

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Antropología, Historia y Humanidades

Convocatoria 2018-2020

Tesis para obtener el título de maestría de Investigación en Antropología Visual

Títeres y relatos de vida: exploraciones metodológicas en un hospital psiquiátrico de Quito

Malena Battista

Asesora: Ana Lucia Ferraz

Lectores: David Cortez y Alexis Rivas

Quito, marzo de 2022

En memoria de Dani Degol, “el poeta”

Tabla de contenidos

Resumen	VII
Agradecimientos.....	VIII
Introducción	1
Capítulo 1	7
Subjetividad para controlar, singularidad para abrir	7
1. Subjetividad para controlar.....	8
1.1 De la nave de los locos al psiquiátrico.....	9
1.2 Psiquiatría y verdad.....	13
1.3 La ética de sí	15
2. Singularidad para abrir	16
Capítulo 2	23
Locura y gubernamentalidad: el problema de la norma en el desarrollo del estado moderno ecuatoriano	23
1. Formación del estado-nación ecuatoriano y sus otros internos	23
2. Prácticas higienistas y el Hospital Psiquiátrico San Lázaro	29
3. El desarrollo de la psiquiatría en Ecuador y la inauguración del Hospital Especializado Julio Endara.....	35
4. Institución psiquiátrica y lógicas manicomiales	43
Capítulo 3	48
Propuesta metodológica	48
1. Antropología, etnografía y arte.....	48
2. Relatos de vida.....	52
3. Títeres y teatro de títeres	55
4. La mirada y la imagen	59
5. El taller	62
6. Los relatos otros.....	65
Capítulo 4	68
Etnografía	68
1. El trabajo de campo	68

1.2. El HEJE: Hospital Especializado Julio Endara.....	70
2. Cuerpos e institución	76
2.1 El castigo.....	77
2.2 Pablo el histriónico	80
2.3 Escaparse.....	83
2.4 Pablo y los relatos otros	85
2.4 Pablo y su títere.....	89
3. Género e institución.....	91
3.1 Sylvia y la vida institucionalizada	92
3.2 La sexualidad negada.....	99
3.3 Sylvia y la maternidad negada	103
3.4 Sylvia y la construcción de su autoimagen	106
4. La alteridad total en la institución	108
4.1 Cristina y su trenza.....	114
4.2 Cristina y su títere	119
5. Marcia y sus relatos otros	121
5.1 La cámara de fotos y video en el taller	121
5.2 Las muñecas con zapatos, la historia de Marcia	123
5.3 La figura de compadrazgo o colocación familiar en la historia de Marcia.....	128
6. Cuarentena, enlace comunitario y procesos de singularización	130
Conclusiones	138
Lista de referencias.....	142

Ilustraciones

Imágenes

Imagen 1. “Estudio constitucional en el delincuente ecuatoriano”.....	37
Imagen 2. Alumnos residentes, profesionales y autoridades del Hospital San Lázaro. 7 de junio de 1955.	40
Imagen 3. Fotograma de Pablo O. P. el títere de Pablo.....	90
Imagen 4. Fotograma de “Susana Trinidad”.	104
Imagen 5. Fotografías de Sylvia.....	107
Imagen 6. Fotograma de “Johana”, títere elaborado por Marcia.	112
Imagen 7. Fotograma de “Luisa Zambrano”.	117
Imagen 8. Fotografías de Marcia.....	122
Imagen 9. Fotograma de “Johana” en la presentación de títeres.....	127

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Malena Battista, autora de la tesis titulada "Titeres y relatos de vida: exploraciones metodológicas en un hospital de Quito" declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de maestría de Investigación en Antropología Visual, concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo de 2022

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B Battista', with a stylized flourish.

Malena Battista

Resumen

La presente tesis busca reconocer y pensar, desde una antropología atenta a los detalles y acontecimientos, los modos en que subjetividad, en un sentido foucaultiano, y singularidad, en un sentido guattariano, se cruzan y tensionan constantemente dentro del hospital psiquiátrico. Parto de la idea de que los procesos de singularización que operan dentro del hospital ponen en tensión discursos normativos como la identidad nacional, el género y la clase, además del propio discurso psiquiátrico. Para abordar esta temática construí una metodología basada en la etnografía, que explora la creación de relatos de vida en el marco de un taller de construcción y teatralización con títeres, junto a residentes del Hospital Especializado Julio Endara. En el transcurso de la tesis y como resultado del diálogo entre teoría y práctica, elaboré el concepto de *relatos otros* para poder denominar aquellos relatos que, servidos de diferentes recursos y sustratos, plantean una relación de resistencia, contraste o tangente con aquellos discursos y narrativas normativas.

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a los y las residentes del hospital Especializado Julio Endara por la calidez y la abertura con la cual me acogieron. La vida en el hospital no tiene nada de pintoresco y muchas veces se llega a él con intereses muy ajenos a las necesidades que apremian día a día. Esta tesis muestra algo de lo que aprendí allí y espero que pueda transmitir la calidad y calidez humana que logré experimentar. El amor viene de muchas formas.

A mi extensa familia argentina, que apoyaron la decisión de estudiar lejos de casa y estuvieron siempre presentes en todo lo que sucedía en tierras ecuatorianas. En especial al cuarteto mayor: Marcela Aispuro, Pablo Arrippe, Jorge Battista y Verónica Delgado. Y claro a mi hermano Martín y mis hermanas Edurne, Agustina y Milagros.

Al equipo de Los fuegos internos y El Cisne del arte, Laura Lago, Laura Lugano, Ayelén Martínez, Ana Santilli Lago, Juan Carlos Salto, Jorge Deodato, Miguel Godoy, Daniel Degol y tantos otros. Sin la experiencia de trabajo colectivo y salud mental comunitaria realizada y sostenida con ustedes, jamás hubiera podido abordar esta tesis.

A mis compañeros, compañeras y compañeres, amigos, amigas y amigas de la FLACSO, en especial Bárbara Venegas, por nunca perder nuestros principios y hacer del mundo académico un espacio más saludable, más justo y más auténtico. Como cantaba Violeta Parra: ¡Que vivan los estudiantes!

A mi directora, Ana Lucia Ferraz, excelente docente y asesora, pero, sobre todo, excelente persona. La empatía, la humildad y el sentido de lucha son tres características que todo docente debería siempre practicar.

A la familia Almeida-Noboa, por ser mi primer sostén ecuatoriano, su amor y su solidaridad estarán siempre en mí.

A Diana y Felipe, por su hermosa y enorme amistad.

Introducción

Esta tesis nace de mis primeros pasos en el campo de la salud mental, formando parte de un colectivo de arte, comunicación y salud mental de mi ciudad natal llamado El cisne del arte, en el marco del cual codirigí el documental Los fuegos internos (2019), una película narrada desde sus propios protagonistas acerca de sus procesos de externación de un hospital psiquiátrico. Las problemáticas observadas en esta experiencia antropológica, los aciertos metodológicos y las preguntas surgidas de ella han sido la base del presente estudio. Dos preguntas guían constantemente mi interés en el campo de la salud mental: ¿qué lugar ocupa, o podría ocupar, la antropología? Y ¿qué mirada innovadora puede aportar sobre el campo de la salud mental?

Generalmente se piensa la salud mental como un campo de conocimiento en el cual la psicología y la psiquiatría disputan su lugar como disciplina principal y en el que otras disciplinas y artes no pueden reclamar su campo de acción sino como un complemento de la labor psicológica y psiquiátrica. Muchas somos las personas que se atreven a inmiscuirse en este campo con concepciones y herramientas que, a los ojos de los que reclaman un conocimiento total sobre el tema, se las entiende fútiles y ajenas a la realidad que recorta la misma. Más aún, de la realidad que se vive en lo que se cree los espacios idiosincráticos de la misma: los hospitales psiquiátricos. Desde mi experiencia, el campo de la salud mental no puede ser sino un campo en disputa en donde las definiciones más básicas hasta sus objetivos y su metodología de intervención se tensionan con el cambio de mirada. En particular, la antropología puede perfectamente reclamar su lugar y aportar una mirada que, dirigida a reconocer y poner en valor la mirada y las prácticas de los sujetos, se aparte de aquellas definiciones y formas de intervenir que se estancan en concepciones conformistas. Una mirada centrada en los sujetos implica proponer una perspectiva que ahonda en la diversidad cultural y en la experiencia corporal, desde una perspectiva holística, y apartándose de las categorías y prácticas estancas, individualizantes y aplastantes propias de la lógica manicomial y los discursos y prácticas normativas.

Dos grandes pensadores de las ciencias sociales, y en particular del control social, Foucault y Goffman, posaron su mirada sobre la locura (Foucault 2015), la psiquiatría (2008), la institución asilar (Goffman 2001) y el estigma (2006), ofreciendo perspectivas innovadoras sobre las

relaciones de poder-saber y la producción del sujeto en las instituciones psiquiátricas (y otras instituciones también). En particular, la postura ampliamente difundida de Foucault sobre el poder y su relación con el sujeto, cristalizada en la frase: “el poder produce sujetos”, propuso una mirada un tanto pesimista sobre la subjetividad en donde los sujetos existían en tanto resisten ante la producción microscópica, constante y totalizadora del poder.

Por otro lado, la mirada de Deleuze y Guattari ([1972] 1985), centrada en la agencia de los sujetos, plantea el deseo y el cuerpo como motores principales, esto es, como potencia creadora y antecedentes del ejercicio del poder, en donde los sistemas culturales se encuentran constantemente en peligro por la aparición de líneas de fuga o líneas de deseo que los dispositivos de poder reubican o aplastan constantemente. Estas líneas de fuga o líneas de deseo son planteadas como procesos de singularidad, opuestos a los procesos de subjetivación. En donde la individualización es un proceso propio del modelo de subjetivación capitalista (Deleuze 2005, Guattari y Rolnik 2006), y el relacionarnos con los otros y el abrirnos a la diferencia (Pal Pelbart 1989), constituyen procesos propios de la singularización.

Tanto los planteos de Foucault acerca de las relaciones de poder-saber-sujeto, así como la propuesta de Deleuze y Guattari, de un nuevo tipo de subjetividad que escapa a estos procesos de poder, nos pone en relación con otros y se constituye como un abrir constante a la diferencia, exige el despliegue de todo un abanico teórico-metodológico nuevo y un nuevo campo de aplicación dentro de la salud mental, que he propuesto orquestar desde la antropología, la etnografía, la construcción de relatos de vida y el arte.

Partiendo de la importancia del sujeto y haciendo foco en la diversidad cultural y la experiencia corporal, formulé las siguientes preguntas: ¿quiénes son los sujetos que residen en la institución psiquiátrica? ¿A través de qué procesos se manifiesta o se pone en curso la singularización de los sujetos? ¿Cuáles son los lenguajes, las herramientas, los sustratos puestos en juego a la hora de construir procesos de singularidad? Y paralelo a esto, ¿qué procesos de subjetivación normada atraviesan los sujetos de la institución además de los descritos por Foucault y Goffman?

En mis primeras observaciones dentro del Hospital Especializado Julio Endara había logrado recoger relatos y observar situaciones en las que los sujetos residentes del hospital se veían

involucrados en relaciones de poder desfavorables y claramente traccionadas por discursos y prácticas propias del dispositivo psiquiátrico. Sin embargo, había otras prácticas y discursos que ocurrían dentro del hospital y que provenían de otros sistemas de control y opresión, como son el racismo, el clasismo y el sexismo. ¿De dónde provenían estas prácticas? Y, ¿cómo afectan a los residentes del hospital en su subjetividad? ¿Había una relación entre ser loco y ser otro?

Así mismo, había otros relatos que hablaban de sujetos que lograban, por momentos, romper con esas relaciones de poder o simplemente esquivarlas, y que mostraban procesos de singularidad, en donde las categorías de normalidad/anormalidad, racional/no racional, linealidad temporal y otras, no cabían. Estas manifestaciones acontecían en contextos cercanos o inmediatos a las actividades artísticas que yo me había propuesto observar, afirmando, a modo de hipótesis que un espacio guiado por los lenguajes artísticos podía ser propicio para explorar estas otras formas de subjetividad.

Ante este panorama planteé a modo de objetivo general reconocer y poner en valor estos procesos de singularización, los cuales posicionan a los y las residentes del hospital como sujetos diversos que resisten a los múltiples procesos de subjetivización a los cuales son sometidos. Y como objetivos específicos, orientados a colaborar con el general, reconocer y comprender en clave histórica aquellos discursos y prácticas de saber-poder que acontecen dentro del hospital psiquiátrico y que transforman a los y las residentes en alteridades totales. Analizar las tensiones generadas entre ambos procesos de subjetivización (normada y de singularización) en el marco de un taller de títeres y relatos de vida. Y reconocer los distintos recursos, temporalidades y sustratos puestos en juego a la hora de construir procesos de singularización.

Siguiendo estos objetivos, el interés de esta tesis radica en reconocer y pensar, desde una antropología atenta a los relatos, las corporalidades y la imagen, la manera en que subjetividad y singularidad constituyen procesos en constante tensión dentro del hospital psiquiátrico. Busca reconocer, a partir de una exploración teórico-metodológica que parte de la etnografía, los procesos de singularización que operan dentro del hospital psiquiátrico y que ponen en tensión discursos normativos como la identidad nacional, el género y la clase, además del propio discurso psiquiátrico. Para ello propuse un espacio-taller de construcción y teatralización con títeres en el

marco del cual se exploraron, junto a Sylvia, Pablo, Cristina y Marcia,¹ residentes del Hospital Especializado Julio Endara de Quito, sus relatos de vida.

El primer capítulo de esta tesis consta de una profundización teórica sobre los conceptos de subjetivación y de singularidad. Partiendo de la relación establecida por Foucault entre sujeto, poder y saber, cruciales para comprender cómo nos constituimos en este sujeto normado e individual del mundo moderno. Continúa con la problematización ética de la constitución de los sujetos (Foucault 2003, 2008) y desemboca en la singularidad, el pensamiento del afuera y el Anti-Edipo de Deleuze y Guattari (1985). La patologización, la criminalización y el capacitismo han operado como discursos normativos que, entretelados con las prácticas de poder disciplinario, producen el sujeto de la institución psiquiátrica. Mi mirada sobre estos discursos y prácticas en la actualidad del hospital propone pensarlos como narrativas que nombran “la verdad” sobre los sujetos y los destinan constantemente al lugar de la enfermedad, la incapacidad y la peligrosidad. En el Capítulo 2 se explora en clave histórica la constitución del Hospital San Lázaro, primer hospital psiquiátrico de la ciudad de Quito, y del Hospital Especializado Julio Endara, su relación con el desarrollo de las políticas higienistas de siglo XIX y XX, el discurso identitario nacional, gestado desde los tiempos de la colonia, y el desarrollo de la disciplina psiquiátrica en Ecuador. Esto permite construir un panorama histórico y social en el marco del cual se gestaron las lógicas manicomiales y el modelo biomédico, así como también una posible respuesta a una problemática planteada desde la perspectiva antropológica, ¿Quiénes han sido históricamente los potencialmente encarcelables en el hospicio y bajo qué criterios?

El diseño metodológico toma vital importancia a la hora de poder abordar en su integridad los objetivos de la tesis, por ello, decidí desarrollarlo de forma extensa en el capítulo 3.

Considerando que la singularidad de un proceso de subjetivación radica en constituirse como otras formas de pensar, otras formas de crear y de relacionarnos con otros o con lo otro, respecto de los procesos de subjetivación capitalísticos (Guattari y Rolnik 2006), mi propuesta metodológica buscó construir un espacio de transformación que, guiada por la escucha atenta y el

¹ Los nombres utilizados para denominar a los y las residentes del hospital han sido modificados para proteger su identidad real.

encuentro con el otro, alojara la diferencia: el taller de títeres y relatos de vida dentro del hospital. El capítulo comienza con una discusión entre antropología, etnografía y arte, buscando los puntos en común y las bases conceptuales adecuadas para construir mi lugar antropológico. Las discusiones traídas sobre relatos de vida y memoria proponen abrir el espacio necesario para poder explorar los relatos sin caer en ataduras y categorías tales como la linealidad temporal, la coherencia narrativa o la veracidad. La construcción y teatralización de títeres es un recurso artístico que ha sido utilizado para el psicodrama por sus características como la parodia y la mediación. Además de estas características, el trabajo con la materialidad y la teatralización de los mismos buscó vehicular, despertar o enriquecer relatos de vida, relatos ficcionales y/o relatos de memoria entre los participantes del taller. El taller se planteó como un contexto lúdico, creativo y de cuidado, en donde las manifestaciones singulares como historias de vida, afectos, malestares y gustos de cada uno de los participantes, conformaron la materia prima para la elaboración artística a la vez que para la exploración de los relatos de vida. En esta búsqueda de las singularidades y en consonancia con el planteo teórico y metodológico recorrido, surge el concepto de *relatos otros*: aquellos relatos que navegan entre distintos recursos, temporalidades y sustratos, para resistir y desbordar los relatos oficiales.

En el capítulo 4 se aborda la etnografía realizada en el marco del taller de títeres y relatos de vida propuesto a varios residentes del hospital. A lo largo de la etnografía se describen los distintos discursos y distintas prácticas que se encargan de construir narrativas *sobre* los sujetos psiquiatrizados, así como también esas prácticas y relatos que constituyen *relatos otros* elaborados por las personas psiquiatrizadas y que rompen con las narrativas impuestas.

Entre estas narrativas encontré que no existe un discurso netamente psiquiátrico o psiquiatrizante, en un sentido de ciencia pura, que opera sobre los cuerpos y sujetos, sino que se entretienen con discursos y prácticas propios del sistema colonial-estatal decantados históricamente y muchas veces invisibilizados como costumbres. Siguiendo esta línea, los sujetos de la institución psiquiátrica encarnan una combinación de discursos normativos que los convierten en una *alteridad total*. Sus subjetividades, están atravesadas no solo por el discurso psiquiátrico que los nombra patológicos, peligrosos e incapaces, sino también por otros discursos y sistemas de relaciones que los nombran *otros*: el discurso patriarcal y el nacional, que a su vez son

atravesados por el sistema racista y de clase. En este sentido, propuse pensar una relación íntima entre locura y alteridad en el marco de las relaciones, representaciones y valores que circulan y operan dentro del hospital y que construyen el sujeto psiquiatrizado. Para comprender esta relación entre el sujeto psiquiátrico y los otros internos me serví de conceptos traídos de los feminismos y la corriente decolonial para pensar cómo estos discursos y prácticas se enredan dentro del hospital.

El reto de involucrar el arte y el relato como ejes que atraviesan toda la experiencia antropológica ha tenido por objetivo potenciar el sentido transformacional de la misma y poner a disposición los procesos creativos de singularización en un contexto que pretendía apartarse de la lógica manicomial. Relatarse a sí mismo, a través del cuerpo y el lenguaje artístico, en un contexto de escucha intercultural y no psiquiatrizante, ha sido una de las mayores y más difíciles apuestas tanto para mis interlocutores como para mí como antropóloga.

Alejarme de las clasificaciones, caracterizaciones y prácticas de poder impuestas desde el saber, es decir, alejarme de los procesos de subjetivación desarrollados tanto desde el sentido común como el discurso científico fue un desafío constante pero necesario durante la investigación etnográfica. No sin perder de vista que los enredos de saber/poder siguen operando dentro del hospital psiquiátrico, no solo sobre quienes fueron mi interlocutores e interlocutoras, sino también sobre mí.

Capítulo 1

Subjetividad para controlar, singularidad para abrir

La conclusión podría ser que el problema político, ético, social y filosófico de nuestros días no es tratar de liberar al individuo del Estado y de las instituciones del Estado sino liberarnos de ambas, del Estado y del tipo de individualización que está ligada a éste. Debemos promover nuevas formas de subjetividad a través del rechazo de este tipo de individualidad que nos ha sido impuesta durante siglos.

(Foucault 2001, 7)

Pensar y trabajar desde la singularidad de las personas en el marco de la institución psiquiátrica necesariamente conduce a comprender desde un inicio de qué manera se configuran los sujetos dentro y fuera del dispositivo psiquiátrico. El sujeto, desde una perspectiva foucaultiana, es el punto focal de un tejido de relaciones atravesadas por distintas formas de poder y saber. Sin embargo, hay otras formas de constituirnos como sujetos que escapan a la norma constantemente y que más bien se sostienen en nuestra relación con lo otro, lo exterior, la diferencia del afuera; lo cual nos vuelve sujetos singulares y no necesariamente sujetos o normados. El título “Subjetividad para controlar, singularidad para abrir” hace hincapié en la diferencia sustancial que existe entre estas dos formas de constituir los sujetos, una expuesta y modelada por la norma, el saber y el poder, otra constituyéndose en un abrir constante hacia la diferencia. La forma en que se superponen el sujeto construido por la mirada clínico-psiquiátrica y otros sistemas de modelización y la persona con su singularidad compone la complejidad de este trabajo. En este sentido mi interés en este capítulo es traer aquellos conceptos y formas de pensamiento sobre los cuales me baso para poder pensar este trabajo de investigación y para poder deshilar la complejidad de la cual hablo. Para ello abordaré los procesos de subjetivación individuada y la forma en que se configuran en el marco de los dispositivos de poder analizados por Foucault, es decir, la constitución de los sujetos por reiteración de la norma desde diferentes campos de saber/poder pero en especial en referencia al poder psiquiátrico, así como también abordaré conceptos y reflexiones que aportan a la comprensión sobre la manera en que nos configuramos en nuestras singularidades y diferencias, más allá de los procesos de subjetivación impuestos por la norma. Estos procesos de singularización de los sujetos pueden pensarse también como líneas

de flujos que aparecen constantemente y que la norma aplasta o vuelve a encauzar de una manera conocida y no peligrosa. (Deleuze y Guattari 1985 [1972]; Deleuze 2008).

1. Subjetividad para controlar

A lo largo de su obra Foucault identifica y analiza en distintos momentos de la historia de las ideas de Occidente moderno la aparición de distintas formas de “crear sujetos” en el seno mismo de dispositivos de poder, una compleja madeja de saberes, estrategias de poder y sujetos montada sobre un campo específico (Foucault 2005). La norma, noción que orienta los dispositivos de poder de la modernidad, es molde y límite de los sujetos, más allá del cual las personas son de una u otra forma excluidas o desterradas. En este sentido, Foucault ha dado con la relación entre poder, saber y sujeto en su interés por la constitución de los llamados anormales, asociales, inadaptados, peligrosos. El autor identifica varios dispositivos de poder y saber, en donde los mismos sujetos son veedores de sus contradicciones con la norma, y los que escapan a ella son recluidos y tratados en instituciones específicas que refuerzan los procesos de subjetividad propios de la misma.

Este interés por comprender cómo nos constituimos en sujetos llevó al autor a realizar análisis exhaustivos del saber y del poder por ser niveles que atraviesan directamente la subjetivización. Foucault investigó nociones como la verdad y la voluntad de saber, la construcción de dispositivos de poder como la psiquiatría o la sexualidad, ejercicios históricos de representación de la locura, análisis de instituciones tales como los hospitales psiquiátricos, las escuelas, las cárceles, la construcción de saberes como la medicina y la psiquiatría (Foucault 2008; 2001; 2005; 2015;). En su camino por analizar el poder no como aquello que reprime sino como aquello que produce y que se ejerce en todos los ámbitos, niveles y sujetos, se instaló la noción de subjetividad como aquella asociada directamente al ejercicio del poder y a la sujeción de los cuerpos: el poder produce sujetos individuales.

En la modernidad la relación entre norma, subjetividad individual o individuada y cuerpos ha sido constantemente producida tanto desde el Estado como desde los discursos del saber y las instituciones de control, engranando dos formas de ejercer poder sobre los individuos y la población: la anatomopolítica, que se encarga de conocer y disciplinar capilarmente el individuo,

y la biopolítica, la cual permite controlar y mejorar la población en conjunto (Foucault 1999). Hoy día se reconoce un tercer tipo de política que se encarga de modular la aparición de subjetividades de manera que no signifiquen interrupciones importantes. La *noopolítica* supone técnicas no coercitivas sino persuasivas de la sociedad de control, entre las cuales podrían destacarse ciencias como la farmacología y el marketing. En este sentido se pasa de un control sobre los cuerpos a un control sobre las mentes, aunque tanto la sociedad disciplinar como la sociedad de control operan conjuntamente, complejizando más aún el panorama (Lopez Corral 2008; Berlaffa 2018).

1.1 De la nave de los locos al psiquiátrico

En su interés por este sujeto que se constituye en la exclusión de la norma, los asociales, los anormales, Foucault comenzará por el sujeto de la locura y la forma en que su conformación tal como conocemos hoy día se ha visto entretrejida con cambios sociales y económicos producto de la sociedad moderna. Antes de que la psiquiatría y el psicoanálisis se consoliden como saberes científicos Foucault identificará en la época clásica las transformaciones necesarias sobre la idea de locura y del sujeto de locura que llevarán a la apertura de los “hospitales psiquiátricos” en el siglo XIX, espacio idiosincrático de estas disciplinas. El concepto de locura que conocemos hoy día nació antes que la institución psiquiátrica y su dispositivo de poder, y antes que la ciencia lo volviera un discurso de verdad.

El trabajo de Foucault sobre *Historia de la locura en la época clásica* (2015) comienza relatando el proceso de segregación más grande de la Edad Media: los leprosarios, y cómo durante la Época Clásica fue reemplazado por otro gran proceso de segregación, aunque menos específico, en donde apresaron indigentes, huérfanos, prostitutas, alienados y ancianos. Europa no es capaz de procesar la enorme cantidad de población pobre creada a partir de la crisis económica y temiendo por la estabilidad del Estado frente a una posible revuelta social crea estas casas correccionales y Hospitales Generales en el siglo XVII para detener aquellos que no están activos en la producción y que son germen de revolución. La aparición de una economía industrial ligada a una nueva clase, la burguesía, moviliza nuevas formas de entender la organización estatal, la economía y la vida de la población. La ética del trabajo hace mella en la concepción clásica sobre la mendicidad y despoja de gloria, de encantamiento, de sacralidad, de misterio, al indigente. La pobreza deja de

ser un canal, una prueba de Dios que obliga a la caridad del rico, para ser un castigo divino que solo con paciencia y aceptación puede sobrellevarse. El pobre es pobre por castigo, la mendicidad es ahora *ociosidad*, pecado original. Esta nueva concepción de la pobreza como castigo, sacia, según Foucault, el deseo de castigar de la burguesía, la cual se valida del rechazo a la inutilidad social. En este contexto la locura cae dentro de este inmenso mar de la inmoralidad del ocio.

A la ética del trabajo se suma la “experiencia ética de la sin-razón” (Foucault 2015, 147), la cual aglutina bajo la misma categoría de inmoralidad la homosexualidad, la profanación, la libertad sexual, la hechicería, la alquimia y la magia. Este nuevo grupo, cuyos elementos no habían encontrado antes relación alguna, comienza a ser ubicado en la línea que separa la razón de la sin-razón, y junto a ellos la locura gana su lugar. Foucault identifica estos nuevos discursos con la duda metódica de Descartes, donde ya no hay lugar para la razón con locura o la locura con razón, sino que se convierte en la nueva exclusión de la época. La locura ya no puede ser enviada fuera de las ciudades para navegar errante en el mar abierto, sino que pasa a ser un problema de la ciudad, un problema a ser corregido. De la nave de los locos pasa a una nueva *exclusión incluida* dentro de hospitales. Excluida de la razón y confinada en hospitales generales y workhouses, la locura es identificada con la imposibilidad de adaptarse a los regímenes de producción, y junto a pobres y lisiados es condenada al castigo y la represión.

Sin embargo, deben ocurrir otros giros para que el loco sea considerado un “enfermo mental”, y surjan la psiquiatría como la disciplina que se encarga de curarlo y el hospital psiquiátrico como espacio que garantiza esta cura.

Hasta el siglo XVII los hospitales son el lugar donde van a morir los pobres: no tiene organización específica y los médicos son una presencia intermitente que aparece en los momentos finales y no representa un poder. Desde el siglo XVIII la medicina toma un papel fundamental en el tratamiento del “cuerpo social” en cuanto que la estructura urbana y la industrialización demandan una óptica demográfica, poblacional y ambiental de la ciudad. El control y la transformación de la población y su medioambiente es importante para proteger las ciudades de sus “agentes nocivos” tales como epidemias, suciedad, vagabundeo y pobreza (Castro-Gómez 2011). La psiquiatría nacerá no solo como una nueva forma de racionalizar la

medicina sino también como parte de esta “higiene pública”, nuevo ámbito de intervención gubernamental (Foucault 1999). Dado que la medicina se encargaba de tratar las enfermedades del “cuerpo social” la psiquiatría toma su lugar también en el tratamiento de las enfermedades propias de las estructuras urbanas; ésta se encargaba de tratar “el peligro social” que podía convivir en la locura (Foucault 1999). El loco ya no se identifica con el tonto, el que se engaña a sí mismo, sino que es identificado con la insurrección de la fuerza. El interés temprano en la relación entre locura y criminalidad permite hacer este giro al plantear toda una clasificación médica, justificada por el saber psiquiátrico, de toda una serie de peligros (Foucault 2007). El loco presenta una peligrosidad anormal, sin razón, y, por tanto, debe ser apaciguado.

En los escritos de finales del siglo XVIII y principios del XIX Foucault identifica la forma en que se va constituyendo el saber médico en relación a los espacios que ocupa, los cuales deben presentar un orden estricto para poder realizar las observaciones exactas de la mirada médica y garantizar la cura (Foucault 2008; 1999). En este sentido, la conformación de la medicina hospitalaria, centrada en el individuo y en la población, se da entre 1780 y 1790 a partir de la observación sistemática de hospitales y su reconfiguración como espacios que garantizan el disciplinamiento individual y el control poblacional de la ciencia médica (1999). Para que la relación de objetividad (objetivación) se realice es necesario una relación de orden, con una determinada distribución del tiempo, el espacio y los individuos. Este orden se instala como método de curación, es decir, este orden es también condición para la curación permanente. Estas relaciones específicas con el objeto, sumado a la objetividad del conocimiento médico y la operación terapéutica, instalan el orden del poder disciplinario (2008). La figura del médico emerge como poder ilimitado e inaccesible, ante el cual los cuerpos se transforman en dóciles y dependientes.

En 1792, la escena de Pinel liberando a los locos en La Salpêtrière, marca un hito importante en cuanto se plantea la posibilidad de curar la locura, pero, siguiendo las palabras de Foucault, esto no implica una disminución de la violencia. Se reemplazan las cadenas de los locos por un endeudamiento con el médico: ya no es obediencia por miedo al castigo sino obediencia agradecida: la sujeción. Se pasa de la violencia física de las cadenas al sometimiento constante de

una voluntad sobre otra. Este juego de sometimiento voluntario se le llama “curación” y los locos pasan a ser entendidos como “enfermos mentales” (Foucault 2008).

Esto en última instancia da cuenta de la relación directa entre este poder disciplinario, el sujeto y el cuerpo - como dice Foucault: un “contacto sináptico cuerpo-poder” (2008, 60)-: un poder que actúa de manera capilar, descendiendo hasta nuestros cuerpos, afectándonos desde el más mínimo detalle de nuestra existencia. Pero además a través de un tipo de sujeción que nos vuelve dóciles, voluntariamente subyugados, en una obediencia agradecida hacia la voluntad del otro. Ya no es un grupo obedeciendo una autoridad, ahora son sujetos individuales relacionándose con un poder difuso, ejercido con diferentes intensidades y por relevos, en relaciones complejas con varios personajes. El poder disciplinario se presentará como operando constantemente (y no solo en ceremonias y rituales de afirmación), ejerciendo una observación total, y ocupando el cuerpo del individuo, su vida y su tiempo (Foucault 2008).

Para que esta individualización esquemática y centralizada se dé, se crea todo un tejido de escritura que crea y rodea los individuos, tanto en la escuela, el ejército, el hospital, la fábrica, etc. Este tejido los registra, los codifica, los etiqueta. Es un registro y un análisis constante, un “panoptismo pangráfico”: todos, a toda hora, y en cada actividad y acción, están siendo observados, registrados, catalogados, diagnosticados, normados. Este ejercicio de escritura constante sobre los cuerpos se vale de la confesión no sólo como ejercicio de conocimiento sino como ejercicio de individualización (Foucault 2005).

Para inicios de siglo XIX los espacios ocupados durante el “gran encierro” serán exclusivamente habitados por aquellos entendidos, gracias a la “mirada clínica” del incipiente saber psiquiátrico, como enfermos mentales. Las prácticas de apaciguamiento y de “cura” practicadas anteriormente sobre los alienados “curables” seguirán su curso dominante en el tratamiento de la “enfermedad mental” durante todo el siglo XIX. Del cepo y las celdas inmundas pasarán al tratamiento farmacológico, el chaleco de fuerza y la infantilización. De una violencia física explícita se pasará a una microviolencia, disciplinamiento del cuerpo y el alma. Del parentesco animal que permitía atarlos con cadenas y darles de comer en platos de piedra, se pasará a una concepción

“humana”, pero no por ello menos violenta, que intentará “curarlos” mediante la disciplina psiquiátrica.

Luego de la segunda mitad del siglo XIX la “monomanía” - el constructo central en toda esta nosografía médica-penal que desarrolló la psiquiatría junto a la criminología- es reemplazada por la “degeneración” la cual permite terminar de delimitar y recortar toda una zona de peligro social y darle el carácter de enfermedad, de patología. Este cambio puede comprenderse en el momento en que se desarrolla lo que Foucault denomina la *scientia sexualis*, la cual vuelca su mirada sobre el comportamiento sexual de niños, mujeres y hombres, construye un catálogo inmenso de patologías asociadas a la “sexualidad” y nombrará formas normales (y productivas) de proceder en la familia (Foucault 2005). Esto supondrá la heteronormativización del sujeto moderno y la constitución de un discurso de verdad a fines del siglo XIX. Tal vez, más adelante, la esquizofrenia sea la monomanía y la degeneración del siglo XX (Foucault 2007).

De esta forma comienzan a desarrollarse las técnicas de biopolítica y anatomopolítica, unas encargándose de gestionar la vida de la población, para volverla más productiva (como las técnicas de organización dentro de los hospitales), y otras para producir una relación cuerpo-poder que nos constituye en sujetos individuados, una técnica de control que desciende hasta el más mínimo detalle del cuerpo y su comportamiento.

1.2 Psiquiatría y verdad

Luego de la liberación de las cadenas de Pinel de 1792 en la Salpetriere, en 1862 se reorganizarán los pabellones en donde Charcot podrá encontrar su “museo de patologías vivientes” y en 1881 inaugurará la cátedra de clínica de las enfermedades nerviosas (Didi-Huberman 2007). Este es uno de los ejemplos que utiliza Foucault para nombrar el nuevo juego que progresivamente se gesta durante el siglo XIX entre sexo y verdad. Los experimentos, incitaciones, clasificaciones y demostraciones de Charcot y sus estudiantes buscaban la verdad sobre el sexo a la vez que era desconocido en los escritos y frenado automáticamente en el momento en que lograba aparecer en los relatos de las pacientes (Foucault 2015). El autor explica que la *scientia sexualis*, ciencia que se desarrolla en el siglo XIX en este juego de verdad y poder, verdad y sexo, es el campo de saber construido para (des)conocer el sexo y normativizar las acciones y las personas. En ese

sentido, distaba mucho de cumplir con las exigencias de “lo verdadero”, y en cambio se sometía al régimen de poder que pedía *ocultar* en vez de *explicar*. Este ocultamiento se dio, no tanto en la negación sino, al contrario, en las múltiples categorizaciones y correspondientes penalizaciones sobre la sexualidad, en su conexión con la imperiosa higienización y asepsia, no sólo de los cuerpos sino de la población, logrando la exclusión de aquellos que no cuadraban con la idea de *individuo moral y civil*. Elaboró a partir del siglo XVIII distintos grupos estratégicos que constituirían los nuevos sujetos objetos de dispositivos de saber-poder: la “histerización del cuerpo de la mujer”, la cual se encargó de patologizar el cuerpo de la mujer y de gestionarlo según sus roles y lugar en la reproducción de la familia; “pedagogización del sexo del niño”, la cual lideró la lucha contra el onanismo en una forma de cuidar el peligro del sexo del niño; “socialización de las conductas procreadoras”, gestión de los nacimientos; y “psiquiatrización del placer perverso” donde el instinto sexual fue convertido en un catálogo infinito de patologías mediante las cuales se caracterizaba la conducta entera y se buscaba corregirla (2005). La *scientia sexualis* se diversificará en innumerables formas de hablar y hacer hablar el sexo: la pedagogía, la psicología, la moral, la psiquiatría.

El centro de esta formación científica se basó en una forma de saber que no data del siglo XIX pero que sin embargo este siglo lo transforma en ciencia. La *confesión*, decir la verdad sobre el sexo, implicó todo un aparato de saber-poder que se caracteriza por: convencernos de que había una verdad dentro nuestro que pujaba por salir, que, a su vez, era difícil hacer salir y por tanto eran necesarios experimentos de incitación, y un otro profesional que extrajera esa verdad y la incorporara a todo un archivo del deseo sexual y de sujetos deseantes. El conocimiento sobre nosotros, nuestro cuerpo y nuestros deseos ya no nos pertenecen, sino a una ciencia y a un científico.

Esta forma de construir conocimiento sobre los cuerpos, la confesión sobre el deseo de uno, termina de crear, bajo la óptica moral, sujetos individualizados y sexualizados normales o normalizados. El sujeto de Occidente moderno se constituye a partir de la neuronormativización, es decir, la modelización de subjetividades no productivas para insertarlas o reinsertarlas en el sistema a través del poder disciplinar de la escuela, la cárcel, la escuela militar y el hospital psiquiátrico; y a partir de la heteronormativización, construyendo individuos que logran construir

y sostener familias necesarias para el nuevo sistema económico (Berlaffa 2018). Este sujeto será la base para enunciar *ese otro que es patológico*. En este sentido, y sobre la base de la existencia de *sujetos no normales*, se construirá todo un campo de saber que se encargará de conocer y clasificar a los *no normales* y que intensificará la práctica de la confesión a través de relatos profundos sobre los porqués, el cómo, las imágenes y los deseos creados por estos nuevos “pacientes”. Así es como termina de conformarse la disciplina psiquiátrica y el psicoanálisis como campo de saber y poder en cuyo seno se creará el sujeto susceptible de sufrir patologías, relacionadas a la sexualidad, al cual es necesario curar mediante el juego de la verdad y la disciplina, y reinsertar nuevamente en el sistema familiar moral y productivo.

1.3 La ética de sí

Luego de *La voluntad de saber* Foucault no publica libros hasta 1984, año de su muerte. En el transcurso de los años desde su primer libro hasta sus últimas obras realiza varios giros de perspectiva: desde el análisis de las prácticas discursivas iniciado en *Historia de la Locura*, a las estrategias de poder con *Vigilar y castigar*, acompañado de las conferencias sobre *El poder psiquiátrico*, hasta los procesos en los que los sujetos se reconocen a sí mismos como tales en *El uso de los placeres* y *La inquietud de sí*. Foucault pasa de la Modernidad Occidental a la Antigüedad Grecorromana; de un enfoque político de los dispositivos históricos y el ejercicio de poder a uno ético-político acerca de las prácticas de sí; y un cambio en la metodología, pasando de una genealogía del poder a la constitución de los sujetos (Vignale 2014).

En su búsqueda por entender cómo y porqué se había convertido en *problema moral* el comportamiento sexual, se encuentra en la Antigüedad con estas *técnicas de sí*, las “artes de la existencia”. Estas artes de la existencia conferían una experiencia de transformación y de un halo estético a las vidas de quienes las practicaban. A pesar de que luego pasan a un segundo plano con el poder pastoral y luego por las prácticas de la educación y la medicina, Foucault considera que la problematización del sexo forma parte del primer capítulo en la historia más general de estas “*técnicas de sí*”. Por tanto, el autor se plantea cambiar el rumbo de su obra desde una historia de los sistemas de moral, a través de las prohibiciones, hacia una historia de las problematizaciones éticas a través de las prácticas de sí (2008).

Esto lo lleva a analizar las *tecnologías del yo*, prácticas de la hermenéutica del yo constituidas en el cristianismo antiguo y el período grecorromano: cómo se pondera el “conocerse así mismo” sobre el “cuidarse así mismo”, originalmente prácticas invertidas. El cuidado de sí, *epimelesthai sautou* en griego, la inquietud de sí, era el principio moral más importante en la ciudad. Su práctica era complementada con el “conócete a ti mismo”, principio delfico que se aconsejaba antes de consultar el oráculo: conoce bien qué preguntarás antes de consultar. En la tradición cristiana el “cuidado de sí” se volvió incompatible con la renuncia de uno mismo, tornándose principal el “conocerse a sí mismo” (2008). La moralidad cristiana rechaza el sujeto y establece la verdad, el dogma y el canon como pilares de la actitud cristiana. Para acceder a *la verdad* es necesario purificarse a sí mismos, y ello sólo se obtiene *conociéndose a sí mismos*. A esta práctica se sumó un interlocutor capaz de hacernos conocer nuestro yo, el sacerdote, convirtiendo el *conócete a ti mismo* en una *confesión* (Foucault 2005).

Estos giros responden a la crítica hacia su pesimismo en las obras anteriores, pues daba a entender que los sujetos solo se constituían en relación con los dispositivos de poder y sus procedimientos de normalización, contra los cuales solo restaba resistir. Sin embargo, Foucault planteará que la constitución de la subjetividad se dará en el fuego cruzado entre los dispositivos, o técnicas de disciplinamiento, y las técnicas de reconocimiento de sí. Estas técnicas implican no solo un reconocimiento sino un esfuerzo por transformarse a sí mismos y constituir un sentido estético en su singularidad. Esta ética de la experiencia se opone a las relaciones jurídicas del poder, es una *ética constitutiva del sujeto* (Foucault 2008), algo que retomaré más adelante.

2. Singularidad para abrir

Luego del recorrido teórico planteado a través de Foucault sobre las formas de constituir sujetos a través de la norma en el marco de dispositivos de poder/saber y el giro que realiza en los últimos años de su obra hacia las técnicas de sí, aquellas mediante las cuales podemos constituirnos en nuestra singularidad, es posible pasar a aquellos conceptos que permiten identificar los procesos de singularización que escapan a la norma y proponen otra forma de constituirnos sujetos. Entiendo por “procesos de singularización” aquel proceso de subjetivación que engendra

(...) una manera de rechazar todos esos modos de codificación preestablecidos, todos esos modos de manipulación y de control a distancia, rechazarlos para construir modos de sensibilidad, modos de relación con el otro, modos de producción, modos de creatividad que produzcan una subjetividad singular (Guattari y Rolnik 2006, 29).

Los procesos de singularización son lo opuesto a los procesos de individuación, producto de los procesos de subjetivación de masas. La singularidad de un proceso de subjetivación radica en constituirse como otras formas de pensar, otras formas de crear y de relacionarnos con otros o con lo otro, respecto de los procesos de subjetivación capitalísticos. Rompe con estos procesos, los pone en disputa, los esquivo y los indispone (Guattari y Rolnik 2006).

El título del apartado, “Singularidad para abrir” hace referencia a lo planteado desde el “pensamiento del afuera” común a Nietzsche, Foucault y Deleuze, entre otros, en relación a la subjetividad (Deleuze 2008; Pelbart 1989). Para el pensamiento del afuera el pensamiento es una forma de relacionarnos y abrirnos a un afuera, a las relaciones y la diferencia, en vez de un cerrarse sobre sí mismo. En este sentido pensar ya no corresponde a una facultad sino a una relación, relación con el afuera, con el entre-fuerzas, en fin, abrirnos a la diferencia (Deleuze 2008; Pelbart 1989).

El afuera, cuyas fuerzas están en constante metamorfosis, pueden penetrar los planos del Saber y el Poder, y esta penetración provoca el *pliegue de la subjetividad* (Deleuze 2008, 2015; Pelbart 1989). Esto es lo que Deleuze plantea como la constitución del yo que Foucault encuentra en los griegos, no como algo constituido por el saber y el poder, pero sí derivando e independizándose de los mismos (Deleuze 2015). En el sistema capitalista la *subjetivación* pasa a ser reinsertada en las relaciones de poder, y la ética de sí es invadida por el saber. Pero, si bien hoy en día los procesos de subjetivación se ven atados a las relaciones de poder e investidos por el saber, surgen constantemente nuevos pliegues, nuevas subjetivaciones que escapan y resisten a estos ejes (Deleuze 2015).

En consonancia con esta idea, en *El Anti Edipo, Capitalismo y esquizofrenia* de 1972, Deleuze y Guattari usan la singularidad para nombrar aquellos puntos, máquinas, cortes, del entramado social en donde convergen y se esparcen múltiples flujos o líneas de deseo. En este trabajo

Deleuze y Guattari hacen una dura crítica a la noción de sujeto del estructuralismo y la noción de Edipo de Freud y Lacan, partiendo de una caracterización totalmente diferente de la esquizofrenia - respecto de la psiquiatría y el psicoanálisis-, y aplicándolo como modelo de pensamiento y punto de crítica y análisis del capitalismo (1985 [1972]).

Desde el psicoanálisis y la psiquiatría la caracterización de la esquizofrenia se basa en aquellas cuestiones que le falta al esquizofrénico, es decir, características que faltan a la normalidad de su psiquis-cuerpo. En este sentido, en 1911 para Bleuler la esquizofrenia implicaba la fragmentación de las asociaciones, la disociación de la persona y la escisión con la realidad (lo cual deviene en un “autismo”). Freud por su parte realiza la distinción entre la neurosis y la psicosis en la que en la primera el principio de realidad queda a salvo, a cambio de una represión, y la segunda rompe con el mismo. Lacan lo pensará desde la relación con el símbolo explicando que la represión del neurótico trabaja sobre el significado y el rechazo del psicótico recae sobre el significante, operando como un “hueco” en la estructura. Es decir, que para Lacan el psicótico no puede plantear su deseo (Deleuze 2008).

En el psicoanálisis lacaniano el registro psíquico de lo Real es aquello que escapa de la imagen y de la palabra, es decir, de lo Imaginario y de lo Simbólico, aquello que es imposible puesto que nunca se puede aprehender ni en lo representativo ni en el lenguaje. Aquello que hemos perdido, que le falta al deseo. Sin embargo, “el deseo no carece de nada, no carece de objeto. Es más bien el sujeto quien carece de deseo, o el deseo quien carece de sujeto fijo; no hay más sujeto fijo que por la represión” (Deleuze y Guattari 1985 [1972], 33-34). La falta, la carencia o la escasez es organizada en la producción social por una clase dominante que logra hacer que “todo el deseo recaiga en el gran miedo a carecer” (1985 [1972], 35)². Desear no es la relación con la falta, desear es producir, “el deseo abraza la vida con una potencia productiva, y la reproduce de una forma tan intensa que tiene pocas necesidades” (1985 [1972], 34).

² Esto designa otra forma más de comprender la producción de sujetos del deseo en la *Voluntad de saber* de Foucault, donde plantea que la *scientia sexualis* se encarga de fijar las formas “normales” de sexualidad, fijando el deseo de una determinada manera y en unos pocos sujetos (Foucault 2005).

Según Deleuze y Guattari el *esquizofrénico* se vale de dos sistemas para relacionarse consigo mismo y con el mundo: las máquinas-órganos y los cuerpos sin órganos. Máquinas a las cuales llegan y parten los flujos, máquinas deseantes, que conectan y producen, y cuerpos que rechazan todo tipo de organización (“sin órganos”), puesto que esa organización coarta el deseo. El *cuerpo sin órganos* es un concepto muy rico en cuanto se presenta como aquel cuerpo despojado de los fantasmas, las ataduras, un cuerpo que al no ser *organismo* (organización, organizado, estructurado) presenta un nivel de inmanencia, de potencia creadora. A través de estos dos polos el delirio de una persona con esquizofrenia implica un devenir o un tránsito (1985 [1972]). Este delirio solo llega al nivel del “siento”, puesto que “registra a cada instante la relación intensiva del cuerpo sin órganos y los órganos-máquinas” (Deleuze 2008, 44).

De esta forma, Deleuze y Guattari plantean que no es posible seguir entendiendo la esquizofrenia por lo que le falta sino a partir de su positividad, a partir de lo que produce. El esquizofrénico no puede ser leído en clave lacaniana o freudiana en tanto que el símbolo padre-madre no le significa absolutamente nada: el esquizofrénico se relaciona con la historia, con lo universal, más allá de lo particular de la familia, tiene una vivencia insoportable de lo real (Deleuze y Guattari 1985 [1972]; Deleuze 2008); como dice Deleuze: “no se puede seguir de aquello que carezca de aquello que no le concierne” (Deleuze 2008, 47). Y el discurso lacaniano a pesar de que se eleve a un sentido metafórico sigue siendo rígidamente familiarista, sistema en el cual el esquizofrénico sólo puede estar en falta (Deleuze 2008). Por eso los autores pretenden hablar de proceso y no de carencia, y postulan la vivencia del hospital como el deterioro del proceso esquizofrénico, interrumpiendo su experiencia y convirtiéndolo en su contrario (Deleuze y Guattari 1985 [1972]; Deleuze 2008).

Según Deleuze y Guattari, el sujeto se encuentra constituido por múltiples y diversos flujos que son codificados y territorializados por la cultura. Estos códigos son aquellos que permiten que las sociedades existan (valores, reglas, clasificaciones, sistemas de símbolos) y que el esquizofrénico, en su calidad de máquina deseante y cuerpo sin órganos, rechaza o desconoce. Ahora bien, en el sistema capitalista cada signo remite a un sujeto, es decir, a una *decodificación de los flujos y desterritorialización del socius* (2008). Siguiendo esta línea, el sistema o la sociedad capitalista es un sistema esquizofrénico puesto que se compone de la conjunción de las

líneas de desterritorialización y decodificación de otras culturas. Sin embargo, el esquizofrénico es expulsado del sistema en cuanto acelera e intensifica estos procesos, va más allá de lo que puede el sistema capitalista (1985). Según los autores “El esquizofrénico se mantiene en el límite del capitalismo: es su tendencia desarrollada, el excedente del producto, el proletario y el ángel exterminador” (1985 [1972], 41).

Esta caracterización sirve para pensar el sistema capitalista como un sistema nuevo que rompe con los otros sistemas culturales y se torna su negativo por constituirse en sus líneas de decodificación y desterritorialización. Sin embargo, este sistema tiende y a la vez rechaza este devenir esquizofrénico, por lo tanto, crea nuevas supercodificaciones, que son en verdad ficticias y que se rigen por una axiomática representada en el dinero (1985 [1972]).

El esquizofrénico, por traspasar el límite del capitalismo, es expulsado del sistema. Líneas de fuga, líneas de deseo, *cuero sin órganos*, cortes, máquinas deseantes, son las fuentes de singularidad, que escapan al sistema, lo desbordan. El deseo es una amenaza constante, y una forma de volverlo parte del sistema es lograr el deseo de ser oprimido (Deleuze y Guattari 1985 [1972]).

Si bien no trabajo con el diagnóstico de la esquizofrenia, el desarrollo que hacen Deleuze y Guattari acerca del deseo y el cuerpo como potencias creadoras, el concepto de singularidad, oponiéndose al de subjetividad, y la idea de la aparición constante de líneas de fuga que los dispositivos de poder reubican o aplastan, son cruciales para comprender la complejidad en la cual singularidad y subjetividad se superponen dentro del hospital.

Tanto Deleuze como Foucault comparten el objetivo de pensar el sujeto como algo que se constituye y no como algo ya dado. Sin embargo, hay algunas diferencias en el desarrollo de sus trabajos que superan las cuestiones terminológicas. En *Deseo y Placer*, Deleuze (2008) indaga en la obra de Foucault algunos aspectos que a primera vista pareciera ponerlos en veredas opuestas, esto es cómo comprenden el deseo y los placeres. En el recorrido histórico de *La voluntad de saber* (2005) Foucault comprende el deseo en los mismos términos que el psicoanálisis, es decir, comportando una carencia, y configurando el interior de un sujeto constituido, un sujeto de deseo

cuyo interior debe ser descubierto, primero en el cristianismo, ante la ley divina, y segundo con la ciencia, ante la norma (2005).

Por su parte, Deleuze y Guattari comprenden el deseo como algo primero y constitutivo del campo de inmanencia, del cuerpo sin órganos. El deseo es primero porque el poder es una afección del deseo, los dispositivos de poder son componentes de las disposiciones de deseo. En ese caso, los dispositivos de poder aparecerían en la reterritorializaciones de las disposiciones de deseo. Estas reterritorializaciones se hacen sobre las líneas de fuga de toda sociedad, que también pueden pensarse como líneas de resistencia. Es decir, allí donde hay líneas de deseo, líneas de fuga, hay dispositivos de poder reterritorializándolas. En este marco, Deleuze y Guattari comprenden el placer como interrumpiendo el proceso inmanente del deseo, es decir, comprenden el placer como una reterritorialización.

Sin embargo, Foucault desarrolla en *El uso de los placeres* (2003) lo que podría comprenderse como una respuesta a la interpelación de Deleuze. Como explicaba en 1.3. La ética de sí, Foucault se interesa por estas prácticas de reconocimiento de sí de la época grecorromana dado que permiten comprender otra forma de constituirnos como sujetos por fuera de los dispositivos de poder. Aquí, el deseo no tiene cabida puesto que ha sido instalado como una temática de la moral cristiana, como algo que debe ser descubierto y que supone sujetos ya constituidos. En cambio, el placer da lugar a la creación del sujeto: no hay un sujeto que tiene placer y que es descubierto sino, un uso de los placeres que constituye una subjetividad (Foucault 2003). En este sentido, si bien deseo de Deleuze y Guattari y placeres de Foucault no pueden pensarse como exactamente equivalentes, existe claramente un diálogo fluido entre ambas posturas teóricas y que no se constituyen en oposiciones ni antítesis.

Tanto la perspectiva foucaultiana sobre los procesos de subjetivación y la ética de sí y el análisis que ofrecen Deleuze y Guattari sobre el capitalismo y el sujeto, me permiten reconocer y problematizar los discursos normativos que atraviesan el campo que he decidido estudiar, pero también los procesos de singularización que en él suceden.

Comprender la subjetividad como proceso y el espacio del hospital como un lugar en donde confluyen múltiples líneas, de saber y poder, pero también flujos de deseo, permiten también ampliar el espectro de análisis y vislumbrar la complejidad de las relaciones, representaciones y valores con los cuales me encontré. Por otro lado, la perspectiva del pensamiento del afuera permite problematizar tanto mi pensamiento como las relaciones que pueda establecer en campo, reconociendo el valor que tiene la diferencia, que lejos de identificarnos con una norma excluyente, nos vuelve singulares.

Capítulo 2

Locura y gubernamentalidad: el problema de la norma en el desarrollo del estado moderno ecuatoriano

En este capítulo quisiera dilucidar, a partir de un breve análisis histórico nacional e institucional, aquellas prácticas y discursos que se adhieren a y modelan el sujeto psiquiátrico de Quito. Estos discursos y prácticas de las cuales hablo se sustentan en las diferencias creadas por el discurso de la normatividad que constituyen un paisaje social cuyas relaciones, representaciones y valores siguen operando hoy día y atraviesan la subjetividad de los y las residentes del hospital psiquiátrico con quienes trabajé. Me detendré sobre las políticas de invisibilización y exclusión de los *otros internos* en el desarrollo republicano del estado-nación ecuatoriano para luego profundizar específicamente en el desarrollo del hospicio y de la psiquiatría en Quito y su relación con el desarrollo de la ideología nacional del estado ecuatoriano. Como plantea Foucault: ¿cómo caracterizar a la sociedad que vuelve extraños a estos otros internos? La perspectiva histórica permite vislumbrar la antigua relación establecida entre las personas recluidas en los primeros hospicios y los esfuerzos del estado-nación ecuatoriano de constituir una población homogénea y acorde con la idea de ciudadano que trataba de imponer. Busco entender cómo se ha ido transformando esta relación, qué discursos y prácticas se han sumado y qué representaciones han decantado en Ecuador, específicamente la ciudad de Quito. ¿Quiénes han sido históricamente los potencialmente encarcelables en el hospicio y bajo qué criterios?

1. Formación del estado-nación ecuatoriano y sus otros internos

El problema de la Norma como línea divisoria en la sociedad ha encontrado una de las mayores expresiones en la construcción de los estado-nación. El nexo inquebrantable que se ha establecido entre estado y nación, es decir, la idea de una población biológica y culturalmente homogénea bajo un único gobierno, ha significado la recurrente expulsión de minorías nacionales (Butler y Spivak 2009). Estas expulsiones pueden remitirnos a un espacio-tiempo internos, es decir expulsiones dentro del estado, a través de discursos y prácticas concretas, como, por ejemplo,

prohibir que se hable determinada lengua³, denegar el acceso a derechos ciudadanos, encerrar en prisiones o jaulas fronterizas (Butler y Spivak 2009). Según Butler:

(...) el estado-nación supone que la nación expresa determinada identidad nacional, que se funda a través del consenso colectivo de una nación, y que existe cierta correspondencia entre el estado y la nación. Desde esta perspectiva, la nación es singular y homogénea o, al menos, tiene que convertirse en eso para cumplir con los requisitos de un estado (Butler, J. y Spivak 2009, 65).

La singularización y homogeneización de la Nación son procesos que se omiten como tales y que implican la naturalización de la identidad nacional, volviendo no natural, fuera de la norma, inaceptable, aquello que no puede definirse como “nacional” (Butler y Spivak 2009). El territorio gobernado está habitado por múltiples formas de ser que no pueden ser abrazadas por la idea de nación imperante. En este sentido, el binomio estado-nación plantea una serie de arbitrariedades en la constitución de los sujetos nación y de sus otros internos y configura fracturas y líneas de exclusión insoslayables. Aquellas personas que no se ajustan a la “comunidad imaginada” nacional y pretendidamente “desarrollada”, que no se ajustan a la norma o a los procesos de normativización nacionales y estatales, no son sujetos ciudadanos. La definición del sujeto nacional ha sido operativizada tanto a través del discurso jurídico como científico, donde múltiples ciencias han formulado desde sus perspectivas disciplinares quiénes son y quiénes no son sujetos de la Nación, y luego cómo transformarlos a través de políticas estatales de asimilación y desentitización. Toda una maquinaria orquestada de manera que los discursos contruidos desde el sistema capitalista se transforman en discursos y políticas de estado que defienden la fantasía de una nación en vías de desarrollo.

La perspectiva del colonialismo interno permite pensar cómo las fracturas internas que se crean en la delimitación de los estado-nación “postcoloniales”, líneas de fractura que se remontan al

³ En ¿Quién le canta al Estado-Nación? (2009) Judith Butler junto a Spivak cuestionan el nexo inquebrantable que se ha establecido entre Estado y Nación y conversan acerca de qué posibilidades existen de crear otras formas de identidad que no sean la nacionalidad. Butler comienza comentando un acontecimiento que causó mucho revuelo en Estados Unidos y es cuando migrantes latinoamericanos (mexicanos en mayor medida) cantaron el himno nacional estadounidense en español como forma de manifestarse acerca de su condición de migrantes en el territorio estadounidense. El presidente George Bush respondió prohibiendo que se cantara el himno en otra lengua que no fuera la “nacional”. Este suceso dispara en las autoras ciertas discusiones acerca de qué significa la idea de una nación asociada a través del guión inquebrantable al Estado y qué otras formas de identidad podemos fomentar fuera de la nacionalidad.

sistema colonial, elaboran un paisaje social que decanta en prácticas de discriminación y exclusión, económicas, pero también sociales, psicológicas y culturales. La “postcolonialidad” en Latinoamérica ha sido objeto de muchas reflexiones y objeciones entre las cuales se encuentran la teoría del colonialismo interno, de cuyas raíces se alimentan la “colonialidad del saber” y la decolonialidad (Torres Guillén 2014 en Martins 2018). Sistematizada por González Casanova en 1963 y retomada, mejorada y especializada por diferentes autores, esta teoría ha denunciado que el período republicano de los estados latinoamericanos no ha sido el fin del colonialismo y que las jerarquías de clase, etnia, raza y género, así como las prácticas económicas, políticas y culturales propias de la colonia se han articulado simultáneamente y siguen operando bajo el concepto de estado-nación. Tal como explica Martins “...la jerarquía de valores coloniales fundada en distancias pre-reflexivas, legitimada por prejuicios relacionados con la presunta superioridad de los europeos sobre los otros influye directamente en la organización del poder colonial, del estado y del mercado” (Martins 2018, 316).

La dominación colonial no se ha basado únicamente en la explotación económica sino también en la humillación moral y la incorporación de aquellas sentencias discriminatorias (no ser blanco, no ser varón, no ser europeo). En este sentido, acerca de *lo interno o lo internalizado*, Silvia Rivera Cusicanqui ha señalado que para que las relaciones de poder colonial se mantengan es necesario que las hayamos internalizado como sujetos (Rivera Cusicanqui 2012 en Martins 2018). El colonizado incorpora como horizonte asumir la categoría de colonizador, y la cultura colonizadora se encarga de mantener en su estatus bajo a los colonizados. A su vez, el colonialismo interno puede pensarse tanto para las relaciones internacionales y transnacionales como para las relaciones internas de cada país. Las formas que tomaron las prácticas y relaciones coloniales han marcado a cada país de una manera particular y estas han guiado también el establecimiento de los estado-nación de cada uno, en tanto que las construcciones identitarias nacionales se basan sobre la jerarquización étnica, racial, de género y de clase entre sus habitantes. Esa jerarquización provoca las fracturas internas, es decir, los otros internos que definen qué es nacional y que no lo es.

En Ecuador la desarticulación de las poblaciones originarias y su reacomodación en un régimen colonial fue configurando, especialmente en las tierras altas, el *régimen de hacienda* como

sistema de dominación social, cultural y económico, basado en jerarquías racializadas (Breton 2012). El régimen de hacienda o la hacienda puede ser definida a primera vista como una unidad de producción, basada en la explotación de trabajadores y trabajadoras en provecho de un patrón terrateniente, sin embargo, conformaba un sistema denso de relaciones horizontales y verticales atravesadas por una economía moral, paternalista y racista, volcada a sostener el poderío económico, social y cultural de la clase alta ecuatoriana (Bretón 2012).

Pensado también como un sistema de administración de poblaciones (Guerrero en Bretón 2012), el régimen hacendatario se configuró desde mediados del siglo XVII, y en 1857, con la supresión del tributo indígena, pasó a administrar de forma difusa, variada y privada, las poblaciones indígenas en un claro acto de abandono y no reconocimiento del estado republicano (Bretón 2012). Esto permitió a la clase terrateniente serrana erigirse como uno de los actores políticos de mayor incidencia en el país puesto que no solo acumularon un enorme capital económico, sino que el sistema de relaciones establecido en la hacienda permitía la movilización masiva de población indígena en su favor. El poderío de los terratenientes sobre sus latifundios y por tanto sobre las masas indígenas que en ellos habitaban dictaba un poder político que muchas veces se tradujo en el caudillismo o el gamonalismo (Quintero y Silva 2001). Esto significó que durante mucho tiempo las poblaciones indígenas y campesinas se relacionaran con formas de organización local como “...una comunidad, una localidad, un gremio, un sistema de hacienda, una clientela o un grupo de parentesco, antes que con una *nación*” (Kingman 2002, 3). Como dice Bretón:

(...) durante muchas generaciones fue inconcebible para el común de los mortales un mundo sin haciendas, pues la vida en hacienda era percibida como un componente del orden natural de las cosas (Lyons, 2006: 52 y 129). A lo largo de todo ese ciclo de más de tres siglos, tal régimen se erigió como un engranaje de explotación del campesinado indígena, como un sofisticado dispositivo de legitimación del orden existente y en el elemento central de los entramados de control y de gobierno de poblaciones, por medio del manejo oligárquico de los poderes locales y la intermediación con la sociedad más amplia (colonial o republicana) en la que éste se insertaba. (Bretón 2012, 40).

Frente al poderío político y económico de los terratenientes serranos comenzó a gestarse en Guayaquil una incipiente burguesía-mercantil basada en el modelo económico de plantaciones y exportación, lo cual fragmentó el país en regiones con estructuras, relaciones interétnicas y productivas bien diferenciadas. De todas formas, el sistema de relaciones interétnicas desiguales dictadas por el esquema colonial distinguía una “República de los Indios” y una “República de los blancos”, fenómeno que identificaba a los terratenientes y la burguesía-mercantil como clase dominante (Quintero y Silva 2001).

Cada uno de los ejes vertebradores del régimen hacendatario encontraría puntos de resistencia por parte de la comunidad indígena-campesina que lejos de estar desmovilizada y desarticulada, conformaba un sistema de relaciones económicas y simbólicas fundamentales para su posterior organización y movilización política. A partir de 1950 el sector agrario del país aumentaría cada vez más los niveles de conflicto y el régimen hacendatario comenzaría a sentir la presión de la Reforma Agraria. No solo sentía la presión del movimiento indígena que crecía cada vez más sino también comenzaba a ser observada como un sistema económico atrasado y precapitalista que impedía el desarrollo del país (Bretón 2012).

Es importante notar que, en el marco de la hacienda, pero también en el imaginario nacional ecuatoriano la población afro no forma parte de la constitución de “lo nacional”, ni siquiera como sombra o contrapunto de lo blanco. Esto significó que “En la imaginación oficial de la *ecuatorianidad*, no hay lugar para los negros: deben estar en la periferia. Constituyen *el último Otro* [un no ciudadano], una especie de aberración histórica, un ruido en el sistema ideológico de la nacionalidad” (Rahier 2003, 300; en Vera Vega 2019).

Si bien el régimen hacendatario como tal encontró su fin en la reforma agraria de 1964 y 1973 (Bretón 2012), el sistema de dominación simbólico basado en jerarquías racializadas que constituyó durante esos 300 años encuentra continuidades hasta hoy, aunque bajo otros modelos económicos y otras políticas estatales, en las relaciones interpersonales, intrainstitucionales e interregionales del país.

Un ejemplo de esto es el proyecto de mestizaje que vivió el Ecuador, junto a otros países latinoamericanos. Luego del proceso de liberalización y secularización del país de inicios de siglo XX, la urbanización y desarrollo mercantil sumado a la ampliación en la comunicación y transporte entre territorios, permitió una mayor movilidad desde el sector rural a las ciudades. Algo que alertó a las elites ciudadinas y movilizó toda una serie de estudios científicos, políticas públicas y discursos orientados a reconocer y catalogar a la población, caracterizar los elementos indígenas, cholos, negros y mulatos de la nación, entendidos como negativos, y promover las características blancas entendidas como positivas (Kingman 2002). Este proceso de “civilización” y “mejoramiento de la raza” fue impulsado bajo la carátula de *mestizaje*, proceso por el cual se invisibilizó la población indígena y negra y se disimularon las relaciones de poder colonial que articulaban clase, etnia, género, sexo y raza de manera desigual.

El *mestizaje* puede definirse como una ideología nacionalista en Latinoamérica que ha impulsado un proceso de homogeneización de cara a la economía internacional, aunque manteniendo una heterogeneidad suficiente para marcar diferencias de clases, es decir, sostener desigualdades (Wade 2003). Como ideología nacionalista impulsada por la elite de cada país, el mestizaje ha resultado en un proceso de blanqueamiento de la población mediante la exclusión de los elementos indígena y negro. Esto ha llevado a pensarlo como “una ideología todo-inclusiva de la exclusión” (Stutzman 1981 en Wade 2003), una realidad que ha golpeado crudamente la realidad de los pueblos colonizados e “incluidos” en los estado-nación latinoamericanos. Aún autodenominándose como sociedad blanco-mestiza, invisibilizando los componentes indígenas y negros de la población y la cultura, en la práctica la sociedad ecuatoriana organiza el paisaje social en un riguroso y jerarquizado catálogo de personas blancas, indígenas, cholos, personas negras y mulatas, así como también entre sierra y costa, campo y ciudad (Kingman 2002).

Entre la década del 50 y el 80, en Latinoamérica y otras partes del mundo, el proyecto político y cultural de la Nación se vio entrelazado con la idea de *desarrollo*, concepto que fue incorporado acríticamente como una “necesidad” y como valor representativo (Bretón 2013). Los términos etnicidad (asociada a lo indígena) y atraso se conjugaron para denominar aquel sector de la sociedad que impedía la modernización y el desarrollo de los países latinoamericanos y que en última instancia debía realizar un salto cualitativo para equipararse con aquellos sectores que sí

cumplían con los requisitos necesarios para ser competentes en el mercado mundial (Bretón 2013). Así se conjugó el modelo nacional-desarrollista en Ecuador que distinguió la alteridad cultural como un obstáculo y volcó todos sus esfuerzos en poner en práctica herramientas que, disfrazadas de relativismo e indigenismo, pudieran alisar los relieves culturales y económicos que representaban este sector de la sociedad. Abrir las comunidades indígenas-campesinas al mercado, incorporarlas al aparato estatal, para constituir los sectores más bajos, pauperizados y dependientes del modelo neoliberal (Bretón 2013).

De manera que muchos de los elementos que configuraron el orden simbólico del sistema colonial siguen operando hoy día, bajo las carátulas de mestizaje y desarrollismo, dibujando el paisaje social con relaciones étnicas racializadas y jerarquizadas. Los elementos indígenas y negros, así como los mestizajes biológicos y culturales, siguen constituyendo los puntos más bajos y vulnerados del paisaje social y económico. Así mismo, la relación entre las regiones costa y sierra constituyen relaciones tensas, fruto de la competencia política y económica entre la burguesía guayaquileña y los terratenientes hacendatarios de la sierra y la racialización regional. Un sistema de relaciones complejo que de manera implícita y explícita sigue sosteniéndose sobre jerarquías racializadas y construye subjetividades bajo el esquema de nacionales y alternas.

2. Prácticas higienistas y el Hospital Psiquiátrico San Lázaro

Luego de analizar cómo se construyó la noción de otro interno en Ecuador y cómo el mestizaje formó parte de la normalización del sujeto ecuatoriano, es posible pasar a una revisión más concreta que permita comenzar a entender las relaciones que se orquestaron entre locura y *otros internos*. En esta segunda parte del capítulo analizaré el desarrollo del Hospicio y Hospital San Lázaro y las prácticas higienistas impulsadas en Ecuador como ejercicio concreto de la norma que superpone el fenómeno del mestizaje con el control simbólico, físico y económico de la población. Para ello es necesario remitirnos al último tiempo del gobierno colonial español en que se adoptan una medida de reformas orientadas a pensar la población como sujeto de control en su totalidad a la vez que de manera detallada e individualizada. En este tiempo es posible ubicar la fundación del Hospicio Jesús, María y José, luego conocido como Hospital Psiquiátrico San Lázaro de la ciudad de Quito.

Los cambios ocurridos en Europa en el siglo XVIII con la aparición de la biopolítica como técnica de control de las poblaciones y su medioambiente son incorporados en los territorios coloniales de la corona española por las reformas borbónicas, buscando mejorar la productividad de la población y controlar su crecimiento interno. Según Castro-Gómez (2011) las relaciones establecidas entre capitalismo, biopolítica y estado desde el siglo XVIII han configurado una “compleja malla de saber/poder desde la cual adquieren sentido los proyectos de ‘integración latinoamericana’” (Castro-Gómez 2011, 77). De esta manera las poblaciones asentadas en los territorios coloniales establecidos en América pasan de una explotación desmedida a una explotación marcada por el control poblacional, es decir, la corona española pasa a gestionar la vida de los sujetos para que sea más productiva. Como dije en el capítulo I la medicina tomará un papel fundamental en el tratamiento del “cuerpo social” y la psiquiatría se constituirá como parte de esta nueva “higiene pública” tomando su lugar en el tratamiento de las enfermedades propias de las estructuras urbanas y encargándose de tratar “el peligro social” que podía convivir en la locura (Foucault 1999).

La historiadora Landázuri Camacho (2008) asegura que si bien las prácticas de higienismo, como medida estatal, llevaban mucho tiempo en Europa, su primera aparición en Quito presentó acciones superficiales y desvinculadas entre sí, y recién fueron implementadas de manera sistemática para el siglo XX. Estas políticas tenían por objetivo crear y mejorar una clase obrera o un asalariado urbano productivo, para lo cual era necesario crear y promover condiciones físicas y conductas sociales e higiénicas que organizaran la vida urbana (Kingman 2002). En su análisis sobre la implementación de políticas higienistas, Eduardo Kingman explica que las políticas salubristas presentan tres momentos de implementación a partir del siglo XIX, a excepción de algunas acciones de fines del siglo XVIII, con poca llegada a la ciudadanía quiteña (2002).

El primer momento se caracteriza por llevar adelante prácticas de limpieza y ordenamiento dirigidas por la policía y llevadas a cabo por cuadrillas de indígenas (barridos de las calles, traslado de enfermos y muertos de pestes) durante todo el siglo XIX. Este momento se caracteriza por una idea de beneficencia y adecentamiento de la ciudad, sin que haya políticas públicas ni organismos especializados encargados de impulsar y organizar la tarea.

En la ciudad de Quito, una de las primeras medidas que se toman en este transcurso hacia la adopción de políticas higienistas es la inauguración del Hospicio Jesús, María y José a finales del siglo XVIII. El mismo se abre en 1785 por orden de la Corona Española y ejecutado por la Real Audiencia de Quito, a cargo del Consejo Municipal. Si bien su objetivo original es alojar mendigos y ancianos abandonados, llegan al hospicio borrachos, vagabundos, prostitutas, niños huérfanos, locos y enfermos de lepra, llevados por la policía de la ciudad y las familias, similar a los viejos hospicios europeos. En 1816 se registran 6 locos de 118 internos, y para 1896 se abre el sector destinado al Manicomio, cuyas “loqueras” se llaman San Lázaro para hombres y Santa Magdalena para mujeres. Durante todo este tiempo el manicomio es más bien un lugar físico donde encerrarlos, bajo la premisa de que la locura se cura con el encierro, o al menos así no estorban tanto (Landázuri Camacho 2008). Los enfermos de lepra, que provienen de diversas clases sociales, se van convirtiendo en la población más numerosa del hospicio, en honor a los cuales se inaugura un sector para el hospital y la institución pasa a llamarse “Hospicio y Hospital San Lázaro”. No es casual que quienes se encargan de trasladar y enterrar los muertos de lepra dentro del hospital son los locos (Landázuri Camacho 2008).

La historiadora Landázuri Camacho sostiene que existía un adentro y un afuera muy marcados y *desvinculados* entre el hospicio y la ciudad (Landázuri Camacho 2008). Los problemas y las luchas sociales que sucedían en Quito, incluso cerca del barrio San Sebastián (como por ejemplo la revuelta iniciada en San Roque por el asesinato de Eloy Alfaro) no habrían repercutido dentro de la institución. Sin embargo, la fiesta por el día del leproso, la instalación de múltiples licorerías en el barrio y el consumo de alcohol dentro y fuera del hospital, la entrada y salida de asilados, las visitas para reírse de los locos, muestran una vinculación muy fluida con la ciudad desde el momento en que se funda.

Bajo el gobierno del conservador García Moreno, entre 1860 y 1875, el hospicio es puesto bajo la dirección de la Conferencia de San Vicente de Paúl y la administración de monjas de la Caridad, ambas congregaciones religiosas francesas (Landázuri Camacho 2008). En general la institución presenta superpoblación y condiciones laborales paupérrimas tanto para las monjas de la Caridad como para los auxiliares de limpieza y vigilancia. En cuanto a los asilados se encuentran en

condiciones extremas de hacinamiento, mal estado de higienización, poco abrigo y poca y mala alimentación (Landázuri Camacho 2008).

Los intentos por mejorar las condiciones de vida del hospital se suceden durante un siglo y medio. En 1864 algunos enfermos de lepra alfabetizados, redactan una carta al presidente García Moreno quejándose de las condiciones del hospital, en un contexto en que él mismo ha nacionalizado los hospitales. Algunos funcionarios y médicos que entre el siglo XIX y el XX comienzan a visitar y trabajar regularmente en el hospital también encuentran oídos sordos en la burocracia estatal (Landázuri Camacho 2008). Estas acciones pueden pensarse como parte del segundo momento de las políticas higienistas caracterizadas por Kingman en que aparecen los primeros higienistas, sin embargo, sus ideas encuentran muy poco eco en la sociedad (Kingman 2002).

En su tesis de maestría José Peñaloza Poma plantea algunos hitos importantes que dan cuenta de cómo se fue transformando el concepto de loco y la presencia de la disciplina psiquiátrica en Quito (2015). En 1885, bajo la nueva administración de la Conferencia de San Vicente de Paúl y las Hermanas de la Caridad, se ordena cerrar las puertas al público que visitaba regularmente el hospicio para observar, como un espectáculo, los locos. En 1889 el reglamento para el servicio de Guardia de la policía Urbana ordenaba capturar tanto animales como locos sueltos, ubicándolos en el mismo nivel. Este concepto de cercanía con la animalidad, planteado por Foucault (2015; 2008; 1999), se visibiliza también en el trato recibido dentro del hospicio: uso de cepo, cadenas, habitaciones cerradas con colchones en sus paredes, falta de baños, vestimenta con harapos y comidas en platos de piedra.

El ingreso de médicos a inicios de siglo XX inicia la disputa entre la autoridad religiosa de las monjas y la autoridad psiquiátrica de los médicos dentro del hospicio. Retomando el análisis de Foucault en *El poder psiquiátrico*, José Peñaloza Poma plantea que la nueva concepción del loco como enfermo mental y la psiquiatría como el saber médico dentro del Hospicio y Manicomio San Lázaro exige ejercer autoridad desde la figura del médico como *fórmula que completa la curación del enfermo*; el cual, más que curado, es disciplinado (2015). Las prácticas de castigo implementadas por las monjas de la Caridad no desaparecen con el ingreso de los médicos y la

paulatina incorporación de métodos de disciplinamiento psiquiátrico (Peñaloza Poma 2015). La disputa por la autoridad entre medicina y religión dentro del hospital dura alrededor de 50 años. Las quejas y críticas de enfermos y médicos son escuchadas recién a inicios del siglo XX en el momento en que las reformas liberales proponen separar la iglesia del estado. Este es el tercer momento de incorporación y puesta en práctica de medidas higienistas caracterizado por E. Kingman (2002) donde prevalecieron criterios científicos de la medicina social. Impulsado por la segunda ola de higienistas, se incorporan la observación y la experimentación, bases del conocimiento científico, para desarrollar prácticas y políticas certeras. Las políticas se destinaban a la mejora de los cuerpos individuales y el cuerpo social, así como la modificación de las costumbres, a través de la célula familiar. Las políticas médicas e higiénicas se comprometían con las transformaciones arquitectónicas (construcción de “viviendas higiénicas”), sumadas a las ideas y representaciones de la familia obrera, como “formas ‘decentes’ de existencia popular” (Kingman 2002, 111). Esto implicaba instalar la idea de vida popular basada en la imagen de la familia nuclear obrera europea, lejos de la familia ampliada, modelo que prevalecía en la clase popular quiteña. El discurso que imperaba era el de “mejorar la raza”, o mejorar el ser nacional, como decía un diario de la época: “el secreto para que la nacionalidad prospere y la raza se fortifique” (Periódico *El día*, 2 de febrero de 1934, en Kingman 2002). El mismo discurso que toman los primeros médicos especializados en psiquiatría y criminología en el país, algo que retomaré más adelante.

Esto no implica mejoras importantes en las condiciones de vida dentro del Hospicio y Hospital San Lázaro, pero se posicionan los médicos como directores del hospital y las monjas de la Caridad son finalmente relegadas al rol de enfermeras, quedando todos sus conocimientos desprestigiados (Landázuri Camacho 2008). La incorporación de médicos como directores del hospital, y no como trabajadores que visitaban de vez en cuando pacientes críticos, responde tardíamente a la transformación tecnológica del hospital moderno en Europa de finales del siglo XVIII: la medicalización del hospital y la elaboración de una medicina hospitalaria (Foucault 1999). Esta transformación es producto de la incorporación progresiva de distintas formas de control social, disciplinas, destinadas a construir el proceso de individualización de los sujetos y de control poblacional. En este proceso los hospitales dejan de ser el destino de muerte y

redención de los pobres, sino el lugar de curación de los enfermos; y los hospitales psiquiátricos el lugar de curación de los enfermos mentales (Foucault 1999).

En 1911 todos los enfermos de lepra, 41 hombres y 50 mujeres, son trasladados al Lazareto de Pifo, en las afueras de la ciudad. Esto descongestiona el hospital San Lázaro, aunque deja, momentáneamente, sin motivos su condición de hospital, puesto que este servicio se prestaba especialmente al tratamiento de la lepra y no de la locura como enfermedad mental (Landázuri Camacho 2008). La decisión de trasladar y aislar completamente a los enfermos de lepra de la ciudad es tomada por la administración civil de la Junta de Beneficencia de Quito en el marco de las medidas de higienización de la ciudad (Landázuri Camacho 2008).

Según Kingman las políticas salubristas tuvieron una llegada desigual en las clases sociales de la ciudad andina, interpretadas desde una perspectiva racista propia del sentido común ciudadano. Esto implicó prácticas de exclusión y separación, como la prohibición de vestimenta y costumbres indígenas en “espacios públicos” (como criar animales o vender comida en la calle) producto de la confusión entre prácticas higienistas y prácticas de ornato. El ornato se anclaba en preferencias y formas de pensar de las élites, basadas en la exclusión del *otro* (en este caso la clase popular mestiza, negra e indígena). El higienismo en cambio se basaba en la organización y adecuación de la vida de la clase popular pensando en una mejora de la productividad urbana (Kingman 2002). Sin embargo, las políticas higienistas seguían operando en clave de homogeneización o de limadura de las diferencias, puesto que posaban su mirada en modelos de vida familiar importados, así como también en modelos de ciudades europeas, y anhelaban modelar la población nacional en una homogénea y europeizada.

Si las prácticas de exclusión de la ciudad llevadas a cabo bajo la nómima de ornato y salubridad se posaban sobre el rechazo a las costumbres y presencia indígenas y negras, ¿cómo se traduce esto en la composición de la población asilada en el Hospital y Manicomio San Lázaro? Y ¿qué otras exclusiones se sumaban? Cabe recordar que quienes trasladaban y enterraban enfermos de pestes fuera del hospital eran los indígenas, y dentro del hospital los locos, ¿existe ahí una superposición de exclusiones?

3. El desarrollo de la psiquiatría en Ecuador y la inauguración del Hospital Especializado Julio Endara

El conflicto que provocó el ingreso de los médicos al Hospicio y Hospital San Lázaro se vio acompañado no solo del desprestigio del conocimiento de las monjas sino también de un desconocimiento total sobre “enfermedades mentales” y prácticas de curación indígenas (Landázuri Camacho 2008). Para 1913 se abre la primera cátedra de psiquiatría en la carrera de medicina de la Universidad Central del Ecuador, de forma que los médicos que ingresan y comienzan a dirigir el hospital tienen una formación somera en psiquiatría. Sin embargo, el flujo de información entre Europa, Latinoamérica y Ecuador es importante, y la medicina y las prácticas científicas se basan en el modelo europeo (Landázuri Camacho 2008). Para esa época, tanto en Europa como Latinoamérica la psicología, la psiquiatría y la criminología confluyen constantemente en la elaboración de perfiles de criminales, donde se combinan características psicológicas, sociales y raciales (Foucault 1999). En Argentina tenemos a José Ingenieros uno de los científicos más destacados de Latinoamérica especializado en el tema, y en Ecuador está Julio Endara, un joven científico de la época formado en Europa y muy instruido por los avances en psiquiatría y criminología, quien sigue al argentino de cerca.

En el hospital continúan las mismas condiciones de castigo durante todo el siglo XX y se suma a la idea de sin-razón, que emparentaba la locura con la animalidad y justificaba la práctica de visitas para observar los locos por diversión, el concepto de enfermedad mental y de peligrosidad en la población (Peñaloza Poma 2015). A la utilización de cadena, cepo, camisas de fuerza y abscesos de fijación⁴ se suman el avance farmacológico, el interrogatorio y la terapia electroconvulsiva (a partir del 40) (Landázuri Camacho 2008).

La incorporación del interrogatorio ocurre en 1925, con el ingreso de Julio Endara al hospital como director *ad-honorem*. Esos interrogatorios eran incorporados a las fichas de los pacientes y permitía realizar un perfil social, económico y psicológico de los individuos, registrar las observaciones y avanzar en la construcción del conocimiento científico. De esta manera, el

⁴ El absceso de fijación es provocado por la inyección de trementina en una de las piernas, lo que genera una infección en la persona y la inmoviliza (Landázuri Camacho 2008).

hospital se vuelve laboratorio de observación psico-social. A pesar del esfuerzo de médicos y practicantes de medicina, la policía y las familias siguen enviando indiscriminadamente a quienes no encajan o no cumplen con los estándares de normalidad, siendo pacientes psiquiátricos, borrachos, o personas con “retraso mental”, a quienes las monjas permiten el acceso sin consultar a los médicos y sin elaborar estas fichas (Landázuri Camacho 2008). En la disputa por la autoridad dentro del hospital los médicos necesitan tener control total del ingreso y el egreso de pacientes. El uso de los interrogatorios y la elaboración de fichas es crucial para la práctica de disciplinamiento psiquiátrico en cuanto fija la identidad y otorga saber/poder al médico psiquiatra (Foucault 2008; Peñaloza Poma 2015).

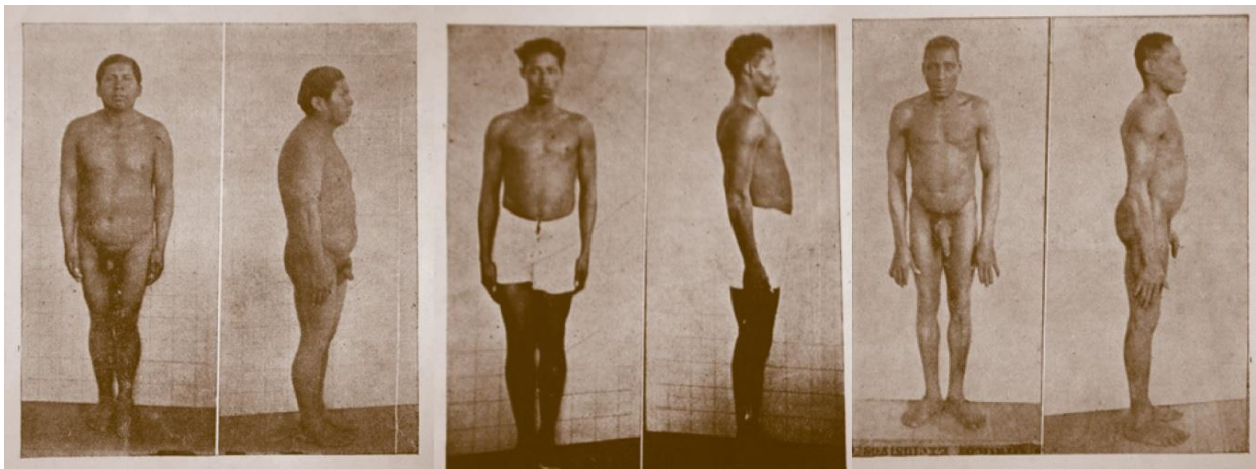
En la década del 40’ Fernando Casares de la Torre ingresa como director y pone todo su esfuerzo en trasladar el manicomio fuera de la ciudad, en un recinto que presente mejores condiciones tanto para quienes están internados como para los profesionales y trabajadores que en él residen y/o trabajan. El hacinamiento, la falta de higiene, la escasez de sanitarios y duchas para los pacientes torna imposible la vida en el hospicio. Y a pesar de estar utilizando los métodos más modernos de “cura” para la época, como la terapia de convulsión, la narcolepsia o el tratamiento de shock insulínico, los pacientes externados no reciben servicio externo para lograr sostener la vida fuera de la institución y vuelven al hospital una y otra vez (Landázuri Camacho 2008). Otra explicación que dan los médicos sobre la imposibilidad de llegar a una “cura” es el “exceso de autoridad religiosa por sobre la médica”, indicado en varias cartas escritas por el doctor Casares de la Torre a la Junta de Beneficencia (Peñaloza Poma 2015).

Volviendo sobre el posicionamiento de la psiquiatría como pilar fundamental de la seguridad y la higiene pública, cuyo discurso y prácticas aportan en crear esa autoridad, tener la última palabra sobre quiénes son, qué son y qué se debe hacer con estas personas es fundamental. La práctica del interrogatorio - recordemos la confesión como método de conocimiento en la *scientia sexualis* (Foucault 2005)- y la elaboración de fichas, esa práctica de panoptismo pangráfico que dice Foucault (2008; 1999), operan en ese sentido: dar razón de ser a la psiquiatría.

La práctica de diagnosticar la locura se entremezcla con la de diagnosticar el peligro. Y hay una necesidad fundamental en conocer quiénes son las personas que conforman la población nacional

y dónde está aquello cuya existencia opera peligrosamente contra lo “nacional”. La conformación de la identidad nacional es clave para poder establecer el estado moderno con firmeza, y las ciencias son consideradas la mejor fuente de conocimiento para ello. Diagnosticar es también “arreglar”, modificar, mejorar la “raza” de cada país, y hacer desaparecer las diferencias que tanto desordenan y afean las ciudades (Landázuri Camacho 2008). En la década del 30’ Julio Endara introduce en el Ecuador el test de Rorschach, diseñado para realizar perfiles psicológicos. En 1936 funda el Instituto de Criminología, donde realizan investigaciones acerca de la incidencia de la biología en los perfiles criminales, la hipótesis es que la degeneración biológica (causada por el mestizaje) puede provocar perfiles más criminales que otros. La tesis proviene de la antigua teoría de Lombroso. Estas investigaciones se publican en la primera revista de psiquiatría de Ecuador: “Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas” (Landázuri Camacho 2008).

Imagen 1. “Estudio constitucional en el delincuente ecuatoriano”.



Fuente: José Cruz Cueva (1937 en Landázuri Camacho 2008, 286-287).

Estas fotos se ven acompañadas de categorías provenientes de la antropología física que ayudaban a caracterizar el perfil criminológico y psicológico de cada uno de los sujetos estudiados. “Pícnico”, “Asténico” y “Displásico” catalogan a cada uno según su tamaño y

organización corporal. Más allá de esto, su aspecto general coincide con el de las clases populares indígena-negro-mestizas, objeto de estudio y razón de ser de estas disciplinas mixtas.

Un informe sobre la cantidad de asilados en el Hospicio San Lázaro de 1951 revela una población numerosa y muy heterogénea: 11 de Carchi, Imbabura 30, Pichincha 140, Cotopaxi 33, Tungurahua 40, Chimborazo 17, Bolívar 8, Azuay 9, Loja 6, Manabí 1, Los Ríos 3, Guayas 6, Oriente 2, Colombia 6, Desconocido 10 (Landázuri Camacho 2008). La población más numerosa proviene de fuera de Pichincha y se concentra principalmente en Imbabura, Cotopaxi y Tungurahua. No es posible saber quiénes los enviaban desde estos sectores ni el motivo de ingreso, o si tal vez pertenecían a estos sectores, pero, como gran parte de la población obrera, residía temporalmente en la ciudad de Quito, utilizando la doble localidad como estrategia de mestizaje (Kingman 2002).

Para 1957 Agustín Cueva Tamariz publica “Realidad Psicobiológica del Indio Ecuatoriano” en un congreso de Sociología, donde reconoce la enorme variabilidad étnica en el país y afirma que los indígenas presentan “las características de una *verdadera normalidad*” (Cueva Tamariz, Evolución de la Psiquiatría en el Ecuador, Cuenca, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1966, pp. 142-3, en Landázuri Camacho 2008). Mientras la ciencia ecuatoriana se complace con publicar estos “descubrimientos”, en el San Lázaro y la sociedad siguen aduciendo ciertas características “patológicas” a la raza o al ser indígena (Landázuri Camacho 2008).

La inauguración del Hospital Especializado Julio Endara, originalmente llamado Hospital Psiquiátrico de Conocoto, se realiza en 1953. Esto permite descomprimir el Hospicio y Manicomio San Lázaro, pero la decisión es trasladar solo quienes tienen una posible “curación”, los “crónicos” quedan en el manicomio de la calle Ambato. El nuevo psiquiátrico cuenta con los recursos y la infraestructura necesarias para llamarse hospital. El viejo manicomio es nombrado Hospital Psiquiátrico San Lázaro en 1972.

Frente a esta resumida historia del Hospital San Lázaro es posible identificar algunos puntos importantes acerca de cómo se ha transformado la relación entre el loco y el *otro interno* durante el desarrollo del estado-nación moderno ecuatoriano.

Los inicios del Hospital Jesús, María y José se adjudican a la necesidad de capturar y depositar aquellas personas que no cumplieran con los estándares de productividad y moralidad propios de la época. Al hospital llegan mendigos, prostitutas, borrachos, huérfanos, enfermos de lepra y ancianos entre los cuales se camuflan “locos”. Esta población, producto de la crisis económica mundial y regional, no es bien recibida en las calles de la Real Audiencia de Quito y es enviada mayormente por acción de la policía, aunque no dentro de un accionar sistemático del estado. El planteo de Foucault acerca de cómo se establecen las relaciones de poder y la multilocalidad de su ejercicio permiten comprender el desarrollo del hospicio como uno de los tantos espacios de gobernabilidad (Foucault 2007). A través del cuerpo policial – menos especializado que ahora–, e impulsados por el discurso del sentido común elitista, eran ingresados aquellos que desordenaban y afeaban la ciudad, aquellos que no encajaban en la idea de ser nacional que comenzaba a gestarse y que nadie quería ni sabía cómo hacerse cargo. Salvo los enfermos de lepra que en muchas ocasiones pertenecían a familias adineradas, la población que ingresaba al hospital pertenecía a la clase popular, compuesta por indígenas, negros y mestizos empobrecidos, los *otros internos*.

Acerca de la constitución de los sujetos, el reconocimiento y la posibilidad de relatarse a sí mismos, sólo los profesionales, trabajadores y enfermos de lepra alfabetizados son capaces de nombrar y denunciar aquello que sucede dentro del hospicio. Tanto los asilados como los trabajadores son objeto de olvido diferencial por parte del estado. La discriminación por género impide que el relato de las monjas de la Caridad, quienes administran el hospicio, aparezca en los registros; menos aún en el momento en que las reformas liberales separan iglesia del estado e ingresan los médicos como nuevas autoridades (Landázuri Camacho 2008).

No solo no aparecen sus voces en los registros escritos, sino que los asilados además no figuran en las fotografías tomadas a lo largo de la historia del hospital. Las fotografías mostradas por Landázuri Camacho muestran un hall, un jardín, pasillos, patios, todos vacíos. En el caso en que aparecen personas son monjas, directivos, médicos, trabajadoras sociales, practicantes, quienes posan para la foto, sin mostrarse en su labor. Sólo en la siguiente foto aparece un paciente psiquiátrico que se asilaba en el hospicio San Lázaro, en ella se encuentran: “de izquierda de derecha, de pie: Lauro Escobar del Valle y Edmundo Echeverría, alumnos internos residentes,

Jorge Escudero Moscoso; sentados: Fernando Casares de la Torre (director), Hugo Avilés (administrador), Luciola Arauz (trabajadora social), Julio Endara Cárdenas (médico psiquiatra)” (Landázuri Camacho 2008, 243).

Imagen 2. Alumnos residentes, profesionales y autoridades del Hospital San Lázaro. 7 de junio de 1955.



Fuente: Landázuri Camacho 2008 (2008, 243).

La autora nota esta presencia y acota: “Al extremo derecho, borroso en la foto como en la historia, un paciente mental que siempre se juntaba en estas ocasiones. El fotógrafo era un asilado del Hospicio. 7 de junio de 1955. Archivo personal de Lauro Escobar del Valle” (Landázuri Camacho 2008, 243).

Esta falta de representación en las fotografías y en los escritos recae también sobre personas indígenas y negras de la ciudad. En *La huella invertida* (2017) François Laso analiza, a través de las fotografías tomadas por José Domingo Laso a inicios de siglo XX, el conflicto social o el “malestar en la cultura” que existía entre las clases racialmente diferenciadas de Ecuador. La

representación exotizada de indígenas o el borramiento intencional de los mismos en las imágenes de exportación de la ciudad de Quito muestran igualmente una imposibilidad de representarlos como sujetos históricos (Laso 2017). Como explica Berlaffa en *Estéticas de la locura*, la estética, aquel sistema mediante el cual las imágenes impactan en nuestros sentidos y nos provocan una respuesta interpretativa o de juicio, más que visibilizar lo bello de una época, oculta aquello que es insoportable de percibir (2018). En *Vigilar y castigar* Foucault (2018) comenta que el traspaso de un poder soberano a uno disciplinario significó reducir las penas y los suplicios no para desaparecerlos sino para hacerlos más eficaces: pasaron de la arena pública a la arena privada de las instituciones como las cárceles y los hospicios. Castigar no sería más un espectáculo que diera lecciones sino un dispositivo microfísico y disperso de poder, oculto, negado a la visibilidad, y en esa invisibilidad reforzando el poder disciplinario (2018). La locura tiene su propio régimen estético, pasando de ser expulsada de las ciudades a ser encerrada, castigada y oculta dentro de las mismas (Foucault 2015; Berlaffa 2018). En cuanto a los hospicios y el encierro,

(...) estaba legítimamente aceptado que los muros eclipsaran aquel aspecto de la humanidad que resultara intolerable al paisaje urbano; sería esta la responsabilidad estética de la ciencia psiquiátrica: quitar del horizonte de visibilidad toda forma no aceptable a la norma y valores estéticos de la sociedad moderna, que incluían, además, una estética urbanística, ya que los manicomios se ubicaban en las afueras de la urbe o al menos en sus márgenes (Berlaffa 2018, 10).

Debido al cambio de concepción sobre los locos (de tontos a peligrosos) ya no será posible visitar el hospital San Lázaro para observarlos y divertirse a costa de ellos. Con el desarrollo de la antropometría, la criminología y la psiquiatría será posible representar aquellos personajes que suponen un relieve sobre la sociedad moderna, desarrollada, racional y blanca que se pretendía construir. No como sujetos históricos sino como objetos de estudio: en fotografías y en fichas médicas, los otros internos y los locos tendrán su mínima cuota de aparición mas no de visibilidad estética. El mestizaje será otra forma de ocultar o invisibilizar los relieves sociales y raciales, pero sin perder las desigualdades necesarias. En este sentido, no sólo la aparición o desaparición en imágenes fotográficas demuestra este régimen diferencial de visibilidad sino también la forma de discriminar la población, como por ejemplo la categoría “mestizo” y su mayoría representativa en las fichas de ingreso del hospital. Desde el absceso de fijación, el

shock insulínico y la terapia electroconvulsiva a los psicofármacos, los tratamientos utilizados dentro del hospital apuntarán igualmente a inmovilizar y suavizar la enorme diferencia que provoca la locura.

El advenimiento de la *humanización* de las políticas de posguerra hará que el tratamiento de la locura utilizado hasta ese momento pierda función estética, comenzarán a observarse como algo no tan aceptable y sobrevendrán otras formas de control distintas a la biopolítica y la disciplina corporal, lo que Lopez Corral llama *noopolítica* (2008): psicofármacos y estrategias de rehabilitación social (Berlaffa 2018). Ya no se trata de disciplinar el cuerpo, moldearlo, sino de persuadir a través del “cambio en las conductas y comportamientos a partir de la modificación de la memoria y las emociones” (Berlaffa 2018, 11). Modular los modos de subjetivación de manera que puedan incorporar el valor del consumo a través del trabajo y acomodar la mente a una imagen más “aceptable y armónica” a través del psicofármaco (Berlaffa 2018).

Hoy día el hospital San Lázaro se cerró y todas las personas que vivían allí internadas pasaron al Hospital Especializado Julio Endara, una institución cuya imagen (edilicia pero también de sus pacientes) es mucho más aceptable, digerible, aunque siguen operando lógicas manicomiales dentro. En contraste con el San Lázaro, este es un espacio limpio, bien cuidado, los pacientes visten uniformes, las salas tienen nombres en kichwa, entre otros aspectos. Pero tienen un orden estricto sobre los tiempos y espacios que pueden recorrer los pacientes, aún se utiliza terapia de electroshock, son infantilizados, obligados a asistir a terapia ocupacional, son medicalizados y los trabajos de reinserción comunitaria de aquellos que han sido calificados como crónicos y que viven ahí hace décadas (algunos incluso desde su infancia) son de bajo alcance o recaen en una reinstitucionalización.

Si bien la relación entre locos y *otros internos* no es transparente, sí puede entreverse en las mínimas pistas aquí analizadas. Esto no significa que haya una correlación directa entre ser indígena o afroecuatoriano y ser encerrado en un hospicio, pero sí permite vislumbrar ciertas relaciones establecidas entre quienes son considerados los otros internos, la pobreza y la locura. Es decir, entre aquellos cuyo estatus de *sujeto ciudadano* es puesto en duda o negado, la exclusión de la vida pública urbana y el discurso científicista que justifica en la materialidad del

cuerpo las diferencias sociales, culturales y económicas. Todos estos aspectos se han configurado como marcas de normalidad o anormalidad impuestas en múltiples niveles a través de diversos agentes (policías, representantes del gobierno, el estado, monjas, médicos, científicos), diversos discursos y diversas prácticas, pero que, en definitiva, apuntan al mismo sitio: ocultar, encerrar y modificar aquello que no se ajusta a la norma. Esto lleva a pensar que puede existir una superposición de exclusiones dentro y fuera del hospital, por operación de la norma en múltiples niveles, y que convierte a los pacientes psiquiátricos en una alteridad total, algo que retomaré en el capítulo etnográfico.

4. Institución psiquiátrica y lógicas manicomiales

Quisiera traer al cierre de este capítulo algunas definiciones y datos que observan con mirada crítica las instituciones psiquiátricas en la actualidad. Conceptos tales como “institución total” (Goffman 2001) y lógicas manicomiales me acompañarán a lo largo de la etnografía para caracterizar prácticas recurrentes dentro del hospital que apuntan a producir el sujeto psiquiatrizado y que anulan o desconocen la potencia de la singularidad de los sujetos. Estos conceptos se encuentran en sintonía con los análisis realizados por Foucault (2001; 2008; 2015; 2018) y Deleuze y Guattari (Deleuze y Guattari 1985; Deleuze 2005; 2008;) sobre el desarrollo y desempeño de la psiquiatría en el campo de la salud mental y el hospital psiquiátrico. Según el *Informe anual 2019: El sistema de la crueldad XIII: sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires de la Comisión Provincial por la Memoria*: “La locura es más un asunto socio-político que médico y la característica esencial de la lógica manicomial es la exclusión: se excluye de la comunidad, se encierra en asilos, se recluye en celdas de aislamiento” (Comisión Provincial por la Memoria 2019, 230).

En 1961 Erving Goffman publica *Internados, Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, donde caracteriza las “instituciones totales” como aquellos locales “de residencia y trabajo donde un gran número de individuos de igual situación, separados de la sociedad por un apreciable período de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (2001, 13). Según el autor las instituciones totales se caracterizan por romper con la disposición básica de la vida moderna: todos los aspectos de la vida son realizados en el mismo lugar y bajo una única autoridad, todo es realizado con otro gran número de personas y todas son

tratadas de la misma forma, las actividades son establecidas rigurosamente en horarios y siguen un mismo objetivo, el de la institución (2001). Por otro lado, caracteriza las relaciones establecidas entre el grupo grande de personas internadas y el grupo reducido de personas que dirigen la institución. Goffman se interesará por la distancia establecida entre ambos grupos, los roles establecidos entre ellos (el grupo reducido vigila al grande), la existencia de estereotipos limitados y hostiles de uno y otro lado, la no movilidad social, el tipo de comunicación restringida y reglamentada, y cómo la comunicación entre internados y autoridades es mediada y restringida por los cuidadores (2001) - algo que Foucault analiza en *El poder psiquiátrico* como uno de los aspectos del poder disciplinar de la psiquiatría desarrollada por Pinel (2008). Bajo estas reglas los internados no tienen conocimiento de su diagnóstico, el tiempo que permanecerán internados ni cuál será el rumbo de su destino (Goffman 2001). En el inicio de “Manicomios, prisiones y conventos” realiza una clasificación somera y caracteriza a los sanatorios para tuberculosos, hospitales para enfermos mentales y leprosarios como aquellos “locales establecidos para cuidar personas consideradas incapaces de cuidar de sí mismas y que son también una amenaza a la comunidad, aunque de manera no intencional” (Goffman 1974, 17). Basaglia (1976) por su parte caracterizará el manicomio como una institución de control y segregación que, basada en la dicotomía razón-sin-razón, encarcela locos (lo irracional) para transformarlos en enfermos mentales (categoría racional), sujetos sometidos a la autoridad del psiquiatra (poseedor del saber, de lo racional). Esta relación de poder entre psiquiatras y enfermos mentales constituirá la receta de anulación de la subjetividad dentro del hospital, lo cual anula la posibilidad de emanciparse y encierra indefinidamente a las personas (1976).

En un contexto contemporáneo, Sylvia Faraone caracteriza la lógica manicomial como un proceso de segregación de sujetos indeseables, basándose en el concepto de peligrosidad e incapacidad, y construyendo relaciones de poder que inhabilitan o incapacitan a los sujetos a hacer algo con su malestar. Y a pesar de que haya un proceso de desinstitucionalización – en Argentina – estas lógicas siguen operando intra y extra muros (Faraone 2015), para lo cual es necesario promover un proceso de desmanicomialización.

Estas relaciones de poder se traducen muchas veces en distintas prácticas de abuso y sometimiento como la infantilización, el uso de denominaciones degradantes, castigos,

intervenciones corporales no consensuadas (como esterilizaciones), sobremedicalización, entre otras.

Las lógicas manicomiales encierran además procesos de cronificación de los pacientes que, debido a la imposibilidad de reinsertarse en la sociedad por la inexistencia de redes de contención e instancias medias de atención de salud mental, y exclusión laboral, permanecen institucionalizadas por tiempo indeterminado (Comisión Provincial por la Memoria, 2019).

Contexto de Ecuador y el Hospital Especializado Julio Endara.

En Ecuador existe un Plan Estratégico Nacional y un Modelo de Atención en Salud Mental 2015–2017 que propone una atención comunitaria de salud mental enfocada en la atención primaria, sin embargo, debido a la falta de presupuesto, falta de recursos humanos capacitados y una perspectiva biomédica que prioriza la disminución de los síntomas en vez de la comprensión integral de la salud mental, no ha conducido a una mejora significativa (Camas Baena 2018). En el informe de *Evaluación del sistema de salud mental en Ecuador* realizado por la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en colaboración con la OPS y utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) en el 2015, se constata la existencia de cuatro centros de salud mental comunitarios en todo el país, los cuales funcionan dentro de los centros de atención primaria y cuyos profesionales médicos y enfermeros no se encuentran debidamente capacitados. Asimismo, no cuentan con un servicio de psicología y psiquiatría estables sino por letra del modelo de atención de salud mental son itinerantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; OPS; Departamento de Salud Mental y Adicciones de la OMS2015). Para el año 2014 se registran en el Hospital Especializado Julio Endara (HEJE) 50 pacientes con déficit cognitivo severo, 37 pacientes crónicos, 27 pacientes agudos y 22 personas “judicializadas” o “inimputables” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; OPS; Departamento de Salud Mental y Adicciones de la OMS 2015). Desde el año 2013 el hospital lleva adelante un proceso de desinstitucionalización y reinsertión de pacientes a cargo de un equipo multidisciplinario que hasta el año 2015 había logrado reinsertar 10 en su núcleo familiar y 8 en unidades del Ministerio de Inclusión Social para adultos mayores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; OPS; Departamento de Salud Mental y Adicciones de la OMS 2015), es decir geriátricos

La prioridad de una perspectiva biomédica pondera la anulación de los síntomas por sobre la comprensión integral sobre el estado de salud mental de las personas. Esto deriva en muchos casos en la sobremedicalización y en el uso de terapias de electroshock o electroconvulsivas en el tratamiento. La sobremedicalización y la terapia electroconvulsiva son dos de las prácticas más denunciadas por los movimientos antipsiquiátricos y de desmanicomialización. Ambas intervenciones presentan un sinnúmero de efectos secundarios adversos además de una inespecificidad y desconocimiento en cómo funcionan. El principio de acción de la psicofarmacología se basa además en la inhibición de neurotransmisores, que equivale a anular los síntomas como delirios, alucinaciones, agresión, pero también demás aspectos que conforman el sujeto. Este estado de anestesia constante puede provocar salivación excesiva, mirada perdida, lentitud en los movimientos, falta o dificultad para comunicarse, temblor o estremecimientos corporales. En una entrevista realizada el 11 de septiembre de 2020, Esteban Bonilla, ex director asistencial del hospital⁵, explica que la psicofarmacología que se utiliza es muy similar a la de finales de siglo XX y que el espectro de medicamentos es muy estrecho: generalmente se usan los mismos psicofármacos para un diagnóstico de esquizofrenia como para uno de depresión. Los medicamentos más nuevos presentan menos efectos secundarios sin embargo son de un altísimo costo, por tanto, no son utilizados en el hospital. Por otro lado, explicó que el motivo para utilizar terapia electroconvulsiva es una falta de respuesta al tratamiento psicofármaco por parte del paciente. Este tratamiento se utilizaba en el Hospital Especializado Julio Endara con más frecuencia, y era aplicado sin anestesia, hasta la visita de la OMS en el 2015, momento a partir del cual comenzó a ser utilizada con baja regularidad, aplicación de anestesia y consentimiento del paciente o la familia. Retomando el tema de los pacientes crónicos, comentó que la permanencia indefinida en la institución deriva en casos de alto grado de institucionalización o cronificación en cuyo caso han perdido funciones sociales, como el habla, por falta de interacción y estimulación. También comentó que hasta el 2020 lograron reinsertar 37 pacientes, sin embargo, este proceso había significado en varios casos una reinstitucionalización.

En Ecuador la formación de especialistas en el campo de la salud mental se mantiene desde una perspectiva médica, “volviendo a la psiquiatría una experiencia fundamentada en el uso de

⁵ Esteban Bonilla es médico especializado en neurociencias. Durante el 2019 ocupó el cargo de director de docencia e investigación en el HEJE y durante inicios del 2020 hasta inicios de la cuarentena ocupó el cargo de director asistencial. En la entrevista del 11 de septiembre de 2020 Esteban ya no formaba parte del hospital.

fármacos” (Zúñiga Carrasco 2018, 44). Ni la formación académica ni las instituciones públicas han logrado hasta ahora construir otra forma de intervención en la salud mental que contemple prácticas comunitarias y de enlace factibles (Zúñiga Carrasco 2018). El fracaso de políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de atención en salud mental se debe también a “la influencia de intereses particularistas y gremiales y a la tenaz presión de las empresas farmacéuticas” (Zúñiga Carrasco 2018, 44).

Desde la década del 60 los movimientos antipsiquiátricos y desmanicomializadores abogan por construir un campo de salud mental multidisciplinario y de intervención comunitaria. La multidisciplinariedad permite quitar el protagonismo a la psiquiatría y por tanto a la visión biomédica de la salud mental, operando una intervención que contemple las problemáticas sociales, culturales y económicas. El carácter de intervención comunitaria apunta a trabajar desde la comunidad, previniendo la institucionalización, así como acortando los tiempos de institucionalización, y también otorgando valor a los saberes y recursos de la comunidad y los sujetos para poder tratar los problemas de salud mental. Hacer una intervención multidisciplinaria y cultural desde la comunidad o en el vínculo con la comunidad aporta a romper con el estigma de la peligrosidad y de la incapacidad de la locura. Un trabajo desde la intervención cultural e interdisciplinaria construye un espacio en el cual las personas usuarias del sistema de salud mental son alentadas a asumirse como sujetos protagónicos de una práctica y no como meros reproductores, algo que puede volver a caer en lógicas manicomiales.

Capítulo 3

Propuesta metodológica

A continuación, profundizaré en la propuesta metodológica, la cual parte de la etnografía como método de investigación antropológico y se articula con distintas herramientas teórico-metodológicas orientadas a reconocer y dar valor a los procesos de singularización dentro del hospital psiquiátrico. Estos procesos de singularización o de agenciamiento productivo, como dice Guattari, coinciden con “un deseo, con un determinado gusto por vivir, con una voluntad de construir el mundo en el cual nos encontramos, con la instauración de dispositivos para cambiar los tipos de sociedad, los tipos de valores que no son nuestros” (Guattari y Rolnik 2006, 29).

Esta propuesta conforma un proceso de micropolítica en el sentido que Guattari y Rolnik (2006) sostienen, un espacio que pretende trabajar desde los procesos de agenciamiento singulares, alejándose en la medida de lo posible de los procesos de individuación: potenciar la transformación y alejarse de los procesos de reificación individual. Como dice Guattari:

Cualquier emergencia de singularidad provoca dos tipos de respuesta micropolítica: la respuesta normalizadora o, por el contrario, la respuesta que busca encaminar la singularidad hacia la construcción de un proceso que pueda cambiar la situación, y tal vez no sólo localmente (Guattari y Rolnik 2006, 66).

1. Antropología, etnografía y arte

La relación establecida entre antropología, etnografía y arte han sido claves a la hora de elaborar el andamiaje de la propuesta metodológica de esta investigación.

Hacer antropología, según Tim Ingold, implica encontrar formas de conocer y sentir a través de un compromiso transformacional con las personas, dentro y más allá del campo, para encontrar un futuro común. Hacer antropología es abrir un espacio amplio, comparativo y crítico en las condiciones y potenciales de la vida humana. La antropología puede comprenderse dentro del “art of inquiry”, un concepto que establece pensar a través del hacer, la antropología como oficio y no como quehacer teórico. El acto antropológico en este caso no es describir o representar el mundo, significa en cambio abrir la percepción al mundo que habitamos para poder responder

ante ello, significa en pocas palabras ser corresponsales (Ingold 2015). De esta manera, Tim Ingold establece un concepto de antropología que nos devuelve al mundo que habitamos, lejos de las pretensiones objetivistas o positivistas de describirlo desde fuera. Y nos ubica además en un quehacer que transforma y avanza en el aprendizaje, donde el conocer y el ser no son escindidos sino comprendidos como caras de la misma moneda.

Por su parte, la etnografía se plantea como método de investigación antropológico por excelencia y como el trabajo de campo de la antropología (Velasco y Días de Rada 1997). En *Etnografías contemporáneas* (2011) Ferrandiz caracteriza la etnografía como un estado de “conciencia explícita”, entendiendo la etnografía como un método que es atravesado por la experiencia y la reflexividad. Esto implica que la etnografía comprende una elaboración constante entre situaciones específicas y contextos más amplios, pero también una mutua elaboración entre teoría y práctica. La obligada presencia en campo convierte la etnografía en una práctica de investigación abierta y flexible en la medida que el campo exige cierta creatividad y transformación de los supuestos previos y las técnicas pensadas de antemano por quien realiza la investigación (Ferrandiz 2011).

En un paralelismo entre la etnografía y el concepto de historia del ahora de Walter Benjamin, mi propuesta pretende enfocarse en el acontecimiento, en el detalle, las discontinuidades que rompen con la idea de linealidad y progresismo del historicismo, descubrir desde el ahora que las imágenes del pasado se componen de múltiples pasados y estratos de ruinas, y que estas imágenes, en cuanto elementos culturales, o cultura, son producto de la barbarie, de la historia apagada de los vencidos. Hacer etnografía, historia del ahora, será peinar a contrapelo las imágenes del discurso oficial, descubrir en el detalle la grieta encendida, los restos de aquello que no se quiere o no se puede ver.

Dado que la etnografía se define muchas veces a partir de la presencia en campo de quien investiga, es común que sea confundida, asimilada o acompañada por la “técnica” de la observación participante. Rosana Guber describe la observación participante como basada en la realización de diversas actividades cotidianas o extraordinarias con la comunidad, y se propone poner en práctica la escucha, la observación y la percepción atentas (2005). Tim Ingold explica

que la observación participante, lejos de ser una técnica de recolección de datos, es un “compromiso ontológico” en el que asumimos que “nos debemos al mundo en que buscamos conocer” (Ingold 2015). Es decir, la observación participante no es ni más ni menos que reconocer que formamos parte del mundo y que eso es lo que nos permite conocerlo. Tratar de conocerlo desde fuera es una pretensión propia de una concepción positivista que escinde conocer de ser. En este sentido, la observación y la participación son las dos caras de una misma moneda en la producción de conocimiento situado, por tanto, es imposible observar sin participar, así como participar sin observar (Guber 2005).

En la conceptualización de Ingold, la observación participante se vincula directamente con la práctica antropológica al definirla una como compromiso ontológico y otra como oficio en que práctica y teoría se desenvuelven en un vaivén constante. Volviendo a la relación entre antropología y “art of inquiry” Ingold nos ofrece una comparación clave entre arte y antropología que evoca el juego de sentidos y afectos característicos de ambos campos (2015). El autor explica que “el encuentro con un ‘otro’”, tanto en la antropología como en el arte, crea una situación de diálogo en donde surgen las singularidades de cada una de las personas que intervienen o participan, aunque provocando una transformación de ambas realidades. Según Ingold la antropología y el arte comparten “la preocupación por despertar los sentidos y permite que el conocimiento crezca desde el interior del ser en el desplegarse de la vida” (Ingold 2015, 229). Tal como define Bourriaud en *Estética relacional* (2008) el arte es una práctica relacional, en el sentido que nos convoca a relacionarnos con otros, tanto en la elaboración como en la presentación del resultado final. Y es esa relación la que permite que podamos crear un objeto artístico (2008). Esta idea de transformación y de relación con otros, común a la antropología y al arte, se contrapone a una forma de hacer ciencia que se plantea positivista, que se enfrenta a la realidad en busca de la verdad, libre de subjetividad y alejada de los procesos de lo común, es decir, de crear comunidad y de construir otra realidad. En este sentido es interesante la relación que establece Ranciere entre arte, política y estética (2011). Ranciere plantea que arte y política forman caras de una misma moneda. Si el arte es una forma potencial de ruptura de lo ordinario y, por tanto, una forma de constituir un espacio-tiempo inédito, y la política es la disputa por aquellos objetos que ocupan lo común y los sujetos provistos de la palabra común, es imposible pensarlo como fenómenos aislados sino “dos formas de división de lo sensible dependientes,

tanto una como la otra, de un régimen específico de identificación” (2011, 36). En este sentido Ranciere identifica “el reparto de lo sensible” como aquella “distribución y redistribución de los lugares y las identidades, de lo visible y lo invisible, del ruido y de la palabra” (2011, 34), algo común al arte y la política.

En un trabajo llamado “Arts-Based Research in Cultural Mental Health” Erminia Colucci (2013) comenta cómo ha sido interpretada la práctica del arte en las investigaciones e intervenciones en salud mental, relegada a la invisibilidad por considerarse ajena a la producción de conocimiento científico. La autora sostiene que el arte puede convertirse en un elemento esencial como método de investigación, para generar datos, analizar y presentar los resultados, permitiendo expandir la audiencia a través de un lenguaje que puede tener mayor llegada que el científico. Otra característica importante radica en la capacidad de evocar emociones, promover la reflexión, y transformar la manera en que la gente piensa, desafiando estereotipos y creando un sentido de comunidad (Colucci 2013).

La psicoanalista brasileña Suely Rolnik plantea que el arte es “una práctica de problematización (desciframiento de signos y producción de sentido), una práctica de interferencia directa en el mundo” (Rolnik 2006, 3). En esta práctica de problematización del mundo, la estética se vuelve parte indisoluble del arte, práctica de creación y transformación de la existencia. Rolnik plantea que esta forma de concebir y practicar arte restituye a la subjetividad su aspecto estético, el cual ha sido confinado únicamente a la obra de arte y a los artistas. Restituir a la subjetividad su aspecto estético confiere reconocer en la vida la potencia diferenciadora, su potencia de expansión. Es devolver la experiencia de participar en la creación y transformación de la existencia, darle un sentido vivificante a la misma. En este sentido, la autora plantea que allí radica lo terapéutico, no como único sentido del arte- puesto que caeríamos en una reterritorialización aplastante- sino como recurso que puede ser empleado en la clínica, siempre y cuando provoque la apertura de la subjetividad a lo estético, es decir, a la transformación, al devenir-otro-de-sí y del mundo (Rolnik 2006, 6).

El reto de involucrar el trabajo artístico y el relato como ejes que atraviesan toda la experiencia antropológica ha tenido por objetivo potenciar el sentido transformacional de la misma y poner a

disposición los procesos creativos de singularización en un contexto que pretendía correrse de la lógica manicomial. Relatarse a sí mismo, a través del cuerpo y el lenguaje artístico, en un contexto de escucha intercultural y no psiquiatrizante, ha sido una de las mayores y más difíciles apuestas tanto para mis interlocutores como para mí como antropóloga.

2. Relatos de vida

En mi interés por comprender estos procesos de singularización o de reconocer la singularidad de quienes participen de la investigación, las trayectorias de vida, traídas al presente como relatos y memorias, son un punto crucial. En el marco de la institucionalización de la salud mental los relatos de vida acontecen y circulan constantemente como marcas de singularidad, sin embargo, muchas veces esos relatos de singularidad son descolados, negados o resignificados en el marco de las lógicas manicomiales. En este sentido me interesa explorar diversas aristas sobre esta temática que me permiten potenciar estos procesos de singularización en vez de encorsetarlos.

En Los trabajos de la memoria Elizabeth Jelin desarrolla varias discusiones sobre los relatos de vida y los testimonios, en el contexto de la construcción de memorias sobre el terrorismo de estado (2002). Dedicó el capítulo “Trauma, testimonio y verdad” a pensar el lugar del testimonio personal sobre las experiencias de situaciones traumáticas desde diversas disciplinas como la crítica literaria, la historia, el psicoanálisis y la antropología (2002). La riqueza de la labor de Jelin radica en que revisa y discute con diversos autores y experiencias tanto europeas como latinoamericanas la posibilidad de decir lo indecible, o aquello “invivable” (2002, 79), quiénes son considerados testigos, a quiénes están dirigidos los testimonios, quiénes y cómo escuchan, y qué repercusiones trae en el plano social la producción y escucha de testimonios (Jelin 2002).

El trabajo de dar testimonio sobre un acontecimiento significa poner en juego la subjetividad propia y la de quienes reciben este testimonio. En este sentido, la escucha en la entrevista testimonial es clave para que el proceso de narrar la experiencia vivida no implique revivir el acontecimiento. Para que no se produzca un vacío dialógico, la escucha debe ser activa y empática, el testimonio debe encontrar un otro. De esta forma la memoria es un constructo personal y social, en constante disputa, que cambia según el contexto y los agentes destinados a ello (Jelin 2002).

Siguiendo la línea del encuentro con el otro en la construcción de la memoria, Ranciere caracteriza el testigo como aquel que obedece “al golpe doble de lo Real que horroriza y de la palabra del Otro que obliga” (2010, 94). De forma que una persona se vuelve testigo en el momento en que el encuentro con el Otro obliga a contar la experiencia indecible pero que de igual forma es crucial para el colectivo.

El trabajo de Judith Butler en *Dar cuenta de sí mismo* (2009) permite enmarcar estos procesos en un escenario más amplio en donde se dan una serie de movimientos que relacionan la moral, la operación de la norma, el reconocimiento del otro y la constitución de los sujetos. Butler plantea que a pesar de que el reconocimiento es una operación impersonal de la Norma, no podemos preguntarnos por nuestro estatus ontológico sin preguntarnos cómo reconocemos al otro y viceversa. Nuestra singularidad, cargada de una historia personal y relacional, es inabarcable en su totalidad. Hay una ambigüedad que irrumpe constantemente y es que, por un lado, no podemos recordar todo lo que nuestro cuerpo ha vivido, y por otro, el lenguaje que usamos para narrar nuestro yo, no nos pertenece, sino que es anterior a nosotros, por último, esa narratividad está siempre puesta en duda por la Norma. Sin embargo, esta opacidad como dice Butler, es lo que establece nuestra responsabilidad ética frente a otros. De esta manera la constitución de los sujetos, cuya opacidad no permite dar cuenta de sí mismos de manera cabal, nos pone en relación con otros. Dar cuenta de nosotros mismos es imposible sin el factor relacional que nos vuelve opacos y a su vez nos convierte en sujetos éticos (Butler 2009).

Ahora bien, el reconocimiento del otro, la relación ética que se establece en la escucha, debe realizar una vigilancia constante para que la relación no se vuelva normativizante. Esto atendiendo a no realizar operaciones de veridicción, así como tampoco catalogar al otro en roles o definiciones estáticas e individualizantes. Esto nos retorna a las reflexiones de Foucault sobre la confesión como método de conocimiento de la *scientia sexualis*: método de conocimiento y proceso de individuación y sujeción ante una temática que atraviesa nuestra existencia. El acto de confesar supone un sujeto que relata sus más íntimas “verdades” como cosas impuras, pecados, ante un sujeto poseedor del conocimiento y juicio ético. Liberarnos de esos pecados, “decir la verdad” es un acto que nos convierte en individuos sujetos o no al reconocimiento como tales (Foucault 2005). Esta relación particular que tiene el saber científico con la confesión y con la

verdad crea relaciones de poder que nos convierte en sujetos individuales, es decir, transforma nuestro proceso de subjetivación singular en uno individual y, por tanto, en uno de objetivación y sujeción. Bajo un enfoque de “verdad” la figura del testigo es puesta en duda y aparecen ciertas características de “veracidad” que debe cumplir el sujeto para ser considerado un “testigo legítimo”, algo que puede disputarse desde un enfoque que pondere la subjetividad sobre la objetividad (Jelin 2002).

Acerca de la pregunta sobre si es verdadero o falso, Ranciere explica que el testimonio no reemplaza la veracidad ni tampoco permite aprehender ese pasado ni las imágenes que evoca. La veracidad se construye en la medida que los dispositivos de visibilidad otorgan a la imagen el papel de construir cierto sentido común (Ranciere 2010). Estos marcos interpretativos o de visibilidad distinguen entre aquellas historias que pueden ser contadas y aquellas que no, qué humanidad puede ser representada y cuál no, comportándose como una “escena estructuradora de interpretación” (Ranciere 2010). Un concepto similar es el de “marcos de visibilidad” de Butler (2010) y Jelin hablará acerca de los “marcos narrativos disponibles” (2002, 88) y la importancia en la escucha de no forzar una linealidad narrativa - causa, efecto, desenlace - (2002).

En la narración de una experiencia vivida Jelin propone dar lugar a un margen de creatividad que permita, entre otras cosas, desviar la tensión creada por la idea de linealidad del tiempo, pudiendo abrirse a otras formas de relatar, otras formas de expresión (Jelin 2002). En relación a esto Bourdieu desarrolla en *La Ilusión biográfica* (2011) una crítica contundente a las bases filosóficas sobre las cuales descansa la idea de que la vida es un conjunto de acontecimientos, cronológicos, coherentes y asociados a una única versión de nosotros mismos, más allá del tiempo y el espacio. La idea de linealidad narrativa o linealidad del tiempo supone tácitamente que el sujeto es coherente en tiempo y forma a lo largo de toda su experiencia de vida, y que los relatos, para que sean “verdaderos”, deben presentar una línea histórica de acontecimientos sucesivos (Bourdieu 2011). Esta forma de entender el sujeto y el relato biográfico, fija una identidad sobre nosotros que permite al sistema monitorearnos, mediante la categorización y la autopercepción de uno mismo como algo inmutable (Bourdieu 2011). La narratividad es puesta en duda por la norma, lo cual significa que la norma siempre atraviesa nuestro relato, sin embargo, si la escucha es un acto

activo y empático el reconocimiento de los sujetos pondera por sobre el reconocimiento y la imposición de la norma (Butler 2009).

Esto me lleva a trabajar con la elaboración de relatos de vida prestando atención a las formas de expresión elegidas y la emergencia de contenidos acordes y no acordes a una narrativa lineal. Aplicar una perspectiva antropológico-reflexiva que intente desandar y cuestionar los marcos conceptuales de la psiquiatría y sus categorías, y las relaciones establecidas en campo, permite crear nuevos enfoques sobre la locura. En este mismo sentido, el margen de creatividad de los relatos de vida me aleja de la idea de historia, con la cual podría caer en un tratamiento racionalizante y objetivista de la locura, abriendo paso a una mirada más libre, singular y menos pesimista de la misma. En este sentido, el objetivo final no será realizar un diagnóstico o una clasificación, un producto coherente y finalizado, sino más bien, abrir el espectro de posibilidades y procesos creativos potenciales entre quienes históricamente son observados desde la negatividad o la falta a la norma. En este sentido la discusión de Jelin en *Los trabajos de la memoria* (2002) acerca de los testimonios e historias de vida como relatos que no necesariamente se ajustan a una coherencia y linealidad propias del discurso académico o clínico, me permite considerar la posibilidad de encontrar otras formas de producción manifestadas en fragmentos, acontecimientos, visiones e imágenes.

Por último, es importante considerar que existen experiencias traumáticas que no son “decibles”, experiencias marcadas en el cuerpo que generan silencios, o incluso rechazos o clausuras (Jelin 2002). Algo que en el trabajo con personas que han sido institucionalizadas en psiquiátricos se vuelve palpable, y que el escenario metodológico de la entrevista no hace más que rigidizar. Las consideraciones teóricas sobre los relatos de vida, la memoria y los testigos que acabo de analizar permiten la apertura de un espacio dentro de la propuesta metodológica de esta investigación para que ocurra lo otro diferente, es decir, para poder reconocer aquellos relatos otros.

3. Títeres y teatro de títeres

La elaboración y teatro de títeres de mano es una actividad antigua que ha sido adoptada por el sicodrama, un tipo de terapia colectiva desarrollada por Levy Moreno que consiste en el trabajo

grupal para la resolución de problemas individuales. En *Títeres y siodrama* Jaime Rojas-Bermúdez expone el método desarrollado en el Hospital T. Borda de Buenos Aires y explica que el psicodrama se basa en la idea de que hay problemáticas difíciles de afrontar de manera directa. En este sentido, la dramatización permite a los sujetos inspeccionar sus problemáticas de una manera que no afecta o bloquea el proceso, mediante la proyección y la conexión con otros, y permite comprender el problema mediante la acción, no solo la racionalización (Rojas-Bermúdez 1985).

El método de Rojas-Bermúdez conjuga siodrama con la teatralización con títeres, los cuales operan como objeto intermediario entre quien cuenta una historia y la audiencia. Según Rojas-Bermúdez la teatralización con títeres permite pasar del juego a un realismo inadvertido que es la dramatización. El uso de títeres permite la proyección de la persona en el títere pudiendo tomar distancia de las situaciones o problemáticas que se narran en una suerte de objetivación (1985). Particularmente los títeres pueden operar como un personaje-símbolo, en tanto que sus limitaciones (en cuanto al desplazamiento y la expresión) se transforman en posibilidad: sus dificultades permiten acudir a la síntesis como motor creativo. A su vez, pertenecen a un género que se ubica entre la farsa y el grotesco: el personaje está siempre en conflicto con su rol social (por ejemplo, el sabio está paradójicamente inmerso en la incertidumbre), lo cual implica una esquematización de las problemáticas sociales, haciendo más fácil el acceso a ellas (Rojas-Bermúdez 1985). Sumado a esta característica los títeres permiten crear distancia e irrisión, puesto que la esquematización de los roles, más el conflicto entre personaje y rol social, permiten que la audiencia se distancie como grupo de sí mismo, objetivando la distancia y el conflicto propio, y a su vez le sea irrisorio.

Además de las posibilidades que permite la teatralización con títeres mi interés se ubica también en el trabajo con la materialidad como vehículo de construcción de conocimiento y transformación de la realidad, siguiendo la idea de quehacer antropológico de Ingold (2015). Por esta razón el taller comenzó con la elaboración de títeres, explorando los diversos materiales con los cuales podía trabajarse, tomando decisiones sobre qué personajes queríamos construir, qué aspecto queríamos que tuvieran, su personalidad y sus habilidades.

El concepto de *etnoficción* y el análisis teórico-metodológico que hace Sjöberg en *The Ethnofiction in Theory and Practice* (2006) presentan numerosos puntos de comparación con la metodología aquí empleada, en especial el trabajo con los títeres. Sin alejarme de lo planteado por Ingold acerca de la materialidad, la construcción y teatralidad de los títeres pueden pensarse también en su rol de provocadores. Esta idea se encuentra emparentada también con lo conversado sobre el rol del psicodrama y la potencia del títere como objeto intermediario (Rojas-Bermúdez 1985).

Sjöberg presenta la *etnoficción* creada por Jean Rouch como una metodología que permite explorar no solo la vida cotidiana de las personas sino también sus sueños y deseos. El autor se basa en su experiencia etnográfica junto a un grupo de mujeres trans en Brasil. Su trabajo de investigación consistió en un primer momento donde realizaba su etnografía a la vez que creaba un documental del tipo convencional, y un segundo momento en que propuso hacer una *etnoficción* a sus interlocutoras. Sjöberg caracteriza la *etnoficción* como fruto de un trabajo de campo etnográfico extenso, el cual permite construir intimidad con los y las interlocutores. Añade que la *etnoficción* se crea a partir de la improvisación cinematográfica, en donde la cámara actúa como un agente que provoca y no hay un esquema estricto de realización, y la improvisación en la actuación sobre las experiencias vividas, en base a temas conversados, pero sin revivir escenas experimentadas en la vida real (Sjöberg 2006).

Ahora bien, siguiendo la idea de performatividad como aquella dramatización reiterada que puede transformar la materialidad de nuestros cuerpos, construir una subjetividad, los deseos, valores y emociones que evoca esta subjetividad pueden ser proyectados en otro objeto (sea un personaje ficticio, sea un cuadro de pintura, o un documental). Por tanto, la *etnoficción* puede emitir esta performatividad proyectada, en tanto que los deseos, valores y representaciones de un colectivo o una persona pueden servir como materia prima para crear este objeto de arte que se proyecta fuera de nosotros.

El trabajo con la materialidad y teatralización con los títeres espera abrir un espacio que aliente y aloje procesos de singularización de los y las participantes. Un quehacer artístico cuya labor de

transformación del mundo y de nuestra existencia nos permitiera construir un lugar posible para nuestras singularidades, el relatarse a sí mismo, la autopercepción y el reconocimiento mutuo.

3.1. Lecturas desde el psicodrama

En el 2019 conocí el hospital a través de dos espacios que eran coordinados por un psicólogo clínico del hospital, Ernesto Flores, y que se orientaban por las técnicas del psicodrama. Por un lado, el taller de teatro, que constaba de dos o tres encuentros semanales y en el marco del cual se ensayaban obras que luego eran presentadas en el hospital o en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE). El programa de radio “Endara Psike” constaba de un programa semanal de 1hs y media, generalmente realizado los días martes al mediodía, y era transmitido al inicio en formato de audio y en vivo por una plataforma virtual, y luego en formato audiovisual a través de la página de Facebook del hospital. En ambos espacios participaban pacientes, psicólogos de la institución y practicantes de psicología de la cátedra de “Psicología Clínica” de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador (PUCE), que Ernesto coordinaba y que habían propuesto realizar sus tesis de licenciatura en base al trabajo que llevaban a cabo en el HEJE.

En las entrevistas realizadas ese mismo año con Ernesto Flores, Esteban Bonilla y los practicantes de psicología de la PUCE, sugieren la idea de que el taller de teatro y el programa de radio discuten la lógica manicomial y ponen en tela de juicio la idea de que estas personas son incapaces de llevar a cabo tareas u objetivos, de relacionarse con otros, de expresarse, y promueve su participación activa en los mismos. Aparecen lecturas que reconocen el aplastamiento que opera sobre los cuerpos-sujetos en la institución y toman por objetivo potenciar lo que llaman “despertares sociales”. Aquellos comportamientos necesarios para que los sujetos reconstruyan lazos y formas de socialización nuevas en el marco de su terapia. En una entrevista realizada luego de la presentación de la obra “Los miserables”, conversamos con Ernesto Flores sobre los efectos del psicodrama entre quienes participan del taller - usuarios o no- y las lecturas del hospital sobre esos cambios de humor en los pacientes:

Malena: ¿has podido observar resultados?

Ernesto Flores: sí, bastante. Bueno primero el estado de ánimo generalmente se eleva...eso es bastante notorio...luego mucho de los estados de cronificación desaparecen, se ponen mucho más locuaces, más sociales, cosas así...hay esos fenómenos que por su lógica [el hospital] no entiende.

Como la “Nati”, que ven que está más agitada y creen que está mal... pero lo otro era un estado de depresión, de tristeza. La tranquilidad no es deseable...claro no muchas veces se comprende que el hecho que el paciente esté más feliz más activo es algo que debería potenciarse...por ejemplo en las psicopatologías de Melanie Klein: que se activen los delirios no es un problema porque es un intento de reconstrucción del "yo", que es algo que también decía Freud...la tranquilidad no es un síntoma de salud...de alguna manera estas quitando lo que eres. Mientras estás delirante o alucinado (obviamente mientras no hagas daño a nadie, que casi nunca pasa, casi nunca sucede), ¿cuál es el problema? (Ernesto Flores, psicólogo del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 30 de mayo de 2019).

El caso de “la Nati”, el ejemplo que da Ernesto en la entrevista es muy representativo de los efectos que producen una lectura u otra. Natalia es una paciente que participaba del taller de teatro y el día de la presentación de la obra actuó su papel de manera sorprendente. Una semana después de la presentación de la obra de teatro me acerqué al hospital para regalarles una foto que nos habíamos tomado Sylvia, Natalia y yo. Cuando pregunté por Natalia me enteré que había sido internada en la ‘sala de agudos’, puesto que, según el hospital, luego de la obra, había presentado un desequilibrio en su persona y estaba alterada. Luego de su paso por agudos, Natalia, quien había logrado ser una de las actrices estrellas de la obra por su ingenio, su espontaneidad y su forma de interactuar con el público, volvía a ser una paciente que interactuaba mínimamente.

La postura del psicólogo clínico es que un aumento en la locuacidad y sociabilidad de pacientes con grandes efectos de cronicidad son efectos esperados y potenciados por el psicodrama. Las peleas, estar molesto, hablar mucho, desear otro cuerpo o enamorarse, pueden ser leídos como intentos de reconstruir los lazos sociales que por la internación y el uso de psicofármacos se encuentran desmantelados. Es decir, intentos de reconstruir la singularidad del sujeto que fue truncada por psicofármacos y tratos denigrantes.

4. La mirada y la imagen

El problema de la producción de imágenes visuales y audiovisuales presenta muchos puntos de encuentro con el desarrollo de la antropología, pero también con el desarrollo de la psiquiatría y la actualidad de los hospitales psiquiátricos. Junto a la antropología se han encontrado con

cuestiones tales como reconocer (o no) la agencia de quien investiga tanto sobre el recorte teórico que hace de la realidad como del recorte que construye con el marco de su cámara; considerar la cámara como una herramienta de recolección de datos o como un dispositivo de investigación neto; o la cuestión de reconocer la colaboración de nuestros interlocutores en la producción de imágenes y teoría, es decir, en la producción de ciencia (Ardévol 1998; McDougall 1991; Ruby 1982). Tanto se preocuparon antropólogos y antropólogas por construir el estatus de ciencia de su disciplina bajo el paradigma de la verdad, que las primeras incorporaciones de una cámara al trabajo investigativo antropológico fueron con el objetivo de poner en práctica el uso de una herramienta que por sí misma cargaba con el valor de la verdad. La cámara, considerada un instrumento de campo equiparable a uno de medición de un laboratorio, fue el soporte físico del “yo estuve ahí, así hubieran visto las cosas si hubieran estado conmigo”.

Por otro lado, el desarrollo del sentido de la mirada como dispositivo de verdad en las ciencias médicas fue relatado por Foucault en *El nacimiento de la clínica* (2001), y por Didi Hubermann en la espectacularización que sobrevino en La Salpêtrière de la mano de Charcot y sus discípulos (2007). La mirada, el único sentido que nos permitía alejarnos de la realidad y objetivarla, crear un conocimiento puro, intacto, desembarazado de los prejuicios teóricos y de las torpezas humanas, reducir al mínimo la intervención del investigador, se consagró en el siglo XIX junto a la fotografía como tecnología que permitía cristalizar esa realidad objetivada. Construir la mirada como único sentido que nos acercaba a lo verdadero enlazó el plano del saber y sus líneas de visibilidad con el plano del poder, configurando los nuevos dispositivos de poder, señalando qué puede ser visto y qué no puede ser visto (Deleuze 2008), algo discutido ya en el capítulo II con el concepto de marcos de visibilidad y estéticas de la locura.

Esta forma de concebir la cámara y la mirada como instrumentos de veracidad, fue desarticulada en el desarrollo posmoderno de la antropología, el cual cuestionó no solamente la imposibilidad de que tanto investigador como cámara pasaran desapercibidos por los sujetos de la investigación, sino también la imposibilidad de suprimir la subjetividad en la mirada de quien investiga. Más aún, no solo se cuestionó esa imposibilidad de borrar el sujeto sino también se propuso explorar y extraer el máximo recurso de la inevitable agencia de la subjetividad de quien investiga. La cámara se reconsideró como dispositivo de investigación y no mero

acompañamiento de la etnografía ni soporte de veracidad (McDougall 1991; Ruby 1982). Esta nueva valoración del sujeto en la investigación llevará también a cuestionar la forma en que se constituye la autoría de las obras (audiovisuales o literarias, etnográficas). *¿De quién es la historia?* preguntará McDougall (1991) para plantear que, si la interlocución entre investigador y “sujetos de la investigación” construye el producto en campo, la construcción del producto final también es capaz de ser planteada como resultado de esa misma interlocución (McDougall 1991). Los cuestionamientos realizados a la mirada científica y la cámara (de fotos y video), la puesta en duda del concepto mismo de verdad, la puesta en escena de la subjetividad como un aspecto inevitable de una investigación o de cualquier saber y el reconocimiento de las personas que intervienen en la investigación como sujetos, y no objetos de la misma, son las bases sobre las cuales planteo la introducción de la cámara en campo. Retomando a Butler, cuando un marco se desplaza y permite ver aquello que antes no podía ser visto, rompe consigo mismo, da cuenta del acto de falsificación de la realidad que sostiene en su seno, demuestra la “derrribabilidad de la norma” (Butler 2010, 29). En este sentido, la presencia en campo de la cámara constituyó una de las tantas formas de problematizar las prácticas y narrativas institucionales y de construir y reconocer relatos que resistan a las mismas. Su presencia en los encuentros de taller fue constantemente explicitada e interrogada frente a los y las participantes del mismo, es decir, se procuró un consenso acerca de su aparición en escena, acerca del criterio de filmación e incluso de la dirección del lente.

Cada uno de los participantes del taller entabló una relación diferente con la cámara. Pablo no quería salir en cuadro, sin embargo, se interesaba por manipular la cámara, algo que lamentablemente no tuvimos tiempo de explorar. Marcia encontró muy estimulante la presencia de la cámara para poder contar su historia y manipular el títere, así como también aceptó ser fotografiada. Sylvia por su parte tenía un interés especial en ser fotografiada, producto del cual son las fotografías que describo en el capítulo 4. Y Cristina, aunque no rechazó la presencia de la cámara, no prestó atención ni elaboró una relación diferente con la misma.

Por otro lado, la cámara fue utilizada por momentos como herramienta de registro, para lo cual era ubicada delante de la mesa de trabajo o del salón cuando hacíamos actividades de corporalidad, así como también como objeto disparador o de mediación (tal como los títeres).

Las imágenes construidas en el contexto del taller y bajo esta lupa no tienen por objetivo demostrar el “haber estado ahí” o el “así eran las cosas”, tampoco son instrumentos de diagnóstico. Son imágenes creadas en proceso, en el movimiento mismo de las relaciones construidas en el taller, en la interlocución con los sujetos y en consonancia con este surgir, y este reconocimiento y puesta en valor, de los procesos de singularización. El contexto de creación, que incluye la negociación sobre la presencia de la cámara, qué encuadraría y cómo, constituyó una importante herramienta de esta propuesta metodológica, y propuso otra disposición de la norma, rompiendo con la práctica institucional y otorgando valor al derecho de los pacientes de decidir sobre su imagen.

5. El taller

El recorrido de la exploración metodológica propuesta culmina con la conformación de un espacio-tiempo dedicado exclusivamente a mi labor antropológica a través del arte y la etnografía: el taller de títeres y relatos de vida. Un espacio donde es posible desarrollar una etnografía basada en la observación participante y la exploración de la materialidad como vehículo para la producción de conocimiento, sí, pero también un espacio de transformación y de corrimiento de los fantasmas estructurales o procesos de subjetivación individuantes. El espacio del taller de títeres y relatos de vida dentro del hospital fue construido con miras a fomentar y explorar de forma creativa y conjunta los procesos de singularización de las personas que allí asistirían. Construir un espacio íntimo de trabajo con cada uno de los y las participantes. En el marco de las posibilidades que ofrece la etnografía como método de investigación antropológica, la exploración de los relatos de vida no se elabora a través de entrevistas formales ni estructuradas, sino en el ámbito de la colaboración artística. La práctica artística permite objetivar de forma colectiva y singular la visión de mundo de cada uno de los participantes, lo cual supone procesos de singularización siempre y cuando el método de trabajo tenga lugar en el marco de relaciones orientadas por el respeto, el reconocimiento mutuo y el consenso.

Teniendo en cuenta estos arreglos conceptuales, el taller se planteó como un contexto lúdico, creativo y de cuidado, en donde las manifestaciones singulares como historias de vida, afectos, malestares y gustos de cada uno de los participantes, conforman la materia prima para la elaboración artística a la vez que para la exploración de los relatos de vida. El carácter lúdico no

quita seriedad y compromiso al espacio, sino que otorga una estructura en el marco de la cual es posible participar y pertenecer al espacio, pudiendo adoptar diferentes roles y tramitar posibles malestares, transformando la experiencia en una de disfrute, sin correr del marco artístico e investigativo. También significa que el espacio taller y la práctica artística no son actividades y espacios obligatorios sino recursos a los cuales pueden acudir, en este caso los pacientes del hospital. El juego es una actividad cultural que se orienta por el disfrute y, por lo tanto, el juego nunca puede darse sino es de forma voluntaria (Lago 2015).

De esta manera el espacio-tiempo taller se plantea con una dinámica abierta, aunque organizada. Cada encuentro se organizó en función de objetivos de corto alcance y actividades que podían estar sujetas a cambios según la cantidad de participantes, el estado de ánimo y los intereses y posibilidades de los participantes, poniendo en práctica una coordinación orientada por la escucha.

El taller es un espacio en donde se reconocen, circulan y se ponen en juego los múltiples saberes de cada participante a la vez que se elaboran nuevos saberes en conjunto. Esto permite construir un vacío en donde puede ocurrir lo otro, es decir, un espacio-tiempo en donde es posible desplegar la singularidad de cada uno y nuestro devenir diferentes (Lago 2015). En este sentido, plantear el teatro de títeres en el marco de un taller con estas características es construir una metodología orientada por la performatividad, la parodia o el como si, en el sentido que da Braidotti: brindar ese vacío de poder donde lo otro puede ocurrir (2000).

Dado que el arte y las prácticas artísticas forman parte del universo cultural, el taller se propone como un espacio de dinamización cultural, donde sus participantes son considerados “hacedores de cultura” y logran transitar identificaciones y adscripciones culturales que rompen con el estereotipo y la estigmatización del paciente psiquiátrico (Lago 2015). Correrse de las categorías impuestas y construir otra forma de pensarnos, constituye el poder de transformación del arte. Cada taller se planteó en dos partes principales, una abocada específicamente al trabajo con los materiales, es decir, construcción de títeres y objetos, y otra abocada a la relajación y exploración corporal, destinada a la exploración creativa grupal e individual que permitiera la teatralización con los títeres.

Muchos de los materiales utilizados para construir títeres provienen del reciclaje: telas viejas, papeles que ya no sirven, cartones y cualquier objeto que pueda participar en la creación de algún elemento del cuerpo del títere o de los objetos que lo acompañan en su caracterización. Las sesiones de trabajo con materiales construyeron los espacios de diálogo más ricos, de donde provienen la mayor cantidad de relatos de vida contados. Sin embargo, los relatos no se anclaron en la especificidad del material, sino que surgieron en la comodidad del trabajo manual y en el encuentro con la creación artística.

La primera etapa de construcción de los títeres implicó el uso de telas, hilos y agujas para crear el cuerpo. El conocimiento generalizado de costurería, desarrollado en algunos casos en terapia ocupacional, en otros como parte de los saberes adjudicados por género y en otros como parte de los conocimientos adquiridos en las trayectorias laborales, facilitó enormemente la finalización de los cuerpos de los títeres. La segunda etapa consistió en la construcción de las cabezas con papel maché y la decoración con acrílicos y lanas. Esta etapa implicó también la caracterización de los títeres o la adjudicación de identidades, lo cual permitió conocer más aún el universo social y cultural de cada participante, así como también otorgó herramientas para construir otros relatos. Como dije anteriormente cada sesión de trabajo con el material y la construcción de los títeres, venía acompañada de una sesión de exploración corporal destinada a explorar y potenciar la creatividad y espontaneidad de los participantes. Previo a cualquier actividad corporal se plantearon ejercicios de relajación y autopercepción propios del campo del teatro, del canto, de la danza y de la expresión corporal, para luego pasar a diversos juegos que exploraban la espontaneidad y la creatividad como la formulación de “cadáveres exquisitos”, la invención de movimientos, la improvisación sobre escenarios imaginarios, entre otros. En una de las últimas sesiones fue posible plantear un ejercicio de teatro proveniente de las ideas del teatro del oprimido del libro *Juegos para actores y no actores* de Augusto Boal (2002), llamado “teatro imagen”.

Teniendo en cuenta todas estas características es posible presentar en términos generales a quienes participaron constantemente del taller y que se han constituido en los interlocutores protagonistas de esta investigación. Sylvia, Pablo y Cristina, residentes de la sala “9a” y Marcia, residente de la sala de residencia. Sylvia y Pablo eran pacientes del hospital San Lázaro y fueron

trasladados al HEJE cuando el San Lázaro cerró. Del grupo, Cristina es la más joven y Marcia la mayor, aunque Sylvia es quien mayor tiempo lleva institucionalizada. Los cuatro provienen de provincias diferentes a Pichincha: Sylvia de Riobamba (provincia de Chimborazo), Cristina de Tambo Viejo (provincia de Cañar), Pablo de Machala (provincia de El Oro) y Marcia de Esmeraldas (provincia de Esmeraldas). Cada una de las actividades interpeló de manera diferente a cada uno. Pablo se vio siempre dispuesto tanto a los ejercicios manuales con los materiales como los ejercicios de expresión corporal y de teatralización, mostrando una importante capacidad para improvisar y un gran interés por explorar. Cristina se mostró siempre dispuesta a participar en todas las actividades que se le propusiera, tanto manuales como de expresión corporal y teatralización. Sylvia tuvo determinadas ocasiones en que no quería poner en práctica algunos ejercicios de teatro sin embargo participaba de la teatralización de otros. Particularmente pedía que se le ayudara en las manualidades. Y, por último, Marcia, aunque presentaba una importante capacidad para improvisar, muchas veces se negaba a participar de las actividades que, tal como decía ella, implicaban “usar la imaginación”, algo que la irritaba especialmente. En el siguiente capítulo desarrollaré en profundidad el trabajo realizado con cada uno.

6. Los relatos otros

El concepto de *relatos otros* es un descubrimiento del campo, es decir, es un concepto que surge en el marco y como producto de la etnografía y que desarrollé en consonancia con las discusiones planteadas en el capítulo I y que permiten integrar el compendio de la exploración metodológica propuesta.

Los *relatos otros* son relatos que se desplazan entre diferentes recursos, tiempos y sustratos, para conformar en sí mismos relatos que rompen con el sujeto institucionalizado, que resisten dentro de la institución, y que constituyen en sí mismos procesos de singularización. Son relatos que se valen no solo de la oralidad sino también de otros recursos, imaginarios y corporales, de estructuras no necesariamente coherentes y lineales, y repertorios socio-culturales y de experiencia vivida, que anhelan un pasado, un presente y un futuro diferentes.

En *Cuerpos que importan* (2002) Judith Butler pone en discusión la categoría “sexo” como un discurso que construye la materialidad de nuestro cuerpo mediante la reiteración forzada de

normas reguladoras, es decir, mediante la *performatividad* de los cuerpos (2002, 18). Ahora bien, “que esta reiteración sea necesaria es una señal de que la materialización nunca es completa, de que los cuerpos nunca acatan enteramente las normas mediante las cuales se impone su materialización.” (2002, 18). Esto me ayuda a pensar aquellos cuerpos en la institución que no acatan del todo o que escapan de los discursos y prácticas psiquiátricas. Cuerpos que resisten de numerosas formas a los medicamentos, a los diminutivos forzados, a la deslegitimación de sus relatos, a las intervenciones corporales, los abusos sexuales, a las reclusiones, los castigos, calificativos y diagnósticos.

Al concepto de performatividad propuesto por Butler, Rosi Braidotti (2000) suma el concepto de *sujeto nómada*, un concepto que deviene de la propuesta deleuziana y que retoma la práctica de la performatividad, del *como si*, para pensar estos cuerpos y sujetos que, a través de un tipo de conciencia crítica, subvierten las convenciones establecidas. La performatividad, la práctica figurativa o del como si, la parodia, sostiene un espacio de transformación en el intersticio, en el encuentro, en estos desplazamientos nómades. Como dice la autora: “En suma, no es la parodia lo que habrá de dar muerte a la postura falocéntrica, sino más bien el vacío de poder que la política paródica puede llegar a engendrar” (2000, 35). Esta idea de vacío me remite a la idea de cuerpos sin órganos, cuerpos despojados de estructuras y fantasmas (Deleuze y Guattari 1985 [1972]) y también me permite pensar el juego y el taller de arte como espacios metodológicos que evocan el como si y, por tanto, ese vacío en el cual sucede la singularidad.

Siguiendo con la línea del cuerpo y la discusión alrededor de su constitución simbólica y/o material, Foucault desarrolla el concepto de *cuerpo utópico* en una conferencia radiofónica con France-Culture (2008). Este concepto hace referencia a la naturaleza utópica del cuerpo, el cual en vez de entenderse como un lugar fijo al cual estamos atados, el cuerpo es hogar de numerosas y profundas utopías. Los recursos de fantasía que presenta permiten experimentar otros lugares a los que materialmente se encuentra. Foucault plantea incluso que la materialidad misma del cuerpo es producto de los lugares otros que habita, lo cual vuelve al cuerpo mismo un no estar aquí, un lugar otro, es decir, una utopía (2008).

Esta forma de concebir el cuerpo dista mucho del cuerpo sujetado, de los cuerpos dóciles, del poder produciendo cuerpos. Sin embargo, lo he comprobado a lo largo de mi etnografía y Foucault mismo plantea este recorrido, el cuerpo utópico sobrevive al cuerpo dócil y hace su aparición con los *recursos* que tiene a mano. Ahora bien, el cuerpo que plantean Butler, Braidotti y Foucault es uno solo con el sujeto, con lo que piensa, lo que desea y lo que produce. Y produce no solo relatos orales sino también otros relatos, otras imágenes que se valen de infinitos recursos singulares.

Cuando las narrativas institucionales sobre los cuerpos son contradichas, sobrevienen una serie de prácticas y discursos que se encargan de reforzar la imagen institucional encarnizada y que niegan la singularidad de los sujetos en cuestión. En numerosas ocasiones pude constatar que cuando los cuerpos rompen con el esquema imaginario institucional que se impone sobre ellos aparecen prácticas de disciplinamiento como el castigo, el uso de nominaciones degradantes, o la improvisación de nuevos diagnósticos, la intervención corporal, la medicación, entre otras que devuelven al estado institucionalizado. Es decir, prácticas y discursos que reiteran la norma y se materializan en los cuerpos de diversas maneras.

Sin embargo, las líneas de fuga se producen constantemente, desbordan el sistema, y hacen su aparición en pequeños y grandes detalles. Los cuerpos encuentran numerosas formas de enunciarse en *relatos otros* que rompen con el sujeto institucionalizado, que resisten dentro de la institución, y que permiten vislumbrar los procesos creativos y de resistencia que los atraviesan. Así como hay estos discursos y prácticas que se hacen cuerpo, que provocan relaciones, emociones, prácticas y sistemas de representaciones que construyen el sujeto institucionalizado, también hace su aparición los procesos de singularización del sujeto en resistencia, del sujeto nómada, el cuerpo utópico que deviene, construyendo imágenes que crean otro relato de sí mismos. Estos conceptos me permitirán comprender el valor de la transición, por diferentes lenguajes, recursos y plataformas, mediante los cuales *los relatos* se transforman en relatos de resistencia. Esa singularidad, esos relatos aparecen frente a un *otro* con el cual es posible construir un lenguaje común y transformar las corporalidades en cuestión (Butler 2009).

Capítulo 4

Etnografía

1. El trabajo de campo

El trabajo de campo de esta etnografía se compone de dos instancias, separadas por meses de diferencia, que son abril del 2019, mi primera entrada al hospital, y febrero/marzo de 2020, la segunda entrada con la propuesta del taller de títeres y relatos de vida, al cual podría llamar también como la instancia oficial del trabajo de campo de esta tesis.

La primera entrada fue realizada en el marco de unas prácticas de observación participante para la maestría. La propuesta consistió en realizar una observación participante en el marco de alguna actividad artística, para lo cual elegí observar y formar parte del taller de teatro que coordinada Ernesto Flores. Para poder ingresar al hospital me entrevisté con Esteban Bonilla, que en ese momento era director de docencia e investigación del hospital y que luego me brindaría su apoyo para poder realizar el taller de títeres y relatos de vida. Por otro lado, Ernesto Flores también coordinaba el programa radial “Endara Psike”, el cual también visité y formé parte numerosas veces. Como dije en el apartado *Lecturas desde el psicodrama* del capítulo II, en ambos espacios participaban pacientes, psicólogos de la institución y practicantes de psicología de la PUCE.

La primera instancia de trabajo de campo, que duró aproximadamente un mes, se orientaba por una pregunta base: ¿qué sentidos otorgan los participantes del taller a la categoría “Arte”? Para ello no solo observé y participé en los talleres/ensayos sino también sostuve entrevistas con dos practicantes, con el coordinador del taller, con el director de investigación y docencia, y con tres pacientes: Sylvia, Marcia y Gonzalo. Durante este tiempo el taller de teatro practicaba la obra “Los miserables”, la cual fue estrenada un mes después de terminar mis prácticas. En el estreno conocí a Natalia con quien me fotografié junto a Sylvia a pedido de ellas y en mi regreso al hospital para regalarles la foto impresa me encontré con que Natalia había sido hospitalizada en la sala de agudos. En el taller de teatro conocí también a otros pacientes, entre ellos Cristina, y a Pablo lo conocería en mi segunda experiencia.

Intrigada por algunas cuestiones que habían surgido durante mi primera experiencia planteé mi plan de investigación para trabajar nuevamente con estas personas. Los arreglos para entrar nuevamente al hospital fueron concretados con Esteban Bonilla, que para ese entonces había asumido la dirección asistencial o médica, con quién coordiné inicialmente los horarios y días del taller y el lugar donde realizaríamos las actividades, el auditorio (un salón grande que generalmente se emplea para hacer presentaciones y capacitaciones para el personal). El taller de títeres iniciaría en febrero del 2020, y originalmente estaba planteado para finalizar en abril del 2020, dando como resultado un trabajo de campo de tres meses.

Lamentablemente la declaración de la covid-19 como pandemia y la siguiente declaración de emergencia sanitaria y estado de excepción paralizó las actividades que no tuvieran que ver específicamente con la atención médica y psiquiátrica del hospital. Esto implicó la paralización del cronograma planteado dejando el trabajo de campo y los talleres de títeres y relatos de vida por la mitad, habiendo podido concretar 13 encuentros. Para los tiempos que nos tocaron vivir, volver al campo, reencontrarnos y continuar con la investigación y con el taller fue imposible. Sin embargo, las pistas y destellos que se dejaron entrever en estos dos acercamientos etnográficos serán tomados como puntos de anclaje para reflexionar sobre los objetivos de esta tesis y tal vez como puntos de partida de investigaciones venideras.

El taller de títeres y relatos de vida comenzó el día 6 de febrero de 2020 en el auditorio del hospital. De acuerdo al principio de autonomía de los participantes el taller se abrió a quienes quisieran formar parte. Por lo que la composición del taller fue transformándose hasta contar con un grupo fijo y reducido. Inicialmente se contaba con la participación de los practicantes de psicología, sin embargo, no fue posible dada su dinámica de trabajo en el hospital. El primer día, luego de conocer esta situación, recorrí el hospital en busca de aquellos a quienes inicialmente había propuesto el taller y habían aceptado. En búsqueda de Sylvia me encontré con Cristina, Marcia, Joel y Luis (dos hombres de la sala de judiciales). Nuestro recorrido se convirtió en una búsqueda de médicos y enfermeros que debían *dar permiso* para poder circular fuera de las salas y de terapia ocupacional. De todos los médicos y enfermeros que contactamos solo el terapeuta ocupacional tenía noticia del taller y se mostró interesado. Frente a otro médico, al pedir permiso para los dos pacientes inimputables, se me advirtió: “Está bien, pero de ahora en más es *tú*

responsabilidad lo que pueda sucederles”. Hubo otras ocasiones en las que tuve que explicar no solamente el contenido y dinámica del taller sino también que era mi persona, alguien que no era médica ni psicóloga ni auxiliar ni practicante, quien coordinaba el taller. En otra ocasión nos acompañaron Omara y Bibiana, dos pacientes adolescentes. Finalmente, el grupo quedó conformado por Sylvia, Cristina, Marcia y Pablo, quien se sumó luego de transcurrido el tercer taller.

Los datos etnográficos que se analizan en las siguientes páginas se componen de relatos y testimonios de cada uno de los participantes del taller, relatos y testimonios propios del diario de campo y relatos de otros actores de la institución, elaborados tanto en la primera instancia de trabajo de campo como en la segunda. Los nombres de mis interlocutores que se encuentran internados en el hospital y que participaron del taller, Sylvia, Pablo, Cristina, Marcia, Omara, Bibiana, Joel, Luis, Gonzalo, son nombres ficticios utilizados para preservar las identidades personales de cada uno. Por otro lado, los nombres del personal del hospital han sido modificados de dos maneras: en los casos en que sus relatos y sus personas cobran importancia por los roles que cumplen en el hospital, en la tesis y/o en los relatos de mis interlocutores principales, han sido reemplazados por nombres ficticios como por ejemplo Osvaldo, el auxiliar de la sala de Sylvia y Cristina; don Mauricio, el auxiliar que trabajaba en el San Lázaro y ahora trabaja en la sala de Sylvia y Cristina. En los casos de personajes que no cumplen roles importantes en los relatos de mis interlocutores principales sus nombres han sido reducidos a la primera letra de sus nombres y apellidos. He conservado los nombres de los profesionales con los cuales he sostenido entrevistas, Esteban Bonilla, ex director asistencial, y Ernesto Flores, psicólogo clínico del hospital y docente de la PUCE.

1.2. El HEJE: Hospital Especializado Julio Endara

1.2.1 Organización de salas y servicios

El Hospital Especializado Julio Endara, más conocido como “el HEJE”, se encuentra, como tantos otros hospitales psiquiátricos en el mundo, fuera de la ciudad. Fundado en 1953 en la Hacienda de Santo Domingo de Conocoto, el hospital fue inaugurado para descomprimir el hacinado Hospital Psiquiátrico San Lázaro del centro de Quito como también para dar atención más especializada a los pacientes psiquiátricos que en él se alojarían (Landázuri Camacho 2008).

El HEJE opera como servicio de atención especializada en psiquiatría y residencia temporal y permanente de pacientes crónicos, agudos e inimputables psiquiátricos. En el 2012 recibió alrededor de 40 pacientes del Hospital San Lázaro, el cual redujo sus funciones y se convirtió en servicio de atención ambulatoria independiente de los centros de atención primaria.

La edificación del HEJE se encuentra en el Puente 7 del Valle de Conocoto, a una media hora en bus (sin tráfico), en las afueras de la ciudad de Quito. A pesar de las reformas hechas, su aspecto de hacienda no se ha perdido. Varios edificios blancos de una sola planta, de techo bajo, bien conservados, conectados por pasillos abiertos y rodeados de espacios verdes, lo cual lo vuelve un lugar bastante amigable. Su perímetro, cercado por rejas y vigilado por guardias de seguridad privada, alcanza varias hectáreas. Para ingresar es necesario presentarse en la garita de los guardias, presentar cédula de identidad y explicar por qué quiere ingresar: “Viene a una consulta?” pregunta el guardia.

Actualmente el hospital se encuentra organizado en cuatro servicios de residencia según grado de autonomía, género y edad: servicio 10, servicio 9 (salas 9a y 9b) y servicio 7. Retomando la entrevista realizada a Esteban Bonilla en septiembre del 2020, si bien el nombre correcto es “servicios”, antiguamente se hablaba de “bloques”, denominación que aún utilizan pacientes y personal antiguos (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020). Los servicios de residencia tienen una persona responsable de la sala que generalmente es el o la enfermero/a que permanece en el servicio 8 horas.

El servicio 10, uno de los servicios más emblemáticos del hospital, se encuentra fuera del predio principal del hospital, en una calle poco transitada y que baja de nivel, motivo por el cual le llaman “el bloque de abajo”. El “bloque 10” aloja pacientes hospitalizados por diagnósticos de retraso mental severos. Son los “crónicos”, pacientes con un alto grado de institucionalización que no poseen horizonte de salida ni familia que los acompañe fuera del hospital. La mayoría de los pacientes que residen en esa sala son antiguos pacientes del hospital San Lázaro y algunos viven ahí desde los 3 o 6 años. En el 2019 Esteban Bonilla comentó que no hacía mucho tiempo habían logrado recuperar ese servicio y poner a sus pacientes en condiciones dignas, con una

atención médica y social más presente (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020). Parte de ese proceso de recuperación se había dado por la participación de estos pacientes en una obra de teatro en el marco del taller de teatro que coordina el psicólogo Ernesto Flores. La presencia de las autoridades entre el público que asistió al estreno de la obra, había sido clave para poder impulsar este cambio en el servicio 10, el “espacio excluido del hospital” (Ernesto Flores, psicólogo del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 30 de mayo de 2019). Durante mi segunda estadía de campo el director de docencia e investigación, continuando con este trabajo de romper con el estigma que ponía estos pacientes en semejante abandono ubicó su oficina en el mismo edificio donde se encuentran; obligando, incluso a mi persona, a conocer el famoso “bloque de abajo”.

El servicio 9 se encuentra dividido en dos salas: sala 9a y 9b. En la sala 9a se encuentran pacientes psiquiátricos “inimputables”, es decir personas que tienen algún proceso penal pero que presentan un diagnóstico psiquiátrico que los exime de vivir su condena en prisión y son enviados al hospital. También se encuentran personas que si bien no tienen un proceso penal han sido enviadas al hospital por decisión de un juez por motivos tales como: personas que tienen una discapacidad mental y han agredido a la familia, o personas cuya vida corre peligro fuera de la institución.

En la sala 9b residen pacientes crónicos que presentan una “menor discapacidad”, “mayor funcionalidad”, que los que están en el “bloque 10”. Allí se encuentran actualmente Sylvia, Cristina y Pedro. Luego viene el servicio 7 que es el servicio para “agudos”, pacientes que recién ingresan al hospital y/o que “presentan un riesgo para sí mismos o para otros”.

El servicio llamado “sala de residencia” es un espacio nuevo inaugurado dentro del hospital destinado a pacientes mujeres que presentan “mayor grado de autonomía”. Aquí las mujeres internadas duermen en habitaciones separadas, circulan libremente por el hospital, se calientan su propia comida, y participan de las actividades a su disposición. En este espacio se encuentra el almacén de terapia ocupacional, una biblioteca y una sala de música. Estos dos últimos espacios son coordinados por Nardel Acuña, un músico argentino cuya inserción en el hospital es por

medio del Plan Nacional de Lectura. Marcia vive en esta residencia y cumple tareas de bibliotecaria bajo la coordinación de Nardel.

Ante la pandemia el servicio 4, que era la sala donde residían adolescentes, fue cerrado y destinado a la hospitalización de pacientes de covid. El hospital presenta también servicios de consulta externa donde trabajan conjuntamente profesionales de psicología, psiquiatría y trabajo social. Servicio de emergencia, donde se atienden casos de salud mental como también emergencias médicas generales, y un área de observación, donde ingresan pacientes psiquiátricos que no necesitan internación. Allí permanecen 24 a 48 horas.

1.2.2 Organización, jerarquías y tareas del personal

Existe una reglamentación que ordena a aquellos hospitales que tienen más de 70 camas una dirección dividida en un cargo de gerente y un cargo de director asistencial o director médico. Aquellos hospitales de menos de 70 camas presentan únicamente una dirección médica que responde directamente a la Dirección Zonal 9 de la provincia. El HEJE al presentar más de 70 camas tiene un gerente y un director asistencial. El cargo de gerente es el cargo de mayor autoridad y ejerce la gobernación y representación legal del hospital. Sus tareas son construir y velar por los lineamientos y normas del hospital, coordinación de fondos, nominar personal que se requiere, entre otras funciones.

La dirección asistencial o dirección médica, generalmente un psiquiatra, se encarga de dirigir las tareas transversales a la atención en salud. Se maneja por subdirecciones médicas en las unidades de especialidades clínicas: psiquiatría, psicología y medicina interna. Bajo el mando de la dirección asistencial se encuentran 11 psiquiatras, 5 psicólogos - entre los cuales se encuentra Ernesto Flores, el coordinador del taller de teatro, el coordinador del programa de radio Endara Psike y el coordinador de practicantes de psicología de la PUCE - , 2 terapeutas ocupacionales, 2 asistentes a terapeutas ocupacionales - se encargan de coordinar la terapia ocupacional, compuesta de múltiples espacios de recreación y talleres de manualidad destinados a los y las pacientes -, 1 laboratorista, 1 auxiliar de laboratorio, 2 químicos farmacéuticos y dos auxiliares, 2 médicos internistas y tres trabajadoras sociales. Si bien no existe una jerarquía escrita, Esteban Bonilla me explica que hay un contexto histórico social que orienta la jerarquía hacia la psiquiatría: quienes

toman las decisiones sobre los pacientes son los psiquiatras (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020).

La unidad de docencia e investigación tiene un director que generalmente es un médico psiquiatra. Durante el período en que yo realicé mi primer trabajo de campo, Esteban Bonilla ocupaba este cargo y se encargaba de impulsar y coordinar trabajos de investigación dentro del hospital, así como también coordinar las actividades docentes vinculadas al hospital. Esteban me explicaba que esta unidad no existía prácticamente dado que quienes ocupaban el cargo también realizaban tareas de atención en psiquiatría, no pudiendo dedicar tiempo a desarrollar el área. En esta unidad coordinaba 11 médicos residentes.

Durante la realización del taller de títeres y relatos de vida, la segunda instancia de investigación, Esteban había asumido la dirección asistencial o médica. Sin embargo, al inicio de la cuarentena renunció a este cargo debido a problemas de corrupción que denunció ante la gerente del hospital. Actualmente la gerencia o dirección general del hospital es liderada, por primera vez en la historia del hospital, por un psicólogo, Raúl Silva.

En la unidad de enfermería se encuentran 1 jefa de enfermeros, 14 enfermeros y 80 auxiliares de enfermería. Los enfermeros se encargan de dar las dosis de medicina a los pacientes, es decir, dar el cuidado directo en cuanto a la medicación, cumplir con los requisitos escritos en la historia clínica, tomar los signos vitales, entre otras tareas. Los auxiliares de enfermería son quienes se encargan del cuidado directo y cotidiano como dar de comer, cambiar de ropa, bañar, etc. Por otro lado se encuentra el sector administrativo del hospital compuesto por asesores administrativos, asesores jurídicos, gestión asesora de comunicación, unidad de calidad - se encarga de velar por el cumplimiento del documento de calidad-, unidad de atención al usuario, gestión de admisiones, que realiza las estadísticas y administra las fichas clínicas, gestión administrativa y financiera que es la que se encarga de administrar recursos financieros y de talento humano, gestión de bodega y el área de TICS.

El personal del hospital se encuentra integrado también por los guardias de seguridad que vigilan los pacientes judiciales o inimputables y los que vigilan la puerta de entrada y salida del hospital. Los auxiliares de limpieza que se encargan de la limpieza general del hospital y división de residuos. Y los practicantes de psicología clínica de la UDLA y la PUCE, los cuales, estos últimos, se encuentran a cargo de diferentes grupos de pacientes a los cuales acompañan durante medio día en sus diferentes actividades, por ejemplo, terapia ocupacional, el taller de teatro y el programa de radio.

De acuerdo con el modelo de institución total de Goffman (2001) las personas que permanecen internadas en el HEJE cumplen en serie, bajo la mirada constante de enfermeros y enfermeras, con una rutina estricta de actividades del día como comidas, medicación, actividades de terapia, baño, visten uniformes y llevan el pelo corto. Duermen en habitaciones compartidas y tienen una circulación totalmente regulada y restringida. En el caso de los pacientes judiciales o “inimputables” son acompañados constantemente por uno o dos guardias que los vigilan en cualquier actividad que realicen fuera de las salas. Las únicas pacientes que no deben cumplir con esos requisitos son aquellas que recientemente han sido trasladadas a la sala de residencia.

Las internaciones largas de la mano de la lógica manicomial ha marcado en estos pacientes lo que Ernesto Flores, el psicólogo clínico, llama “estado de cronificación”, el cual provoca grandes dificultades de socialización, dificultades para hablar, deterioros en habilidades adquiridas como leer o escribir, dificultades en la motricidad fina, dolores y molestias corporales, entre otros. El paso por las instituciones psiquiátricas ha dejado como saldo un sinnúmero de personas internadas con un alto grado de “cronicidad” o de institucionalización y en muchos casos en una visible realidad de abandono. Recordemos que el primer traspaso desde el hospital San Lázaro al nuevo Hospital Psiquiátrico de Conocoto (hoy HEJE) se basó sobre la aplicación de una lógica de “curables” e “incurables”, en donde llegaron al nuevo hospital quienes, según los médicos de la época, tenían mayores posibilidades de ser curados. En el San Lázaro quedaron los pacientes “crónicos”, condenados a vivir en su propia miseria loca. El segundo traspaso del hospital San Lázaro al HEJE operó de manera diferente, pero sin abandonar esta lógica de “depósito” del hospicio. Los pacientes del San Lázaro fueron divididos en dos grupos, uno con posibilidades para recibir un tratamiento ambulatorio, es decir, un tratamiento de día sin internación, y otro sin

posibilidades de salir del hospital y depositado nuevamente en la institución; parte de este grupo fue trasladado al “bloque 10”.

2. Cuerpos e institución

Abordar la dimensión corporal de la existencia y la experiencia social dentro del hospital permite explorar no sólo las singularidades de quienes allí habitan sino también abordar las formas que encuentra la institución de ejercer poder sobre los sujetos, y el espacio político y de transformación que se abre en el marco de un taller artístico orientado por la antropología, es decir, por el encuentro con *el otro*.

Como dice Foucault, el poder nombra, y al nombrar construye cuerpos sujetos. Desde el discurso psiquiátrico nombra los cuerpos otros, con calificativos, diagnósticos, representaciones que nombran la diferencia como aquello que *no es normal, es patológico, es peligroso, es incapaz e improductivo*. En este sentido, no solo la conducta, la representación y la percepción, sino también la materialidad del cuerpo, se construyen por reiteración de la norma (Butler 2002). En un repudio radical del esencialismo, el binarismo materialidad/simbolismo es puesto en duda: “El cuerpo, o la corporización del sujeto, no debe entenderse ni como una categoría biológica ni como una categoría sociológica, sino más bien como un punto de superposición entre lo físico, lo simbólico y lo sociológico.” (Braidotti 2000, 29-30).

Ahora bien, el hecho mismo de que el discurso normativo necesite ser reiterativo para poder performar nuestra materialidad se explica por la existencia de cuerpos y sujetos que resisten o desbordan a esa norma (Butler 2002). En el caso de los sujetos psiquiatrizados, resistencia al tratamiento psicofármaco, resistencia a las clasificaciones, resistencia a los recorridos espaciales permitidos, desborde de la temporalidad lineal, desborde de los cuerpos y la memoria, entre muchas otras que detallaré a lo largo de la etnografía.

En palabras de Deleuze y Guattari la singularidad del sujeto, con las líneas de deseo que lo atraviesan y que él intercepta, encarna esas diferencias o flujos de decodificación y desterritorialización que el sistema precisa recodificar y reterritorializar para que no signifiquen una amenaza (Deleuze y Guattari). La idea de *sujeto nómada*, en su deriva o desplazamiento por

múltiples herramientas o recursos, permite dar valor a aquellas múltiples formas en que el sujeto y los cuerpos pueden resistir, críticamente, al sistema instituido (Braidotti 2000). Y *los relatos otros* como esas narrativas que se desplazan entre recursos y sustratos y construyen otra forma de ser-yo, otra forma de relatarse frente a otros. Esta relación constante entre cuerpo y norma, cuerpo y relatos otros, surgirá a lo largo de toda la etnografía.

2.1 El castigo

El día que inicié el taller, luego de enterarme que los practicantes no asistían los jueves -algo que había acordado con Esteban Bonilla como parte de la organización del taller- me vi sorpresivamente en la búsqueda de los participantes del taller por mi cuenta y a ciegas por el hospital. Buscando a Sylvia encontré a Cristina, quien me acompañó a buscarla. En mis notas de campo describí la siguiente escena:

Fuimos hasta la sala de Sylvia, y mientras, Cristina me cuenta que “la Sylvita está castigada”. Las salas se abren con reconocimiento de pulgar. Abre la puerta el enfermero y nos dice que “Sylvita” está “castigada” pero que puede acompañarme a buscar a la encargada de terapia ocupacional que es la que la “castigó”. (...) Solo Hernando, uno de los psiquiatras encargado de Terapia Ocupacional estaba enterado e interesado en el taller. Él nos dio el permiso para “la Sylvita”. (Extracciones del diario de campo, I taller de títeres y relatos de vida, 6 de febrero 2020).

Al siguiente día, voy a buscar a Cristina y Sylvia a su sala para realizar el segundo encuentro. Cuando estábamos saliendo para el auditorio la enfermera me comenta en susurros que Sylvia seguía castigada pero que ella se encargaba de comentarle al encargado de la sala que se iban conmigo.

La figura del castigo ya la había conocido en el 2019, durante mi práctica de observación participante, donde a menudo enfermeros, terapeutas ocupacionales y doctores impedían la participación de los usuarios en el taller de teatro o el programa de radio por diversos motivos. La mayoría de las veces los practicantes informaban que tal o cual usuario no habían podido asistir porque estaban “castigados” o aún no tomaban la medicación, o faltaba que comieran una colación. Los motivos de castigo podían ser diferentes y en muchas ocasiones era imposible tanto para talleristas como psicólogos y practicantes, incluso en una ocasión ni la gerente del hospital pudo, remover ese castigo frente a la autoridad del médico o enfermero. Por ejemplo, el año

pasado, luego de realizar este primer acercamiento, asistí a ver el estreno de la obra que habían ensayado durante mi estadía, “Los miserables”. Gonzalo, un paciente judicial, quien había ensayado para ser el protagonista de la obra- algo que me había señalado en una entrevista con mucho entusiasmo-, no había asistido al estreno debido a que se encontraba “castigado” por haberse peleado con otro compañero de la sala. En otra ocasión algunos pacientes judiciales habían intentado escaparse y se les había impuesto un “castigo” generalizado en que ninguno - hubieran tenido o no un intento de escapatoria- podía salir de la sala, lo cual no permitió que asistieran a un taller de música. Siguiendo con los ejemplos, el primero y el segundo día del taller de títeres y relatos de vida, Sylvia estaba “castigada”, sin embargo, logramos que viniera con nosotras.

El castigo como tal no se vale por sí mismo y precisa entramarse en un juego de representaciones, valores y relaciones más amplio y complejo. Este sistema se vale de la infantilización, la cual nombra a los sujetos psiquiatrizados como incapaces de valerse por sí mismos en el sentido de dependencia, autonomía y sumisión. De acuerdo a lo conversado en el capítulo I, entre los siglos XVIII y XIX, el hospital psiquiátrico adquiere un modelo de poder disciplinar que opera capilarmente sobre los cuerpos, modelando los sujetos a tal punto que ellos mismos velan por su comportamiento y su relación con la norma (Foucault 2008). La violencia institucional no desaparece, sino que se entreteje con un sentido de agradecimiento y deuda hacia los médicos que comienzan a “curar a los enfermos”. Ya para el siglo XX, los derechos humanos irrumpen en la mirada sobre las instituciones y el trato que recibían los pacientes en los psiquiátricos comienza a cuestionarse (Berlaffa 2018). De manera que se elimina el castigo físico directo, pero el poder disciplinario lejos de disolverse se asienta sobre nuevas formas de control, como la farmacología y la mirada capacitista. Las formas de control disciplinario no se reemplazan, sino que se van entretejiendo y complejizando con nuevas formas no coercitivas que modelan el sujeto al punto que no sea disruptivo en el paisaje.

La lógica manicomial establece como “normalidad” que los pacientes presenten estados de apaciguamiento, sumisión, dependencia y apego a las rutinas, y cualquier corrimiento de esa normalidad tiene consecuencias sobre la autonomía de los mismos. Esto indica que las personas internadas no son responsables de sí mismas, deben informar constantemente su paradero y pedir

permiso para circular de un espacio a otro, tampoco tienen autonomía para tomar decisiones en cuanto a los horarios de comida, de baño, de sueño. Deben utilizar uniformes que los despersonalizan, así como también un higiénico pelo corto. Implica también el uso de calificativos como “niños” o “wawas” o la nominación con diminutivos forzados, es decir, diminutivos que suponen una relación desigual y de sumisión. La infantilización⁶ comprende un proceso de descrédito de la autonomía de los pacientes que los vuelve “eternos niños” (Vega Vera 2019), construye subjetividades infantilizadas a tal punto que las personas psiquiatrizadas encuentran difícil concebirse fuera de las rutinas, relaciones y reglas del hospital. Y justifica la práctica del castigo como un elemento que corrige a estos “eternos niños”. Bajo esta mirada, el castigo no físico impuesto a los pacientes del HEJE se entremezcla con el disciplinamiento de los cuerpos bajo la figura moral de la obediencia agradecida a la autoridad, recuerda que el paciente se debe al médico y que faltar a la norma es una falta moral (Foucault 2008).

La práctica de la infantilización puede pensarse entonces en el esquema del poder disciplinario psiquiátrico que nos presenta Foucault (2008). El ejercicio de un poder disperso y microfísico que se entremezcla con la moral. Disperso en cuanto a que no es el médico psiquiatra o la gerente del hospital, es decir, las máximas autoridades, quienes imponen el castigo, sino la terapeuta ocupacional, recordado y negociado en susurros por la enfermera. Microfísico en cuanto actúa de forma capilar, no con grandes castigos y sometimientos físicos públicos, al punto de quitar la vida como en el poder soberano, sino en distintos ejercicios que someten el cuerpo y la subjetividad en el cotidiano y que pueden pasar desapercibidos como tales. Y entremezclados con la moral en cuanto a que constituyen un constante sometimiento por función del agradecimiento debido entre paciente y médico (Foucault 2008).

Existen otras formas de nombrar y construir los sujetos psiquiatrizados en la institución que se superponen con la infantilización, y son los diagnósticos oficiales y no-oficiales sobre los pacientes. Tanto la infantilización como los diagnósticos dan cuenta de la superposición física,

⁶ La infantilización ha sido una de las formas de construir el sujeto *otro* de los estado-nación en proceso de creación, justificando la adjudicación (o no) de ciudadanía a medias a poblaciones indígenas y afroamericanas, una vez que no pudieron continuar con la teoría de la no-humanidad. Por oposición al sujeto nacional se le ha adjudicado al *otro* una mentalidad infantil y se lo ha ubicado en una red de relaciones que lo construyen dependiente y obediente (Vega Vera 2019).

simbólica y sociológica que son los cuerpos y cómo la reiteración de la norma logra modelarlos al punto de convertirlos en aquella forma en que los nombra. A continuación, continuaré con los relatos de Pablo, explorando aquellas situaciones y representaciones que plantea el discurso psiquiátrico como tal, cómo opera sobre y a través de los cuerpos e imaginarios de los sujetos institucionalizados y qué relatos otros ofrecen Pablo como sujeto nómada.

2.2 Pablo el histriónico

Pablo es un paciente de 33 años de edad, oriundo de Machala. Antes de estar internado en el HEJE estuvo internado junto a Sylvia en el Hospital San Lázaro y también en Cuenca. Es una persona muy activa, muy curiosa, le gusta hablar, hacer chistes y jugar con su cuerpo. A través del títere se imagina una vida fuera del hospital vinculada al trabajo en el campo, además de querer retomar los estudios:

Pablo: yo...quiero estudiar quiero trabajar quiero hacer todo hacer estas cosas yo hoy quiero... estudiar quiero trabajar quiero sacar leche vaca todo todo quiero eso ...borregos quiero chivos también vacas caballos cuy...quiero chanchos haciendo...dando comer chanchitos...sopa..doy gallina doy más...le doy..todo cuy doy hierbitas, todo mi mami me diga eso vaya traer ...digo 'mama sí, puedo traer'...eso quiero mucho a mi mama, gracias (Conversación grabada, IX encuentro de taller de títeres y relatos de vida, 9 de marzo de 2020).

Sus relatos giran en torno a una centralidad marcada de las mujeres en su vida, un vínculo afectivo muy importante con su mamá, la cual vive en Arenillas y la historia sobre cómo asesinó a su hermano en Machala. El relato sobre el asesinato de su hermano vincula el inicio de sus convulsiones con un golpe en la cabeza producto de la pelea con él.

En la entrevista de septiembre de 2020, Esteban Bonilla me cuenta que Pablo estuvo internado mucho tiempo en la sala 9a, la sala de inimputables, pero que lo mudaron a la sala 9b debido a que estaba propenso a sufrir abusos sexuales por parte de sus compañeros de sala debido a su condición de discapacidad mental. También me comenta que Pablo si bien sufre de epilepsia también suele “simular sus convulsiones”, “es histriónico”. En palabras de Esteban: “Las intervenciones psicológicas no han sido para nada la especialidad del hospital. No ha habido mayor profundización sobre por qué tiene estos comportamientos.” (Esteban Bonilla, ex Director

asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020).

“Cuidado con Pablo que hoy de mañana tuvo convulsiones” fue lo primero que me dijo una psiquiatra sobre él cuando Pablo nos acompañó por primera vez al taller. Pablo se había sentido curioso por saber qué hacían Sylvia y Cristina cada vez que yo las buscaba en terapia ocupacional y había decidido acompañarnos. La alerta de que Pablo podía sufrir convulsiones me mantuvo atenta durante todo el primer taller, sin embargo, jamás sucedió.

El llamado de atención de la psiquiatra plantea una situación que ejemplifica perfectamente muchas de las cuestiones conversadas anteriormente. La frase inscribe en el cuerpo de Pablo una imposibilidad o una incapacidad, un sentido de peligrosidad, una imagen, un relato, que negativiza su cuerpo y su persona. Retomando lo dialogado con Butler, es un discurso normativo (2002). Pablo convulsiona, Pablo es epiléptico. Es una frase que reitera esta materialidad, performa la *enfermedad* de Pablo, la inscribe en su cuerpo, la hace existir. No solo me dice a mi “cuidado que Pablo convulsiona” sino que también se lo dice a Pablo y a las demás pacientes que nos acompañaban. Opera no solo sobre la persona de Pablo, creando esta imagen negativa de sí mismo, sino también sobre los otros que observan. En mi caso podría haber desestimado la posibilidad de que Pablo nos acompañe, o que realice actividades de movimiento, danza y juego corporal. A pesar de que eso no sucedió, la frase de la psiquiatra provocó en mí un relato negativo sobre Pablo, instaló un sentido de peligrosidad, miedo, y mi reacción fue preguntar a Esteban Bonilla cómo debía actuar si Pablo convulsionaba.

En *La invención de la histeria* Georges Didi-Huberman (2007) analiza la mirada clínica de la psiquiatría como espectacularización de la enfermedad en la construcción de la clínica de la histeria por Charcot y sus discípulos. El concepto de espectacularización se basa en las relaciones establecidas entre médicos y pacientes a través del dispositivo de la mirada. Estas relaciones, atravesadas por el deseo, se convierten en “encanto recíproco” (2007, 8) en donde se presentan “médicos insaciables de imágenes de «la Histeria» e histéricas que consienten e incluso exageran la teatralidad de sus cuerpos” (2007, 9). En este sentido, el estudio y los experimentos sobre las mujeres histéricas de La Salpêtrière son pensados como un arte teatral. Se construye la mirada y

la fotografía como el soporte de veridicción de la ciencia médica, la construcción de verdad, y se busca en la imagen de los cuerpos el signo que permita la cura, objetivo de la psiquiatría. Pero se construye un juego de miradas que difumina la diferencia entre la observación psiquiátrica, que controla y normativiza, y la observación de las pacientes, que seduce al médico.

En su trabajo *El cuerpo como escenario: actrices e histéricas de fin de siecle* Isabel Clúa Gines (2007) realiza una comparación entre las performances de las actrices de fines del siglo XIX y de las mujeres histéricas de la La Salpêtrière, denominándolas *estrategias de resistencia identitaria*. Ante la mirada disciplinada y disciplinadora de la psiquiatría, las mujeres histéricas performan los síntomas que el médico quiere observar, devuelven la mirada y realizan interpretaciones que seducen a los médicos en su búsqueda por *la verdad*.

A la luz de estos estudios, la frase de la psiquiatra sobre Pablo, esta mirada médica que performa sobre los otros cuerpos, también tiene su devolución, su contramirada, una resistencia.

En uno de los últimos talleres Pablo se animó a saltar un charco de agua en nuestra vuelta a las salas y se cayó al suelo, golpeándose la cabeza y el resto del cuerpo. El enfermero que nos ayudó a levantarlo y volver a la sala, ante mi pregunta sobre qué iba a pasar con Pablo, me dijo: “Lo que pasa es que Pablo es muy histriónico, hay que dejarlo en observación” (Extracciones del diario de campo, XI encuentro del taller de títeres y relatos de vida, 10 de marzo de 2020).

Este adjetivo proviene de todo un cuadro psicopatológico construido sobre personas cuya expresión emocional y centralidad de su persona en las relaciones que entabla con otros es “demás”: demasiado emocional, demasiado egocéntrico, conflictivo, histriónico. Sinónimo de exagerado, las reacciones de Pablo son desvalorizadas y deslegitimadas en una sola palabra o categoría. Descarta la posibilidad de buscar razones en su historia, comprender qué motiva esa emocionalidad, pensar espacios y estrategias comunes y colectivas para comprender y abrigar ese comportamiento. Descontextualiza, individualiza y, por tanto, patologiza su persona.

Por su parte Pablo ubicaba el inicio de sus convulsiones en el momento en que se golpea la cabeza antes de asesinar al hermano. Es un momento de muchísima tensión y angustia, un hito en

su historia personal que marca un antes y un después. Esas convulsiones, y el diagnóstico de retraso mental, son las que lo alejan de la cárcel y lo ingresan al psiquiátrico como inimputable. ¿No hay en esta historia señalada por Pablo hilos para analizar y comprender su persona?

2.3 Escaparse

Lo que el hospital señalaba como histrionismo, en el taller se vivía como juegos, provocaciones, improvisaciones, dramatizaciones de los relatos. Pablo contaba historias como si las estuviéramos viviendo en ese momento, movía su cuerpo en gestos, ademanes, interpretaciones de lo que sucedía. Sabía construir el suspenso, la expectativa de lo que fuera a suceder, lograba captar la atención y divertirnos. Era en el espacio del taller y frente a sus espectadoras que Pablo lograba captar y encauzar su persona, ponerse en relación con otros, sin la mirada patologizante y disciplinadora.

Pablo: Una vez yo sí me escape

Malena: ¿Hasta dónde llegó?

Pablo: Ahí bus, paré bus, me subí de bus, me fui más lejos, al valle...cruzando valle...ahí Quito donde está carro buses, terminal...ahí me bajé cogí bus me fui Cuenca, Cuenca Machala. Allá me cogieron, venga para acá, me trajeron para acá

Sylvia: Un paciente que le sacaron...en la cancha, él también sabe estar escapándose

Marcia: No se fue muy lejos

Pablo: Me cogieron Machala a mí, vuelta me trajeron para acá. Yo dije “No viene mi mamá ¡yo me voy!” De noche estaba abierta esa puerta. Ellos estaban durmiendo ya, yo me quedo viendo televisión, ya se fueron ellos dormir, enfermeros, todo. Estaban durmiendo, ahí vi puerta esa de entrada, me fui corriendo por arriba cancha, me fui corriendo...ahí estaba puente 7 paré bus. Me fui.

Malena: Y ¿cómo pagó todo eso?

Pablo: Me llevaron

Malena: ¿Le aceptaron subir sin pagar? [Sylvia se ríe]

Pablo: Acá Quito me cogí un bus a Cuenca, no pagar nada...allá dejó Cuenca bus. Terminal Cuenca, fui bus lleva Machala. Machala llegamos allá terminal Machala ahí vuelta a buscarle otro carro me voy allá a Arenillas....

Malena: ¿Llegó a Arenillas?

Pablo: Ya estaba por comer ...Digo señor...poquito comida...Allá me cogieron, me trajeron pa'ca.

Malena: ¿No llegó a ver a la mamá?

Pablo: Nunca

(Conversación grabada de XI encuentro de taller de títeres y relatos de vida, 6 de marzo de 2020).

El relato de su escape apareció en un encuentro en que conversábamos acerca de un paciente que había intentado escaparse días atrás. Ante mi pregunta “¿*Alguna vez se escaparon?*” todos respondieron que no. Sin embargo, Pablo se retractó y comenzó a contar la historia. Por momentos sus espectadoras no prestaban atención y seguían hablando del otro paciente y Pablo le sumaba elementos a su relato para hacerlo más cautivante. La reacción que más me llamó la atención fue la de Sylvia que se reía a carcajadas mientras lo escuchaba a Pablo. Fue uno de los momentos de mayor lucidez de ella en el taller.

Había otros momentos en que Pablo llegaba al taller con un estado de ánimo diferente y se tornaba hostil hacia las demás participantes:

Durante el proceso Pablo empieza a molestar a Cristina diciéndole que su títere era feo. Me quedo esperando para ver si paraba solo o si cambiaba el trato. Después le dice que el títere de él era lindo y que mejor cambiaran. Intercambia los títeres. Le explico a Pablo que no estábamos tratando de hacer títeres lindos o feos sino los que quisiéramos y nos salieran. Y que no tocara el títere de Cristina porque podía romperse (lo manipulaba con brusquedad y aún estaba fresco el papel maché). Después me dice que su cabeza estaba chueca. Me lo repite varias veces, riendo, pero también disconforme. Yo espero, le pido que me escuche. Le explico que luego vamos a enderezarlo cuando le sumemos el cuerpo. No me entiende lo del “cuerpo de tela”. Le explico que él vino después, que nosotras ya habíamos hecho cuerpos de tela y que le íbamos a sumar las cabezas. Me recuerda que yo no lo invité. Que él miraba, y preguntaba. Y yo le retruco diciendo que por suerte él se interesó y se animó a preguntarme y que felizmente ya estaba con nosotras. Lo convence el argumento. Me dice que le gustó mucho estar en el taller (Extracciones del diario de campo, VIII encuentro de taller de títeres y relatos de vida, 20 de febrero de 2020).

Evidentemente era un mal día y lo canalizaba como podía, contra sus compañeras, contra su títere o contra mí. Sin embargo, las herramientas puestas en práctica para distender el humor de Pablo se corrieron asertivamente de las institucionales. No intervino una mirada que lo catalogara y dijera: “Hoy Pablo estás histriónico” ni su presencia en el taller fue interrumpida. Tampoco hubo

una negación (o se puso en duda) a lo que hacía o lo que sentía. El camino recorrido implicó poner límites propios del juego propuesto (no tocar los títeres de otros ni hacer juicios de valor sobre los otros) y dar valor a la singularidad de cada uno, en este caso dar valor a su interés por el taller y su participación en él. Esto permitió dar lugar a su malestar y una forma propia, aunque en consonancia con otros, de hacer un arreglo sobre ese malestar.

Volviendo a Butler, la categoría “histriónico” es muestra del discurso normativo, una mirada médica que vuelve a enlazar esa materialidad (comportamiento) con un correlato simbólico que ajusta el sujeto en su lugar de sujeto patológico. Ante la posibilidad de Pablo de hacer algo con ese papel, esa categoría, esa enfermedad, el discurso médico vuelve a aplastar esta línea de singularidad o línea de deseo (volviendo a lo dialogado con Deleuze) y la transforma en otro diagnóstico: es histriónico, tiene prácticas de simulacro. Pablo ya no solo es peligroso, o corre peligro, sino que además es mentiroso, es exagerado, es falso, es un simulador. Hay que tener cuidado con él siempre.

Este juego de performatividades, de la norma y del sujeto, pareciera formar un círculo eterno. La mirada que disciplina nunca descansa, y esa devolución que hace Pablo es nuevamente puesta en el lugar de la norma. Pero ¿qué mejor invitación a performar un síntoma que la repetición constante y cargada de miedo del anuncio del mismo síntoma? ¿Qué tan lejos está esta situación de la performance de las histéricas de La Salpêtrière?

2.4 Pablo y los relatos otros

Al final del tercer encuentro de taller que realizamos en la presencia de Pablo, luego de crear las facciones en relieve de los títeres, les propuse hacer unos movimientos de relajación para cerrar el día:

Comienzo por relajación, les pido que cierren los ojos. Marcia comienza molesta que está mareada. Le marea balancearse en los pies. Entonces les pido que hagan círculos con la nariz. Pablo en vez de hacer eso empieza a mover la cadera, así que les pido que muevan la cadera. Pablo comienza una secuencia de movimientos y me quedo mirándolo. La mayoría tiene los ojos abiertos. Sylvia lo sigue. Entonces digo que hagamos lo que hace Pablo. Marcia me dice, enojada, que con los ojos cerrados no podemos. Les digo que abran los ojos. Le pido a Pablo que nos

enseñe sus movimientos. Al principio no me entiende, luego capta y comienza, él con los ojos cerrados. Extiende los brazos, los junta en un rezo, arquea la espalda, va hasta las rodillas, vuelve al rezo, extiende los brazos. (...) Cuando terminamos le agradezco y digo que me relajó. Marcia dice que también se relajó (Extracciones del diario de campo, VIII encuentro de taller de títeres y relatos de vida, 20 de febrero de 2020).

Como es posible observar, el taller se encontraba con diferentes tipos de resistencias, algunas frente a la mirada médica y otras, que en realidad no son más que resistencias al discurso normativo, frente al taller mismo. Entre las resistencias deben nombrarse los mareos, los dolores, los temblores y el cansancio. Estas molestias podrían pensarse como marcas del hospital sobre los cuerpos. La medicalización, la poca movilidad, la reclusión, provocan respuestas en los cuerpos que desde la mirada médica son leídas como “efectos secundarios”. Sin embargo, elijo presentarlos como resistencias puesto que denuncian los efectos de la vida institucional. Estas molestias eran tema de conversación constante en los encuentros de taller: Marcia con dolores, mareos, cansancio e insomnio; Cristina con dolores que la obligaban a deambular constantemente por el auditorio o donde estuviéramos; Pablo con sus mareos, sus temblores y esa posibilidad de convulsionar; y Sylvia con una motricidad fina sumamente afectada, cansancio y problemas urinarios.

En varias ocasiones Marcia comentó que le parecían aburridas las actividades corporales y teatrales puesto que a ella no le gustaba nada que implique inventar algo: “*Acá piden cosas raras, que hagamos o inventemos cosas de la nada y una está con tantas cosas en la cabeza*” decía enojada. Sus mareos, sus dolores y su reticencia a improvisar, a “*estar inventándose cosas*”, significaban un reto muy importante. A pesar de sus quejas Marcia mostraba una especial habilidad para poder improvisar: el primer día de taller, mientras presentaba mis títeres y conversábamos acerca de quiénes podían ser, había tomado el títere bocón y había improvisado un diálogo entre él y yo:

Malena: ¿Y qué más podemos decir de él?

Marcia: que quiere conocer una señorita...quiere saber su nombre [agarra el títere]: Cómo se llama usted señorita? ¿Cómo le ha tratado la vida? ¿Y qué hay de pelados? [se ríen]

Malena: ¿Pelados?

Marcia: ¿De amigos?

Malena: Ah, tengo un novio

Marcia: ¿Lo puede presentar? Para que seamos amigos... [me distraigo hablando con los demás].
¡Parame bola! (Conversación grabada del I Taller de títeres y relatos de vida, 6 de febrero de 2020).

También había demostrado gran capacidad para improvisar durante su actuación en la obra de teatro “Los miserables” en su papel de “Madame Thenardier”, sacando risas a los espectadores. Además, fue la primera que construyó una historia para contar con su títere, “Las muñecas con zapatos”.

Por otro lado, Sylvia y Cristina se mostraban más dispuestas cuando se trataba de juegos y relajación, aunque con algunas “dificultades” como falta de concentración, dificultad para entender las consignas y especialmente en Cristina dolores corporales.

La aparición de “dificultades” en el taller no significaban parámetros de exclusión ni problemas a ser “corregidos” en los participantes, sino al contrario, guías necesarias para adaptar la actividad a las necesidades del momento, oportunidades para transformar el juego en un espacio propio y colectivo.

Ahora bien, improvisar y actuar en el teatro, el juego o la danza y crear objetos artísticos es poner el cuerpo en juego, es poner nuestro cuerpo, nuestra persona, en la mirada de otros. ¿Cómo poner nuestra persona en juego cuando hemos sido observados tantas veces por miradas negativas? ¿Cómo poner en juego nuestro cuerpo cuando ha sido inscrito tantas veces como incapaz? ¿Cómo poner en juego el cuerpo si no responde a los parámetros de normalidad, tiene “demasiadas cosas en mente”, está desorientado, descoordinado, no entiende? ¿Cómo poner en juego nuestro cuerpo si nos duele, tiembla, está en peligro o es peligroso, no es higiénico, no es armonioso?

En sintonía con la discusión sobre la performatividad, las imágenes que percibimos y la forma en que las percibimos están construidas socialmente, no nos pertenecen del todo (Butler 2009; 2010). A su vez, estas imágenes pueden afectarnos en múltiples aspectos corporales (D’Ángelo 2010) de manera que construimos respuestas que nos relacionan con otros. Las imágenes pueden

estar constituidas por relatos de exclusión, discriminación y estigmatización, que afectan nuestra percepción propia y de otros, y orientan nuestro propio discurso y acción, pero también podemos construir otra forma de *ser-en-el-mundo* que proponga otra imagen de nosotros mismos y de los otros.

La secuencia de movimientos que presentó Pablo no solo fue sorprendente en cuanto surgió sin un pedido específico y fue llevada a cabo con la mayor naturalidad y concentración por parte de Pablo, sino también provocó un efecto importante en el resto de las participantes.

Lo primero que me llamó la atención en el momento es que, si bien ya teníamos una práctica de hacer ejercicios de relajación y juego, la mayoría de las veces Cristina y Sylvia se perdían o se quedaban quietas en el lugar mirando a los demás y Marcia comenzaba a incomodarse con “estar inventando cosas” y hasta se retiraba de la actividad. En esta ocasión Sylvia y Marcia siguieron atentamente e imitaron sus movimientos, mientras Cristina observó con atención, aunque sin imitar. Marcia estuvo de acuerdo conmigo en sentir una sensación de bienestar, dejando de lado la molestia que le significaba “estar inventándose algo”. Incluso provocó que Sylvia, una vez terminada la actividad, quisiera improvisar una secuencia de movimientos ella misma, cuando generalmente esperaba indicaciones para todo y hasta pedía que hiciéramos por ella: “¿Cómo hago? ¿Cómo hace? A ver, haga usted” decía constantemente. Pero, además, la concentración y el disfrute de Pablo al realizar esos movimientos borraron la posibilidad de que le diera un ataque de convulsiones y hasta dejaron de lado el temblor corporal producto de los medicamentos. Su improvisación apartó o apagó momentáneamente los discursos y prácticas institucionales que se hacen carne, que performativizan la locura, la enfermedad, y construyen imágenes propias en cada uno: la incapacidad física y mental, la pasividad, la peligrosidad, la molestia, la improductividad. No digo que la posibilidad de convulsionar o el hecho de temblar por la medicación desaparecieran como tales, pero sí que dejaron de ser un relato oficial y determinante sobre el cuerpo y la persona de Pablo, y se abrieron paso otros relatos.

El cuerpo de Pablo se mostró resistente a las clasificaciones y medicamentos, prácticas y discursos, relatos negativos de su cuerpo, y permitió abrir una corporalidad y una percepción anímica diferente a la que estábamos viviendo en ese momento. Marcia vio disminuir su malestar y su idea de “incapacidad mental”, Sylvia se animó a crear un movimiento sola, rompiendo con la

imagen de dependencia e incapacidad física, Pablo se vio liderando una actividad de expresión corporal, reconocido en su saber y rompiendo la imagen de incapacidad y peligrosidad. De hecho, Marcia no se vio obligada a inventar, pero sí pudo presenciar y acompañar el momento creativo de su compañero, condensando la relación social que establecemos a través de nuestra corporalidad. La modalidad del taller, por momentos “demasiado libre” en este imaginario institucional encarnado, logró crear ese espacio necesario para que las singularidades surgieran, pero también para transformar la experiencia y crear otra imagen de sí mismos. Surgieron *relatos otros* desde la corporalidad de cada uno y en el encuentro con los otros.

2.4 Pablo y su títere

Para finalizar quisiera presentar el títere de Pablo y los relatos que lo acompañaron. Este ejercicio lo repetiré con cada uno de los participantes del taller, sin embargo, quiero presentar el de Pablo retomando la idea de *etnoficción* y performatividad proyectada de Sjöberg (2006). Como expliqué en el capítulo 3, la idea de etnoficción y performatividad proyectada podían aplicarse perfectamente a la construcción y teatralización con títeres, en especial la posibilidad de construir y proyectar deseos, valores y emociones sobre estos objetos en base a experiencias vividas. Las proyecciones realizadas en los títeres construyeron imágenes que cargaban con discursos sobre cada uno, devolviendo la mirada y permitiendo una transformación de esas experiencias vividas.

Imagen 3. Fotograma de Pablo O. P. el títere de Pablo



Al costado Pablo sostiene el títere.

Fuente: Datos tomados del trabajo de campo.

Cuando pedía a Pablo que presentara su títere, él se presentaba directamente a través de él. Sin embargo, este títere que era Pablo, no reproducía los relatos oficiales sobre él: ser un paciente psiquiátrico, tener una discapacidad o un retraso mental, ser histriónico, ser epiléptico. Tampoco temblaba o le dolía la cabeza ni estaba mareado. Sus relatos mostraban un personaje con mucha energía e ímpetu, un títere que al presentarse se balanceaba sobre sí mismo con fuerza. Tenía el pelo largo y de colores. Su cara color verde oscuro y celeste, colores que eligió jugando con las pinturas. También, a través del títere Pablo nos contaba sus anhelos:

Malena: Señor titere como se llama

Pablo: Yo soy de apellido O. P.

Malena: Y su nombre

Pablo: Pablo P

Malena: ¿Qué hace usted?

Pablo: Digo hola guapa como va, yo te quiero mucho guapa

Malen: Y, ¿a quién le ha dicho eso?

Pablo: Yo digo una amiga ya toy con ella...junto casarme con ella...ajuera

Malena: Y, ¿qué más nos puede contar?

Pablo: Yo digo vamos pasear bonito, yo me caso por ahí y ya...mucho tiene un wawitos, trabajar ... eso. Comprar la casa, estudiar, todo..comprar vaca..todito, gallinas, pollos, gallos, chanchos, borregos, camellos.

Malena: ¿Camellos?

Pablo: Caballos, yegua, burro, también cuy ...gato no quiero comprar (Conversación grabada del IX Taller de títeres y relatos de vida, 27 de febrero 2020).

El campo y la vida rural, el contacto con animales de cría y el cultivo de legumbres, eran otros elementos que aparecían constantemente como proyecto y contexto de vida anhelada. La aparición de estos elementos en los títeres y los relatos pueden pensarse como repertorios propios de la experiencia de vida, sobre los cuales cada participante creaba el objeto títere, el personaje y la historia que deseaban contar. Esto permitió conocer algo de su historia cultural y de género, los saberes construidos a lo largo de su historia, memorias corporales, experiencias traumáticas, pero también aquellas anheladas. En Pablo el títere y sus relatos demostraba una experiencia de vida migratoria común con sus compañeras de taller: el traspaso de una vida rural, asociada a tareas y quehaceres domésticos, así como a la cría de animales y cultivo de legumbres, a una vida citadina atravesada por la experiencia de ser psiquiatrizados, con el rechazo de sus saberes y corporalidades alternas.

El títere operó como agente provocador y como materialidad donde los participantes del taller pudieron proyectar sus anhelos, sus valores y sus emociones, donde pudieron proyectar sus *relatos otros*. Relatos además que pueden operar como performatividades en el sentido de dramatizaciones reiteradas que modifican la materialidad de nuestros cuerpos o de los cuerpos que deseamos. En este sentido es que es posible hablar de performatividades proyectadas.

3. Género e institución

Sylvia es una mujer de 50 años oriunda de Riobamba que ha permanecido institucionalizada más de 20 años, entre el hospital San Lázaro y el HEJE. Llegó desde el San Lázaro junto a otros pacientes, como Pablo, luego de que el viejo psiquiátrico se convirtiera en un hospital de tratamiento ambulatorio. Actualmente vive en la sala 9b, pero inicialmente se encontraba en la

sala 10 como todos los pacientes que llegaron del hospital San Lázaro. En una de mis primeras conversaciones de 2019 con Ernesto Flores, el coordinador del taller de teatro y el espacio de radio, y uno de los practicantes, me comentaron que Sylvia estaba en el hospital por un posible “retraso mental”. Sumaron a su descripción que en el San Lázaro había sido “esterilizada” dado que aun viviendo en el hospital ella “seguía quedando embarazada”.

Uno de los temas de conversación más recurrentes con ella es recordar sus vivencias y los personajes del Hospital San Lázaro, lugar al que quiere volver. En Riobamba vivía con su padre, el cual tenía un taller de mecánica, trabajaba en un restaurante llamado “Las gaviotas” y tenía un enamorado llamado Don Barrionuevo que “la molestaba”. Su casa ya no existe más, puesto que ahora está el mercado de frutas. Sylvia recuerda también un video de ella en el San Lázaro donde aparece vistiendo una tiara, cantando “Pañuelo blanco”, y donde cuenta que tiene una hija llamada Susana Trinidad que está en “Casa cuna” (una institución donde viven niños huérfanos o en situación de tránsito familiar). Además de esta hija, a la cual recuerda a través de este video, Sylvia tiene un hijo llamado Roberto, el cual la ha visitado en algunas ocasiones y le ha ofrecido vivir con él. Sin embargo, Sylvia aún no acepta esta invitación. A Sylvia le gusta pintarse las uñas, usar sombras en los ojos, aretes, anillos, tiaras, y cualquier adorno colorido o brillante. También le gusta cantar canciones populares como pasillos y cumbias. Las primeras veces que conversé con ella en el 2019, Sylvia me contó en susurros que estaba embarazada.

En este apartado los relatos de Sylvia son cruciales para poder pensar el disciplinamiento ejercido sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres psiquiatrizadas.

3.1 Sylvia y la vida institucionalizada

La vida en la institución psiquiátrica supone la combinación de prácticas y discursos que crean cuerpos y sujetos que se vuelven cada vez más dependientes de la institución. La falta de estimulación de habilidades cognitivas y de socialización, enmarcado en los procesos de infantilización, sumado la medicalización de los cuerpos y el uso de terapia electroconvulsiva genera estados de cronicidad o altos grados de institucionalización que impiden al sujeto pensarse y/o permanecer fuera de la institución. En este apartado quisiera destacar cómo la infantilización

y el diagnóstico de los sujetos psiquiátricos asume formas específicas cuando se trata de mujeres y cuerpos feminizados.⁷

En la tesis de maestría de Graciela Ramírez (2011) la perspectiva de género es crucial para pensar el ingreso, la permanencia y el tratamiento diferencial que opera sobre mujeres y hombres en un hospital psiquiátrico de Quito. Ramírez explica que el ingreso de pacientes al hospital comienza con una gran ingesta de medicamentos que adormecen al paciente y una vez que el sujeto es anestesiado y atontado, se realiza un diagnóstico. Según la autora este tratamiento indiferenciado o general que se aplica en el ingreso al hospital, con la consiguiente anulación del sujeto, vuelve a hacerse diferencial al momento de diagnosticar varones y mujeres. Los diagnósticos de los manuales médicos DSM4 o CIES10 y los analizados por la autora en las historias clínicas de mujeres internadas en el hospital donde trabaja, muestran diferencias muy importantes con los diagnósticos realizados en varones. La mayoría de los diagnósticos realizados sobre mujeres son crónicos y degenerativos, así como también se basan en cuestiones sexuales y afectivas. Además, son historias clínicas basadas no tanto en observaciones detenidas sobre los síntomas de estas pacientes sino sobre los juicios morales e intentos de sujetar la sexualidad femenina, la cual se espera pura y pasiva, por parte de sus familias. La experiencia femenina de la internación supone además una práctica de abandono familiar más acentuada lo cual da como resultado una mayor población femenina en el hospital (Ramírez 2011).

Salir del hospital conlleva otros desafíos como la estigmatización y la pobreza, lo cual devuelve como puerta giratoria a los pacientes dentro de la institución. Existen pacientes que permanecen en la institución más de 10, 15, 20 años. Tal como relata el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales de Argentina (CELS) sobre la situación de mujeres institucionalizadas en psiquiátricos, quien “no se adapta al medio” (como versan las historias clínicas de las mujeres de

⁷ Feminizar un cuerpo es desplazarlo a una posición femenina para justificar la violencia ejercida sobre los mismos (Segato 2013). De esta forma son cuerpos feminizados aquellos que, siendo o no mujeres, su categoría baja a medida que se alejan del ideal de humanidad establecido y sobre los cuales operan diferentes tipos de violencias y un gradual descenso de la autonomía, al punto de poder ser considerados cuerpos y sujetos desechables. En el caso de las mujeres, feminizarlas es reubicarlas y condenarlas a esta posición femenina de inferioridad y dependencia (Segato 2016).

un hospital psiquiátrico que reporta el informe) es porque algo de salud mental les queda (2017). Pero, así como hay pacientes que muestran una “baja adaptabilidad al medio” también los hay aquellos que luego de tantos años de internación les resulta imposible pensarse fuera, en la sociedad que los depositó ahí.

En el caso de Sylvia es posible ver grandes dificultades para pensarse fuera de la institución psiquiátrica. Entre el hospital San Lázaro y el HEJE Sylvia lleva viviendo alrededor de 20 años institucionalizada. Como dije anteriormente, sus relatos visitaban una y otra vez la vida del Hospital San Lázaro, los personajes que allí habitaban, las salas, sus compañeros de sala y su anhelo de volver a vivir ahí. Presento aquí varios fragmentos de los relatos de Sylvia sobre el San Lázaro, en conversación grabada en el II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020:

Sylvia: Yo quisiera regresarme al San Lázaro, pero ya no existe San Lázaro

Malena: ¿Y porque te gusta más?

Sylvia: Porque sabía trabajar...acá nada...acá he sabido llevar la ropa sucia...a veces no me dejan llevar la ropa...

Conversación grabada en el IV Taller de títeres y relatos de vida, 13 de febrero 2020:

Sylvia: Don Mauricio del San Lázaro, el auxiliar, ahora estaba ayudando en la sala de nosotros. Yo lo conocí porque trabajaba conmigo. Él me contaba la plata. “Estas viejas malas...estas viejas locas” sabía decir. Me contaba la plata. Cuando yo sabía estar acostada me decía “¡porque no limpias! Haces el trapeado, ¡vas a barrer!” Me mandaba a trabajar...a botar la basura. ¿Ahora sabe lo que dice el Don Mauricio? Que ya no hay San Lázaro, se acabó San Lázaro por eso nos mantenemos aquí.

Malena: ¿Qué no más hacía ahí?

Sylvia: Yo baldear los baños, botar la basura, cambiar de funda en los tachos, mandaba a botar la basura, sabía trapear las gradas del San Lázaro. Había una señora que se llamaba Rosa y no le gustaba poner pulseras.

(...)

Sylvia: Ayer dice el don Mauricio que “por eso están aquí ustedes...se acabó el San Lázaro, ya no hay, se cerró el San Lázaro, por eso están aquí ustedes”. Yo le ayudaba al Don Mauricio. Yo sabía

estar acostada en el sillón. Un día me contó la plata. Él sabía decir “estas viejas malas...”. Sabía sentarse en el pavimento. Franklin Tello [sala de hombres de San Lázaro]...

Malena: ¿Ustedes podían salir del San Lázaro?

Sylvia: El Cachito que era policía sabía estar en la puerta del San Lázaro.

En sus relatos Sylvia notaba que, a diferencia de su vida en el HEJE, el cotidiano del San Lázaro implicaba una vida más activa y habilitada para desenvolverse en tareas cotidianas. Al asignarle tareas, capacidades o hobbies a su títere el trabajo doméstico era principal: saber barrer, saber baldear, hacer las camas, lavar la ropa.

Esto me transporta nuevamente a las críticas realizadas por Foucault sobre la productividad como imposición normativa que responde a un sujeto entreverado en los engranajes del capitalismo y como una forma de estigmatizar y excluir a todo aquel que no responda a una subjetividad productiva, entre ellos los locos (2015). Pero también, a las críticas realizadas desde los feminismos a la construcción y naturalización del rol de la mujer al comando de las tareas de reproducción del hogar y la forma en que las mujeres incorporamos y asumimos estos roles. Acerca de cómo se construye y se naturaliza el rol doméstico de la mujer, Silvia Federici realiza un excelente análisis en el *Patriarcado del salario* (2018). Entre 1870 y 1910 se construye la familia nuclear como modelo impuesto para la clase trabajadora: una mujer no asalariada que se encarga de la vida reproductiva del hogar, subsumida al varón, y un varón asalariado, aunque explotado, y apaciguado por la posibilidad de mando que tiene en su hogar (Federici 2018). Sumado a esta naturalización del rol de la mujer y su negación de salario, está la histerización de la mujer, planteada desde el incipiente saber científico a partir del siglo XVIII. La psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis se encargaron de patologizar el cuerpo de la mujer y mediante la norma, restringirla a las tareas de cuidado y reproducción del hogar (Foucault 2005).

Teniendo en cuenta estas críticas y estos análisis históricos presentes, el anhelo de Sylvia de trabajar y de realizar este tipo de tareas es comprensible bajo la figura de una subjetividad construida bajo la norma. Sin embargo, esto se vuelve un punto de resistencia cuando se mira desde la óptica del capacitismo. Prohibir a los sujetos la realización de tareas cotidianas es también otra forma de imponer una subjetividad normada y aplastante. De alguna manera, Sylvia encuentra en estos detalles su forma de sobrevivir al manicomio.

En su vida institucional, tener tareas y poder llevarlas a cabo, como probablemente haría antes de entrar al manicomio, es su forma de resistir a la cronicidad. De hecho, otro de sus recuerdos se ancla en un tiempo anterior al manicomio, allá en Riobamba, donde tenía un trabajo y un enamorado:

Sylvia: Yo tenía un enamorado que se llamaba Don Barrionuevo que me molestaba. Yo en Riobamba tenía un enamorado. En Riobamba tenía mi casa. Yo trabajaba en “Las gaviotas”. Sirviendo la comida, limpiando las mesas, almuerzo, merienda (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

Además de la necesidad de Sylvia de reconstruir un cotidiano laborioso como en el San Lázaro o antes del San Lázaro, el afuera, como a muchos otros pacientes con internaciones prolongadas, es también un problema. Las dificultades del proceso de externación se anclan más en dificultades para poder sostener la externación que en la existencia de cuadros psicológicos inestables o críticos. En muchos casos no hay las redes de contención necesarias o apropiadas afuera, y si las hay no hay forma de sostenerse económicamente. La oferta laboral se ve enteramente afectada cuando se sabe que uno es paciente psiquiátrico, o se torna muy difícil sostener los trabajos en ambientes que estigmatizan los problemas de salud mental. En las mujeres se torna más difícil aún la externación, tanto por la falta de recursos como también por el frecuente abandono de sus familias y la separación de sus hijos (CELS 2017, Ramirez 2011).

Esteban Bonilla comentó que, en el 2013, cuando se trasladaron los pacientes del San Lázaro al HEJE se conformó una “brigada de reinserción” destinada a buscar y analizar posibilidades de externación de pacientes (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020). Durante el tiempo que operó esta brigada se logró reinsertar a 37 pacientes. Esta fue una tarea de varios años que muchas veces resultó en una reinstitucionalización dado que muchos pacientes fueron enviados a asilos. Hay dos motivos para que esta desinstitucionalización haya terminado en una reinstitucionalización. Por un lado, la familia no necesariamente es el espacio idóneo para poder lograr una externación, puesto que en muchos casos es el espacio en donde se produce el malestar de las personas. También sucede que no puede ser el único espacio de contención, sino que es necesaria la construcción de una red comunitaria interdisciplinaria que realmente apoye y guíe

esta externación, tanto en lo psicológico como también en lo social y lo económico. En Ecuador opera un modelo de salud mental que propone la existencia de espacios e intervenciones interdisciplinarias de prevención y contención, pero que en la realidad no se cumplen. Sin posibilidades reales de contención y autonomización laboral y afectiva de los usuarios es muy difícil que las externaciones perduren.

En los relatos de Sylvia es posible observar la problemática que existe entre la posibilidad de sostener procesos de externación o de desinstitucionalización exitosos y la familia como único espacio y red de externación. En el marco del trabajo de la brigada de reinserción el hospital logró contactar un hijo de Sylvia, Roberto, el cual la visitó en un par de ocasiones. Ahora bien, existen varios relatos acerca de estas visitas y de la posibilidad o no de que Sylvia pudiera externarse y pasar a vivir con su hijo.

Según Sylvia, Roberto la encontró en el bloque 10, “allá abajo” y la visitó en una ocasión con una sobrina:

Sylvia: Yo tengo un hijo que me quiere llevar: Roberto. En la navidad me trajo unas cosas, que vive en el cuarto piso... Me ha visto en esta sala de acá abajo, me trajo un radio...

Malena: ¿ahí la encontró?

Sylvia: me encontró, habló con una doctora. Diz que vive en el cuarto piso... me quiere llevar a comprar compras, al cementerio...diz que vive allá.

Malena: ahí le puede pedir para ir a ver a Ramón [un auxiliar de San Lázaro que falleció y que Sylvia quiere ir a visitar al cementerio].

Sylvia: “No” dice...la sobrina que vive con el Roberto: “no, ella está enseñada aquí por eso no quiere irse. No, está enseñada aquí, no quiere irse.” Me trajo una funda, dos paquetes de galletas, yogur, me dio galleta y yogur...

Malena: ¿Hace cuánto fue?

Sylvia: Ya acabé todito de comer. Acabe la funda de caramelos...de navidad...Me acabe todito. Mi sobrino que es policía también vino la otra vez y dejó 20 dólares. Fue con mi hermano Ricardo al registro civil para ver cómo me llamo, me estaban llevando al registro civil (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

Ante estas visitas, Cristina, la compañera de sala del Sylvia y participante del taller, comentaba un tanto consternada que Sylvia tenía la posibilidad de salir del hospital pero que ella rechazaba esta oferta. La explicación que daba Sylvia era que se sentía a gusto en el hospital y que no sabía qué iba a hacer viviendo con él. En palabras de Sylvia se siente “enseñada” con el hospital y “afuera tengo que ir a hacer las compras, hacerme la comida...y mi hijo vive en un 4to piso, no se no más que querrá hacer” (Extracciones del diario de campo, II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero de 2020).

En una de nuestras caminatas hacia la sala, Sylvia me cuenta que su hijo había venido con el hermano de ella para que firmara unos papeles, algo que ya me habían comentado practicantes y el psicólogo clínico al inicio de mis prácticas el año anterior: que el hospital había contactado al hijo de Sylvia para que pudiera reconstruir ese lazo, pero que luego habían encontrado al hijo queriendo que Sylvia firmara unos papeles donde pudiera estar heredando alguna propiedad de ella. Al respecto, Esteban Bonilla comentó que sin bien Sylvia es “totalmente funcional”, es decir, está en condiciones plenas de salir del hospital, y habían logrado contactar a su hijo, no había “responsabilidad para que salga” (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, 11 de septiembre de 2020).

La duda de Sylvia de irse a vivir con él podría estar relacionada con este evento, de manera que aquello que parecía ser un entorno o una red de contención, se transformó en un espacio hostil o con intereses ocultos. Así como también puede haberse transformado en un motivo del hospital para no externar a Sylvia. Algo que podría explicar el estado dubitativo de Sylvia a la hora de hablar sobre el tema.

En resumen, hay muchos factores que juegan en contra o dificultan la posibilidad de externación. Los discursos y prácticas del hospital que operan bajo lógicas de infantilización y apaciguamiento, han actuado a tal punto que performan sobre el cuerpo y la persona de Sylvia esta idea de discapacidad y dependencia. Esto puede explicar el argumento que Sylvia utilizaba para explicar por qué no vive con su hijo: “es que estoy enseñada”; y la actitud que tomaba en el taller a la hora de llevar a cabo una tarea: siempre pedía que hicieran por ella, a pesar de estar totalmente capacitada para cumplir con esas tareas (coser, pintar, elegir). A su vez, adaptarse

nuevamente a una vida cotidiana fuera del hospital puede ser imposible sin espacios y redes de contención interdisciplinarios que orienten y sostengan el proceso en los aspectos psicológicos, sociales y económicos. La inestabilidad que presenta el contexto familiar de Sylvia en términos de constancia en las visitas e intenciones y posibilidades de asumir la externación, es otro de los factores que pueden estar operando en ese entramado de prácticas y discursos que imposibilitan que Sylvia salga del hospital.

En todo caso creo que es importante rescatar el rol de su compañera de sala en toda esta cuestión. Quien hace la observación sobre la posibilidad que tiene Sylvia de salir del hospital es Cristina. Un poco consternada tal vez, puesto que no comprende la negación de Sylvia en contraste con el anhelo propio de poder ver a su madre, de la cual comentó en varias ocasiones: “mi mami no me visita”, Cristina invita a construir en el lazo de amistad la autoridad para tomar decisiones sobre sí mismas. Ella sí autoriza a Sylvia para salir de la institución y vivir con su hijo. Estos vínculos, estas relaciones que se crean dentro del espacio hospitalario, son fundamentales también para contrarrestar los efectos de la vida institucional.

3.2 La sexualidad negada

En nuestras conversaciones con Sylvia aparecía recurrentemente tanto el tema del castigo como algo cotidiano en su vida institucional como la sexualidad y el ser mujer como punto crítico en su institucionalización. En los últimos encuentros de taller, volviendo a las salas, Sylvia volvió a contarme que estaba embarazada, esta vez en presencia de Pablo:

(...) [Sylvia] me cuenta que esa mañana fue la enfermera a revisarla con otra doctora. Me indica y me dice que le revisaron la vagina. Que van a hacerle una operación para que pueda orinar. Le pregunto si está teniendo problemas para orinar. Pablo escucha atento y me dice: “¡Es que está emaza!” [embarazada]. Y Sylvia me mira, se ríe y me dice que sí con la cabeza. Me quedo mirándolos. Me acuerdo que Sylvia ni bien me conoció me dijo que estaba embarazada. Y que me hablaba de Pablo (este Pablo). Le pregunto desde cuándo y de quién. Se ríe y me dice: “¡Del viento!” (...) Entra a la sala. Pablo me agarra el brazo, me tironea y me dice exaltado: “¡Yo te voy a contar qué pasó!” Se me acerca y me dice al oído: “¡Es que yo le hice el amor!” Le pregunto cuándo y me dice: “¡Uh...hace un montón!” Me quedo perpleja. Le digo que la próxima me cuentan mejor (Extracciones del diario de campo, 18 de febrero de 2020).

La gestión de la sexualidad, los derechos reproductivos de pacientes, y especialmente de pacientes mujeres en los hospitales psiquiátricos, son temas que presentan una especial desinformación en el campo. Un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) en Argentina llamado La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn “Melchor Romero” (2017) comenta brevemente la situación de las mujeres en el marco de institucionalizaciones prolongadas - no solo psiquiátricas- y la situación de vulnerabilidad y violación de derechos humanos y reproductivos a las cuales son sometidas en su condición de mujeres a lo largo de su historia de paso por las instituciones. El sometimiento a esterilizaciones y abortos no consensuados; negación del derecho a maternar; condiciones socioeconómicas que impiden una externación garantizada tanto en hombres como mujeres, pero especialmente acentuado en mujeres; tratos y relaciones estigmatizantes por parte del personal hospitalario; disminución de sociabilidad y habilidades mentales y motrices, y aumento de mortalidad, por la cronicidad institucional y el consumo excesivo de psicofármacos; son factores comunes de vulneración del derecho a vivir una vida digna, libre de abusos, de las mujeres psiquiatrizadas (CELS 2017).

La vulneración de derechos y la rápida adjudicación de dishabilidades sociales y mentales en mujeres que no cumplen con la norma empeora al ser institucionalizadas en un psiquiátrico. Ser mujer y ser loca en nuestra sociedad no son posiciones sociales tan distantes, sino al contrario son condiciones que durante años la ciencia, la religión y el ámbito jurídico se han encargado de mantener totalmente entrelazadas y hasta confundidas. Ya el texto de Landázuri Camacho (2008) nos habla de mujeres internadas *por sus maridos* porque los acusaban de tener amantes y mujeres internadas con crisis por “exceso de trabajo doméstico” durante toda la historia del Hospital San Lázaro. El informe del CELS nos cuenta de mujeres internadas por sus maridos porque habían sido infieles y mujeres que al ser internadas se les niega el contacto con sus hijos, son sometidas a esterilizaciones, abortos y métodos anticonceptivos no consentidos. Tal como dice Ramírez: “La sexualidad es el meollo del asunto y es tomada como pretexto para normar el comportamiento no solo de los internos de la institución psiquiátrica sino también de los que no queremos ser futuros internos de la misma” (2011, 78).

Si bien no fue posible retomar la conversación sobre el embarazo y el encuentro sexual entre Sylvia y Pablo, es posible reconocer en este relato a dúo cuestiones muy importantes sobre cómo se vive la sexualidad en la institución psiquiátrica. El disfrute y la complicidad con que Sylvia y Pablo me contaron esto lleva primero a cuestionar el perjuicio que recae sobre las personas diagnosticadas con retraso mental y personas psiquiatrizadas sobre su -negada- sexualidad, estigma que lleva a una desinformación total tanto para los sujetos en cuestión como la institución (CELS 2017). En esta línea cabe cuestionar las medidas que toma el hospital en cuanto al deseo sexual de los pacientes, el cual claramente, a pesar de las disfunciones que pueda crear la ingesta de psicofármacos, existe (CELS 2017). Pero también, y siguiendo la línea planteada por Ramirez (2011), cabe cuestionarse cómo el control de la reproducción y la sexualidad recae únicamente sobre las mujeres. Es decir, la sexualidad que se reprueba es la femenina, no la masculina.

Por otro lado, cabe preguntarse en qué contexto se llevó a cabo la esterilización de Sylvia, si hubo o no consentimiento, si fue informada adecuadamente sobre las consecuencias de haber sido esterilizada y qué recursos tienen Sylvia y Pablo para tener relaciones sexuales de forma privada y segura para ambos.

Los relatos de Sylvia suman otra cuestión. Volvamos sobre lo que me decían de Sylvia: a Sylvia la esterilizaron porque *seguía* quedando embarazada *en el hospital*. El abuso sexual en la institución psiquiátrica es, dentro de la gran temática “sexualidad y locura”, un factor que muchos organismos de derechos humanos han denunciado pero que pocas veces es debidamente tratado. Según el CELS el abuso sexual viene acompañado de grandes dificultades para denunciarlo, sea porque los y las pacientes no son escuchados o escuchadas, o porque existen represalias cuando realizan la denuncia (2017). Hubo dos veces en las que Sylvia trajo este tema en sus relatos. La primera vez, en forma de pregunta, hablando de sus recuerdos del hospital San Lázaro:

Sylvia: La señora M. P. se ha muerto...también la han violado a una señorita I.T. ...en San Lázaro...ha sabido traer costal de ropa...la han violado en el San Lázaro...no sé cómo tan sería...la han violado... se ha desaparecido

Malena: ¿Desapareció?

Sylvia: ¿Que le hacen? ¿qué es que le violen? ¿Qué te hace?

(Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020)

Y la segunda hablando de un evento con un auxiliar de su sala:

Sylvia: El don...don... don... [no recuerda el nombre] me ofrece una cosa...pero no me da...que va a venir en la velada dijo...En la velada dijo que va a venir. Ayer le lleve a ... [no se entiende]... 'Gracias Sylvia' dijo...él sabe besar a la señora A...son pareja, no sé, dicen... El Osvaldo sabe molestar. El Osvaldo en la mañana [me dijo]: 'que te dicen loca!'... saca las cobijas... estaba poniendo las cobijas de la Tamarita...estaba parada y me topa la nalga... [yo me sorprendo] si, estaba parada ahí y me topa ahí.

Malena: ¿Quién es "el Osvaldo"?

Sylvia: Un auxiliar. 'Sylvana cara de banana'...me dice....

Malena: ¿Qué más hace Osvaldo?

Sylvia: '¿Por qué me dice que soy loca? ... no molestes, no me molestes' le digo de mañana...estaba molestando de mañana en la cama... (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

En el primer relato Sylvia introduce la temática como parte de la vida en el psiquiátrico y demuestra su preocupación y su duda sobre qué es una violación. En el segundo relato demuestra que entiende perfectamente la diferencia entre un acto consensuado en pareja (los novios que se besan) y un acto no consensuado como el episodio de acoso por parte del auxiliar. Identificó también el apodo de "loca" como denigrante, toda vez que ella no se identifica como tal. Mi intención aquí no es hacer un informe sobre las habilidades mentales de Sylvia, sino mostrar la existencia de una racionalidad propia en ella, a diferencia de lo que se entiende por locura (la falta de razón), y la autonomía suficiente para poder hacer juicios de distinción entre un trato denigrante o de abuso y uno que no lo es. Quiero destacar a través de sus relatos la presencia de una subjetividad que se resiste a la pasividad, inmutabilidad e incapacidad que se espera de los pacientes psiquiátricos. Y que la cuestión sobre el abuso sexual dentro del hospital, si bien no encuentra mención en el informe realizado por la OMS en el 2015, sí toma consistencia en los relatos y en las marcas corporales de los y las pacientes.

3.3 Sylvia y la maternidad negada

Ligado al tema de la sexualidad la problemática en torno a la maternidad es uno de los puntos más discutidos en el campo de la perspectiva feminista, y en el marco de las discusiones sobre locura y feminidad, completa las concepciones que se tienen sobre qué es ser mujer y las violencias ejercidas sobre las mujeres. Tal como sugiere el informe del CELS allí donde somos llamadas a ejercer nuestro papel de *mujer* en la sociedad, es decir, la maternidad, el ingreso a la institución psiquiátrica nos niega completamente este rol (2017). Existen muchas historias de mujeres que al ingresar a la institución psiquiátrica son arrancadas de sus hijos y se les niega su maternidad, en un sentido jurídico, al ubicar sus hijos en un centro de adopción. O sus hijos permanecen con el padre quien se desentiende del tratamiento de la mujer y niega el encuentro entre madre e hijos. Es claro que la relación entre materner y ser mujer se basa sobre una idea esencialista y biologicista sobre la idea de lo femenino, sin embargo, no podemos negar los vínculos afectivos y la carga simbólica que significa para muchas personas, especialmente aquellas identificadas con el género mujer. Al negar su condición de madres y su derecho a materner, la institución y el estado disciplinan una vez más a las mujeres, al punto incluso de negar una subjetividad femenina.

El recuerdo de Sylvia de ella misma diciendo que tiene una hija en un video apareció una y otra vez en los talleres, junto con su preocupación de poder volver al San Lázaro, sin embargo, este relato no obtuvo mucha atención durante los primeros encuentros.

Sylvia: Ahí tengo un video cantando, digo “tengo una hijita que se llama Susana Trinidad”. Digo ahí en el video ahí...ahí estoy cantando...algún rato... “Sylvia C, tengo 35 años y estoy ayudando a la señorita M. E.”. Así estoy diciendo. Así como está en el San Lázaro está en el video de la señorita E (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

Es posible que mi falta de atención se basara en un prejuicio común que define la persona psiquiatrizada como alguien cuyo relato es erróneo, sin asidero en la realidad, repetitivo y sin importancia (Foucault 2015). Lo que provocó un llamado de atención sobre este relato fue la decisión de Sylvia de llamar a su títere como su hija, Susana Trinidad.

Imagen 4. Fotograma de “Susana Trinidad”



Atrás se ve a Sylvia sosteniendo el títere.
Fuente: Datos del trabajo de campo.

La actividad del momento que captura la foto consistía en que cada títere actuara frente a la cámara para presentarse, sin embargo, Sylvia no se sintió interpelada para hacerlo y simplemente contestó a mis preguntas: *¿Cómo se llama? ¿Qué le gusta hacer? y ¿Dónde vive?* A lo cual contestó: *Susana Trinidad, trabaja y vive en Riobamba* (de donde es Sylvia). Tanto el color del pelo, como el color de la piel y la tela de su vestido fueron elegidos por Sylvia a lo largo de todo el taller. Si bien en algún momento pensamos la posibilidad de que su títere fuera “Don Mauricio”, el auxiliar que conocía del San Lázaro y que ahora trabajaba en la sala del HEJE, la decisión final fue representar a su hija.

Esto nos devuelve a los conceptos de *performatividad* (Butler 2002), *desplazamientos nómades* (Braidotti 2000) y *relatos otros*. El títere como objeto artístico, como imagen construida en este ir y venir con otros, irrumpió como performance que devolvió la importancia de este recuerdo y trajo a la realidad material a Susana Trinidad. Es un relato que se desplaza entre lenguajes y sustratos, entre el recuerdo oral y la aparición material. Es por lo tanto un relato otro, puesto que transforma un recuerdo, insignificante para el relato institucional, en un objeto material y protagónico que transforma la realidad.

Hay otro relato que quisiera traer a la luz de estos conceptos y es el embarazo. Siguiendo la línea planteada, el embarazo puede contemplarse también como relato otro. Un relato que se encuentra en transición entre pasado y presente, entre la materialidad y lo simbólico. Si la experiencia de vida de Sylvia viene acompañada de múltiples embarazos entonces hay una experiencia material de la corporalidad que en la actualidad aparece como memoria.

Hay un sentido de transgresión que atraviesa el relato puesto que Sylvia menciona su embarazo en susurros y entre risas cómplices. Si los embarazos fueron producto de violaciones la transgresión está en poder contarlos, si fueron producto de relaciones sexuales consensuadas la transgresión está en ese disfrute. Si bien es probable que no haya un embarazo en curso, el relato no deja de tener relevancia: es memoria corporal que sobreviene al presente y se hace carne en su autopercepción corporal. El embarazo es una experiencia corporal que trae al presente como transgresión a la norma.

Sin embargo, esta transgresión no radica únicamente en denunciar las violaciones o relatar su disfrute sino también en retomar la experiencia negada: la maternidad. La materialidad del embarazo en el cuerpo viene acompañada de una carga simbólica importante: valores, imágenes y afectos que construyen la idea de “ser madre”. “Yo tengo una hija que se llama Susana Trinidad” recuerda constantemente, la imagen de ella misma diciendo que tiene una hija que está en Casa cuna y que hoy no está presente en su vida. Aquí lo simbólico y lo material se entremezclan nuevamente para mostrarnos que la corporalidad no es un sustrato biológico y presocial sino una construcción social y cultural. La memoria material de la corporalidad es una sola con lo simbólico. Una memoria corporal que engloba contradicciones sociales como el abuso sexual invisibilizado en la institución, la esterilización como negación de la sexualidad, la negación de la maternidad como negación de la persona.

En Sylvia el recuerdo de ella diciendo que tiene una hija -diferente al recuerdo que pudiera tener *de* su hija-, se desplaza a un títere que representa a su hija Susana Trinidad, permitiendo darle protagonismo a este relato, y a la memoria corporal del embarazo como momento previo a esta maternidad negada. No como algo que naturalmente la constituye sino como el efecto que tuvo en ella la imposibilidad o la negativa de ejercer esa maternidad.

3.4 Sylvia y la construcción de su autoimagen

La sexualidad de Sylvia no es negada únicamente en la esterilización sino también en el tratamiento monótono, higiénico e infantil que hace el hospital sobre los cuerpos de los y las pacientes. Como dice Ramírez en su tesis:

(...) la violencia más grande de todas (...) es negar las características propias de la feminidad, la masculinidad y la sexualidad cuando se le retiran todas las cosas que los representan como sujetos deseantes bajo el justificativo de que ciertos objetos pueden excitarlos (Ramírez 2011, 58).

Quisiera tratar aquí la forma específica que adquiere los relatos sobre la feminidad de Sylvia y que coronan la resistencia a todas las prácticas antes mencionadas. La coquetería y el deseo de ser retratada de Sylvia constituyen una forma propia por y en el marco del manicomio de construir su autoimagen de la feminidad. En el marco del tratamiento monótono, higiénico, infantil y sin sexualidad del aspecto corporal de los pacientes, Sylvia logra performar una hiperfeminidad. Al momento de conocer a Sylvia llevaba puesta una tiara, aretes en sus orejas, anillos y uñas pintadas. Cada vez que la veía presentaba una combinación de todos estos arreglos y otros objetos que iban y venían como sus sombras para los ojos, un poncho o una cartera. También, cada vez que la veía me pedía a mí u otras personas que le regalara pintañas, aretes o anillos. Y cada vez que recordaba el video del San Lázaro, donde aparecía cantando “Pañuelo blanco” y contaba que tenía una hija llamada Susana Trinidad, recordaba también que tenía puesta una tiara.

El primer día que llevé la cámara acordamos con Sylvia sacarle unas fotos para reemplazar aquella que nos habíamos tomado al finalizar la presentación de la obra de teatro y que yo le había regalado impresa en papel tanto a ella como a Natalia, quién también se había sumado a la fotografía. En algún momento esa fotografía se perdió y cada vez que Sylvia me encontraba me pedía que volviera a llevarle la foto. La nueva sesión de fotos se la tomé en la sala de residencia, un día que, como necesitaban usar el auditorio para una reunión de médicos, nos trasladamos allí. Sylvia, con su tiara, sus uñas pintadas, su poncho y su cartera, posó para la cámara. La primera fotografía se la tomé exactamente donde estaba, sentada en la silla frente a la mesa donde

habíamos estado trabajando con los títeres. Las otras tres Sylvia se levantó para que pudiéramos ver también su cartera⁸, y en las últimas dos corrió el poncho para cerciorarse que la veíamos.

Imagen 5. Fotografías de Sylvia



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Cuando digo que la construcción que hace Sylvia de su feminidad se enmarca en el contexto del manicomio me refiero a que es una de las tantas formas de resistirse a la fabricación en serie de los cuerpos-sujetos del manicomio. Si observara la imagen de Sylvia en un contexto fuera del hospital sería imposible pensar en una performance de hipperfeminidad. Es la forma que encuentra

⁸ En el cotidiano del manicomio también adquieren un peso significativo las pertenencias, como la fotografía que le había regalado yo o la cartera que modelaba en ese momento. Sus historias sobre el San Lázaro y sobre el HEJE dejan entrever lo problemático que es poseer objetos o dinero en estas instituciones: Sylvia siempre cuenta que “Las viejas locas” - me pregunto si habla de las monjas del San Lázaro-, alguna compañera de sala o los mismos doctores le quitaban o le quitan sus pertenencias.

Sylvia de reconstruir aquella sexualidad que le es negada, tanto en la esterilización como en la imposición de una imagen propia de una niña infante.

Su atuendo, sus colores, sus brillos, le permiten a Sylvia sobresalir de la monotonía del uniforme color bordó o rosado que deben utilizar todas las mujeres de su sala, de la negación a usar sostén, del higiénico pelo corto, del mismo olor que comparte con sus compañeros y compañeras, del diagnóstico de retraso mental, de la esterilización, del abandono y de la negación a su maternidad. De alguna forma sus atavíos, sus recursos de fantasía, devuelven al cuerpo de Sylvia el sentido de utopía el cual proponía Foucault. Deja de ser ese cuerpo anclado, sujetado a un lugar específico y de opresión, bajo todas estas huellas institucionales, para ser nuevamente ese cuerpo utópico.

4. La alteridad total en la institución

Pasando de la problemática de la identidad de género y las relaciones, representaciones, discursos y prácticas que se establecen en relación a esta dentro del hospital, es posible incursionar en la problemática que acarrea la idea de alteridad, su representación y el encuentro con el otro dentro de la institución. En este sentido es necesario problematizar no sólo la forma específica que adquiere la norma y el ejercicio del poder bajo el discurso psiquiatrizante sino también cómo este discurso se combina fuera y dentro del hospital con el discurso de la nacionalidad. El discurso de *lo nacional* es un discurso identitario hegemónico basado en representaciones binarias de la sociedad que, atravesadas por una lógica racista y clasista, orientan las políticas y las relaciones entre los diferentes grupos étnicos y de clase: lo nacional y los otros internos.

La relación planteada en capítulos anteriores entre el proceso de *mestizaje* y el desarrollo de la psiquiatría como disciplina de la higiene social, permite ubicar el problema dentro del hospital psiquiátrico y plantea una relación entre *los otros internos* de la nación y los otros (locos) en el esquema razón/sin razón. Pero además de lo que pueda producir la psiquiatría y la institución psiquiátrica como discurso normativo del estado-nación, dentro de la institución se reproducen relaciones, discursos y relatos que están atravesados por esta concepción del *otro interno*.

Los estudios postcoloniales y decoloniales explican que los procesos de colonización no terminaron con el grito de independencia de los nuevos gobiernos latinoamericanos, sino que continuaron como procesos de colonización *interna*. En este sentido el *mestizaje* operó como un diversificador importante en el sistema de representaciones y valores que construyen el paisaje de desigualdad étnica, sin borrar las experiencias de discriminación y racialización. El concepto de *otros internos* identifica a aquellas personas cuyas condiciones de ciudadanos legítimos se pone en duda toda vez que no cumplen con la identidad nacional impuesta.

Estos procesos se encargaron de profundizar, invisibilizar y anquilosar estructuras sociales y económicas desiguales y racializadas que hoy día persisten. Autores como Kingman (2002) y Whitten (2003) explican que el proceso de *mestizaje* (como práctica y como ideología) no se concentró en comprender la nacionalidad ecuatoriana como compuesta tanto por elementos indígenas como blancos, sino que consolidó un proceso de blanqueamiento de la nacionalidad. Whitten resalta además que el mestizaje - comprendido entre indígenas y blancos- dejó fuera del discurso identitario nacional ecuatoriano la población negra, mulata (blanco-negro) y zamba (negro-indígena), invisibilizando su existencia en la nación (2003).

La cuestión sobre la alteridad emergió desde el primer taller en que presenté diferentes tipos de títeres y se propuso elaborar, entre todos, la personalidad de esos títeres. Llevé al taller dos títeres y una muñeca elaborados por mí y que fueron creados con diferentes historias e identidades. El títere de guante, “Rosita” es una mujer afro, con vincha de colores y pelo similar a rastas, su historia es la de una mujer uruguaya que toca el “chico”, un tambor de candombe (un tipo de música afro-rioplatense). El títere “bocón”⁹, “Raúl”, es un hombre con cara alegre y camisa colorida, su historia es la de un cantante de cumbia villera que vive en Rosario, Argentina. La actividad consistía en presentarles los títeres, pero sin mencionar sus historias, identidades y personalidades, sino dejar espacio para que los mismos participantes adjudicaran esas características. Ante la pregunta de quiénes eran, de dónde venían y qué historia podían contar,

⁹ Títere de guante y títere bocón hace referencia a dos estilos de títeres que se diferencian por la manera en que son confeccionados y la forma de manipularlos que habilita cada confección. En el primero la cabeza y los brazos son accionados por los dedos de una sola mano. Mientras que en el segundo, una mano mueve cabeza y boca y otra mano acciona una de los brazos del títere a través de un palillo.

cada uno desde su historia personal y en conjunto elaboraron distintos perfiles. Acerca del títere de estilo “bocón”, “Raúl”, dijeron lo siguiente:

Malena: ¿entonces él parece más sociable...más alegre?

Marcia: Es más manejable

Sylvia: Está riendo...con los ojos...se está riendo...con los ojos

Malena: Y, por ejemplo, ¿de dónde creen que es?

Cristina: De Loja...

Malena: ¿por qué de Loja? [el resto se ríe] ¿Por qué de Loja?

Luis: ¡Porque comen perros!

Malena: ¿Eso dicen de los lojanos? [Cristina se queda callada] ¿Y porque más podría ser lojano?

Marcia: [riendo] Sí, los lojanos comen perros...Porque...es sociable...

Malena: ¿Sylvia y Cristina que son las que dijeron que es de Loja?

Marcia: Es ecuatoriano (Conversación grabada del I Taller de títeres y relatos de vida, 6 de febrero 2020).

Luego de esta conversación y en otros talleres Cristina me contaría que viene de Loja. El chiste estereotipado de “todos los lojanos comen perros” y la reacción generalizada de risas cómplices y el retraimiento de Cristina puso sobre la mesa la problemática de la identidad regional y la relación ciudad capital y provincia.

En el segundo taller, donde retomamos la actividad de asignarle características personales a los títeres, nos encontrábamos en presencia de Bibiana y Omara, dos mujeres adolescentes oriundas de Quito, y Patricio, un practicante de psicología, quiteño también. En esta ocasión se conversó más acerca del títere de mano “Rosita” sobre la cual conversamos lo siguiente:

Malena: Yo ayer les había mostrado los títeres míos

Bibiana: ¿Usted los hizo?

Malena: Sí.

Sylvia: ¿Ese a qué se parece? [en referencia al títere de guante, “Rosita”]

Cristina: Igual a la Sylvia [risas]

Omara: ¡Se parece a mí...según yo [risas] Gracias!

(...)

Malena: ¿Y ella o él de dónde es? [títere “Rosita”]
Sylvia: [parafraseando] “¿Ese a qué se parece? Se parece a la Sylvia”
Bibiana: De Esmeraldas
Malena: ¿Por?
Omara: Por el color, por la vestimenta, el cabello
Patricio: Cabello negro
Malena: ¿Qué sensaciones les parece que tiene?
Bibiana: Quizás es una madre
Omara: Yo la veo como una abuelita
Malena: ¿Ustedes?
Cristina: Se ríe
Sylvia: Tiene la cara negra
Cristina: Los ojos negros
Malena: ¿Y qué nombre le pondrían?
Patricio: Omara [se ríen] (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

El fenómeno de migración interna en el Ecuador campo-ciudad, costa-sierra y provincia-capital atravesado por discursos de superioridad étnica, racial y de clase, marca en las historias personales y relaciones interpersonales conflictos, expectativas y resoluciones sobre la identidad cultural de cada uno. En las conversaciones citadas es posible comprender cómo opera este sistema de representaciones: para los presentes, tener una vestimenta colorida, “la cara negra”, el “cabello negro” y los “ojos negros” significaba ser de Esmeraldas, de la costa. Desde una percepción etnocéntrica de la capital serrana una mujer negra no podía ser de la sierra. A su vez, la expresión seria de su cara vinculaba el títere a la historia de una madre o una “abuelita”, aventurando quizás una conexión entre la tristeza o el sufrimiento, y la vida de las mujeres afro o mujeres de la costa. En cambio, el títere bocón, cuya piel era más clara y la expresión de su cara parecía más alegre y “sociable” era identificado, en los relatos de Sylvia y Cristina a sus lugares de origen serranos. Ahora bien, Omara se identifica con “Rosita” porque el color de la cara del títere era oscuro (*¡Se parece a mí...según yo!*) y bromeando dijo: *¡Gracias!* tomando esa identificación como un cumplido. En este caso se produjo un acto de identificación con una identidad negra. Sin embargo, el acto de identificación se vio mediado por un acto de humor que se encargaba de exaltar una característica positiva de “ser negra”, es decir, la belleza.

En su libro *Piel negra, máscaras blancas* escrito en 1952 Frantz Fanon propone realizar un “sociodiagnóstico”, un análisis psicológico y social sobre la persistencia del colonialismo y el racismo en Europa (2011). Fanon plantea que *hablar* es existir para el otro y es también incorporar una cultura: los pueblos colonizados incorporaron la cultura colonizadora, la cultura metropolitana, aquella que los nombra inferiores. El racismo se hace carne a tal punto que los procesos de identificación se hacen en referencia a este gran Otro blanco, sea construyendo un yo blanco o blanqueado, sea construyendo un yo negro pero que busca el reconocimiento de otros blancos.

Ya avanzados los talleres, al momento de elegir cómo pintarían sus títeres, qué color de piel tendrían, Marcia, una mujer afroecuatoriana, decidió pintar la piel de la cara de su títere con un color clarito, semejando una piel blanca. La consigna del taller era pintar del color que quisieran, incluso colores que no fueran los convencionales para representar la piel humana, como el verde o el violeta, colores que eligieron Cristina y Pablo. Sylvia por su parte eligió un color marrón oscuro.

Imagen 6. Fotograma de “Johana”, títere elaborado por Marcia



Fuente: Datos del trabajo de campo.

El títere de Marcia representa una de las tres muñecas que protagonizan su historia “Las muñecas con zapatos”, historia que además caracterizó como “la historia de su vida”. El hecho de que elija una piel blanca para representar a este personaje que es parte de “la historia de su vida” es sintomático respecto a lo que nos habla Fanon. Según el autor, aunque quisiera, el hombre o la mujer negra no pueden librarse de su apariencia, puesto que la caracterización racista de las personas negras se basa en la experiencia física de ser negro o negra, y a esa apariencia física se le adjudican todas las características negativas posibles o características “positivas” pero que aun así reducen a la persona negra a esas características y les niega otras personalidades y características¹⁰ (2011). La experiencia de “portar una apariencia negra” es “compensada” con procesos de representación e identificación que permiten, en el plano imaginario, volverse más blancos (Fanon 2011): como en el caso de Marcia, elegir un color de piel diferente al propio para representar un personaje de la historia de *su* vida.

Volviendo sobre las discusiones planteadas por Kingman y Whitten, las reacciones observadas entre los participantes del taller ante la diversidad de los títeres lograron mostrar un proceso identitario en el marco de los paisajes sociales racializados marcados por el discurso del estado-nación. Los conflictos costa-sierra, campo-ciudad guiados por discursos de superioridad étnica y racial se convierten en un sistema de valores y representaciones que operan en los procesos identitarios. El discurso de lo *nacional* se construye donde originalmente se encontraba el poder económico y político, Quito y la serranía, y donde se da el *mestizaje* como proceso de blanqueamiento de la población indígena, invisibilizando la población negra. No es casual que se identifique al títere blanco-mestizo con el lugar de origen serrano, cuando la capital serrana opera como representante del país y por tanto del discurso de *lo nacional blanco-mestizo*. Tampoco es casual que el títere de la mujer afro sea identificado con la costa, mostrando una vez más que la población negra es invisibilizada como parte de la población nacional cuando existe una población afroecuatoriana importante en la sierra también. Por otro lado, deslegitimar el lugar de origen no-capitalino mediante un chiste estereotipado (“en Loja comen perros”) da cuenta también de esta construcción de lo capitalino como lo nacional y por tanto como lo aceptado, lo

¹⁰ Es común ver películas que si existe un personaje negro presenta características tales como tener ritmo, poseer un órgano sexual masculino prominente, ser espontáneos, caricaturescos, no tener profesión y/o son los primeros en morir. O los casos de identidad racializada en países postcoloniales con un gran porcentaje de población afro donde ser negro o negra es automáticamente asociado a lo exótico, lo extranjero, una nacionalidad africana migrante.

legítimo. En cuanto a la identificación con el títere afro por parte de Omara solo pudo darse en el marco de un acto de humor que exaltaba las características positivas de ser negra. Por último, tampoco es casual la decisión de Marcia de pintar el títere que representa la historia de su vida con un color de piel blanco, es decir con el color de piel del Otro.

4.1 Cristina y su trenza

Hasta aquí he presentado algunas de las reacciones que surgieron al explorar el paisaje étnico, racial, cultural y regional con los participantes de los primeros talleres, las relaciones que establecieron entre ellos y con ellos mismos sobre sus procesos identitarios. Quisiera presentar ahora los relatos de Cristina que permiten complejizar cómo se dinamiza la alteridad o la idea de otro interno *dentro y en contacto* con el hospital. La discusión sobre las políticas de higienismo, el desarrollo de la psiquiatría como disciplina de la higiene social y la construcción de *los otros internos* en el siglo XIX se hace presente en una versión contemporánea que ubica la problemática en relación a las políticas de higiene del hospital, las relaciones que establece el personal con los pacientes y las consecuencias que trae para con ellos.

Cristina es una mujer joven de 26 años de edad que viene de Loja. Comparte la sala junto a Sylvia y Pablo, aunque no ha estado internada en el San Lázaro como ellos. Desconozco el tiempo que lleva internada. Es muy afectuosa y aunque no habla mucho sigue las conversaciones con mucha atención. En nuestros talleres, mientras esperábamos que lleguen los demás, Cristina deambulaba por el auditorio puesto que los dolores corporales no le permitían estarse quieta mucho rato. Disfrutaba de las actividades con risas e interactuaba con sus compañeros de forma amable. El único personaje de sus relatos era su mamá, a la cual extrañaba y de la cual esperaba que la visitara en el hospital. El títere de Cristina se llama Luisa Zambrano, es de Cañar, sabe planchar, barrer, limpiar y estudiar. Lleva trenza y viste zapatos de taco, como la mamá de Cristina.

Quisiera comentar aquí el último elemento que sumó Cristina a su títere y que permite relacionar las políticas de higienización del hospital con las prácticas de disciplinamiento sobre los *cuerpos otros*. Este elemento será crucial luego para pensar los *relatos otros* de Cristina.

Pablo: Yo conocí [a Cristina] cuando vine del San Lázaro, viniendo para acá estaba con ella [Sylvia]...yo estoy hablando con ella... ya vengo dije...y cuando estábamos saliendo terapia para acá afuera.... ¿Tenía el pelo largo! “¿Cómo está?” dije, “buenos días” me dijo...

Malena: ¿Quién tenía el pelo largo?

Pablo: Cristina

Marcia: Es que les cortan

Cristina: Mi madrina me ha cortado el pelo ... dijeron que corte el pelo

Malena: ¿Así, corto le gusta?

Cristina: Ha venido la señora V....vendió mi trenza...

Malena: ¿En serio?

Marcia: Les cortan...no les dejan crecer

Malena: ¿Usted tenía trenza?

Cristina: Sí, la licenciada M hizo que corte el pelo...me cortaron el pelo

Marcia: A toditas les cortan

Malena: ¿A usted también?

Marcia: Sí, pero si yo quiero. A ellas sí, es obligado (Conversación grabada del XI Taller de títeres y relatos de vida, 6 de marzo 2020).

Hay varios hilos para analizar en este diálogo. Por un lado, da a conocer la práctica del madrinazgo y padrino, la cual fue instalada luego de la primera presentación del taller de teatro con pacientes del bloque 10. Luego de ver que los pacientes “crónicos” de la “sala de abajo”, es decir, sin horizonte de salida ni de “recuperación”, eran capaces de recibir instrucciones, seguir actividades, mostrar interés, los directivos decidieron implementar el madrinazgo y padrino obligando a profesionales del hospital a crear un vínculo estrecho con pacientes que no tienen familiares o no reciben visitas (Esteban Bonilla, ex Director asistencial del Hospital Especializado Julio Endara, en entrevista con la autora, abril de 2019). Cristina estaba en el bloque 10 y luego pasó junto a Sylvia a la sala actual.

En *Hijas del viento* (2019) Cristina Vega Vera plantea el compadrazgo y la colocación familiar como elementos constitutivos del “modelo colonial hacendatario de género” (2019). En este sentido, la autora analiza la intersección entre género, raza y clase social en el sistema hacendatario ecuatoriano como una continuidad del sistema colonial. Reconociendo, desde una perspectiva de género, que el sistema hacendatario consistió en la administración privada del

mundo indígena y afro ecuatoriano (Tuaza 2014 en Vega Vera 2019), pero en especial de las mujeres indígenas y afro, perpetuando el sistema de clasificación, división y opresión racista, clasista y patriarcal de la colonia (Vega Vera 2019). Para que este sistema logre perpetuarse durante tanto tiempo las relaciones de dominación y explotación se entrelazaron con un sistema de economía moral, en donde estas relaciones no solo se daban de forma directa sino de forma confusa y ambigua (Vega Vera 2019). En este sentido las figuras de compadrazgo y colocación familiar permitieron afianzar este sistema, que además de colocar la figura femenina no-blanca e infantilizada bajo una relación de dominación e interdependencia con el patrón, blanco y adulto, afianzaba vínculos y relaciones estratégicas interétnicas entre varones. Estas figuras suponían y naturalizaban una concepción infantil y de no-ciudadanía de tiempos de la colonia, de mujeres indígenas y negras, construyendo subjetividades sumisas y dependientes sobre las niñas que ingresaban en las casas de estas familias. Una vez dentro de las familias estas niñas eran cuidadas e instruidas a cambio de realizar tareas domésticas no remuneradas. Ahora bien, su educación, que era guiada por la mujer de la familia (generalmente la esposa del “jefe de familia” o del patrón), reproducía el sistema de representación y valores que ubicaban a la mujer en un lugar de inferioridad atravesado por la clase y la raza (Vega Vera 2019).

En el marco del hospital psiquiátrico la figura del padrinazgo compone otro tipo de relaciones y sistema de representaciones, constituido entre médicos y pacientes, pero, sin embargo, continúa reproduciendo relaciones de dominación e interdependencia. Es decir, produce y reproduce una subjetividad sumisa y de dependencia en los pacientes, a la vez que afianza vínculos y figuras de dominación entre médicos y el personal auxiliar del hospital. El hecho de que la madrina de Cristina haya ordenado que le corten el pelo, la *trenza*, es un ejemplo claro: la decisión no es consultada con Cristina y la orden se da de médica a auxiliar. No solo eso, sino que también se presenta como un acto de afecto y de educación toda vez que la decisión que toma *por y para* Cristina, es *mejor* para Cristina; de manera que la relación de poder se torna ambigua o confusa, invisibilizando o suavizando esta relación de poder. Ahora bien, me arriesgo a comentar que además la relación de dependencia y sumisión que reproduce entre médico y paciente sigue estando atravesada por el sistema género, raza y clase instaurado por la colonia y perpetuado por el sistema hacendatario y la construcción del sujeto nacional y el *otro interno*. En este sentido no es casual que a Cristina le hayan cortado la trenza, símbolo de identidad indígena en la región. De

esta forma se ven intersectadas distintas formas de producir lo *otro*, de construir la alteridad en el hospital: mujer, indígena y paciente psiquiátrico. Tres subjetividades infantilizadas, inferiorizadas y violentadas.

La preocupación con la que Pablo comentó que Cristina tenía el pelo largo, lamentando que se lo hubieran cortado, y el comentario de Marcia: “es que se lo cortan”, muestran una postura crítica ante la situación, haciendo notar que el higiénico pelo corto encuentra resistencia, no solo en estos comentarios, sino también, en la decisión de Cristina sobre el pelo de su títere, algo que retomaré más adelante. Al siguiente taller comentaron que el pelo se lo habían cortado porque tenía “muchos piojos”. Pablo y Marcia hicieron notar además que la mayoría de las mujeres de la sala de Sylvia y Cristina llevaban el pelo corto, mientras que las mujeres que viven en la residencia, como Marcia, no, vislumbrando un sistema de clasificación diferencial entre los pacientes: la autonomía solo se le otorga a un grupo reducido.

Imagen 7. Fotograma de “Luisa Zambrano”.



Atrás se ve Cristina sosteniendo el títere.
Fuente: Datos del trabajo de campo.

Ahora bien, ¿qué pasa con el argumento utilizado para tomar la decisión de cortar el pelo? Es decir, ¿cómo interpretar la decisión radical de cortar la trenza bajo el argumento de que Cristina tenía piojos? ¿Existe relación entre esta política de higienización y las contradicciones construidas, desde el discurso racial y de clase, en las relaciones interétnicas guiadas por la noción colonial del estado-nación?

Hasta antes de 1930 en Quito, las prácticas de higienización se confundieron con las de ornato, una lógica que pensaba la ciudad de forma estética, atravesada por discursos racistas y etnocéntricos, llevando a la prohibición de costumbres indígenas dentro de la ciudad como el uso de vestimentas típicas, la venta callejera de comidas elaboradas o la cría de animales (Kingman 2002). En su libro *Lo limpio y lo sucio* (1991) Georges Vigarello aborda la relación existente entre limpieza, moral y orden impuesta a los pobres de las incipientes ciudades industriales europeas del siglo XIX. La limpieza de las calles, las viviendas y los cuerpos se entremezcla con la limpieza de las costumbres, limpieza de los vicios y la imposición de un orden y una moral necesarias para el correcto funcionamiento de estas nuevas ciudades. Esta idea se transforma en una pedagogía constante acompañada por obras públicas que incitaban a la limpieza corporal y de vestimenta a los barrios pobres instalando una relación directa entre miseria, suciedad e inmoralidad, entre limpieza, orden y moral. Este análisis da cuenta de cómo la noción de “higiene”, en vez de ser un concepto médico “neutro”, se guía por una carga moral racializada pero legitimada por la ciencia (Vigarello 1991).

En el marco del higienismo como política de limpieza (racial y moral) la psiquiatría se desarrolló como disciplina de la higiene social, en la medida que se involucró con el análisis de la composición de la población nacional y la creación de perfiles criminológicos asociados a determinados cuerpos y rostros, previniendo el “peligro” que latía en las ciudades y en el mestizaje (Foucault 1999). En Ecuador, la preocupación por determinar cómo era el ser nacional o cómo no debía ser, apuntaba a borrar las huellas de la diversidad, anulando los atributos indígenas y negros, potenciales agentes de desorden, inmoralidad e improductividad, y enalteciendo aquellos provenientes de la población blanca. Contribuyeron así a la implementación del mestizaje como política de invisibilización del *otro interno*, pero también al disciplinamiento físico y moral de la población. Para la década del 50 se registra una

composición poblacional del hospital San Lázaro mayoritariamente de las afueras de Quito vinculada a regiones predominantemente indígenas, pero en las fichas se registra con el nombre de *mestizos*, a excepción de algún indígena o afroecuatoriano (Landázuri Camacho 2008). Los relatos de directores médicos sobre las rutinas del personal y pacientes del hospital apuntan a instalar un orden moral vehiculizado por la limpieza, la austeridad y prácticas religiosas regulares (Landázuri Camacho 2008), algo que también puede pensarse en la instalación del orden psiquiátrico (Foucault 2008).

La decisión de cortar el pelo largo de Cristina, de cortar su trenza para quitar y prevenir los piojos muestra una continuidad histórica en el sentido arqueológico de Foucault: si bien las políticas de higiene no se fundamentan explícitamente en erradicar aquellas costumbres no blancas asociadas a la suciedad, la peligrosidad, la inmoralidad, la decisión de cortar el pelo indistintamente a las personas por cuestiones de “higienidad” recae en una política de disciplinamiento de las costumbres culturales no blancas. Y continúa ejerciendo un régimen pedagógico que instruye formas “correctas” e “higiénicas” de llevar el pelo, es decir, de tratar el cuerpo y la imagen propias desde una perspectiva blanco-mestiza y citadina.

4.2 Cristina y su títere

Como dije anteriormente cada una de los y las integrantes del taller tuvieron su marca personal en la forma de participar del mismo. El trabajo con Cristina se realizó a “cuentagotas”, con hilos de conversaciones, frases, acontecimientos y fragmentos de memoria que de a poco, de forma esporádica, aparecían y se proyectaban en el títere. La primera decisión que tomó Cristina sobre su títere fue el nombre y algunas características del personaje: “Luisa Zambrano”, una joven de 20 años que sabe barrer, lavar y planchar, y es de Cañar. Otro elemento que completaría, momentáneamente, la identidad del títere y algo de la historia de Cristina, es un par de zapatos de taco, tal como usaba su madre. En esta ocasión Marcia había dicho previamente que contaría su historia titulada: “La muñeca con zapatos”, lo cual dió pie a que Cristina retomara este elemento y lo ubicara en la historia de su títere:

Malena: ¿Y Cristina qué historia va a contar?

Cristina: Yo...lección [?] de taco...Con zapatos de taco... [se ríen]

Malena: ¿Eso va a tener su títere? Bueno buscamos la forma, ¿... y por qué con taco?

Cristina: Mi mami usaba taco, ¿...[riendo] y por qué se ríen?

Malena: ¿Y qué historia va a contar? con los zapatos de taco

Cristina: Así ... Mi mami se pone taco...y nada más. (Conversación grabada del XI Taller de títeres y relatos de vida, 6 de marzo 2020)

La conversación sobre el pelo de Cristina comentada anteriormente dio pie a que en el último taller que estuvimos juntos Cristina tomara la decisión de ponerle una trenza a su títere:

Malena: ¿Usted como quiere el pelo? ¿Largo también?

Cristina: ... [no se entiende]

Malena: ¿Para hacerle una trenza?

Cristina: A mi manera

Malena: ¡Ah, a su manera!

Cristina: Me cortaron el pelo, muy largo el pelo

Pablo: Ella ‘teniva’ mucho piojo, le cortaron (Conversación grabada del XII Taller de títeres y relatos de vida, 10 de marzo 2020).

La decisión de Cristina de que su títere llevaría una trenza “a su manera” es potencia en cuanto contiene un proceso de singularización en sí mismo y se contrasta con el proceso de subjetivización impuesto por el hospital, por este *otro* institucional, ciudadano, blanco y médico. De todas formas, los procesos identitarios pueden acarrear contradicciones propias del sistema clasificatorio, de representación y valores en el cual estamos inmersos. Si bien Cristina logra poner a disposición y reivindicar su identidad étnica en la trenza, los zapatos de taco y la vida de provincia, ella continúa reproduciendo los roles y tareas otorgados obligatoriamente a las mujeres, algo que sucedía también con los relatos de Sylvia.

De todas formas, esta identificación puede ser pensada también como estos relatos que se resisten al relato oficial y que se proyectan en el títere a modo de performance. El pelo corto no es “su manera” sino la trenza y los zapatos de taco. La identidad de Cristina, cristalizada en la trenza que perdió, se desplaza por medio de la materialidad de las lanas a la imagen del títere.

5. Marcia y sus relatos otros

Marcia es una mujer oriunda de Esmeraldas de 54 años de edad que vive en Quito desde los 17 años. Según sus relatos Marcia llegó a Quito para trabajar y porque el clima cálido y la vida “peligrosa” costeña no le gustaban. En Esmeraldas tenía su casa donde vivía con sus hermanos y su mamá, los cuales también se vinieron para Quito, sin embargo, no sabe en qué lugar de Quito. Según Marcia lo primero que hará cuando salga del hospital es “ir a buscarlos”, algo que ronda por su cabeza constantemente: “Una está pensando desesperada, buscando la familia, y no me dejan pensar. Así una no puede inventar cosas de la nada”. Su llegada a Quito, sin embargo, vino acompañada de un engaño: si bien esperaba llegar a la casa de una amiga, ésta la dejó en el hospital San Juan de Dios. En Quito trabajó en casas de familia como empleada doméstica y contrajo matrimonio con su actual esposo del cual se encuentra separada pero no divorciada. Con él tuvo diez hijos, cinco mujeres y cinco varones, y tanto su marido como sus hijos son marines. Hoy se encuentra en el hospital hace cuatro años y no sale por decisión propia pues está esperando la menopausia y como puede enfermar - según ella a causa de la menopausia- necesitará de los médicos. Marcia vive en la sala de residencia, donde convive con otras mujeres en los espacios compartidos y duerme sola en su habitación. Allí Marcia me cuenta que se siente sola. Por otro lado, Marcia desempeña tareas de bibliotecaria en la biblioteca de la residencia. Mencioné en el apartado *La alteridad total en la institución* la decisión de Marcia de pintar la piel del títere de color claro, semejando una piel blanca, y analicé a la luz del trabajo de Fanon la relación entre esta decisión y la construcción de su subjetividad sobre normas racializadas. Hubo otros recursos en el taller de títeres y relatos de vida que permitieron a Marcia construir relatos sobre sí misma que rompían con los relatos oficiales sobre su persona. Uno de ellos es la historia de *Las muñecas con zapatos* y otra es el acceso de Marcia a ser retratada en una fotografía.

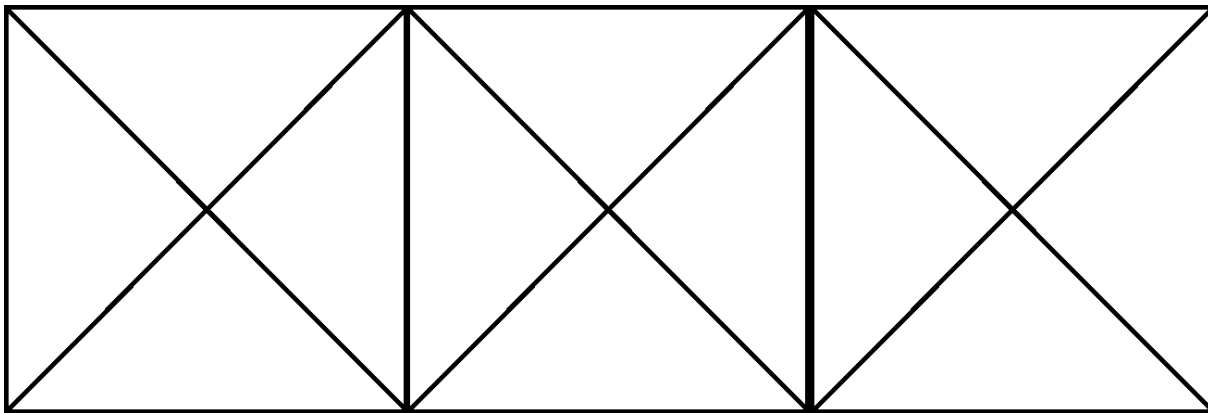
5.1 La cámara de fotos y video en el taller

La cámara de fotos y video fue un elemento introducido tardíamente en el taller, por tanto, la exploración del lenguaje que ofrecía fue muy somera (teniendo en cuenta la interrupción que provocó el inicio de la cuarentena). El primer día que introduje la cámara fue con el objetivo de provocar una forma de interactuar con el títere y de construir el personaje y la historia que contaría el títere. La cámara operaría entonces como un primer público, más allá de los otros participantes y de mi persona, aunque podría decir que operó como objeto provocador. En este

contexto es que tomé las fotografías de Sylvia y también de Marcia. Por su parte Sylvia tenía un expreso anhelo de ser retratada y de tener esta fotografía. Como dije anteriormente existía una fotografía que nos habíamos tomado junto a Natalia en la presentación de la obra “Los miserables” y que yo había entregado impresa a ambas. La pérdida de esta fotografía y el consiguiente reclamo de obtener otra nos llevó a realizar la nueva sesión de fotos. En el caso de Marcia era la primera vez que interactuábamos con una cámara y ante mi ofrecimiento de ser retratada hubo total predisposición.

El contexto de preparación de la fotografía fue el siguiente: Marcia accedió a la foto y se ubicó en un lugar estratégico de la sala. Me pidió que la foto capturara únicamente su cara y hombros puesto que no quería que se notara la ausencia de sostén (el hospital no otorga sostenes a las mujeres). En la primera fotografía Marcia tomó una postura tan seria que incluso parecía estar enojada. Luego de ver la foto y constatar esto decidimos tomar otra donde sonrió producto de la diversión que nos había causado la primera fotografía.

Imagen 8. Fotografías de Marcia



Fuente: Dato elaborado en la fase de redacción de la tesis.

Aquí deberían estar las fotos de Marcia, sin embargo, Marcia decidió no mostrarlas, puesto que, en palabras de ella: “las fotos y el nombre [ficticio] no son la misma persona”. Dejamos a la imaginación de los y las lectores el aspecto de estas fotografías.

Retomando las discusiones sobre la mirada y la imagen en antropología y en el campo de la psiquiatría y el hospital psiquiátrico, la presencia de la cámara en campo no podía tener otra forma de estar que no fuera atendiendo los regímenes de visibilidad que han operado en la invisibilización de aquello que es insoportable para la sociedad. Marcos de visibilidad (Butler 2010), estéticas de la locura (Berlaffa 2018), son formas de comprender qué rige la elaboración de representaciones de lo otro, o la imposibilidad de representar las vidas nos llorables. En este sentido, las vidas de la locura han sido sobreexpuestas y subexpuestas (Didi-Huberman 2014), pero jamás han atendido a los procesos de singularidad propios, no han constituido procesos de producción de subjetividades singulares.

Las fotografías tomadas en el marco del taller, en un contexto de consenso y respeto mutuo, devuelven a Sylvia y a Marcia la posibilidad de decidir sobre su imagen. Es la oportunidad de ambas de observar a la cámara en primer plano, ser protagonistas en la historia que relatan sobre sí mismas. Dejan de ser un paciente psiquiátrico “x” realizando tareas indiferentes, a ser mujeres que toman decisiones sobre cómo quieren verse, en un contexto de creación que las define como agentes culturales antes que como pacientes haciendo actividades de arte. Es el momento de performar otra forma de ser y estar en el mundo, de desplazar el marco o desplazarse a sí mismas como sujetos que rompen con la estética establecida.

5.2 Las muñecas con zapatos, la historia de Marcia

Ahora quisiera trabajar sobre la historia que creó Marcia, “Las muñecas con zapatos”, sobre la cual trabajamos a lo largo de todos los encuentros de taller y que constituye uno de sus relatos otros. Aquí la primera conversación que tuvimos sobre la historia:

Malena: Marcia que se te ocurre, ¿qué historia nos podrías contar?

Marcia: Las muñecas con zapatos

Malena: ¿Cómo?

[Marcia repite]

Malena: Eso es ¿un cuento, una historia? A ver, ¿nos quiere contar?

Marcia: Había una muñeca que [no se entiende, ruido de lluvia]...Les enseñaban a lavar a planchar y a cocinar.... Pero ellas solo pasaban [no se entiende]...sin zapatos. Hasta que se apareció un hada madrina y les dio zapatos y ahí nunca más anduvieron desnudas

Malena: Pero ¿cuántas eran que había dicho?

Marcia: 6 hermanas

Malena: ¿Dónde sucede esta historia?

Marcia: Es mi historia.

Malena: O sea que ¿sucede en Esmeraldas? o ¿en Quito?

Marcia: En el campo.

Patricio: ¿En qué campo vivió usted Marcia...aquí en Quito? ¿Ah no vivió en el campo?

Malena: Y esta persona que le da los zapatos, ¿quién es Marcia?

Marcia: Un hada madrina (Conversación grabada del II Taller de títeres y relatos de vida, 7 de febrero 2020).

En el cuarto encuentro de taller les propuse representar en un dibujo el personaje de la historia que contarían con su títere. Marcia no estuvo de acuerdo en dibujar y acordamos que escribiera la historia en el papel:

LAS MUÑECAS CON ZAPATOS

JOHANA, JULIETA Y, LEIDI

ERAN UNA NIÑAS DESNUDAS. PORQUE NO TENÍAN PAPA NI MAMA VIVIAN PARA UNA PAREJA QUE LAS CUIDABAN COMO APODERADOS ASIAN DE PAPA Y MAMA PERO NO LES COMPRABAN ROPA ELLAS LO CONSEGUIAN TODO EN FUNDACIONES QUE LES REGALARAN ASTA QUE APRESIO UNA ADA MADRINA Y LES PUSO ZAPATOS ZAPATOS PA VESTIDOS ZAPATILLAS PARA SHOR BOTINES PARA LICRAS ZAPATOS PARA PANTALONES Y NUNCA MAS ANDUVIERON DESNUDAS SIN SABER QUE PONERSE A EL DIA SIGUIENTE PORQUE NO TENIAN ROPA SE ISIERON INDEPENDIENTES Y APRENDIERON A CUIDARSE SOLAS Y CONSEGUIR TODO CON EL ADA

(Transcripción idéntica de la historia escrita de Marcia, IV taller de títeres y relatos de vida, 13 de febrero de 2020).

En palabras de Marcia es la “historia de su vida”. Durante los siguientes encuentros de taller y en las distintas actividades propuestas, la historia tendría mínimas variaciones y elementos representativos muy interesantes. Por ejemplo, hubo días en que las niñas de la historia eran tres, y días en que eran seis. En un inicio eran hermanas y al final de los talleres aparecieron primas.

Los nombres también cambiaban. Al inicio de los talleres, mientras hacíamos los primeros pasos para crear los títeres, Marcia decidió hacer un solo títere, primero que representaba a las tres (o seis) niñas, y luego que representaba a Johana, una de ellas. Añadió también que el títere era Johana siendo mayor, siendo abuela, la “abuela de los títeres”, con quien contaría la historia de “Las muñecas con zapatos”, la cual caracterizaba también, como dije numerosas veces, como la “historia de su vida”. Transcribo aquí el diálogo que realizó frente a la cámara de video para presentar a su títere:

Marcia: Es la abuela de todos los títeres

Malena: ¿Si?

Marcia: Porque hay más títeres, están los de los otros compañeros

Malena: Y ¿cómo se llama este títere?

Marcia: Este se llama Johana. Es una abuela.

Malena: ¿Y qué edad tiene más o menos?

Marcia: Tiene unos 60 años, por eso es la abuela de los títeres. Pertenece a la serie de “Las muñecas con zapatos”.

Malena: ¿Y qué papel cumple?

Marcia: Una muñeca con zapatos

Malena: Pero, esta abuela ¿qué hace en esta historia?

Marcia: Es la muñeca con zapatos.

Malena: Aahh ok

Marcia: Johana

Malena: Y había otras personas en esa historia, ¿no?

Marcia: Si, tiene unas primas que usan zapatos también, que cuando usan zapatos se revelan y vuelven a ser unas personas... independientes.

Malena: ¿Y cómo se llaman?

Marcia: Son las primas. Se llaman Carmen y Leidy. Johana es la mayor. Entonces se les aparece una hada...

[Interrumpe una enfermera]

Marcia: Es una de las muñecas con zapatos que recibe la visita de un hada y cuando esa hada la visitó les aconseja y les enseña cómo ser una señorita porque ellas no usaban zapatos cuando la conocieron. Pero cuando el hada las visitó empezaron a usar zapatos porque el hada les enseñó como usar zapatos, que una señorita no puede estar sin zapatos, y ahí se hicieron independientes y

ya empezaron a hacer lo que les enseñó el hada y empezaron a usar zapatos. No vestían como antes, sino que ahora se ponían zapatos y ropa adecuada para los zapatos y ahora dejaron de ser muñecas para convertirse señoritas decentes...las muñecas con zapatos.

Malena: Estas muñecas estaban en una familia... ¿cómo era eso...?

Marcia: Estaban en una familia porque para crecer necesitaba la paternidad y tener una pareja de padres y entonces ellos no le cuidaban bien. No les compraban zapatos y no les compraba ropa y pasaban solo desnudas, en short y mal vestidas.... mal comidas. No se preocupaban por ellas y eran los papás que les estaban criando. Pero empezaron a hacerse señoritas y nada cambiaba hasta que recibieron la visita de un hada y ahí se olvidaron de los papas y nunca más quisieron ver a los papás porque no les daban nada de lo que ahora obtenían por su propio esfuerzo y más bien les querían quitar las cosas y volver a estar como antes que parecían muñecas porque no había alguien que les comprara de todo lo que necesitaban para ser unas señoritas decentes.

Malena: Y este títere ¿que...?

Marcia: Esta es Johana, una de las muñecas. Ya tiene 60 años y es una abuela

Malena: Y ¿nos va a contar la historia ella?

Marcia: ¿De ser abuela?

Malena: ¿Ella va a contar la historia de las muñecas?

Marcia: Si ella va a contar la historia de las muñecas con zapatos...Con ella vamos a contar la historia de las muñecas con zapatos. La muñeca con zapatos, gracias (Conversación grabada del IX Taller de títeres y relatos de vida, 27 de febrero 2020).

Imagen 9. Fotograma de “Johana” en la presentación de títeres



El títere está en su etapa de creación, atrás se ven los otros. Las manos que sostienen a “Johana” son las de Marcia.

Fuente: Datos tomados del trabajo de campo.

Las variaciones en los relatos y algunos elementos de la historia pueden ser confusos o ambiguos, sin embargo, dan cuenta de un repertorio histórico y cultural dispuesto para la creación del títere, para la creación artística del taller. Digo confusos y ambiguos en tanto que por momentos cambia el eje de la historia y sus personajes: no es claro si los padres “biológicos” son quienes cuidaban “mal” a las muñecas o si los padres “apoderados” así lo hacían. No está claro quién es el hada, si tiene asidero en alguna persona o hecho real, o si es una forma creativa de modificar la historia de Marcia, volviendo más tolerable su experiencia de vida. ¿Es la historia exacta de Marcia? ¿Es real? ¿Es ficticia? Como expliqué en el Capítulo 3, no es de interés para esta investigación dilucidar si estas historias o estos relatos son ciertos o no. Lo mismo sucede con los relatos de abuso de Sylvia o el relato del asesinato del hermano de Pablo. Esto por varias razones: al igual que mis interlocutores operan como testigos de su experiencia de vida en sus relatos, yo opero como testigo de sus relatos. Dado que la experiencia no puede repetirse exactamente, los relatos de la experiencia son interpretaciones sobre esas experiencias, es decir ficciones, que según el contexto y la persona que oficia de interlocutor pueden variar. Siguiendo la línea del encuentro

con el otro en la construcción de la memoria, Ranciere caracteriza el testigo como aquel que obedece “al golpe doble de lo Real que horroriza y de la palabra del Otro que obliga” (2010, 94). De forma que una persona se vuelve testigo en el momento en que el encuentro con el Otro obliga a contar la experiencia indecible pero que de igual forma es crucial para el colectivo. Acerca de la pregunta sobre si es verdadero o falso, el testimonio no reemplaza la veracidad ni tampoco permite aprehender ese pasado ni las imágenes que evoca. La veracidad se construye en la medida que los dispositivos de visibilidad otorgan a la imagen el papel de construir cierto sentido común (Ranciere 2010). En este sentido estos dispositivos de visibilidad, estas líneas de visibilidad de las cuales nos habla Deleuze al interpretar el diagrama del dispositivo de poder de Foucault (Deleuze dos regímenes de locos), se comportan como marcos de visibilidad (Butler 2010). Estos marcos interpretativos o de visibilidad distinguen entre aquellas historias que pueden ser contadas y aquellas que no, qué humanidad puede ser representada y cuál no, comportándose como una “escena estructuradora de interpretación” (Ranciere 2010). Ahora bien, para que un relato exista es necesario un otro que escucha y otorga valor a lo que escucha (Jelin 2002), la palabra del Otro que obliga es acompañada también de un otro que corre los marcos de visibilidad, que permite que ese relato aparezca y tenga asidero.

Buscar la veracidad de los relatos es desestimar la importancia del sujeto que habla, que relata, y las herramientas que pone en juego para construir sentidos. Mi interés aquí es conocer la singularidad de la persona, más allá del sujeto de la institución psiquiátrica, y las herramientas y elementos que pone en juego para constituirse en su singularidad. En este caso hay un bagaje cultural inconfundible que comporta la experiencia de vida de esta mujer y que permite construir esta historia. Y la forma que encuentra de contar esta historia es única.

5.3 La figura de compadrazgo o colocación familiar en la historia de Marcia

Nuevamente nos encontramos con la relación de compadrazgo o colocación familiar (Vera Vega 2019). Con Cristina esta relación se hace presente dentro del hospital en su relación con la médica y el relato sobre su trenza, en el caso de Marcia este tipo de relación aparece en sus relatos. Volviendo sobre el trabajo de C. Vera Vega (2019), el sistema de clasificación instaurado por la colonia y perpetuado en la hacienda que, sobre la biologización de diferencias físicas, divide la población en blancos y “razas inferiores”, repercute en las experiencias de vida de cada

uno. Pero el sistema colonial no ha sido racista únicamente, sino que también produce y reproduce un sistema patriarcal en el cual tanto mujeres como poblaciones no-blancas (feminizadas) deben obedecer al varón blanco adulto. En este sentido, desde una perspectiva de género, nos encontramos con que las mujeres han sido relegadas a los estratos más bajos de la sociedad, incluso al interior de cada grupo socio-racial. En el caso de las mujeres negras el sistema socio-racial y de género infligió una triple inferiorización: si el blanco-mestizo se consideró como el sujeto nacional ecuatoriano, el indígena se consideró un ciudadano a medias, ciudadanos miserables, y la población negra ni siquiera fue considerada en el esquema de la ideología nacional, constituyendo el *“último Otro”* (Rahier 2003 en Vega Vera 2019). Esto significó no sólo pertenecer a las clases sociales más bajas, los trabajos más forzados y la inexistencia de derechos, sino también soportar los estereotipos y estigmatizaciones más denigrantes; estereotipos y estigmatizaciones que hoy día persisten. Para que este sistema perviva es necesario que sea incorporado por todos los sujetos y estratos, construyendo subjetividades que operan en función del mismo. En este sentido las mujeres incorporaron el sistema socio-racial y de género en subjetividades femeninas destinadas a lo doméstico, la sumisión, la dependencia y la falta de derechos de todo tipo. En las haciendas las mujeres blanco-mestizas educaban a las otras mujeres de su mismo grupo socio-racial, pero también indígenas y negras, construyendo una subjetividad femenina patriarcal y colonial donde las mujeres obedecen y sirven a los hombres, en especial a los hombres blanco-mestizos adultos (Vega Vera 2019). Habiendo hecho este recorrido es posible volver a *“Las muñecas con zapatos”* la cual es una historia que se emplaza en el campo, aparece la figura de los *“padres apoderados”*, la educación en el trabajo doméstico (aprender a planchar, a lavar) y también la educación en las mujeres (aprender a vestirse bien cuando una ya es *“mujercita”*), y aparece también el sufrimiento de la precariedad obligada (andar desnudas, sin zapatos). La aparición del hada madrina permite romper con esa situación angustiante de *“no ser cuidada”* y enseña a las niñas a ser señoritas decentes, para *“dejar de ser muñecas”*. Es curioso que elija la metáfora de muñeca para poder dar cuenta del estado en que se encontraban las niñas: una muñeca no puede moverse, vestirse ni tomar decisiones por voluntad propia, una señorita, humana, sí. Esta independencia, otorgada por las enseñanzas del hada madrina, se reduce en el cuento a la vestimenta. Sin embargo, podría interpretarse como una enseñanza más integral sobre valores y formas de ser de una mujer, lo cual otorga un estatus de feminidad a estas niñas, una experiencia vivificante de ser mujer. Si

prestamos atención al contexto a la luz de lo conversado, estos valores y formas de ser mujer probablemente se basan en el sistema de género hacendatario (Vera Vega 2019), pero Marcia añade la *independencia* como valor propio alcanzado.

Por otro lado, la posibilidad de que el títere representara a una de las protagonistas del cuento en edad avanzada opera como otro punto de quiebre con esa historia trágica o precaria. La niña crece hasta poder contar su historia, no solo crece, es la abuela de los títeres, lo cual le otorga cierta autoridad, pero también cierto sentido del cuidado sobre otros. Marcia por su parte era la de mayor edad y la que mayor independencia tenía dentro de la institución. Solía incluso ayudar a los otros participantes en tareas como coser y cortar, prestaba atención a sus relatos, hacía preguntas que aportaban a la continuidad de los mismos, se divertía con los chistes e interpretaciones que hacían otros, aunque ella misma se reservaba.

6. Cuarentena, enlace comunitario y procesos de singularización

A fines del 2019 comenzó un evento mundial que modificaría totalmente nuestro cotidiano y nos permitiría, por un corto tiempo, experimentar una forma diferente de observarnos y de observar a los otros, una forma diferente de relacionarnos en y con el mundo que habitamos. La expansión mundial de la COVID-19 y las consecuencias económicas, sociales y culturales que acarrea puso a muchos intelectuales en un diálogo permanente sobre las posibles transformaciones que podíamos experimentar, en especial el rol de los estados, la forma en que nos constituimos como sujetos normados, nuestra relación con nuestros cuerpos y con otros, nuestro consumo y el lugar que ocupamos en el mundo, y tanto otros temas. Muchos se preguntaron si era el fin del capitalismo como sistema socioeconómico mundial o si era un mínimo tropiezo que le permitiría crecer y arraigarse aún más en nuestros cuerpos y mentes (Sopa de Wuhan 2020). En Ecuador, el 12 de marzo de 2020 se estableció el estado de excepción y cuarentena total. Como en tantos otros países de la región, el aumento desmedido de contagios, el debilitamiento total del sistema de salud, la enorme tasa de desempleo y trabajo informal, y la incapacidad de respuesta de los gobiernos nacional, provinciales y municipales, desencadenó en una catástrofe humanitaria. Se vivió no solo un colapso total del sistema de salud, lo cual desembocó en la falta total de camas en terapia intensiva y el contagio y fallecimiento del personal de salud, sino también situaciones tan angustiantes como la desaparición de cadáveres o la imposibilidad de las familias de enterrar

sus muertos. La hipótesis de que el capitalismo encontraría su fin se desvaneció con cuestiones tales como la aprobación de la mal llamada “Ley orgánica de apoyo humanitario” que favoreció a los empleadores y dejó aún más desamparada a la clase trabajadora.

En el caso del hospital la aparición de 40 casos de coronavirus entre los residentes dejó como saldo el fallecimiento de dos personas y significó un recrudecimiento del encierro. El taller de títeres, el taller de teatro y música y el programa de radio Endara Psike se vieron momentáneamente suspendidos. Se restringió enormemente la circulación de los pacientes dentro del hospital y se incrementaron las dosis de medicalización, lo cual significó un enorme retroceso a la institución manicomial. A su vez, el hospital experimentó un cambio de autoridades a raíz de una denuncia de corrupción contra la gerente, lo cual desembocó en la renuncia de Esteban Bonilla y la asunción de un psicólogo, Raúl Silva.

A partir de septiembre, luego de lograr el control sobre la expansión de la epidemia, el hospital comenzó a abrir las puertas. Esto permitió el retorno del taller de música y literatura, mas no del taller de teatro y el programa de radio, dado que esos espacios eran coordinados por los estudiantes practicantes de la PUCE a quienes se les prohibió asistir presencialmente al hospital. En cuanto al taller de títeres y relatos de vida, mis condiciones personales de vivienda y transporte imposibilitaba que retome el espacio. Así mismo, la decisión de dar por finalizado mi trabajo de campo y de continuar con la tesis se vio afectada también por la incertidumbre que generaba la poca apertura por parte de la institución académica de otorgar un tiempo real de finalización de la tesis sin verme comprometida con el contrato de beca.

En diciembre del 2020 retorné al hospital esperando dar un cierre al taller de títeres y relatos de vida, mostrar a través de una página web los resultados de la tesis y presentar los consentimientos informados ante los participantes del taller y de la tesis.

Antes de continuar con los acontecimientos que sucedieron durante y luego de la cuarentena, quisiera detenerme momentáneamente en el sentido comunitario que logró construirse a medida que sucedieron los encuentros del taller y que es producto del andamiaje metodológico planteado desde un inicio. Este sentido comunitario fue clave para la construcción de relaciones

interpersonales, redes de afecto y la urdimbre de sentidos necesarios para dar lugar a los procesos de singularización esperados. Pero, además, operó como un factor transformacional en cuanto se replicó en distintas maneras a la hora de regresar al hospital, luego de tantos meses de aislamiento.

A lo largo del taller y a medida que nos conformamos como grupo, como sujetos que se encuentran, se entrelazan y construyen objetos culturales singulares pero colectivos, las ideas, el saber hacer y los relatos otros circularon de un títere a otro, de un cuerpo a otro, de un sujeto a otro. La palabra abierta del taller permitía que las preguntas que entretejían los relatos personales naciera en todas las personas participantes del taller. De esta forma se rompió el esquema de la entrevista y el esquema formal de la educación, los cuales, en determinados contextos, suponen relaciones desiguales en la construcción del saber, y se abrió paso al juego y la creación colectiva. Ayudas en cuestiones prácticas como cortar tela o coser, sugerencias sobre las historias que contarían los personajes, ideas que circulaban de uno a otro, preguntas que ayudaban a profundizar o aclarar algún punto de los relatos, enriquecieron enormemente todo el proceso. Así, hay varias situaciones y diálogos durante todo el trabajo de campo que ejemplifican esta característica del taller y la metodología puesta en juego. Muchos de estos ejemplos ya han sido discutidos en cada apartado, como la posibilidad de Pablo de poner en entredicho los relatos institucionales sobre su cuerpo y dar espacio para que se den transformaciones similares en los relatos corporales de sus compañeras; o el objeto “zapato” de la historia de Marcia que operó como disparador en la caracterización del títere de Cristina; o la interpretación de Cristina sobre la posibilidad de externarse de Sylvia. Estas ayudas, intervenciones, o construcciones conjuntas navegaban, en su constitución de relatos otros, por diferentes recursos, sustratos y temporalidades. Otro ejemplo, que no mencioné hasta ahora, es una ocasión en la que Marcia y Cristina sugirieron a Sylvia qué historia podía contar su títere:

Malena: ¿Y usted Sylvi que se le ocurre?

Sylvia: Qué historia

Malena: No sé...

Marcia: De una cantante

Sylvia: La historia de una cantante

Cristina: De un disco... (Conversación grabada del XI Taller de títeres y relatos de vida, 6 de marzo 2020).

La pregunta sobre qué historia contarían con su títere y cómo era su títere fue retomada una y otra vez en los talleres, y cada uno en su tiempo iba elaborando esas características. La idea sugerida por Marcia de crear la historia de una cantante con el títere “Susana Trinidad” surgía del gusto por el canto de Sylvia. Su canto aparecía en todo momento, delante de cualquier micrófono, a pedido de otros, en el taller de radio o en el karaoke de terapia ocupacional; un cantar que muchas veces nos dejaba en silencio durante el taller.

Las canciones que elegía Sylvia, y que había aprendido a cantar en el marco de las sesiones de terapia ocupacional, eran pasillos, cumbias y otros estilos de música popular ecuatoriana. Si bien no era la única que cantaba (en algunos audios se escuchan a Cristina y Patricio, el practicante de psicología, cantar a la par de Sylvia), Sylvia tenía un interés especial en ello, y muchas veces su afán por cantar no era escuchado por la institución.

Sin embargo, y aquí quiero volver al sentido comunitario que logramos forjar, Marcia y Cristina recuperaron y dieron valor a este saber-hacer y lo entrelazaron en una historia para Sylvia, pudiendo elaborar en conjunto un producto nuevo e inesperado. Tanto el canto de Sylvia como la revalorización de este canto por parte de sus compañeras, son relatos otros. Relatos que en el cotidiano de la institución pierden valor, son repetitivos, pero justamente porque persisten y surgen constantemente, porque interpelan a sus compañeros y son retomados en forma de historia colectivizada, comprende una forma más de construir procesos de singularización.

Ahora bien, no solo provoca un enlace comunitario entre quienes formamos parte del taller sino que además se construyen objetos que pueden circular más allá de la tesis y el mundo académico y hospitalario en que fueron creados y son capaces de transformar la mirada que existe sobre los y las pacientes psiquiátricos. Como planteé en el capítulo metodológico, son objetos que vuelven a sus participantes “hacedores de cultura” (Lago 2015). Es decir, objetos, producto del taller y la metodología formulada, que pueden vehiculizar un enlace comunitario extramuros.

A partir de esto tomé la decisión de construir un sitio web en el cual es posible conocer algunos de estos objetos, que son producto del taller a la vez que producto de la tesis, y que puede operar como enlace con la comunidad. Aquí se pueden escuchar los audios de Sylvia, así como también observar en imágenes los procesos de construcción de los títeres, las situaciones de taller compartidas y las imágenes que elaboramos junto a Sylvia sobre su persona.

Si bien no estaba propuesta inicialmente, la página cumple con diferentes funciones. Por un lado, me permite compartir imágenes y audios que no pudieron formar parte de la tesis, por su extensión, pero que igualmente aportan enormemente como contenido. A su vez me permite sintetizar la tesis en un formato más accesible y creativo que el trabajo escrito, pudiendo operar como restitución de los saberes, objetos e historias construidas junto a los participantes del taller, interlocutores de esta tesis. Es claro que la creación de una página web no se transforma automáticamente en un medio de inclusión para los pacientes (Ardévol y Lanzeni 2014). No puedo obviar el hecho de que el acceso a la información y el uso de redes sociales, el desarrollo de conocimiento y habilidades digitales, presenta una situación desigual en el caso de las personas que se encuentran internadas o han estado internadas en un hospital psiquiátrico. Sin embargo, al momento de presentarles la página facilitó la visualización de e interacción con estos productos por parte de los participantes del taller. No solo eso, sino que provocó reacciones y nuevos intereses sobre los materiales producidos, poniendo en funcionamiento una antropología reflexiva. Luego de presentarles las fotos y grabaciones subidas a la página, Sylvia me pidió, en otras visitas que realicé al hospital, grabar varias canciones para luego escucharse, así como también incitó a Cristina y Pablo que también se grabaran. “Tu ausencia” y “Susurros de Sylvia”, son dos de las canciones grabadas en estas ocasiones. La primera, grabada el 9 de diciembre en los exteriores de su sala, y la segunda grabada el 10 de diciembre en el auditorio del hospital mientras esperábamos para hacer un cineforo. La idea de cantar en susurros fue de Sylvia y no ofreció explicación alguna de su elección. Pablo por su parte también sintió curiosidad y al momento de grabar su voz improvisó una canción.

Por último, en una instancia futura de diálogo con el hospital, la página es una forma de hacer circular los objetos producidos en el marco del taller, aportando al enlace tan necesario con la comunidad. Esto me lleva necesariamente a los consentimientos informados y las posturas que

toma el hospital frente a la subjetividad de sus residentes, puesto que la exposición de fotografías, nombres y objetos elaborados por ellos es totalmente regulada por el hospital y la dirección zonal.

Los consentimientos informados son documentos elaborados con la intención de informar a los y las participantes de una investigación cuáles son los objetivos de la investigación, qué tipo de colaboración harán para la misma y cuáles son los compromisos que asumen tanto el o la investigador/a como los y las participantes. Generalmente se utilizan en investigaciones biomédicas como parte de su protocolo bioético, sin embargo, también pueden ser utilizados en investigaciones de corte social.

Al momento de presentar mi plan de tesis, la institución exigió la elaboración de consentimientos informados, bajo la premisa de vulnerabilidad mental de los y las pacientes del hospital. La premisa de vulnerabilidad permitía al hospital tomar decisiones por los pacientes en los casos que considerara necesario, por tanto, era posible que los consentimientos fueran firmados por la institución como representante de los mismos, lo cual sucedió en mi primer trabajo de campo realizado en abril del 2019. La introducción de los consentimientos informados era necesaria para poder tener un documento sobre el cual apoyarme en caso de que el hospital tuviera un cambio de autoridades o de opinión sobre mi tesis y exigiera este documento, como sucedió con la tesis que realizó una colega en un neuropsiquiátrico privado, poniendo en peligro su trabajo realizado. Esto llevó a elaborar dos estrategias de consentimiento, una basada en los principios teóricos y metodológicos planteados en la tesis, y la otra en base a la exigencia que el hospital planteaba. En la primera estrategia, la participación tanto en la tesis como en el taller fue informada y consensuada al inicio de los talleres, en un acto de valorar la autoridad de los y las pacientes para tomar decisiones y evaluar su bienestar durante el transcurso, sin la necesidad de que el hospital intermediara. El consentimiento se elaboró a lo largo del trabajo de campo, en el lazo personal construido y actualizado constantemente en la intimidad del taller.

En una segunda instancia, elaboré dos consentimientos informados, uno destinado a dar consentimiento sobre el uso de los relatos e historias, ficticias y reales de los participantes, así como también el uso de sus nombres verdaderos, y otro destinado a dar consentimiento al uso de

fotografías, videos y grabaciones de voz en donde pudiera reconocerse sus personas. A su vez, se elaboró una estrategia especial para que la introducción de los consentimientos no implicara la ruptura de los lazos construidos a lo largo del taller, puesto que se presentaban totalmente ajenos a la dinámica construida. La primera iniciativa consistió en presentarlos de forma grupal, esperando evitar una interrupción en la dinámica colectiva que se había elaborado. Pedro fue el que más dispuesto se encontró para firmar los mismos. Por su parte, Sylvia presentó dudas acerca del cambio de nombre a uno ficticio en la tesis, las cuales fueron despejadas en el momento. Y descubrí que el nombre por el cual llamaban a Cristina no era el nombre que aparecía en su cedula. Por otro lado, encontró resistencia por parte de Marcia, quien en un primer momento no dio su consentimiento y exigió un encuentro individual donde pudo despejar sus dudas. En ese encuentro Marcia decidió no mostrar sus fotografías debido a que su nombre ficticio y su cara no coincidían, “esa no es Marcia” insistió.

Es importante destacar que la forma en que fueron presentados estos consentimientos y la reacción que obtuvo por parte de los participantes del taller, tiene que ver, no solo con las relaciones construidas en el marco del taller, sino también con el cambio de autoridades producido durante la cuarentena. Como mencioné anteriormente, en el 2019 el consentimiento hubiera sido presentado a través del hospital, y el mismo se hubiera atribuido las capacidades de firmar por aquellos que creía que no estaban en las condiciones cognitivas para poder tomar una decisión por sí mismos. En cambio, las nuevas autoridades no intermediaron entre los pacientes y los consentimientos, aunque sí acompañaron el proceso y permitieron que los pacientes tomaran una decisión en función de la relación personal que habían construido conmigo a lo largo del trabajo de campo.

¿Cómo se relaciona el fenómeno de la pandemia y la cuarentena, la construcción del sentido y el enlace comunitario en el taller y el cambio de políticas del HEJE a raíz del cambio de autoridades? Es decir, ¿a qué quiero llegar con el relato de estos acontecimientos al parecer tan dispares? Hay un factor común y es la tensión constante entre los procesos de singularización y los procesos de subjetivización normada que planteé a lo largo de la tesis.

La pandemia y la cuarentena llevaron a un cuestionamiento total sobre los modos de producir y los modos de relacionarnos entre nosotros, con los otros y con el mundo natural. Muchos plantearon el fin del capitalismo y la asunción de formas comunitarias de vivir, de relacionarnos y de producir. Se plantearon la empatía y la colaboración como principios necesarios para sobrevivir. Pero también fue un tiempo aprovechado para instalar leyes que hicieron retroceder en materia de derechos laborales, así como en muchas regiones del mundo se destruyeron bosques enteros con incendios intencionales que dejaron ecosistemas arrasados y redes comunitarias desarmadas.

La primera reacción del hospital fue un retroceso a la lógica manicomial, con un recrudecimiento del encierro, el cierre de los espacios de recreación comunitaria y el aumento de la medicalización. Proceso que fue cuestionado y frenado con un cambio de políticas en la conducción del HEJE y que apuntaron a una intervención menos psiquiatrizante y más volcada repensar las prácticas profesionales y observar las problemáticas sociales y culturales que intervienen en los procesos de salud mental.

Por su parte, la lógica de los consentimientos informados apuntaba a un tratamiento más individualizante y a una subjetivización de las personas signada por la norma, en tanto que el hospital se atribuía la posibilidad de firmar por aquellos que “no estaban en condiciones de tomar una decisión por sí mismos”. A diferencia de la lógica planteada en los talleres, que apuntaba al colectivo, el enlace comunitario y el reconocimiento y valorización de las singularidades. Sin embargo, hubo un cambio sustancial en la actitud tomada por las autoridades del hospital que permitió seguir enlazándonos a pesar del trato individualizante que proponían los consentimientos.

Queda la tarea de lograr un acuerdo con el hospital para poder mostrar los productos del taller y la tesis a la comunidad a través de la página web, seguir impulsando espacios como el taller de títeres e impulsar un proyecto que permita incorporar la mirada de los participantes del taller a la construcción de la página y achicar la brecha que mantiene a los pacientes psiquiátricos alejados de las herramientas que ofrece la web.

Conclusiones

El motor principal de esta tesis ha sido la pregunta constante sobre quiénes habitan los hospitales psiquiátricos y de qué manera podemos transformar las prácticas, los discursos, los espacios y las relaciones que los ubican en un lugar de abandono y maltrato social, cultural, económico y emocional. Mi experiencia en el campo de la salud mental, de la mano de cierta forma de hacer arte y cierta forma de hacer antropología aplicada, fue la base sobre la cual pude formular preguntas orientadas por el bienestar de los sujetos, así como también por la necesidad de construir una experiencia que desarmara las lógicas imperantes y mostrara una nueva forma de “hacer las cosas”, atenta a la diferencia, las singularidades y el reconocimiento mutuo.

Planteando la siguiente pregunta: ¿qué procesos de subjetivación normada atraviesan los sujetos de la institución además de las prácticas y discursos propios de la psiquiatría? La tesis puntualiza sobre las lógicas manicomiales y la interpenetración entre el discurso y la práctica psiquiátrica y los discursos y prácticas racistas, sexistas y clasistas. Durante el trabajo de campo fue posible observar que estos procesos de subjetivación no actúan diferenciados unos de otros, sino que lo hacen en conjunto. El discurso psiquiátrico se entreteje con discursos y prácticas propias de un imaginario que configura el paisaje social en un sinnúmero de relaciones, representaciones y valores signados por el racismo, el clasismo y el sexismo. Lo cual me ha llevado a plantear la experiencia de una *alteridad total* como corolario de esa superposición de exclusiones vividas por los y las residentes del hospital psiquiátrico.

Y propone ir más allá de estos procesos, es decir, más allá de dar cuenta de las relaciones de poder y los procesos de subjetivación que sujetan y aplastan a las personas consideradas enfermas psiquiátricas, para proponer una experiencia que diera cuenta de las múltiples formas que encuentran estas personas para desafiar el sistema y conformarse en líneas de fuga constantes. De esta manera, constatar que los sujetos de la institución no se relacionan únicamente con la norma, ni son entidades cerradas y coherentes, sino que están en un proceso constante de apertura hacia la diversidad y transitan procesos de singularización a través de los cuales crean otras formas de ser, de hacer y de relacionarse con otros. Este punto es crucial y base de futuras investigaciones, en especial, en el campo de la salud mental

A su vez, mostrar una forma (de tantas que podemos construir y que se ponen en práctica en espacios informales) de hacer algo con esos desbordes, esos corrimientos y esos desafíos, que nos orientara más por considerar los sujetos en su singularidad y en relación con la comunidad, y no tanto por categorizar y apagar síntomas en la individualidad. En ese sentido, la metodología logró motorizar este encuentro con el otro y la colectivización de experiencias singulares. Así como también la apertura a lo diverso, en esta idea de crear vacíos y atender a los repertorios culturales, los anhelos, los malestares, reconocer los saberes y recursos que traían los sujetos y utilizarlos como materia prima para sus creaciones (que a su vez los ponen en relación con otros).

Tanto el concepto de arte y su relación con la antropología en su sentido de transformación (Ingold 2015; Rolnik 2006), los relatos de vida y la memoria evocados necesariamente ante un otro - que escucha y da valor a esos relatos- (Jelin 2002), los títeres como materialidad y sustrato simbólico que nos permite proyectarnos performáticamente y encontrarnos con otros (Rojas Bermúdez 1985; Sjoberg 2006), la cámara como constructor de imágenes de lo otro pero también como objeto mediador y disparador de lo otro que nos abraza, abrieron ampliamente las posibilidades de realizar un trabajo rico y coherente con los objetivos de la tesis. La lógica del juego, que estableció flexibilidad y adaptabilidad de las actividades, también otorgó espacio a la creatividad y la exploración singular y colectiva.

La exploración teórico-práctica de los relatos de vida y su vinculación con la memoria fueron cruciales para pensar procesos de singularización mediados por el relatarse a sí mismos sin caer en procesos de subjetivización normados. La búsqueda de no circunscribir el concepto de relato de vida a narrativas asociadas únicamente a lo verbal, a un orden temporal cronológico (Jelin 2002), a una evaluación de veracidad (Jelin 2002; Ranciere 2010), a una inmutabilidad del sujeto (Bourdieu 1997) o a una completitud coherente del sujeto (Butler 2009), permitió reconocer relatos de vida en el uso y disposición de los cuerpos, en la creación de los títeres, en imágenes, en los temas recurrentes, en fragmentos y ocurrencias, en los silencios, en el canto, la danza, los chistes, las resistencias y los comentarios fuera del taller.

Estas aperturas sugeridas desde la exploración teórica y metodológica del taller han dado lugar al concepto de *relatos otros*, otorgando valor a la diferencia e infinidad de combinaciones entre

temporalidades, sustratos y formas narrativas para poder relatar (y dar existencia a) procesos de singularización. Relatos que navegaron entre la corporalidad, la materialidad y la oralidad, entre memorias y ficciones, han surgido como respuesta o como desborde de las narrativas impuestas desde la norma, y han performado otra forma de ser en el encuentro con los otros. Hay algunos detalles a lo largo de la etnografía en donde el encuentro con el otro fue el motor mismo para construir estos otros relatos. Por ejemplo, cuando Cristina aprueba que Sylvia pueda desinstitucionalizarse, cuando le sugieren a Sylvia crear una historia sobre una cantante (retomando su gusto por el canto), cuando Cristina habla de los zapatos de taco gracias a la historia de Marcia, y el reconocimiento a Pablo como coordinador de movimientos y el contagio provocado en las corporalidades de las compañeras.

Durante toda la etnografía ha quedado muy clara la tensión constante que existe entre subjetivización y singularización, toda vez que estos relatos tienen su cara y contracara en uno y otro proceso. Por ejemplo, el diagnóstico constante de Pablo como convulsionante e histriónico, y su respuesta de simular las convulsiones y mostrarse más histriónico aún, o la vida austera de la ruralidad y su conversión en repertorio para construir una historia, o el anhelo de Sylvia de realizar labores de aseo y de proyectarlas en su títere. Esto confirma la tesis foucaultiana de que el sujeto se constituye en el fuego cruzado entre procesos de subjetivización y de reconocimiento de sí. Así mismo, considero estas posibles contradicciones o ambigüedades como parte del proceso que Butler plantea –igualmente retomando los planteos de Foucault acerca del sujeto- en varias de sus obras acerca de cómo el sujeto nunca es constituido del todo puesto que sólo puede mantenerse como tal mediante una reiteración constante (2001, 2002, 2009). En esta reiteración puede acontecer tanto la subversión como también la reencarnación de la norma (Butler 2001). Pero mi planteo es que, en la apertura, en la empatía y en la escucha atenta del encuentro con el otro, es posible desarticular esa reencarnación de la norma.

El trabajo de esta investigación ha sido no solamente dar cuenta de estos procesos de subversión sino también he buscado construir un espacio-tiempo metodológicos necesarios para que estos procesos de resistencia protagonicen procesos de rearticulación de “las condiciones dominantes del poder” (Butler 2001, 101). Es decir, construir herramientas teóricas y metodológicas,

articuladas desde la antropología, que aporten a transformar el campo de la salud mental y en especial las relaciones de poder que aún imperan en el mismo.

Claramente la tarea no está completa, y este trabajo se constituye como una de las muchas puntas de lanza para poder impulsar estos cambios necesarios en el campo de la salud mental. Será necesario profundizar en la superposición de exclusiones y la posibilidad de hablar de la experiencia de una alteridad total, vivida por las personas usuarias del sistema de salud mental, tanto en Ecuador como en otros países de Latinoamérica. A su vez, el clima de época exige, pero también permite, plantear la perspectiva de género como base de trabajos venideros dentro del campo de la salud mental, no solo en tesis aisladas sino como proyectos de investigación interdisciplinarios de amplio alcance.

Por otro lado, se vuelve primordial trabajar íntegramente en los procesos de des/institucionalización (Faraone 2013), las relaciones intra/extra muros, los sentidos construidos en relación a la salud mental y las formas que la comunidad logra construir resoluciones a problemas que afectan la salud mental. En pocas palabras, comenzar a instalar la perspectiva de la salud mental comunitaria (Galende 2008) como guía de investigación, pero también de construcción de políticas públicas, de prácticas institucionales orgánicas y espacios de apoyo extrainstitucionales.

Y por último creo que es importante poder seguir profundizando en metodologías de antropología compartida e insertas en la salud mental comunitaria, tanto para investigaciones como también para las prácticas profesionales y las relaciones establecidas dentro de la institución. Es decir, abogar por una antropología aplicada al mundo de la salud, y en particular, al mundo de la salud mental.

Lista de referencias

- Ardèvol, E. y Lanzeni, D. 2014. "Visualidades y materialidades de lo digital: caminos desde la antropología." *ANTHROPOLOGICA*: 11-38.
- Ardèvol, Elisenda. 1998. "Por una antropología de la mirada: etnografía, representación y construcción de datos audiovisuales." *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares del CSIC*.
- Basaglia, Franco. 2008. *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- . 1976. *La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Corregidor.
- Benjamin, Walter. ND. "Sobre el concepto de historia." In *Tesis sobre la historia y otros fragmentos*, by Walter Benjamin. Bolívar Echeverría.
- Berlaffa, Jorge. 1976. "Estéticas de la locura en los tiempos modernos." *Capítulo VII "Derechos humanos, comunidad, prevención, sociedad y ley"*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: XII Congreso Argentino de Salud Mental "Psicosis Actuales", 1-14.
- Boal, Augusto. 2002 *Juegos para actores y no actores*. Barcelona: Alba Editorial.
- Bourriaud, Nicolas. 2008. *Estética relacional*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Braidotti, Rossi. 2000. *Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*. Buenos Aires: Paidós.
- Bretón Solo de Zaldívar, Victor. 2013. "Etnicidad, desarrollo y 'Buen Vivir': Reflexiones críticas en perspectiva histórica." *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe*: 71-95.
- Breton Solo de Zaldívar, Victor. 2012. *Toacazo. En los Andes equinocciales tras la Reforma Agraria*. Quito: FLACSO: Sede Ecuador; Ediciones Abya Yala ; GIEDEM; Universitat de Lleida.
- Butler, J. y Spivak. 2009. *¿Quién le canta al Estado Nación? Lenguaje, política, pertenencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith. 2002 [1993] *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- . 2009. *Dar cuenta de sí mismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

- . 2007. *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.
- . 2010. *Marcos de guerra*. Mexico DF: Paidós.
- . 2001. *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Camas Baena, Victoriano. 2018. "Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador." *Pan American Journal of Public Health* (Pan American Journal of Public health), no. 42: 1-6.
- Castro-Gómez, Alejandro. 2011. "Geopolíticas y biopolíticas imperiales en el siglo XVIII: para una genealogía de la integración latinoamericana." In *La integración de América Latina y El Caribe: filosofía, geopolítica y cultura*, by Rafael Antolínez Camargo y Freddy Santamaría Velasco. Bogotá D.C: Ediciones Universidad Santo Tomás.
- CELS, Centro de Estudios Legales y Sociales. 2017. *La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. Informe de derechos humanos, Buenos Aires: CELS.
- Clúa Gines, Isabel. 2007. "El cuerpo como escenario: Actrices e Históricas en el fin de siecle." *Dossiers Feministes*, 157-1 72.
- Colucci, Erminia. 2013. "Arts-Based Research in Cultural Mental Health.", 41-48.
- Comisión Provincial por la Memoria. 2019. *Informe anual 2019: El sistema de la crueldad XIII: sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires*. Informe de derechos humanos, Buenos Aires: Comisión Provincial por la Memoria.
- CPM, Comisión Provincial por la Memoria. 2019. *Informe anual 2019: El sistema de la crueldad XIII: sobre lugares de encierro, políticas de seguridad y niñez en la provincia de Buenos Aires*. informe de derechos humanos, Buenos Aires: Comisión Provincial por la Memoria.
- D'Angelo, Ana. 2010. "La experiencia de la corporalidad en imágenes. Percepción del mundo, producción de sentidos y subjetividad." *Tabula Rasa*, no. 13: 235-251.
- Das, Veena. 2017 "Cómo el cuerpo habla." *Etnografías Contemporáneas*, no. 5: 302- 339.
- Deleuze, Gilles. 2005. *Derrames entre el capitalismo y la esquizofrenia*. Buenos Aires: Cactus.
- . 2008. *Dos regímenes de locos*. Valencia: Pre-textos.
- . 2015. *La subjetivación: curso sobre Foucault III*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, Gilles y Guattari, Felix. 1985 [1972]. *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós.

- Didi-Huberman, Georges. 2012. *Arde la imagen*. Oaxaca: Ediciones Ve.
- . 2007. *La invención de la histeria*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- . 1997. *Lo que vemos, lo que nos mira*. Barcelona: Manantial.
- . 2014. *Pueblos expuestos, pueblos figurantes*. Buenos Aires: Manantial.
- Fanon, Frantz. 2011. *Piel Negra, Máscaras Blancas*. La Habana: Caminos.
- Faraone, Silvia. 2013. "Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones." *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, no. 3: 29-40.
- . 2015. "Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe." *Delito y Sociedad*: 63-79.
- Ferrandiz, Francisco. 2011. *Etnografías Contemporáneas. Anclajes, métodos y claves para el futuro*. Barcelona: Anthropos.
- Foucault, Michel. 2001 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- . 2008. *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. 2001. "El sujeto y el poder". In *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, by Hubert Dreyfus y Paul Rabinow. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- . 1999. *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós.
- . 1994. *Hermeneutica del sujeto*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- . 2015. *Historia de la Locura en la época clásica Vol 1*. Mexico DF: Fondo de cultura económica.
- . 2005. *Historia de la sexualidad 1: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- . 2003. *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- . 2007. *La gubernamentalidad. Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida.* . Buenos Aires: Paidós.
- . 2007. *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- . 2008. *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, Michel. 2008. "Topologías. Dos conferencias radiofónicas (1966)." *Fractal XII*, no. 48: 39-40.

- . 2018. *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. 2008. "Galende, E." In *Psicofármacos y salud mental*, by Cap. 5. Los fundamentos de Salud Mental, 137-188. Buenos Aires: Lugar.
- Giorgio Agamben, Slavoj Žižek, Jean Luc Nanc, Franco "Bifo" Berardi, Santiago López Petit, Judith Butler, Alain Badiou, David Harvey, Byung-Chul Han, Raúl Zibechi, María Galindo, Markus Gabriel, Gustavo Yañez González, Patricia Manrique y Paul B. Preciado. 2020. *Sopa de Wuhan*. Edited by Pablo Amadeo. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Goffman, Erving. 2006. *Estimiga. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu Editores.
- . 2001. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guattari, Felix y Rolnik, Suely. 2006. *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Guber, Rosana. 2005. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Barcelona, Mexico: Paidós.
- Ingold, Tim. 2015. "Conociendo desde dentro. Reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía." *Etnografías Contemporáneas 2*: 218-230.
- Jelin, Elizabeth. 2002. *Los trabajos de la memoria*. Madrid: Siglo XXI.
- Kingman, Eduardo. 2002 "Historia social y mentalidades: los higienistas, el ornato de la ciudad y las clasificaciones sociales." *ÍCONOS*: 104-113.
- Kingman, Eduardo. 2002 "Identidad, mestizaje, hibridación: sus usos ambiguos." *Proposiciones*: 1-8.
- Lago, Laura. 2015. *El taller como dispositivo en salud. Guía teórica-práctica para talleristas*. Buenos Aires: Subsecretaría de salud mental y atención a las adicciones.
- Landázuri Camacho, Mariana. 2008. *Salir del encierro. Medio siglo del Hospital Psiquiátrico San Lázaro*. Quito: Banco Central del Ecuador.
- Laso Chenut, Francois Xavier. 2017. *La huella invertida: antropologías del tiempo, la mirada y la memoria. La fotografía de José Domingo Laso, 1870-1927*. Montevideo: Centro de fotografía de Montevideo.

- Le Breton, David. 2002 [1990]. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- . 2002 [1992]. *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lopez Corral, Francisco. 2008. "Noopoder: el consumo como factor político." *Actas de las Primeras jornadas de filosofía política: democracia, tolerancia, libertad*. Bahia Blanca: Universidad Nacional del Sur, Edius, 1-5.
- MacDougall, Douglas. 1991. "Whose history is it." *Visual Anthropology Review*.
- Martins, Paulo H. 2018. "La actualidad de la Teoría del Colonialismo Interno para el debate sobre la dominación y los conflictos inter-étnicos." In *Las encrucijadas abiertas : América Latina y Caribe : sociedad y pensamiento crítico Abya Yala : tomo II*, by Nora Garita Bonilla, Marcelo Arnold Cathalifaud, Paulo Henrique Martins, Jaime A. Preciado Coronado (Compiladores) Alberto Bialakowsky et al Alberto L. Bialakowsky, 311-334. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEFIS-AAS.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2016. *Guía de Salud mental Comunitaria*. Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones, Quito: Primera edición.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador; OPS; Depa. 2015 *INFORME DE EVALUACION DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL DEL ECUADOR (IESM-OMS)*. Informe especial, Ecuador: MSP; OPS; OMS.
- Pelbart, Peter Pal. 1989. *Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e desrazao*. Sao Paulo: Editoria Brasiliense.
- Pujadas, Joan. 2010. *Etnografía*. Barcelona: UOC.
- Ramírez, Graciela. 2011. *ENCIERRO, PATOLOGÍA Y GÉNERO: LOS SUJETOS DE LA EXCLUSIÓN PSIQUIÁTRICA*. Tesis de maestría. FLACSO-Ecuador., Quito: FLACSO-Ecuador.
- Ranciére, Jacques. 2011. *El malestar en la estética*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- . 2010. *El espectador emancipado*. Buenos Aires: Manantial.
- Rojas-Bermúdez, Jaime. 1985. *Títeres y sicodrama*. Buenos Aires: Editorial Celsius.
- Rolnik, Suely. 2006. "¿El arte cura? ." *Quaderns portàtils 02*: 1-13.
- Ruby, Jay. 1982. "Ethnography as trompe l'oeil: Film and Anthropology" In *A crack in the mirror*.

- Segato, Rita. 2013. *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- .2016. *La guerra contra las mujeres*. Buenos Aires: Traficantes de sueños.
- Sjoberg, Johannes. 2006. "The Ethnofiction in Theory and Practice." *NAFA Network Newsletter of the Nordic Anthropological Film Association* 13, no. 3a (Agosto): 1-10.
- Varela, Julia, and Fernando Álvarez-Uría. 2005. "Ensayo introductorio. Capitalismo, sexualidad y ética de la libertad." In *Historia de la sexualidad. Volumen I: La voluntad de saber.*, by Michel. Foucault, VII-XLV. Madrid: Siglo XXI.
- Velasco, Honorio, and Ángel Díaz de Rada. 1997, *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta.
- Vera Vega, Cristina Bertha. 2019. *Hijas del viento - Wayra Apamushkas: Historias de vida de mujeres entregadas de niñas para el trabajo del hogar en los Andes ecuatorianos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Antropofagia.
- Vigarello, George. 1991. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza.
- Vignale, Silvana. 2003. "Foucault, actitud crítica y subjetivación." *Cuadernos de filosofía*, 2014: 5-17.
- Wade, Peter. "Repensando el mestizaje." *Revista Colombiana de Antropología*: 273-296.
- Whitten, Norman. 2003. "Symbolic Inversion, the Topology of El Mestizaje, and the Spaces of Las Razas in Ecuador." *Journal of Latin American Anthropology*: 52-85.
- Zuñiga Carrasco, Danny Raúl. 2018 "Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada." *Revista de Ciencias Médicas*: 39-45.