

Feasibility of Intervention in the Psychosis from the Psychoanalysis in an Institutional Program of Social Inclusion

nov/08

Tesis Psicológica 3

ISSN 1909-8891

100

Factibilidad de Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis en un Programa Institucional de Inclusión Social

Jairo Báez*

Rosendo Rodríguez Fernández

Jorge Mario Karam Roza

Jaime Velosa Forero

Recibido: septiembre 29 de 2008

Revisado: octubre 8 de 2008

Aprobado: noviembre 18 de 2008

*Correspondencia: Jairo Báez, Rosendo Rodríguez Fernández, Jorge Mario Karam Roza,

Jaime Velosa Forero. Miembros del grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis. Facultad de Psicología.

Fundación Universitaria Los Libertadores. Dirección Postal: Cra. 16 N° 63 A 68, Bogotá, Colombia.

Correos electrónicos: jairbaez@gmail.com, rosendo20038@hotmail.com,

sicologo7@gmail.com, velfor2@yahoo.com

Resumen

Se resumen los resultados de la investigación producida por el grupo *Psicoanálisis y Sociedad*, de la Fundación Universitaria los Libertadores sobre la factibilidad de reinserción social de pacientes diagnosticados como psicóticos. Por un lado se revisa el marco legal y su impacto en los programas de atención al paciente. Se hace una aproximación histórica al concepto de locura y su caracterización como problema clínico en distintos contextos culturales y sociales; y se aborda la locura desde la psiquiatría y la psicología; posteriormente, se observa la situación de todos aquellos que trabajan en los diferentes estamentos relacionados directa o indirectamente con el tratamiento de pacientes diagnosticados como enfermos mentales en el Distrito Capital y se tiene en cuenta a los pacientes mismos. El objetivo primordial fue visualizar la factibilidad un programa en concordancia con las políticas públicas de la salud mental que se pueda implementar y sea viable para la inclusión del psicótico bajo una concepción de sujeto social.

Palabras clave: Psicosis, reinserción social, psicoanálisis, programa terapéutico.

Abstract

The results of the investigation produced by the group Psychoanalysis and Society, of the Fundación Universitaria Los Libertadores, of the feasibility of social reintegration of patients diagnosed like psychotics. On one hand it is checked the legal frame and its impact in the programs of attention to the patient. It becomes an historical approach to the concept of madness and its characterization like clinical problem in different cultural and social contexts; and madness is approached from psychiatry and psychology; later, the situation of all those is observed that work indirectly in the different states related directly to the treatment from diagnosed patients as ill mental in the Capital District of Bogotá and it considers the same patients. The fundamental objective was to visualize the feasibility of a program in agreement with the public policies of mental health that can be implemented and been viable for the inclusion of the psychotics under a conception of social subject.

Key words: Psychosis, social reintegration, psychoanalysis, therapeutic program.

“Es cierto que el decir se juzga por las consecuencias de lo dicho. Pero lo que se hace de lo dicho queda abierto. Pues puede hacerse de él un montón de cosas, como se hace con unos muebles, a partir del momento, por ejemplo, en que se ha padecido un sitio o un bombardeo.”
Jacques Lacan, El Seminario. Aún

Introducción

De acuerdo con el estado real de los servicios de salud existentes y en concordancia con las políticas públicas de la salud mental, ¿Se puede diseñar e implementar un programa viable para la inclusión del psicótico bajo una concepción de sujeto social? Esta investigación revela su importancia por sus dimensiones sociales, económicas, en el ámbito institucional y en el desarrollo de la psicología en Colombia. En cuanto a lo institucional es relevante para incorporar a la Línea de Investigación *Psicosis y Psicoanálisis*, teniendo en cuenta que el lazo social hace parte de la estructuración y la concepción de sujeto. Desde la pertinencia social y económica el estudio, al proponer un programa de inclusión social con una población que no se ha mostrado de fácil intervención y de resultado halagüeños, ofrecería una herramienta de acción específica en el área más sensible de salud mental, lo que redundaría en la reducción de los índices de discriminación, desmotivación, interés y gastos onerosos en la institución y la familia.

Los aportes ofrecidos por esta investigación en el ámbito científico están dados en el hecho de que la psicología se ocupa del estudio de los aspectos psicológicos en su repercusión social y personal, en el área de la salud mental, específicamente en la problemática que deviene de la psicosis. En Colombia, una propuesta que cohesione con los nuevos lineamientos de la salud mental y las necesidades específicas del paciente psicótico, en su ubicación como sujeto social, no se ha desarrollado ampliamente y tampoco tiene amplia difusión dentro de la comunidad científica ni psicológica. Con este estudio se abre una puerta para iniciar el recorrido en un

campo de investigación novedoso; con mucho por explorar en la psicología de la psicosis en el concierto actual del conocimiento y sus aplicaciones tecnológicas.

Procedimiento

Se realizaron sesiones de trabajo de interpretación de textos, artículos, publicaciones y otras fuentes de información escrita, para producir documentos que son utilizados en la articulación de la concepción de la problemática. El estudio documental se realizó críticamente desde el pensamiento lacaniano, que constituye el enfoque epistemológico de los participantes de la investigación.

A partir de estas discusiones, se generaron protocolos de entrevista encaminados a obtener información de fuentes primarias, para nuestro caso, de los profesionales que dirigen, administran, o intervienen clínicamente en el trabajo de salud mental realizado en diferentes instituciones del Distrito Capital y algunos municipios aledaños a Bogotá. Estas entrevistas están grabadas magnetofónicamente, en cassettes y en archivos de programas sistematizados, y responden a un protocolo establecido desde el grupo de investigación, con preguntas abiertas en que se pretende que el entrevistado aporte la información con el menor grado de interferencia posible por parte del entrevistador.

El mismo protocolo fue aplicado para los usuarios con diagnóstico clínico de trastorno afectivo (en tratamiento psiquiátrico) y sus familiares, con sus variaciones obvias relativas al contexto. Estas entrevistas también fueron grabadas en cintas magnetofónicas para su interpretación y análisis.

Con los profesionales se organizó el “Encuentro de los Trabajadores de la Salud Mental en Bogotá” el cual fue video-grabado, en el que se expusieron los temas más álgidos de atención al enfermo mental, los problemas que enfrentan en su inclusión, y las dificultades que plantean a las instituciones en cuanto a éstos tópicos.

Se trabajó con el método del psicoanálisis, consistente en la interpretación del texto, tanto escrito como enunciado en actos de habla. Desde allí, se busca la generación de la propuesta de intervención dirigida a la reinserción social del psicótico, a partir de la detección de la factibilidad, desde la praxis del psicoanálisis.

Resultados. Locura y Prejuicio

En principio, puede reconocerse históricamente que lo que hoy se conoce como trastornos de la personalidad, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1995) revisado, fueron considerados antaño, desde una forma espiritualista de pensamiento, posesiones que padecían ciertos sujetos por parte de entidades sobrenaturales. Algunos espíritus bondadosos revelaban el saber a médicos brujos, quienes tenían facultades curativas. Otros, posesos de malos espíritus, requerían prácticas de brujería para exorcizar el mal. La revisión de George Rosen, James George Frazer, Sigmund Freud, Bruno Bettelheim, entre otros, proporciona abundante información sobre este tópico, además de conceptualizaciones de sumo interés para los investigadores, pues estas vertientes de pensamiento aún dejan huellas en las concepciones actuales sobre la locura (Rodríguez, 2007).

Puede afirmarse, desde estas investigaciones, y a riesgo de reducción excesiva, que el *Otro* de la locura solamente ha mudado de forma, permaneciendo estructuralmente. En los tiempos antiguos, la brujería y el espiritualismo dieron lugar a prácticas unas veces incluyentes, otras excluyentes, del llamado poseso.

Preciso es hacer notar que un ente espiritual tomaba el lugar del alma, consistiendo la intervención del médico brujo o del exorcista en expulsar al invasor, luego de lo cual, con ciertos cuidados espirituales, la vida seguía su rumbo. Estas tradiciones, posteriormente en la historia, resultaron fuertemente atadas a la religión; conformaron paradigmas híbridos que desembocaron en las persecuciones de herejes y quemas de brujas, asociadas a intereses económicos y socio-políticos que se desarrollaron en los contextos de éstas creencias. El alma, psique, es y fue considerada como una entidad metafísica que dio lugar a la especulación filosófica. En su centro, de cierto modo, siguen estando las explicaciones sobre los fenómenos *anormales*. Si bien existen diferencias reconocidas por autores de la antigüedad con respecto a la locura y la posesión demoníaca, éstas se colocan una al lado de la otra en los hospicios de los religiosos, quienes desde la caridad cristiana se preocupan en todo caso por la espiritualidad. De allí surge una tradición vigente hasta la actualidad, y es que los locos y endemoniados se endosan a los religiosos.

Puede afirmarse que los procedimientos con relación a la enfermedad mental no han evolucionado mucho desde la antigüedad, aunque existan argumentos a favor de la farmacología. También es preciso decir que durante los años 60 y 70 se realizaron progresos en el nivel de la psicoterapia en casos de psicosis, en la comunidad terapéutica de Laing, por ejemplo, o desde el psicoanálisis, con la realización simbólica de Sechehaye y el trabajo de Madame Le Font, además de Zapparoli y la estructura del delirio; también es preciso citar el trabajo de Franco Basaglia, en cuanto a comunidad, red y sistema, y los trabajos críticos de Gilles Deleuze y Félix Guattari (Báez, 2007a; Rodríguez, 2007)

No obstante, estos trabajos son excepcionales en lo que respecta a las prácticas predominantes especialmente en Colombia, las que siguen siendo de manicomio. El prejuicio segregacionista con respecto al *loco*, al enfermo mental, ha sido

denunciado fuertemente desde los trabajos de los autores citados, pues la consideración esencial es, o bien que la enfermedad mental es agravada y fijada por los dispositivos psiquiátricos, o bien que no es una enfermedad, constituyendo un efecto iatrogénico, el que predomina a partir de la instauración de la ideología médica.

En el *Elogio de la Locura*, Desiderio Erasmo hizo hablar a esta patología para enunciar algunas verdades, con cuya estrategia se salvaguardó de la hoguera, no bastando la amistad del Papa para permanecer seguro. Es obvio que Erasmo parte del principio de que la palabra del loco no significa. Con ello, queda sentado un principio que retoma Jacques Lacan para la elaboración de este concepto en el psicoanálisis: la palabra del loco adquiere el status de insignificante. Al lado del endemoniado, el loco pierde sus derechos civiles (sobre el status del *loco*: c.f. Mannoni, Deleuze y Guattari, Basaglia, Laing, & Schatzman, en Rodríguez, 2007). El paso del endemoniado al enfermo mental ocurre de manera más bien tardía, entre los siglos XVIII y XIX, con un enfoque psiquiátrico, ligado ya a la revolución industrial (la que tiene relaciones con la ciencia). La práctica con respecto al enfermo mental es la de la investigación clínica, enfoque terapéutico, como señala Michel Foucault en su *Nacimiento de la Clínica* (1999). El enfermo mental pasó, entre otras muchas, por las experiencias de la hidroterapia, por ejemplo, que no diferían mucho de la tortura. El recorrido de la locura, o de la enfermedad mental, muestra que el status del loco ha sido objeto de la violencia y la tortura en la mayoría de contextos históricos, en los que ha estado en el patíbulo o la celda, tal vez con mayor asiduidad que en posiciones de poder.

En el manicomio, como señalaron en su momento los antipsiquiatras, el loco fue objeto de investigación científica, como conejillo de indias, ensayándose sobre su ser toda clase de ocurrencias enmarcadas en la psicoterapia. Encierros, encadenamientos, camisas de fuerza, electroterapia, farmacoterapia y antipsiquiatría forman parte del inventario del para-

digma médico, biologicista, propio de la psiquiatría (Rodríguez, 2007, pp. 92-96). Con el advenimiento de la teoría psicoanalítica de Freud, la psiquiatría toma una nueva dirección, un nuevo camino, pero pronto el psicoanálisis dejó ese campo y formó su propio objeto de estudio, con su método, ya alejado de la práctica médica.

La psiquiatría sin embargo, adoptó como modelo de tratamiento el farmacológico, combinado con psicoterapia. Por su parte, las ciencias sociales y las disciplinas subsidiarias de la medicina desarrollaron modelos de prácticas según este criterio de subordinación al médico. La psicología presenta diferentes alternativas de abordaje de las enfermedades mentales, especialmente en el nivel de la psicoterapia, desde distintos enfoques. El énfasis se centra en el hacer. Sin embargo, no se observan constructos teóricos elaborados que den cuenta de los procesos asociados a la emergencia del loco.

El psicoanálisis presenta, por el contrario, desde el mismo Freud, teorías tendientes a elucidar este problema. En ese sentido, buena parte de los trabajos de inspiración freudiana y lacaniana se centran en la escucha de la palabra del psicótico, redefiniendo por esa vía su relación con el símbolo.

Una divergencia importante ocurre en ese nivel terapéutico en el seno del psicoanálisis: las tendencias calificadas de *edipistas* en tanto que la orientación del tratamiento estaría dirigida hacia la *neurotización* del psicótico, y las *anti-edipistas*, encaminadas más al reconocimiento del lugar de la locura en la sociedad (Báez, 2007b, pp. 103-105).

El Contexto Colombiano

Se adelantaron visitas a nueve instituciones y se hicieron las entrevistas correspondientes a los coordinadores profesionales que integraban de los equipos de salud. En todos los casos la coordinación se

compartió con uno o más profesionales con amplia experiencia en su profesión, vinculados a dichas instituciones y que prestan servicios de salud mental en Bogotá y Municipios cercanos.

Las personas entrevistadas exhiben diferentes tipos de formación y experiencia en cuanto a su práctica profesional. Por ejemplo, se entrevistó a un psiquiatra, especialista egresado de la Universidad Católica de Colombia, pre graduado como médico de la Universidad Nacional de Colombia, con 31 años de experiencia en trabajo con pacientes denominados por él como enfermos mentales. Entre sus experiencias, destaca la red hospitalaria del sur de Bogotá, agrupada por la Secretaría Distrital de Salud, su tránsito por Sibaté, y su servicio en el Hospital del Tunal, además de su posicionamiento como el psiquiatra más destacado en la actualidad en medicina forense y conocedor de la perspectiva de Franco Basaglia, con quien tuvo contacto personal. Otro de los entrevistados es una psicóloga egresada de la Universidad Católica de Colombia, con amplia experiencia en psicoterapia de pareja, quien trabajó recientemente en el Hospital Julio Manrique de Sibaté, con diferentes tipos de enfermos mentales, según su propia expresión. Allí duró cerca de un año en diferentes servicios. Se entrevistó también a la Enfermera Jefe de un Hospital Psiquiátrico y a algunos abogados en ejercicio de su profesión y en su desempeño como docentes universitarios.

Aparte de las entrevistas con los profesionales, se logró hacer contactos con otros profesionales de las instituciones (psiquiatras, trabajadoras sociales, enfermeros). Así como con algunos de los pacientes y familiares de los mismos. Por ejemplo, una de las personas entrevistadas es psicóloga, hermana de un paciente diagnosticado como maniaco-depresivo; también ella ha estado en tratamiento en un servicio de psiquiatría, y pidió conservar la discreción en cuanto a nombres y lugares. Actualmente labora como psicóloga en una organización dedicada a la venta de servicios de selección de personal. Otros entrevistados son pacientes. Por ejemplo, uno

actualmente en reclusión domiciliaria *voluntaria*, bajo medicación, posterior a un episodio psicótico agudo, y otro que se mantiene lúcido, vive de su pensión, también se encuentra medicado y refiere episodios psicóticos cada cuatro años; estos pacientes no están en reclusión hospitalaria. Otros fueron entrevistados en calidad de usuarios hospitalizados en las instituciones visitadas.

La retroalimentación con los profesionales surgió a partir de varios documentos que se revisaron en conjunto y de la confrontación directa con los temas abordados en el semillero de investigación. Así mismo en el marco del proyecto, y como un valor agregado, algunos de los profesionales entrevistados hicieron una sustentación sobre el abordaje propuesto en su intervención y la justificación del mismo; este se llevó a cabo en la jornada institucional propuesta para el día 28 de mayo de 2008. Las discusiones han enriquecido los hallazgos a lo largo de la investigación a todo el equipo de trabajo.

Los profesionales entrevistados muestran diversidad de enfoques en cuanto al problema de la inserción social y laboral del paciente diagnosticado como enfermo mental o psicótico. El psiquiatra DD muestra un amplio conocimiento en referencia a la historia de la psiquiatría en Colombia, y sus aplicaciones en el campo de la salud mental. Desde su perspectiva, histórica/materialista, señala que el tratamiento del paciente ha atravesado diferentes momentos desde los años sesenta hasta la actualidad. Se refiere al inicio de la intervención, por parte de instituciones religiosas, con un enfoque afín al cristianismo católico, al que considera manicomial, tal como la psiquiatría en sus inicios. La revolución la inicia Franco Basaglia, quien en su paso por Bogotá dejó sentadas las bases para un proceso de socialización del enfermo mental a partir de su experiencia con el sistema de salud italiano. Recuerda al “Doctor Cruz” y su experiencia de Hospital de Puertas Abiertas, en el altiplano cundiboyacense, y la red hospitalaria del Sur de Bogotá de la Secretaría de Salud, que lograron reinsertar pacientes mentales en

microempresas cuya infraestructura contemplaba la protección del enfermo mental en su contacto con la realidad social. Como resultados de esa experiencia de la red hospitalaria y del trabajo del Dr. Cruz, destaca el cambio social con respecto al enfermo mental. La gente del común deshizo mitos con respecto a la locura, tales como la peligrosidad y la inutilidad del enfermo mental. El grado de aceptación del paciente hizo que el proceso laboral fuera más eficaz, señalando el entrevistado que los pacientes que trabajan se deterioran más lentamente que los inactivos, y que con los cuidados adecuados, medicación y psicoterapias, hay resultados alentadores. Las microempresas no tenían un enfoque productivo, sino protector. Sin embargo, algunas de ellas lograron su autosuficiencia económica. Las labores que desarrollaban los pacientes eran, por lo general, sencillas. Se trataba de actividades manuales, tipo artesanal, que no tenían un elevado nivel de exigencia en cuanto a abstracción, y que facilitaban también el proceso de protección del paciente por parte de los encargados. Señala que, inclusive tuvo “profesores universitarios diagnosticados como psicóticos maniaco depresivos, que lograron culminar su ciclo laboral hasta la pensión, como personas normales, bastando la tolerancia del entorno social y algún grado de consideración por parte de los directivos, para alcanzar este logro” (Registro de campo).

Al respecto, la psicóloga que tuvo su experiencia en el Hospital Julio Manrique mostraba que una paciente duró varios años laborando en cocina, pero llegado el momento del deterioro más allá del cual el paciente es irrecuperable, entró en un estado psicótico definitivo. Los reemplazos seleccionados para el cargo entraban en indiferencia rápidamente, por lo cual concluye que la reinserción laboral no es tan exitosa. En ambos casos, tanto psiquiatra como psicóloga, se refieren a enfermos crónicos, pues el agudo es episódico y su paso es transitorio por la institución.

Un grupo de profesionales en terapias (ocupacional, del lenguaje, entre otras) creó un hospital de puertas

abiertas, en un Corregimiento ubicado en la zona rural del Distrito Capital, con un modelo similar a la propuesta de Basaglia, pero fundamentado desde una perspectiva sociológica. La experiencia reporta interesantes resultados en el nivel terapéutico, y por consiguiente, hace ver que es posible la reinserción social y laboral del enfermo mental. Es muy interesante observar que el paradigma psiquiátrico tradicional postula que la psicosis en cualquiera de sus formas, es incurable. Esto se cumple en los hospitales psiquiátricos, obviamente. La anti psiquiatría de Basaglia, Laing, Cooper, Gentis (Citados por Rodríguez, 2007), y otras opciones teóricas, desde la sociología y antropología, demuestran que, si bien es posible que la psicosis sea incurable, es bien posible que no se trate de una enfermedad, o que, siendo una enfermedad, la psiquiatría contribuya en el anclaje del paciente a la misma. Algunos trabajos de investigación que reportan éxito a nivel terapéutico son los de Sechehaye, Lefort, Laing, Schatzman (Citados por Rodríguez, 2007), entre otros, desde perspectivas como el psicoanálisis, la anti psiquiatría y el humanismo.

La extinta red hospitalaria del sur de Bogotá, que integraba varias instituciones con la concepción basagliana del tratamiento, “alcanzó a hacer experiencias de inclusión laboral de pacientes con diagnóstico de psicosis, en oficios muy operativos, tales como factura de pan, en que los pacientes eran monitoreados por profesionales de la salud, con resultados que prometían logro” (Registro de campo).

El experimento de puertas abiertas del Dr. Cruz, en Tunja, tuvo resonancia en ese mismo sentido, señalando que el problema de la locura se ubica no solo a nivel de lo individual, sino en la sociedad. Las prácticas manicomiales actuales se caracterizan en efecto, por la ausencia virtual de trabajo a nivel de terapia familiar, principalmente por cuanto los familiares abandonan al enfermo en la institución. En esa misma dirección, algunos psiquiatras refieren que los enfermos son verdaderos estorbos para sus

familias. El abandono o la muerte resuelven dichos problemas. Durante el trabajo de campo se encontró un interesante clima laboral por parte de los profesionales implicados en el abordaje de pacientes; y si bien es cierto que se señalaron elementos inadecuados, en todos los casos se reporta un respeto para con el enfoque teórico y clínico propuesto por el profesional. Se plantea, sin embargo, un cuestionamiento frente a algunas de las normas implícitas en los lineamientos de salud mental, ya que estas refieren la imposibilidad de realizar psicoanálisis o terapia psicoanalítica en instituciones en la medida que sus presupuestos no son cubiertos por el régimen de seguridad social en salud, ni en la modalidad contributiva ni en la modalidad subsidiada. A pesar de lo anterior, los profesionales mantienen una autonomía en su ejercicio que resulta proactiva frente a las expectativas en su formación académica, aunque como era de esperar, reconocen limitaciones a la hora de llevarlas a la práctica.

“Tenemos inconvenientes con procesos tan básicos como el encuadre mismo, es muy dispendioso atender un paciente y soportar cómo la privacidad se altera con mucha frecuencia, debido a algún funcionario que sin el menor recato interrumpe la consulta para plantear algún tema de tipo administrativo” (Registro de campo).

La anterior frase resume una de las condiciones que llega a entorpecer la relación terapéutica y demuestra cómo muchos de los funcionarios relacionados con las instituciones no manejan un mayor conocimiento sobre las condiciones de privacidad que requiere el ejercicio terapéutico. En cuanto al enfoque de trabajo, se encontró que los equipos encabezados por psiquiatras tienden a plantear una línea de tipo psicodinámico acompañado por un apoyo de tipo farmacológico; no obstante, entre los psicólogos y demás profesionales de la salud vinculados al proceso, se estiman un poco más otras líneas terapéuticas orientadas hacia lecturas de tipo

sistémico y humanista. A pesar de las posibles discrepancias teóricas y terapéuticas, todo indica que no se presentan dificultades a la hora de atender a los usuarios de los servicios. Como aspecto curioso vale la pena reseñar que durante las entrevistas se reportaron enfoques y líneas terapéuticas que no parecen ir en la misma dirección de las planteadas en el eje central de la Secretaría Distrital de Salud, ya que el enfoque señalado en ese nivel apunta más a procesos de tipo ecologista que impliquen la integración del núcleo familiar y la no hospitalización de los pacientes, sino que estos se mantengan en sus lugares de residencia.

Por supuesto las instituciones no pueden ir en contravía a los lineamientos del nivel central ya que ellos operan como contratantes de la mayoría de sus servicios. En ese sentido se aprecia una evidente disminución de Centros Noche donde los pacientes puedan pernoctar; en su mayoría, los usuarios son atendidos en Centros Día cuyos horarios van de 7 a.m. a 3 p.m.; en las instituciones visitadas se encontraron variantes en los horarios pero en ningún caso atención durante la noche. La diferencia estriba en que el enfoque de los terapeutas no se orienta desde el mismo lineamiento, especialmente en el sentido más estricto del mismo, es decir, en el aspecto clínico. La atención personalizada al paciente se realiza a partir del enfoque propuesto por el terapeuta y este es respetado por la institución. Aunque los lineamientos del nivel central se aprecian con fuerza en el nivel educativo; resulta claro el interés por cubrir el núcleo familiar y, en general, ámbitos más amplios que el espacio directo del paciente. Es así como en la actualidad existen importantes líneas de salud mental donde varios profesionales intervienen; solo que éstas se erigen en un ámbito que prioriza el componente educativo. Se concluye que los planes y estructuras ofrecidas por el nivel central afectan el ejercicio de los terapeutas involucrados en los hospitales del distrito, ya que en su mayoría, ellos y ellas, tienen que mediar la intervención individual con un com-

plemento educativo preventivo dirigido a la comunidad. La mayoría de instituciones ya tiene dividido y estructurado ese abordaje siendo así como la mayor parte de los procesos educativos preventivos recaen en el Plan de Atención Básica (PAB) de cada localidad, pero ello no quiere decir que los profesionales del otro sector no tengan un importante compromiso educativo para con la comunidad (este se cubre a través de los lineamientos de Prevención y Promoción). De modo que en su gran mayoría los profesionales realizan una intervención individual con los pacientes psicóticos y con sus familias, en los casos que así se requiera, pero a la vez la comparten con algunas intervenciones educativas dirigidas a la comunidad. En opinión de una psicóloga, quien trabajó a modo de talleres y terapias de apoyo, “el paciente requiere un tratamiento integral, orientado por la farmacología, y controlado por la medicación.”

El paciente tiene algún grado de funcionamiento social hasta cuando los efectos secundarios de las drogas, y la tolerancia desarrollada, hacen imposible la detención de la psicosis. En esa medida, la reinserción se hace muy difícil. En lo que se pudo pesquisar sobre este hecho, se encontró que a los profesionales que más se les dificulta este accionar, es a los psiquiatras, mientras que los demás profesionales de la salud lo ven como un proceso más dentro de su intervención.

A modo de interpretación de lo anterior se puede plantear que la formación académica favorece acciones de tipo educativo en comunidad a la gran mayoría de profesionales en salud, menos a los psiquiatras, cuya formación pre y pos gradual está más comprometida con la intervención directa sobre el paciente. De todos modos se deben señalar dos problemas directos en el abordaje a pacientes psicóticos y es que, como tal, los programas de intervención específica o tienden a verse disminuidos en su cobertura, o deben apoyarse en trabajos complementarios de índole educativo dirigido a comunidad. Amador, (Navarro et al, 2006), sugiere

que en la medida que los pacientes esquizofrénicos tienen escasa conciencia de varios de sus signos y síntomas, los programas de psicoeducación deben trabajar en el reconocimiento temprano de la recaída, la autoconciencia del padecimiento de signos y síntomas. Lo anterior implica un anexo frente al enfoque terapéutico sostenido por los profesionales de salud mental, y es que si bien ellos tienen completa autonomía en la intervención individual, a la hora de realizar procesos comunitarios esta no permanece, y más bien se reorientan los esfuerzos a proponer planes de educación preventiva en salud. Para un psiquiatra entrevistado, es obvio que si los sanos no consiguen empleo, los enfermos no tienen esa posibilidad. Por ejemplo, en la Ruta de Empleabilidad del Distrito, los enfermos mentales no están contemplados. “Aunque la ley, en teoría, protege al enfermo mental, en la práctica no es así”, afirma el psiquiatra entrevistado. De esto se colige la falta de voluntad política para lograr resultados, además de la difusión de los conceptos científicos sobre la enfermedad mental a través de los diversos medios de comunicación.

Es decir, al modo de otras minorías, como las comunidades afrocolombianas o las homosexuales, se hace necesario reinstaurar los derechos del psicótico para hacerlos valer en el terreno. Existen disposiciones en cuanto a las empresas, obligadas como están, a contratar un mínimo de enfermos mentales que no se cumplen y que no son fiscalizadas por ente alguno del gobierno. A pesar del avance que representaron, en un momento dado, los trabajos de la red hospitalaria que se formó con la idea del hospital de puertas abiertas, sustentada en la experiencia italiana, este esfuerzo se vino abajo con la aprobación por parte del legislativo de la Ley 100 de 1993.

Esta norma suprimió el monopolio del Estado en materia de salud pública, entregando su administración a las conocidas empresas privadas, cuyas entidades de atención al usuario son las EPS. Como consecuencia, los hospitales de puertas abiertas

quedaron en estado incipiente y los recursos para la salud mental, no contemplados en la Ley 100, quedaron sujetos a la voluntad de funcionarios públicos interesados de algún modo por esta población. Es en Bogotá y Sibate donde se concentran los centros de atención en salud mental, pues en el resto del país ni los políticos ni los negociantes se han interesado por la atención en esta dimensión de la salud pública. Así, al centro del país fluyen los afectados en busca de atención virtualmente inexistente en otras regiones. En este sentido, se cuestiona como causa de enfermedad mental una sugerencia proveniente del Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) en 2003, en el sentido de que los centros urbanos podrían ser los mayores productores de enfermos mentales del país. Por otra parte, en lo que a cobertura se refiere, el ENSM informa que entre 1 y 2 de cada 10 colombianos es favorecido por el servicio de atención en lo tocante a trastornos mentales. En el informe se concluye, con un sesgo funcionalista evidente, que las enfermedades mentales afectan la relación con la realidad de manera más insidiosa que las enfermedades crónicas, pasando por alto los autores que la enfermedad es producto de la misma realidad (ENSM, 2003, p. 7). En ese sentido, llegan a formular sugerencias tales como la difusión de información, mejorar la conciencia de la enfermedad y su tratamiento, incidir en la política pública para incrementar los recursos, etc., planteando la necesidad de considerar a la enfermedad mental como una enfermedad crónica con derecho a tratamiento.

Las contradicciones de este enfoque abundan, pues tratándose de enfermedades cuya causa no es el interés, sino su funcionamiento, se plantea una inversión de fondos del erario público en una discapacidad que previsiblemente es insuperable, desde el paradigma médico. En este sentido, el estudio de Posada, Borda, Oviedo y Oviedo (1997) muestra detalladamente que, hasta 1997, el servicio prestado por las 70 instituciones encargadas era calificado de poco aceptable según los parámetros de la OMS. Si bien estos parámetros son fuertemente funcionalistas, las instituciones

evaluadas no cumplieron a cabalidad con los indicadores de logro formulados. Curiosamente, en el mismo estudio se señala la ausencia de un Manual para el manejo de los trastornos mentales y de normas escritas sobre terapias farmacológicas, lo que denota el atraso tanto en los indicadores, como en los procedimientos para tratar a los pacientes. El mismo título del Manual de *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Mentales*, es visto como síntoma de lo que Franco Basaglia denunciaba como iatrogénico de la psiquiatrización del individuo y que Mannoni mostraba como lenguaje que fijaba al loco a su enfermedad (Rodríguez, 2007). El tratamiento en el papel bien registrado difiere mucho del proceso relacional de la institución con su loco, la cual está mediada por el *funcionario* o agente de la salud. Este cuenta con un dispositivo cuya finalidad es el ajuste de sus prácticas a los logros de los estándares, desconociendo de paso al sujeto, quien en su devenir histórico ha sido considerado objeto, a veces de la ciencia y, la mayor parte del recorrido histórico, de pseudo ciencias y de otros saberes.

La Factibilidad de inserción laboral del paciente enfermo mental es vista de diferentes formas por los entrevistados. Para el Dr. DD, este problema es estructural. Señala que, con la aprobación de la Ley 100, el enfermo mental quedó desprotegido. Hay allí un vacío legal, que dada la realidad del paciente, tiene diversas implicaciones. A saber, el paciente enfermo mental es muy costoso para el sistema de salud, así que, con la ley 100, no hay subsidios para su condición.

Al convertirse la salud en un negocio, la inevitable conclusión es que hay muy pocas personas dispuestas a invertir su dinero en *algo así*. El enfermo mental se convierte en un problema para su familia, la cual no tiene la capacidad de darle manejo a la compleja situación que desencadena la locura. Hay instituciones e individuos que han realizado empresas quijotescas con enfermos mentales, pero son pocas y sin apoyo del sistema pronto desaparecen. Son verdaderos apostolados. Las instituciones que surgie-

ron con el legado de Basaglia, desaparecieron con la Ley 100 de 1993, año a partir del cual el sistema emergente desapareció virtualmente. Desde entonces, no obstante el esfuerzo que deben realizar los familiares del enfermo mental, además del resurgimiento de los antiguos prejuicios, ha hecho que la reinserción social se convierta en algo casi imposible. Para una psicóloga, “la reinserción del paciente crónico de hecho constituye algo que no se puede lograr, dado el riesgo de crisis al que está librado permanentemente”. Sus razones son fenomenológicas, al contrario de las estructurales que señala el psiquiatra. En suma, desde los puntos de vista examinados, las razones por las cuales la reinserción socio-laboral del paciente enfermo mental no son viables obedecen a dos perspectivas: la fenomenológica y la estructural. Según la fenomenológica, la locura constituye un proceso de deterioro progresivo, que hace imposible garantizar la funcionalidad del enfermo, y en esta medida, perturba el orden laboral en términos de inversión de fondos que se pierde. Según la estructural, la reinserción sociolaboral del paciente mental crónico es viable siempre que el sistema social asimile la perspectiva científica, se aprueben leyes proteccionistas, y se implementen programas de contacto del paciente con la comunidad y la familia.

Dicha labor requiere voluntad política, y una claridad absoluta con respecto a lo que se puede esperar del enfermo en términos socio-laborales, con lo que se insiste, la creación de puestos de trabajo para estas personas debe obedecer a su protección, no tanto a su productividad. En ese sentido, se plantea también la necesidad de hacer una revisión crítica más aguda sobre la Ley 100 de 1993, y argumentar su reformulación a partir de los efectos señalados sobre el sistema de atención al enfermo mental.

Los prejuicios con respecto al enfermo mental, convergen hacia la idea de que es un problema para su familia y una carga económica para la sociedad. Han renacido viejas ideas con respecto a la peligrosidad del loco, aún cuando se ha comprobado

que los seres *normales* son mucho más peligrosos. Se piensa que enfermos mentales son agresivos e inútiles, y que no deben tener responsabilidades. De hecho, señala un abogado entrevistado, “el loco no tiene plenitud de derechos civiles, y tampoco es responsable de sus actos”. Así que si algo sucede, la responsabilidad civil la asume quien esté encargado del enfermo. Las familias abandonan al enfermo mental en los asilos, que por su parte han regresado, en virtud de la Ley 100, al viejo modelo manicomial. Así, los visitantes del enfermo son escasos. Por lo general son familiares políticos, como con cuñados o primos lejanos y algunas madres. Cuando el enfermo mental muere, “La familia descansa”. Hay un referente a que el psicoanálisis en latinoamérica surge como una propuesta teórica más asociada a la *filosofía de la liberación*; sus tesis y postulados fueron la vanguardia de muchos teóricos comprometidos con el cambio social; basta con ver el papel que jugaron muchos psicoanalistas en las épocas de regímenes dictatoriales en países como Argentina para denotar un aspecto social, contestatario y en muchos aspectos revolucionario frente a la discriminación en que se tenía a los pacientes señalados de patología mental. En ese sentido cuesta creer la asociación que se le ha dado al modelo psicoanalítico como una *terapia de elite*; es algo que se denota en las limitantes propuestas desde el plan obligatorio en salud y que en buena medida obedece a los principios postulados por la línea psicoanalítica internacional vertida por la Internacional Psychoanalytical Association (IPA).

En el campo de la salud mental, los psiquiatras con formación psicoanalítica han sido los que más han logrado ingresar en el ámbito institucional. Por lo menos eso se puede referir desde los hospitales locales entrevistados y aún desde los de otras localidades en las que los investigadores lograron adelantar contactos. La formación los psiquiatras detentan es enfocada hacia un psicoanálisis orientado por la dinámica del Yo, un modelo norteamericano muy popular en el país. Otra parte de los psiquiatras manifiesta un sesgo *biológico* en su abordaje, que

resulta más de tipo *positivista* a la hora de ejercer intervenciones. No obstante, en ambos casos, su modelo teórico de intervención se complementa con un fuerte componente de nivel farmacológico, campo prácticamente exclusivo, pues por razones obvias los demás profesionales no pueden formular medicamentos.

Tanto en el campo biologicista como en el psicoanalítico formulado por estos profesionales se coincide en que el abordaje psicoanalítico es “ideal pero muy costoso”, de modo que su ejercicio terapéutico a nivel institucional se enfoca en una atención primaria, con más énfasis en lo farmacológico que en lo propiamente terapéutico. El equipo de psicólogos y demás profesionales tienden a enfocar su atención en sus principios teóricos y corrientes de formación que, como se señalaba en párrafos anteriores, es de tipo sistémico y humanista, por lo menos en los profesionales de las instituciones entrevistadas; pero en las entrevistas también coincidieron en ver al psicoanálisis como un modelo de élite. Lo anterior inaugura un campo de reflexión muy enriquecedor; evidentemente en las entrevistas no se trató de polemizar sobre el asunto para evitar sesgar las respuestas y hallazgos encontrados, pero esto abre un profundo debate sobre la percepción que se tiene del psicoanálisis así como del modelo dinámico que ha primado en las instituciones.

Tal parece que las lecturas estructuralistas y las profundas disertaciones sobre los significantes metafóricos del padre, ni siquiera han llegado a las instituciones; esto se pudo comprobar a través de posteriores espacios donde se pusieron en discusión documentos tales como el *Seminario 3. Las psicosis* de Jacques Lacan, con el que se encontró un llamativo interés por parte de los profesionales entrevistados. De todos modos, sobre el papel queda el preconcepto de que el psicoanálisis le apuesta a una terapéutica costosa a la que no todo el mundo puede acceder, menos los pacientes vinculados a instituciones del distrito; todo un reto de trabajo que deberá ser asumido por los investigadores.

Queda el posible atenuante de una aceptación implícita al modelo, la gran mayoría de profesionales habla bien del mismo; pero eso va ligado a la sensación de *impedimento* al llevarlo a la práctica; sin duda este será un aspecto central que propone un papel más amplio en lo que tiene que ver con la difusión de los modelos estructuralistas del psicoanálisis, así como con las viabilidades de tipo social que se han propuesto en algunos contextos terapéuticos. Aunque el psicoanálisis aparece vinculado a la figura de Sigmund Freud hace más de un siglo, sus aplicaciones teóricas son objeto de resistencia aún en el presente. No son pocas las discusiones que se encuentran frente a cualquier modelo que pretenda ampararse en los preceptos manifestados por Freud y sus seguidores. Lo anterior se ha hecho extensivo a los planteamientos de Jaques Lacan, sobre cuya obra en torno a la psicosis existe un profundo desconocimiento, sumado a un desinterés por acercarse a sus tratados. En ese sentido, la investigación ha conseguido propiciar un interés en torno a las reflexiones psicoanalíticas, máxime al ver que éstas se orientan a la inclusión social del paciente psicótico; sin duda la propuesta ha resultado muy atractiva a los profesionales entrevistados y así lo han hecho notar en los diferentes encuentros.

Sin embargo, las instituciones de salud en la actualidad sienten una fuerte dependencia del nivel central que se refleja en la dificultad para articular modelos alternativos a los que ya se vienen realizando. Tampoco es que vean mucho beneficio en los posibles cambios. De una parte el modelo psicoanalítico no les suena ni nuevo, ni viable, ni siquiera el modelo de Lacan, ya que tienen claro que este vuelve a retomar muchos de los clásicos conceptos freudianos. Si a lo anterior le sumamos el que no se puede cambiar ningún modelo interno sin la aprobación de la entidad central, debido a la relación de contratación a que aludimos anteriormente, es realmente complejo que se pretenda realizar un estilo de intervención diferente a menos que venga planteado desde los lineamientos del Distrito. Tal concepto fue emitido a lo largo de las entrevistas, e incluso este se vio

apoyado en algunas de las lecturas trabajadas. Dicha *resistencia* implica un nuevo reto en el proyecto y es que, más allá de una intervención y sensibilización en la parte *periférica*, es decir, en la que toca a las instituciones de las localidades que son regidas por el nivel central, se requiere una intervención directa en los lineamientos emitidos desde dicho nivel. Pero ello no es suficiente, pues con todo y la *independencia* que pueda plantearse desde el Distrito, este no puede perder de vista la prioridad de intervención en las problemáticas masivas que ha venido abordando en los últimos años, suicidio y maltrato, de modo que el modelo de inclusión deberá incorporar necesariamente estos matices si pretende que las formulaciones del proyecto tengan un claro impacto en las políticas globales de salud mental. Sin duda este fue el aspecto más polémico y el que se trató con un mayor cuidado, a fin de no herir la sensibilidad de los entrevistados, pues se trata de ahondar en la formación teórica en psicoanálisis sin desmerecer ni su modelo de intervención, ni la corriente que ha sustentado su respectivo ejercicio.

Como se señaló al principio del documento, es claro que a los profesionales de la salud no les resultan indiferentes, ni los trabajos de Freud ni los postulados clínicos del psicoanálisis, excepto la perspectiva de Lacan; pero ello no cambia la visión pesimista que predominó en los entrevistados, quienes denotan imposibilidad ante la meta de resocialización de los pacientes psicóticos. El modelo de abordaje desde el psicoanálisis no es claro en las instituciones visitadas y no acaba de convencerles; algunos lo visualizan en su práctica privada pero no así en la institución; incluso muchos consideran que el psicoanálisis debe ser revaluado y actualizado a los contextos y tiempos actuales, pues no consideran que *ningún* modelo sea la solución, en un tiempo donde las tendencias de tipo global son las predominantes. Se percibe más claridad en los modelos integrales de salud, idea constante en las entrevistas y que debe ser analizada con todo el rigor del caso. Es evidente que la integralidad es algo que los profesionales ven con muy buenos ojos en la medida que la atención

a pacientes se formula desde varios campos y profesiones vinculadas a la salud mental. No obstante, también se encontró una interesante coincidencia en la necesidad de ampliar los espacios de formación e investigación en psicoanálisis, especialmente en las tesis lacanianas; en este sentido el semillero de investigación en *psicosis y psicoanálisis* se revela como un espacio idóneo para que los profesionales que lo deseen puedan profundizar en su formación. Resultó claro que la formación en psicoanálisis no es muy amplia en la mayoría de los casos, en parte porque sus universidades de formación no lo contemplaban y en parte porque en algunos de ellos el interés es mayor en otras corrientes de pensamiento e intervención clínica. No obstante hay que destacar que los lineamientos del proyecto así como los resultados de las entrevistas han logrado generar un nuevo interés por lo que se pueda desprender del psicoanálisis.

Los profesionales entrevistados persisten en manifestar dudas ante el alcance del proyecto, aunque esto lejos de ser una debilidad se constituye en una verdadera oportunidad para generar sanas discusiones y complementos teóricos desde los campos de formación de las personas involucradas en la salud mental. Dentro de los espacios de reflexión habrá que incorporar el hecho de encontrar una respuesta *distinta* en el marco del trabajo individual y el abordaje institucional; existe una confrontación entre ambos planos de trabajo y esto inaugura un nuevo campo de investigación que tendrá que incorporarse dentro del proyecto. La institucionalización del paciente psicótico implica unos márgenes de acción donde pareciera que el profesional encuentra impedimentos para ejercer elementos más consecuentes con su formación, en aras de seguir lineamientos centrales; lo anterior deja abierta una dicotomía cuya resolución debe ser objeto de debate y análisis en el proyecto. El proyecto en la actualidad, ingresa en una de sus fases más apremiantes y, a la vez, más propositiva; una vez pesquisados los conceptos y abordajes teóricos existentes en las instituciones de salud, se está trabajando en torno a la consolidación

de un modelo de abordaje capaz de dar cuenta de la resocialización del paciente psicótico; una empresa temeraria pero con precedentes como se ha visto, y que motiva por sus características.

Psicosis y Psicoanálisis

Báez (2008) se ha preguntado, a partir de este acercamiento al problema de la enfermedad mental ¿Qué hay de nuevo en los aportes del psicoanálisis a la intervención en el problema de la locura? Recuerda el autor que Michel Foucault dejó planteado el problema de la indiferenciación del loco y el psicótico, pues los diferentes fueron, y siguen siendo, amontonados en reclusorios de altas tapias que evitan su desagradable visión a la comunidad. Las clasificaciones dejaron a los psicóticos en los manicomios, nombre derivado de manía, separándolos de los demás; y estos fueron clasificados nuevamente en tres modalidades que con el tiempo han dado lugar a los trastornos clínicos y de la personalidad bajo una pretendida unificación del modelo científico con respecto a la psicosis. El cese de la discusión ha servido para prolongar las prácticas administrativas, pues es el ingeniero del comportamiento, el otro médico, y los demás profesionales científicos sociales quienes constituyen el séquito que opera sobre el paciente, que tiene un trastorno de personalidad manejable incluso a partir del *DSM IV* (1995), con funcionalidad inmediata. Tanto la biología como la farmacología han dado el parte de victoria sobre la psicosis reduciendo el asunto a la manipulación del ADN o el metabolismo. Esto, para Báez, es una cortina de humo que no responde a la pregunta fundamental sobre su estructura. Si bien hay un serio cuestionamiento sobre la clínica, amparada en la media estadística y la desviación estándar, y se hace evidente la limitación del *DSM IV* (1995) en su última versión para dar respuesta en tanto se trata de una lista de síntomas positivos y sugerencias de tratamiento, la aplicación de estos criterios no puede eximir al profesional de su responsabilidad. Báez insiste en señalar que las discusiones académicas no llegan más allá de la evaluación. Las

consecuencias de esta falsa apertura son claramente discernibles: evaluación por habilidades, por competencias, sin poder elucidar la dimensión óptica de los objetos de estudio. La carencia a nivel teórico, conceptual, convierte al profesional en un técnico, que usa instrumentos de evaluación, diagnóstico, evolución y tratamiento; sin una construcción teórica que le permita orientarse en el terreno, el técnico obedece las instrucciones del manual y del sujeto que supuestamente sabe lo que hay que hacer en el equipo, su líder. Frente a esta práctica, Báez rescata la pregunta de Husserl a los psicólogos, en el sentido de abandonar su objeto de estudio.

La discusión sobre la locura es llevada al plano ideológico de manera justificada por el autor. Con el neoliberalismo campea el modelo de competencias que, floreciente por sus resultados a corto plazo, puede volver a atender al recaído cuantas veces sea necesario. La pretensión de objetividad científica, en la que se justifica el modelo funcionalista, reduce esta misma al acto de demostrar, a partir de registros, los progresos en el desarrollo de competencias del paciente, y de paso demuestra que el psicólogo es competente. Curas de formato, recaídos sin recato; paradójicamente se impone el fantasma de la objetividad, consistente en un pacto de subjetividades en el que queda a un lado el objeto con su inmanencia. No importa el loco, con su palabra o su delirio, pues al fin de cuentas está loco. Importa es lo que de él se reporta, el modo como reacciona al tratamiento, el modo como funciona. Báez insiste en que lo externo se impone sobre lo interno. A nivel del ser, se trata de ser según los parámetros del *otro*, un otro que toma la forma de la normalidad de la campana de Gauss. Allí, en el terreno de las competencias clínicas, el psicólogo ha demostrado en general su permanencia en un nivel técnico. A-teórico en su quehacer, se convierte en un paramédico donde el sujeto que supuestamente sabe es el médico. Por lo general, sus preguntas las dirige a la máxima autoridad en el tratamiento clínico, el psiquiatra, quien en su sabiduría imparte las órdenes a sus colaboradores, sin duda de menor rango. El desafío para

la psicología es obvio. Es competente en este terreno como disciplina paramédica, o desarrolla una propuesta cuyo objeto de estudio es esencialmente un sujeto del lenguaje, o es la subjetividad con sus complejidades en la que deje de asumirse como una cenicienta llamada a realizar los oficios de poco reconocimiento que ya no hacen los psiquiatras. En el sentido que proponemos, el psicoanálisis reconoce al psicótico como sujeto del lenguaje. Como disciplina, tiene aplicaciones en extensión, es decir, encaminadas a hacer aportes en el terreno clínico. No se trata ya de partir del viejo postulado freudiano de la incurabilidad de la psicosis, sino de que el psicoanalista no retrocede ante ésta. Las experiencias clínicas demuestran que el estudio de caso, en que el proceso es individual y a largo plazo y la operación procede desde la reflexión teórica, augura la construcción de un lazo social entre el psicótico y el neurótico más allá de los constantes intentos de neurotización de la psicosis. Báez advierte sobre el estado de alerta que genera la propuesta del psicoanálisis en extensión, caracterizado sin duda por toda la preocupación en torno a la peligrosidad del psicótico, tanto para sí como para los demás, en caso de ser reconocido como sujeto. Frente a esto, señala que son más peligrosos los neuróticos del común.

Con la psicosis, poco a poco se va dilucidando, que el problema no es tanto con aquellos que muestran su espectáculo, sino con todos aquellos que desde la invisibilidad afectan una sociedad y se afectan en silencio; seguir propendiendo por el llamado a la clínica de la psicosis solamente por intermedio de un tercero en contienda, es olvidar que el psicótico aún y en su camuflaje de normal pide ayuda, que la gran mayoría de las veces no se le presta (Báez, 2008).

El diagnóstico de psicosis, continúa el autor, depende del grado de incidencia en cuanto al deterioro social, desconociéndose que existen muchos psicóticos invisibles en tanto que no le hacen daño a nadie (Navarro et al, 2006; Báez, 2008). Pero, el psicótico, en tanto es enclavado en una subjetividad,

tiene tanto derecho a ser escuchado como cualquier otro sujeto (Báez, 2008), lo cual implica el establecimiento de una relación con un otro que demanda la asunción de una responsabilidad frente a lo que se le otorga. Esto exige algo que no está en el otro del mercado libre y la operacionalización del esquema funcionalista: el trabajo longitudinal, el centramiento en el proceso, el desenvolvimiento del fenómeno en su devenir histórico. El rescate del sujeto no responde al imperativo del *Establecimiento*, sino que lo cuestiona, y desde los campos de interrogación que formula, pone en consideración de los psicólogos un enfoque alternativo en que, parafraseando a Báez, “la palabra promueve la subjetividad”, dejando de lado el compromiso con el resultado a corto plazo. En este sentido, señala el autor que el lugar de la palabra del psicótico es también un lugar que demanda el neurótico, o pos-neurótico en el sentido que trabaja Dany Robert Dufour, (2007, p. 252) quien en última instancia cada vez se encuentra más aislado en el mundo capitalista. El psicoanálisis plantea preguntas donde el ultra liberalismo no tiene respuestas, y lejos de ser el lugar de todas las respuestas, resuelve allí donde el otro muestra su falta. González (Báez, 2008), afirma que “el psicoanálisis tiene una función que no puede reemplazarse ni sustituirse.” Señala además que se encuentra preocupado por el sistema curativo basado en el modelo de alta generación productiva.

El aporte del psicoanálisis, desde la clínica del sujeto, además de hacerlo visible, es el reconocimiento de su lugar, en sí y para sí, en el sentido del ser, más allá del yo. “Lo propio del psicoanálisis es andar sin vencer. Con o sin pendejos vencidos” dijo sugestivamente Lacan (1972, pp. 67-71) refiriéndose al convencimiento. Este cierre sirva para resaltar que la teoría, lejos de ser una excusa para no pensar, constituye la fuente de las reflexiones epistemológicas con respecto a la psicosis, considerada como una estructura derivada de la foreclusión del Nombre del Padre, postulado inspirador de una clínica centrada en la palabra, la palabra del psicótico.

Referencias

- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.) New York, EE.UU.: Masson.
- Báez, J. (2007a). *Escritos psicodinámicos*. Bogotá: Psi Grupo.
- Báez, J. (2007b). *Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis*. Tesis Psicológica. *Problemas e Incertidumbres de la Infancia*. 2. 101-107.
- Báez, J. (2008). ¿Qué hay de nuevo en los aportes del psicoanálisis a la intervención en el problema de la locura? *CES Psicología*. 1(1). Julio-Diciembre 2008. Recuperado 20 de septiembre 2008, <http://revistapsicologia.ces.edu.co/locura.html>
- Dufour, D. R. (2007). El Inconsciente es la política. En *Desde el jardín de Freud*. *Revista de Psicoanálisis*. *Drogas, Clínica y Mercado*. 7. 241-255.
- Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1972). *El Seminario*. Aun, Libro 20. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1984). *El Seminario*. *Las Psicosis*, Libro 3. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ministerio de Protección Social. (2003) *Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM)*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de Protección Social. (2005). *Lineamientos de política de salud mental para Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Navarro, F, Cardeño, C., Cano, J., Gómez, J., Jiménez, K., Palacio, C., et al. (2006). *Introspección en pacientes con psicosis*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV (1). 61-70.
- Posada, J. A.; Borda, J. E.; Oviedo, D. C.; Oviedo, E. E. (1997). *Utilidad de un nuevo instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXVI (3). 171-184.
- Rodríguez, R. (2007). *Tramas de lo Inconsciente: El Delirio de la Locura y la Realidad*. Tesis Psicológica. *Problemas e Incertidumbres de la Infancia*. (2). 91-100.