuente: Fotografía del autor, 18 de junio del 2021.

Otro elemento discusivo de gran importancia es la caracterización del ave, al otorgarle características opuestas de libertad y control; reflejando parámetro de contención, es decir, de permitir la enfermedad, pero situándola en el encierro. Para hablar de la enfermedad como tal, asume que, en su caso, nunca se siente sola: “la verdad siempre la he visto igual: acompañada, pero...no siempre tranquila”. Para términos más concretos, la sensibilidad de la esquizofrenia paranoide se construye desde el delirio.

2) Como siente su enfermedad:

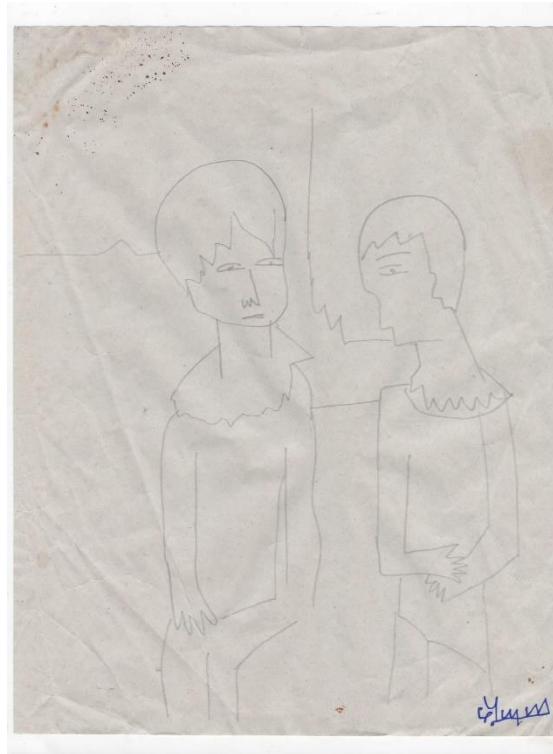
Este segundo dibujo tuvo otra premisa: ¿cómo sientes tu enfermedad? Aquí fue esencial comprender la enfermedad: qué implica la esquizofrenia. Principalmente podemos ver dos personas hablando, no en discusión, pero tampoco una plática

pacífica; una de ellas está sentada y parece estar tranquila, la otra está de pie y se ve alterada, inquieta, hasta cierto punto su cabeza separada del cuerpo. Es importante ver que existe un horizonte, una silla y un muro, todas con un profundo vínculo al tacto y la sensación de espacio.

Al tratarse de esquizofrenia paranoide, es común ver dos sujetos uno tranquilo (casi siempre la representación consiente) y otro alterado (la representación de la enfermedad, en términos super burdos), esto en tanto los términos de mi informante. La Sra. Amaranta aseguró: “el contenido es similar al otro dibujito, pero aquí no personificó ninguno, soy yo una tercera del dibujo, así se siente ser yo”. Al preguntar por el muro y las montañas de fondo respondió bajo dos sentidos, uno estético y otro funcional, ambos en conjunto: dejar un dibujo sin horizonte no permite comprender el mundo que los habita, así “comprende su cerebro⁴⁰” pues su condición patológica solo es una parte de su mundo mental. El muro, es una “bella división, de lo que me permito ser” encierra en esos muros su intolerancia, su inconformidad, su PARANOIA.

⁴⁰ Palabras de mi informante.

Imagen 5: *Como siente su enfermedad. Segunda parte del dibujo etnográfico sobre el proceso de conciencia psicopatológica*



Fuente: Fotografía del autor, 18 de junio del 2021.

Esta primera parte del análisis se centró en lo que podemos ver; en esta segunda lo que se siente ser esquizofrénico. Partió del sentido del tacto, y el que considera más importante, “ver puede engañarnos, pero sentir, no estoy muy segura” , este discurso, rompió mi especulación en torno a su enfermedad, pues consideraba que el tacto podía ser el sentido que diera, valga la redundancia, sentido/coherencia a lo que se ve y se oye, sin embargo, aseguró que la vista y la escucha solo permiten profundizar su psicosis, pues ambientan su sentir, es el olfato el sentido que la trae de vuelta o que mantiene su conciencia en la realidad.

Finalmente, la cuestión más mental, la aborda como una continua plática, de discusiones, enojos, y principalmente miedos, que se llevan o no a cabo. Discusiones conscientes e inconscientes que puede o no controlar, siempre medidas y regidas por consumo de medicamento.

3) Como siente que la ven:

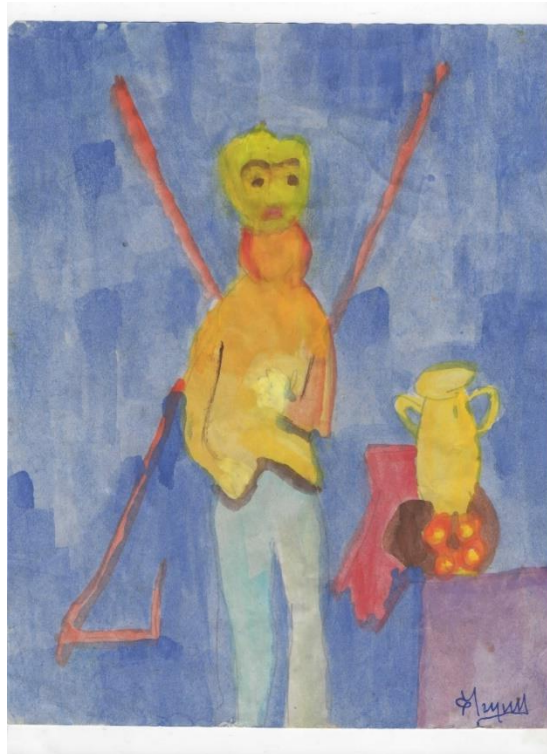
Esta última imagen, realizada en acuarela sobre papel, retrata el “¿cómo siento que me ven?” y a mi parecer realizada durante un ataque de inspiración (tal vez un ataque psicótico). Se puede ver en la imagen una persona alta, delgada y bien vestida, que tiene un rostro sin cabello y de color amarillo, con un fondo azul, sin significado particular, y un pequeño bodegón a su lado.

Esta platica tuvo mucha brevedad ya que había llegado la hora de la comida y debía retirarse, sin embargo, rescato, lo que considero son elementos esenciales para comprender su visión de los otros con su persona. Aquí rescato dos análisis complementarios, a) la deformidad del rostro y b) cierta *elegancia* en su imagen:

- A) Según los psicólogos con los que converse para clarificar algunas dudas sobre las imágenes, sostuvieron que ver rostros o partes del cuerpo con deformidades responde, normalmente, a una no aceptación del yo o un yo irreconocible al de la imagen de mi cabeza. La Sra. Amaranta asegura que esta característica está dada por la vista del otro que la hace sentir diferente al rostro de su cara, en este discurso existe la sensación crítica sobre uno mismo. A pesar de ello, se dibujó con “clase”⁴¹ e ignorando al resto.
- B) Las características de vestimenta, porte y elementos de un cotillón o baile de salón pueden considerarse como signos representantes de su capital cultural, elementos que considera suyos y representantes de su persona. Es interesante hasta este punto ver, como se caracterizó más allá de la enfermedad, pero, con posibilidades de ser accidental, enfatizando su condición patológica. Al preguntar por ciertos elementos como el bodegón solo se justificó diciendo: “estaba inspirada ... y tenía hambre”. Elemento considerable, si pensamos que el dibujo fue realizado en estado psicótico.

⁴¹ Palabras de mi infórmate.

Imagen 6: *Como sienten que la ven. Tercera parte del dibujo etnográfico sobre el proceso de conciencia psicopatológica.*



Fuente: Fotografía del autor, 18 de junio del 2021.

La cuidadosa construcción de estos dibujos retrata condiciones de vida muy particulares, pero que, al mismo tiempo se entretajan de forzosamente de una vida institucional. Cada dibujo responde a una lógica totalmente distinta; el proceso sensorial que instalan no solo diversifica las nociones que tenemos alrededor del cuerpo, sino también, permea una visión mayoritariamente fenomenológica de la enfermedad, y deja pequeños destellos de una ontología del cuerpo enfermo.

3.5 Conclusiones de capítulo

Podemos concluir entonces que la enfermedad es un proceso biológico y social que permea las prácticas cotidianas del cuidado y la sociabilidad a través de discursividades médicas (hegemónicas), de la experiencia personal (fenomenológica) y el discurso imaginario de la patología. Que además incide de

forma permanente en las concepciones corporales del espacio, la representación del cuerpo y el espectro sensorial. Considero que la máxima reflexión interpretativa del texto yace en aquellas formas ontológicas en la consolidación de un sujeto con conciencia de cuerpo/enfermo; pues es ahí donde los planos de subjetividad cobran mayor relevancia. Este último capítulo, intentó materializar empíricamente aquellos elementos simbólicos del discurso médico, las narrativas hegemónicas y de la dimensión sensorial de los/as pacientes, y que resultan mayoritariamente en prácticas y nociones socioespaciales.

CONCLUSIONES

Para cerrar, presentaré una serie de reflexiones partiendo de una recapitulación retrospectiva de todas las partes del texto, una reflexión epistemológica de lo que implicó el trabajo de investigación y finalmente, vislumbrar las nuevas problemáticas que se abrieron (al menos desde mi experiencia como investigador) al término de la investigación. Estas reflexiones finales, recuperan aquellos temas relevantes en la constitución de una vida institucionalizada, y, de cierto modo, hilan sus relaciones simbólicas en un marco tangible de lo que implica la psicopatía en el encierro.

La *locura* como enfermedad mental se situó en la investigación como una condición inherente en la vida de mis informantes y que se vivía de formas tangencialmente diversas, solo teniendo en común la condición de encierro; tales diferencias dadas a sus capitales. Los imaginarios de la *locura* ponen de manifiesto una incongruencia de los sujetos enfermos, es decir, se presentan en ellos como condiciones que les impiden la comunicación efectiva, razonamiento social y/o imposibilitados a la vida cotidiana; sin embargo, la investigación etnográfica realizada deja claro que la enfermedad que padecen no impide ninguna de ellas; pues, si apelamos a una de las muchas discusiones de la concientización psicopatológica encontramos que dicho ejercicio se materializa en una serie de prácticas con sentidos y significados que posibilitan un marco simbólico de sentido, ya sea corpóreo o institucional.

A partir de la comprensión de este marco simbólico de sentido se planteó la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué elementos simbólicos del discurso médico, las narrativas hegemónicas y de la dimensión sensorial de los pacientes constituyen las representaciones sociales del cuerpo enfermo?* Empíricamente, estos elementos se materializaron, principalmente, en discursos y prácticas socioespaciales; tales como: la terapia física, que brindó aspectos biopolíticos en la consolidación de cuerpos sanos; la terapia psiquiátrica/psicológica, que busca *normalizar* comportamientos; y la terapia ocupacional que posicionó al paciente en un cuadro de mayor libertad permitiendo formas de sustento económico.

En este sentido, la enfermedad mental tratada en encierro es una orientación cultural, el planteamiento para comprenderla debe ser, necesariamente, un estudio de categorización. Que metodológicamente posibilita enmarcar la relación salud-enfermedad entre lo biológico y lo sociocultural, sin dejarnos caer en reduccionismos. La lógica institucional se inserta de tal modo que su cotidianidad se empapa como un elemento cultural de la enfermedad, que empíricamente, dota de sentido las prácticas de esparcimiento institucional. A partir de la obtención y sistematización del dato etnográfico, desarrollé el análisis desde un enfoque interdisciplinario, lo que me llevó a una serie de reflexiones epistemológicas del dato empírico, este ejercicio hizo posible articular diversos materiales y recursos, como dibujos, cartografías, pláticas, debates y autores, como elementos necesarios para construir el conocimiento etnográfico.

La noción central de esta investigación se sustentó en la *construcción simbólica del cuerpo enfermo*, y cómo los elementos conceptuales incidían en su constitución como el espacio, las representaciones sociales y las dimensiones sensoriales. Así, su acotación tuvo lugar en sujetos, espacios y contextos específicos que, de algún modo, formaron el siguiente objeto de estudio: *La construcción social de las representaciones sociales del cuerpo enfermo a partir de su espacialización como construcción simbólica entre en discurso médico global, las narrativas hegemónicas de la salud-enfermedad y la dimensión sensorial de la enfermedad del sujeto diagnosticado/a inmersas en un campo cultural objetivado en un espacio hospitalario entre pacientes psiquiátricos de las villas en el Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano en contextos de contemporaneidad*. Con esto en mente, la discusión teórica se orientó, de forma concreta, a un intento de modelo analítico de carácter espacial, simbólico y encarnado/acuerpado para describir, estudiar y modelar teórica y metodológicamente el fenómeno de la psicopatología en condición de encierro. Opté en esta aproximación a una mirada interdisciplinaria que posibilitó comprender distintitos niveles de análisis de forma estratificada y, qué al mismo tiempo, funcionaba entre idas y vueltas entre lo micro y lo macro. De igual modo, este modelo permitió concebir a la enfermedad como un proceso que implica, necesariamente, una relación espacial.

El concepto de *espacio-enfermedad* atravesado por las representaciones sociales posibilita enmarcar la carrera moral del paciente de tal forma que los elementos disciplinares cobran un sentido pragmático en la vida cotidiana de los enfermos. Es decir, la relación que se entabla entre ambos conceptos es dialéctica. Este fenómeno, como proceso de interiorización, pone de manifiesto la corporeidad como la práctica clave de una vida llevadera dentro de la institución.

Cuando pensamos en el *manicomio* una serie de imágenes sobre el encierro, el maltrato o el tratamiento llegan a nuestras mentes. Estas construcciones imaginarias parten de un discurso hegemónico sobre la salud mental, que se ha constituido a lo largo de varios siglos a través de la literatura o el cine, pero principalmente del discurso médico de la *normalidad*. Esta imagen de la *locura* como condición corpórea nos obliga a pensar en las concepciones contemporáneas de las afecciones mentales, y cómo ha evolucionado el tratamiento. Desde una visión global, las ciencias de la salud han trabajado por una desestigmatización de dichas afecciones, sin embargo, el nivel discursivo del entretenimiento audiovisual continúa replicando aquellos imaginarios, que la mayoría de las personas conocemos. Con esto como punto de partida se realizó un amplio análisis de dos modelos de atención en la salud mental, la perspectiva de los/as trabajadoras del hospital y algunas series y películas como recurso necesario para complejizar la visión de las psicopatologías en distintos niveles epistemológicos; que dieron como resultado un abanico de posibilidades en torno a la *psiquiatrización*.

Al interior de la institución se presentaron algunos inconvenientes metodológicos, que me obligaron a repensar las estrategias para la obtención del dato. En primer lugar, mi posición como hombre joven con *bata*, que implicó, una serie de explicaciones al personal de enfermería, rehabilitación y psiquiatría porque ¿qué hace un antropólogo en el hospital? ¿cuál es su interés en los pacientes? ¿podrá manejar situaciones tan delicadas? Estas preguntas, todas con validez, suponían un papel sobre mí como investigador. Esto me llevo al segundo punto, ¿cómo estoy construyendo mis herramientas metodológicas y cómo debo interpretarlas? Así, el proceso autorreflexivo me lleva a realizar puntuales especificaciones de estas herramientas, para comprender la construcción del

conocimiento antropológico, además, de aunar la visión ética y bioética para acercarme a los usuarios del Hospital Psiquiátrico Doctor Rafael Serrano.

Las entrevistas realizadas dentro del hospital carecieron de una grabación, con el objetivo de proteger la información del usuario y no considerarlo como objeto de extractivismo epistemológico; por ello durante las entrevistas me vi en la obligación de tomar notas con velocidad e intentar rescatar las citas más importantes y significativas. La construcción de las entrevistas se constituyó de diversas perspectivas disciplinares: la psicología, la psiquiatría, la enfermería y la antropología. Las primeras dos fueron el cimiento de acercamiento y prevención contra ataques o lapsos psicóticos; indagar en relatos autobiográficos permea y rememora aspectos que pueden detonar dichos lapsos. La perspectiva de la enfermería brindó la forma de acercamiento, prudencia y demarcar mi figura frente a los usuarios. Finalmente, la visión antropológica otorgó una visión para investigar cualitativa y etnográficamente el fenómeno.

Se realizaron tres distintos tipos de entrevista: espacial, autobiográfica y corporal/sensible; cada una de ellas se llevó de la manera más informal posible, con el mero objetivo de no ser invasivo, y al mismo tiempo, evitar que su construcción de mí partiera de una idea médica. A pesar de ser llamado, en algunas y breves ocasiones, como *doc.* los/as pacientes, desde mi punto de vista, no me concebían bajo la lógica médica, sino como un compañero. El resultado de este ejercicio posibilitó categorizar experiencias, discursos, prácticas, sentires y sensibilidades en una esfera compleja de cotidianidad institucional, conciencia corporal y remembranzas autobiográficas de la salud-enfermedad; que poco a poco, y después de un gran esfuerzo de sistematización se situaron en de forma ordenada y lógica para el investigador y el/la lector/a.

La cartografía social se planteó en un momento para todo el espacio hospitalario, sin embargo, por la pandemia ocasionada por el SARS-Cov2 las salas se cerraron; las cartografías realizadas se vieron limitadas a cierto espacio: villas norte, villas sur, 5 norte y 5 sur. Esto no cambió el enfoque ni los frutos que de ella se esperaban, solo se condensaron en un espacio reducido, pero que no carecen por completo, de la cotidianidad que antes gozaban. Durante su realización

surgieron discursos que mostraban clandestinidad y/o prácticas que podían ser castigadas; por ello tuve que proteger sus prácticas del personal médico, aún, cuando personal sabe bien de estas prácticas. Los resultados arrojaron similitudes experienciales, principalmente en los aspectos de ocio y sexualidad; se debe agregar que el encierro acotado a cuatro salas enriqueció el dato empírico que de otro modo no habría alcanzado a comprender sistemáticamente por extensión propia del hospital.

El dibujo etnográfico se presentó con mayor dificultad ante los pacientes, primero porque se negaban a ser partícipes y en segundo lugar entendían esta práctica desde la lógica de la psicología clínica, lo que provocó problemas de comprensión por su parte y explicación por la mía. La solución más viable fue a partir del acompañamiento de los dibujos, partiendo de discusiones, debates y preguntas de corte corporal y sensible; quienes colaboraron, permitieron materializar sus capitales culturales, capitales económicos, capitales simbólicos, experiencias sensoriales y discursos médicos en un conjunto tangible de signos y significados explicado por ellos/as mismos. De este modo, el dibujo se vuelve un lenguaje para interpretar rasgos y códigos construidos; “dibujar significa seleccionar rasgos, escoger aquellos que, desde el punto de vista del consultado representan al objeto” (Licona, 2003, pp32).

El fenómeno presentó características fundamentales para empezar a comprenderlo, algunas de ellos se presentaron con mayor fuerza como el discurso médico, el diagnóstico y la práctica biopolítica de la regulación corporal, llevándonos a proponer esta hipótesis: *Las representaciones sociales entorno al cuerpo enfermo son constituidas a partir de discursos médicos hegemónicos generados en un espacio hospitalario y la incidencia de la salud-enfermedad en los marcos globales, por el disciplinamiento institucional, las significaciones sociales entorno al cuerpo enfermo de los pacientes psiquiátricos y por los procesos que espacializan el cuerpo; por lo tanto, las narrativas e historias de vida de los pacientes aunado a los diagnósticos clínicos confluyen e interiorizan la cotidianidad hospitalaria.* Qué, a juicio de los resultados, se cumple debido a estos puntos: 1) la interiorización de prácticas institucionales se presenta como única forma vida; 2) el proceso de la

enfermedad es diverso y depende totalmente la escala axiológica del paciente; 3) la condición de la enfermedad es necesariamente espacial y espacializante.

Contribuir etnográficamente a la teoría del espacio desde la Antropología con una investigación de las representaciones sociales de la enfermedad mental fue el objetivo general de la investigación, esto me llevó a reflexiones de corte fenomenológico que involucraron una serie de debates sobre la condición corporal y la condición espacial y, sí de algún modo, existían puntos de convergencia en él. Los objetivos específicos: 1) *Analizar las posturas de cada paciente en tanto su capital cultural y su patología en la construcción simbólica del cuerpo enfermo, y;* 2) *Vincular las relaciones sensoriales con la dinámica y reproducción social de la institucionalización como eje constitutivo de y productor de símbolos, significados y representaciones sociales del espacio y el cuerpo;* persistieron como eje acotador en proceso de la sistematización, además de delinear la *construcción simbólica del cuerpo enfermo.*

Partir de la hermenéutica como perspectiva analítica, remite necesariamente a una condición de inteligibilidad que requiere de cierta traslación de dato etnográfico a los conceptos e ideas propias. El proceso de investigación antropológica transforma el sujeto/investigador. Esto, como problemática ontológica y crítica a la vez nos lleva a ciertas interrogantes: ¿Cómo llegamos a ser lo que somos? ¿Cómo se llegó a concebir o problematizar un fenómeno de una manera específica en cierto contexto? Desde, una especie de antropología crítica, llegaríamos a una respuesta: su eje es mostrar aquellas condiciones de posibilidad. Condiciones empíricas que, dicho en esta investigación, se concretaron a la preocupación fundamental del sujeto.

Siguiendo la discusión de la reflexividad, me parece importante hablar de mi experiencia al interior de la institución y cómo esta posibilitó comprenderse como una fuente legítima de conocimiento, optando por una antropología más abierta y contemporánea con sus fuentes de información. Párrafos arriba, hablaba de mí como un hombre joven con *bata* porque es como, al menos los/as pacientes, me trataban. Dentro de la institución debía usar una indumentaria específica: bata, cubrebocas y en esporádicas ocasiones guantes y traje de cirugía. Claro que el uso

de la bata me daba un estatus diferente a de los usuarios, sin embargo, en la jerarquía hospitalaria estaba debajo del personal y arriba de los pacientes. Lo que me permitió, en muchos sentidos, entablar relaciones con menos barreras y peso institucional.

Al ingresar al hospital en una condición similar a los practicantes, tanto en la edad y tiempo limitado en la institución, las relaciones construidas con los usuarios se dieron de forma menos verticalizada, aspecto que funcionó en muchos niveles metodológicos. Nuevamente he remarcado que las relaciones que entablé con los usuarios del hospital no fueron tan duras y lo hago, porqué de no haber sido así, no habría accedido a cierta información como la clandestinidad de ciertos espacios y prácticas, a algunos chismes institucionales o simplemente la relación habría nacido entre el sujeto institucional y el sujeto institucionalizado.

Concebir mi corporalidad fue otra reflexión importante: ¿cómo situar mi manera de sentir y pensar mi cuerpo investigador en una institución psiquiátrica? Tal como Foucault (2009) posicionaba la fuerza institucional en los todos los cuerpos, la institución no solo ejerce su poder sobre aquellos cuerpos *anormales*, sino también sobre sus cuidadores y vigilantes. Por muy simple que parezca, actividades como la toma de signos vitales, la activación física o la repartición de objetos personales, de la cual fui participe, sitúa al cuidador en un marco biopolítico, que difícilmente habría experimentado sin el uso de la bata.

En el hospital es posible disgregar una serie de entramados simbólicos que suelen manifestarse en discursos y prácticas disciplinares y corporales. Estos entramados, suelen dotar de sentido la vida institucional del paciente. Los rubros de la institución posicionan de forma precisa el poder del discurso médico sobre el resto. La rigurosidad de la medicina, junto con sus dispositivos, delinean todas aquellas formas de padecer la psicopatología; y aunado a esto, la institución psiquiátrica limita nuevas formas de tratamiento. La exclusión científica, no fue solo aplicada en mi presencia, sino también, en aquellos grupos que al interior del hospital se interesan en presentar otras formas de psiquiatrización, menos violentas, más atentas el cuidado y principalmente más humanas con sus pacientes.

Históricamente, la enfermedad mental se ha posicionado bajo los rubros de la anormalidad que han permitido que el tratamiento a sus enfermos sea violento y agresivo, y a la luz de la modernidad, ciertamente occidental, se han buscado tratamientos más humanos, aquellos que busquen la desestigmatización de estas patologías. Como lo hemos visto arriba, el caso mexicano, y específicamente el poblano, carece de la posibilidad de tener pacientes productivos para el capitalismo neoliberal. Por ello, aún la psiquiatrización es necesaria, pero se busca que ésta si posicione las necesidades humanas del enfermo mental antes que las necesidades institucionales de vigilancia y control.

En el segundo capítulo hablaba de la pertinencia de la *locura* como concepto utilizado para la *sinrazón*, elemento de vital importancia en la historia de la psiquiatría; el argumento para revindicar esta palabra fue situar, históricamente tanto la *sinrazón* como el trance a la enfermedad mental. Esta discusión foucaultina, no solo enmarca dos esferas sobre la institucionalización, sino que dibuja una frontera entre lo *normal* y lo *anormal*; posibilitando cierta experiencia de la *locura*. Es decir, situar bajo una lógica fenomenológica aquellas prácticas experienciales de la *locura pura* y; desde la una visión estructural comprender el vínculo *locura-sinrazón*.

Igualmente, el tercer capítulo titulado *Etnografía de la locura: La perspectiva del enfermo* tenía una intención similar, dónde, más allá de proponer e interpretar la *construcción simbólica de la enfermedad*, se pretendió bosquejar, brevemente, la distinción *locura-enfermedad mental / normalidad-anormalidad*; apelando principalmente a la condición sensible del cuerpo. Dado al objeto de estudio, este acercamiento rebasó las intenciones de la investigación, sin embargo, la reflexión interpretativa del dato etnográfico nos permite, aunque breve y superficialmente, rescatar ciertos elementos para su definición; centrándonos en una articulación ontológica, fenomenológica y hermenéutica de esta dialéctica, tomando en cuenta la estrecha relación espacio-cuerpo-enfermedad.

Cabe aclarar que esta rudimentaria propuesta está lejos de concebirse con la seriedad científica que merece; sin embargo, abre el panorama para nuevas investigaciones, enfoques, propuestas analíticas, teóricas o metodológicas, entre

otros; y que no necesariamente se deben situar contextos institucionales y/o hospitalarios como esta investigación. Pienso que el campo de aplicabilidad puede extenderse aquellas enfermedades del comportamiento en la vida cotidiana, como la ansiedad, la depresión, los trastornos alimenticios e incluso el *burnout*. Como investigador, espero ahondar en estas nuevas propuestas y empaparme de nuevos enfoques desde otras disciplinas.

Bibliografía.

- Abric, J. C. (1987) *Coopération, Competition et representations sociales*. Cousset. Del Val.
- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Filosofía y cultura contemporánea.
- Alarcón, G. (1976). *Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 81 (2), ago. 1976.
- Bachelard, G. (1975). *La poética del espacio* (8va ed.). Fondo de Cultura Económico: Argentina.
- Bourdieu, P. (1986) "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo" en Varela, J (eds). *Materiales de sociología crítica*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1997). *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo XXI Editores. España
- Citro, S. (2010). "La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar". En Citro, S (coord.), *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos* (pp. 17-58). Buenos Aires, Biblos.
- Descartes, R. (1980). *Meditations*. Great Book of western world. Great Britain. Pp. 75-103
- Durkheim, E. (2016) *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Estroff, S. (1981) *Making it crazy*. (Londres: University of California Press).
- Ey H, P. (1965) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Tray-Mansson.
- Foucault, M. (1994) El nacimiento de la medicina social. Segunda conferencia pronunciada en 1974 en el marco del curso de medicina social en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro publicada en *Dits et écrits*, vol. III, Paris, Gallimard. Pp. 207-228
- Foucault, M. (2004) *Seguridad, territorio y población* Cours au Collège de France, Paris, Gallimard. 1977-1978
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. SIGLO XXI Editores.

- Foucault, M (2011). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber. Vol. 1* (Tercera ed.). SIGLO XXI Editores
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. SIGLO XXI Editores.
- Foucault, M. (2016). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Fondo de Cultura Económica.
- Freedman, A. M. y Kaplan, H. I. (1967) *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Geertz, C. (2006). *La interpretación de las culturas* (13.a ed.). Gedisa Mexicana.
- Goffman, E. (1989) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goffman, E. (2012) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Heerlein, A. (2005). *Formación de la identidad en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar*. Volumen XVI-N.º 60–Marzo–abril 2005, 16(60), 95.
- Husserl, E. (1997). *Ideas relativas a una fenomenología pura de la filosofía fenomenológica*. Segundo libro. México. Instituto de investigaciones filosóficas UNAM.
- Illescas, M. (2014). “La vivencia del cuerpo propio en la fenomenología de Edmund Husserl”. En Xocolocotzi, A. y Gibu, R. (Ed.), *Fenomenología del cuerpo y Hermenéutica de la corporeidad* (1.a ed., pp. 15–34). Plaza y Valdés Editores.
- Jodelet, D. (2008). *El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales*. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63.
- Jodelet, D. (2011). *Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación*. *Espacios en blanco. Revista de educación*, 21, 133-154.
- Kleinman A. (1980) *Patiens and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: diferencia sexual y género*. México: Taurus
- Le Breton, D. (2007a) *Adiós al cuerpo*. México: La Cifra Editorial.

- Le Breton, D. (2007b) *El sabor del mundo*. Nueva Visión.
- Lefebvre, H. (1988) *La producción del Espacio*. Papers Revista de Sociología, 3, 219–229. 1974 México.
- Lévi-Strauss, C. (2016). *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. SIGLO XXI Editores.
- Licona, E. (2003). *Producción de imaginarios urbanos. Dibujos de un barrio*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- List, M. (2005). “Hombres: cuerpo, género y sexualidad”. *Cuicuilco* 12(33), pp.173-202.
- López-Austin, A. (1991). “Cuerpos y rostros”. *Anales de Antropología*, 28, 317-335.
- Martínez, A. (2004). *La construcción social del cuerpo en las contemporáneas*. Papers: Revista de sociología, 127-152.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *El ojo y el espíritu*. Paidós.
- Merleau-Ponty, M. (2020). *El Mundo de la Percepción. Siete Conferencias* (2a ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Moreno-Altamirano, L. (2010). *Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica*. Gaceta médica de México, 146(2), 150-156.
- Munizaga Aguirre, C. (1992) “Proposición de un estudio latinoamericano de los internados psiquiátricos para pacientes crónicos” En Lolas, F. (ed.) *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Muñiz, E. (2014). “Prácticas corporales: performatividad y género. A manera de introducción” en Muñiz, E. (coord), *Prácticas corporales: performatividad y género* (pp. 9-37). México: La Cifra.
- Oliveira, W., Dórenles, P. (2005) “Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade” en Amarante, P. (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial* 2. (Rio de Janeiro: Nau)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* (Primera edición).

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Informe sobre el sistema de salud en México* (Primera edición).
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe mundial sobre salud mental* (Primera edición).
- Parrini, R. (2018). *Deseografías. Una antropología del deseo*. México: UAM, UNAM.
- Rosenhan, D. (1973) *On being sane in insane places*. Science. 179: 250-258.
- Salazar Villanea, M. (2011). *Identidad personal y memoria en adultos mayores sin demencia y con enfermedad de Alzheimer*. Actualidades en Psicología Vol. 21 Núm. 108 2011.
- Sanz, M. (2021). *La emancipación de los cuerpos. Teoremas críticos sobre la enfermedad*. España: Akal.
- Saussure, F. (1987) *Curso de lingüística general*.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018*. (Ed. rev.). Ciudad de México, México: D.R. Secretaría de Salud.
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*.
- Turner, E. (1994) "Avances recientes en la teoría del cuerpo" en *Revista española de investigaciones sociológicas*, No. 68, pp. 11-40
- Vergara, A. (2015). *Etnografía De Los Lugares. Una guía antropológica para estudiar su concreta complejidad*. (2º ed.). México, DF: Ediciones Navarro.