



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 26 – Invierno 2022

Ellos nunca van a salir de aquí: aproximaciones a una institución asistencial de “ayuda al débil mental”

Lizbeth García Vidal¹
María Celeste Hernández Hermida²
Rocío Rosales Maqueda³
Myrna Salazar Álvarez⁴
Margarita Siles Espinosa⁵
Mayleth Alejandra Zamora Echegollen⁶

Puntos de partida

El propósito de este trabajo es dar a conocer a los lectores los procesos y resultados de un ejercicio de investigación acerca de la construcción de vínculos y de relaciones entre diversos sujetos al interior de un establecimiento dedicado al apoyo y cuidado de sujetos con discapacidad. Éste se desarrolló a lo largo de las 11 semanas que conforman el octavo

¹ Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

² Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

³ Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

⁴ Profesora asociada por tiempo determinado en el Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

⁵ Estudiante de la Licenciatura en Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

⁶ Profesora medio tiempo por tiempo determinado asociada “D”. Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Candidata a Investigadora del Sistema Nacional de Investigadores.

trimestre de la licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, cuyo módulo se intitula “Conflicto psíquico, salud mental y sociedad”.

El sistema modular supone una alternativa educativa frente a los paradigmas hegemónicos. Ejemplo de ello, podemos mencionar al sistema de asignaturas, el cual persigue la especialización de contenidos. Como efecto, en muchos casos se terminan aislando los procesos de aprendizaje y enseñanza, dificultando la aplicación integral tanto de los contenidos como de los procesos aprendidos (Arbesú García, 1996).

En contraste, el sistema modular está basado en la enseñanza basada en fases o componentes que se organizan en torno a un ejercicio de investigación, todos ellos, articulados a través de un propósito general, un objeto de transformación, un tema-eje, objetivos y un problema-eje. De este modo, tanto el proceso de enseñanza, como el de aprendizaje se trabajan a partir de inquietudes y problemáticas provenientes de los y las estudiantes que se orientan e inscriben en problemáticas concretas.

En el caso del módulo VIII, el problema-eje propone reflexionar sobre “el conflicto psíquico y su articulación con la red de relaciones que constituyen la subjetividad y su expresión en el campo de la salud mental” (Plan de estudios, 2004). Con ello, se parte de la problematización de supuestos sobre cómo se concibe la salud mental en el campo *psí*, sus diversos abordajes y de las teorías y metodologías que estudian e intervienen sobre el “conflicto psíquico”.

Desde el componente teórico se trabajan tres unidades que buscan proporcionar a los y las estudiantes la comprensión de conceptos y nociones que posibiliten pensar más allá del campo de la psicopatología, las organizaciones psíquicas, las diferencias clínicas entre ellas y con ello, promover la reflexión en torno a las respuestas institucionales y sociales del campo de la salud mental (Plan de estudios, 2004).

De manera simultánea, el componente del seminario teórico-metodológico, se propone discutir y aplicar abordajes desde la metodología cualitativa en el estudio de la experiencia singular y colectiva, el sufrimiento del sujeto y el malestar psíquico a través de la técnica de la entrevista clínica psicológica (Plan de estudios, 2004).

En ese sentido, el presente texto como resultado de este ejercicio académico-formativo, está conformado por las dos profesoras del módulo en sus dos componentes, Myrna desde la teoría, Mayleth desde el seminario teórico metodológico y del equipo de investigación conformado por Lizbeth, Celeste, Rocío y Margarita, quienes llevaron a cabo la enorme tarea de realizar el ejercicio investigativo de inicio a fin. De este modo, usaremos el pronombre en primera persona del plural para referirnos a los procesos reflexivos, teóricos y metodológicos del trabajo escrito en colectivo, y sólo en algunos apartados -metodología y sobre la intervención en terreno-, el “nosotras” se referirá al equipo de estudiantes.

El terreno de investigación se construyó a partir de una serie de visitas a una organización de características asistenciales que se propone *ayudar al débil mental*. Como equipo, hemos

decidido guardar el anonimato de dicho establecimiento, en tanto, que no buscamos “exponer” ni desmerecer el trabajo que se realiza en éste.

Asimismo, todo el uso de datos personales recabados de residentes y personal fueron cambiados por pseudónimos para proteger la identidad de los sujetos, dado a que todos ellos, de acuerdo con la ley, no pueden ejercer el “pleno uso de sus facultades mentales⁷”. No obstante, todas aquellas intervenciones fueron autorizadas por el establecimiento en el espíritu de la formación académica y de apoyo al propio establecimiento.

Bajo este marco, presentamos en un primer apartado la contextualización del establecimiento; enseguida, aquellas estrategias teóricas y metodológicas usadas a lo largo de la investigación; posteriormente, un análisis sobre una serie de analizadores, nombrados a partir de frases que condensan las problemáticas que atañen a las relaciones que se configuran en el entrecruzamiento institucional de este establecimiento; y finalmente, presentamos nuestras reflexiones en torno a este ejercicio investigativo.

¿Ayuda al débil mental?

Primeramente, debemos explicar tanto el título del presente texto y de este apartado, como el uso de cursivas de *ayuda* y de *débil mental*. Resulta ser que, en el título de la organización que fungió como terreno de investigación, se usan ambas palabras: *ayuda y débil mental*.

De inicio ambas palabras fueron problemáticas, por ello, será menester detenernos un momento sobre las implicaciones de *ayudar a los débiles mentales*. El “[...] modo en que nombramos o nos referimos a los seres u objetos se encuentra fuertemente vinculado con el orden de significaciones que imperan en una época y en una sociedad determinada” (Goffman cit. en Soto Martínez, 2011, p. 215).

En ese sentido, las personas con discapacidad han sido nombradas por una variedad de adjetivos, apelativos y diagnósticos: “minusválidos, deficientes, anormales, degenerados, inválidos, retrasados, discapacitados” y claro, débiles mentales (Soto Martínez, 2011, p. 215). Adriana Soto (2011) ha indagado a profundidad las formas de construcción de otredad y

⁷ Aquí nos referimos a los estatutos jurídicos que histórica y actualmente, aluden a las personas con discapacidad, como personas deficitarias cognitivamente, esto es, como sujetos no responsables de sus actos ni del control de sus impulsos (Bandín y Lora, 2008). Evidentemente, esta consideración jurídica se debe problematizarse, en tanto que no podemos considerar a todas las personas con discapacidad con las mismas características. Este supuesto de “universalidad” se trabaja más adelante en el texto. Por otro lado, esta discusión se mantiene vigente en México, donde a principios del año pasado se promovió una iniciativa de ley (Senado de la República, 2022) que adiciona y reforma artículos de diversos instrumentos jurídicos, enfocándose en la “autonomía y capacidad jurídica con acompañamiento diferenciado”, lo que parecería mostrar un avance en el reconocimiento de la autonomía de las personas con discapacidad, pero que complejiza el panorama al no reconocer una autonomía y capacidades jurídicas absolutas sino, justamente, diferenciadas, donde dejan la decisión sobre las medidas a tomar en cada caso a jueces y notarios, no alcanzando la progresividad obligada por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

alteridad que han invisibilizado históricamente a las personas con discapacidad, además de producir dispositivos de intervención muy específicos. De este modo, los nombres y términos acompañan ciertas formas de intervención⁸, es decir, llamarles anormales o inválidos, condiciona la forma de aproximarse a ellos, o incluso de no-aproximación.

En el caso del término débil mental, éste se configuró alrededor del objetivo de diferenciarse claramente del idiotismo, la oligofrenia y de la imbecilidad, en tanto que los débiles mentales se encontraban en un rango intermedio de inteligencia⁹ respecto a ellos (Menéndez Menéndez, 1963; Bandin y Lora, 2008).

Así, encontramos una variedad de definiciones atroces que aluden a la debilidad mental como una serie de defectos, inmadurez, inadaptación, inadecuación, anomalías, dificultades, retardos e imperfecciones que impiden el desarrollo “normal” y “adecuado” (Menéndez Menéndez, 1963; Bandin y Lora, 2008).

Esta imperiosa necesidad de diferenciar y distinguir, de nuevo nos lleva a las formas de intervención, en establecer los cuadros, diagnósticos y características claras de uno sujeto y de otro, se trata de una lógica taxonómica (Foucault, 1998). En el caso de las personas con discapacidad, las intervenciones han estado centradas en cuatro modelos: el modelo de prescindencia, que considera que “algunas vidas humanas son indignas de ser vividas”, lo cual nos lleva a los modelos de eugenésicos, de abandono y reclusión; los modelos médicos, que buscan la rehabilitación, gestión y reparación en aquello que “la naturaleza falló”; los modelos sociales, que incorporan las perspectivas de “los derechos humanos y la participación de la sociedad civil”; y finalmente el modelo de la diversidad o modelo de la diversidad funcional (Soto Martínez, 2011, p. 216).

Con ello, la denominación de débil mental está soportado desde un modelo médico que se orienta hacia la rehabilitación, gestión y reparación de las “deficiencias” heredadas o adquiridas.

Ahora bien, en el caso de la *ayuda*, nos remite a la institución asistencial, la cual se ha configurado históricamente “a través de prácticas como la caridad, la filantropía, la beneficencia y la asistencia pública social y privada”. Esta institución significa buena parte de las prácticas sociales sobre “el deber de ayudar” y la asistencial al “otro”, significado socialmente como “desamparado y desgraciado” (Soto Martínez, 2011, p. 235).

⁸ Si bien es cierto que la palabra intervención tiene una serie de nociones en el lenguaje cotidiano (cf. Real Academia Española, 2022), en la dimensión psicosocial adquiere un carácter particular. Para Claudia Salazar: “La intervención como asunto, señala una perspectiva respecto de las acciones sociales que se llevan a cabo bajo el amparo de una disciplina, el ejercicio de una profesión; es decir, encubiertas por un halo de racionalidad que legitima un sentido para sus acciones, pero que en la trama de las significaciones sociales, se establece como estrategia, sea de invocación o de intento de supresión de lo político” (2002, p. 99).

⁹ No es posible desarrollar el profundo y prolífico vínculo entre la inteligencia y la psicología. Bastará mencionar que nos referimos a la dialéctica entre la construcción de indicadores, pruebas y escalas de inteligencia y la consolidación de la psicología como ciencia positiva (Bandín y Lora, 2003; Portuondo Sao, 2004; Menéndez Menéndez, 1963).

De acuerdo con Adriana Soto:

La institución asistencial está caracterizada por establecer procesos de individualización de la necesidad y por funcionar más como un paliativo que por incidir sobre las causas, añadiríamos, para el tema de la diversidad física e intelectual, una especie de hipótesis de dos planos: a) en el plano espacial el tratamiento y la intervención asistencial hacia la discapacidad supone su universalidad; es decir, se da por hecho que la condición de discapacidad resulta ser lo mismo en todos lados; b) en el plano temporal la institución asistencial trata o interviene sobre la discapacidad acotándose no sólo al aquí, sino al ahora [...] lo que observamos hoy es que la intervención asistencial sobre la discapacidad desdibuja cualquier «largo plazo» y lo que privilegia es la ganancia económica inmediata a costa de lo que sea (2011, p. 235).

En el caso de la organización que fungió como terreno de investigación, se trata de una fundación creada en 1965 por padres de familia que tenían a un hijo o hija con algún tipo de discapacidad intelectual y más adelante, se integró una organización religiosa que ha acompañado procesos de intervención y asistencia. El trabajo que realiza este establecimiento supone mejorar la calidad de vida de niños, jóvenes y adultos con discapacidad a través del desarrollo, habilitación e integración en el campo laboral y profesional.

Esta organización es de carácter privado y se sostiene a través de donaciones. Asimismo, nos parece importante destacar que, como parte de la propaganda de la organización, se menciona en sus folletos y página de internet que, todas las colaboraciones económicas (donaciones) son deducibles de impuestos. Esta situación particular de muchos establecimientos de asistencia privada¹⁰ implica un problema fundamental: “la triangulación [de] fondos que les permite a las grandes donadoras tener mecanismos fiscales privilegiados para exentar impuestos e, incluso, para que ellos declaren como propios los mecanismos de terceros, en especial, de particulares” (Murúa citada en Soto Martínez, 2011, p. 237).

Es así que se pone en tensión uno de los aspectos fundamentales de la institución asistencial: el papel del Estado y el papel de la sociedad civil en torno a las formas de regulación de la vida social (Dabdoub y Zamora, 2021) y en este caso, de la atención, intervención y asistencia de las personas con discapacidad. De este modo, con la institución asistencial se contribuye “a generar e incrementar el número de pobres y marginados” y por el otro, se ayuda sólo a algunos a sobrevivir (Casanova citada en Reygadas Robles-Gil, 2006, p. 3).

En ese sentido, a pesar de que la asistencia social es una obligación que el Estado debe cumplir, es percibida por la población como una obra de caridad, y por esta razón, erróneamente, se ha considerado que el gobierno brinda ayuda cuando lo que realmente está haciendo es respetar un Derecho Humano (Blázquez citado en Dabdoub y Zamora, 2021, p. 8).

¹⁰ En el caso de México tenemos el famoso caso del Teletón.

Con ello, queda de fondo el proceso de individualización del que nos habla Adriana Soto (2011), en tanto que se atienden los casos en los términos espaciales (universalidad de los casos) y temporales (los del aquí y ahora) bajo una lógica de caridad y siempre sujeta a la buena voluntad de las personas y establecimientos que quieran donar, contribuir y hacer voluntariado. Asimismo, se trabaja en una lógica de una perpetua limitación de recursos, siempre se cuenta con lo “menos”, es decir, prevalece y dirige la intervención una especie de lógica de escasez permanente.

Una vez atendido el asunto de la *ayuda* y del *débil mental*, cabe señalar que dentro de la oficina de la psicóloga encargada del establecimiento, había una infografía pegada en la pared que indicaba las maneras “correctas e incorrectas” de nombrar a las personas con discapacidad, indicando que es incorrecto llamarlos tontos, *débiles mentales*, retrasados, inválidos, y la manera correcta sería llamarlos personas con discapacidad.

Más allá de imaginarse que se trata de un error ingenuo, debemos señalar el *lapsus* de la institución, esto es, al acto fallido que devela el efecto Mühlmann o el fracaso de la profecía que le dio origen al proyecto (Manero Brito, 1991). Es decir, elucida el fracaso del espíritu fundacional bajo el cual se propuso y erigió esta organización, por ejemplo, el desarrollo, habilitación e integración en el campo laboral y profesional de las personas con discapacidad, pero que termina siendo traicionado en el momento en que se funda la organización con el nombre de débiles mentales.

Este lapsus nos muestra¹¹, por un lado, la estrecha relación con las diferentes formas de intervención institucionalizadas: el modelo de prescindencia, los modelos médicos, psicológicos y pedagógicos, las cuales están atravesadas por la institución asistencial. Por el otro, nos remite a las formas de un no-reconocimiento como sujetos de derecho y autónomos, o de un reconocimiento limitado y como de personas “inadecuadas”, “incorrectas”, “subdesarrolladas”, “anormales” y un largo etcétera. En otras palabras, a formas de exclusión y a la producción de otredad y alteridad.

Metodología

El equipo de investigación conformado por Lizbeth, Celeste, Rocío y Margarita, asistió al establecimiento los días martes y algunos días festivos a partir del 25 de octubre hasta el 14 de diciembre de 2022, en un horario de 10:00 a 15:00 horas.

Al introducirnos al terreno de investigación -el equipo de estudiantes-, utilizamos una serie de técnicas que nos permitieron ampliar, así como profundizar en nuestros objetivos y pregunta de investigación, como fueron la observación participante y la entrevista clínica. De igual manera, por parte del establecimiento se nos requirió aplicar pruebas psicológicas a los beneficiarios; entre ellas se encuentran la Prueba de Frases Incompletas y la Prueba MoCa.

¹¹ Además de elucidar el carácter imaginario de la institución, por ejemplo, “la ayuda”.

La observación participante, para Taylor y Bogdan (1984) es aquella “investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el *milieu* (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (p. 101). Esta técnica se empleó a partir del primer momento en que nos adentramos en el terreno ya que fue la manera en que, en un primer instante pudimos recabar información general sobre el funcionamiento del establecimiento.

Por otro lado, la entrevista clínica es considerada por Bleger (1988) como “el instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología” (p. 9), de este modo, se convierte en una relación entre dos o más personas con objetivos claros y definidos. Esta técnica se utilizó con los residentes ya que nos permitió establecer un medio de comunicación por el cual obtuvimos un panorama más amplio de las relaciones que se construyen dentro del lugar tanto con el personal como entre ellos mismos, así como para esclarecer las necesidades de los sujetos y sus malestares.

Ahora bien, el uso de las pruebas psicológicas fue a pedido del establecimiento, por lo que el equipo no tuvo “voz y voto” sobre su implementación. Asimismo, se debe señalar que en la tradición de la UAM y los objetivos del plan de estudios, se tiende a evitar la enseñanza de ciertas pruebas psicológicas, dado su carácter taxonómico, evaluativo y clínico (en su sentido de diagnóstico).

No obstante, la Prueba de Frases Incompletas “tiene la finalidad de obtener material clínico en cuatro áreas representativas de la adaptación del sujeto (familia, sexo, relaciones interpersonales y autoconcepto) (Sacks citado en Fatelevich y Tonin, 2021, p. 20). La información recabada por esta técnica ayudó al equipo a profundizar en la historia clínica de cada uno de los residentes y a ampliar nuestros horizontes de análisis sobre la construcción de las relaciones que se crean dentro de la institución.

Al igual que la prueba anterior, se le demandó al equipo utilizar la Evaluación Cognitiva Montreal, también conocida como MoCA por sus siglas en inglés (*Montreal Cognitive Assessment*). De acuerdo con Nasreddine *et al.*, la Evaluación Cognitiva Montreal (2005, s/p) “fue diseñada como un instrumento de escaneo rápido para alteraciones cognitivas leves. Evalúa diferentes dominios cognitivos: atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoconstructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación” (p. 1). Esta prueba fue un requerimiento por parte de la institución y la versión que se empleó fue la 8.1 en español publicada el 18 de febrero de 2018. Su aplicación nos permitió tener un acercamiento al campo clínico y a su vez, nos permitió conocer la capacidad cognitiva de los residentes para formular la elaboración de actividades del área socio emocional y afectiva, las cuales fueron solicitadas por la institución.

En ese sentido, ambas pruebas psicológicas fueron dirigidas al enriquecimiento de la entrevista psicológica y a que el equipo de estudiantes conociera otras formas de intervención

al terreno. Además de cumplir con los requerimientos institucionales que siempre producen *demandas* y *encargos* a quienes intervienen (Manero Brito, 1991).

Por último, el equipo determinó que el registro de las interacciones que se asistió al establecimiento se realizaría en forma de relatoría, que para Arenas *et al.* (2014, p. 2) es “un texto académico en el cual el relator expone un tema determinado, es el documento ideal para recoger los diferentes aportes de las personas vinculadas a una actividad académica, con el fin de determinar los criterios más convenientes”.

Analizadores

Los analizadores son situaciones que descomponen el entramado institucional de la institución, como una especie de cristal que descompone y refracta la luz en diferentes colores. A partir de ellos, es posible hacer un análisis a través de la deconstrucción de relaciones de poder, saber y autoridad de los sujetos inmersos en la dinámica institucional (Manero Brito, 1991).

De este modo, se recuperan frases usadas por los sujetos inmersos en las lógicas institucionales del establecimiento, algunos de ellos trabajadores, otros residentes, que, a modo de analizadores, consideramos que estas frases cumplen la función de elucidar aquellos elementos establecidos en una institución, ya que visibilizan las relaciones sociales de los diferentes sujetos del establecimiento.

Mi familia me trata como un indigente

Recuperamos que los sujetos que residen en el establecimiento, provienen en su mayoría de familias que han sido fuentes de violencia, inseguridad y sufrimiento; pues al contarnos sus historias a través de pláticas o por medio de la realización de las pruebas (MoCA y Frases incompletas) mencionaron que han sido abusados sexual, física y psicológicamente por sus familiares, amigos o conocidos; lo que los llevó a ser resguardados por el DIF e integrados a este establecimiento.

Asimismo, lo que llama nuestra atención es que aun tras haber vivido en estos contextos familiares violentos, la mayoría de los sujetos manifiestan extrañar y amar mucho a sus familias. Lo vimos reflejado en el caso de un residente que mencionó durante la realización de la prueba de frases incompletas: “mi familia me trata como un indigente” [nota extraída de las relatorías], después fue de nuestro conocimiento que éste carecía de una buena calidad de vida.

Al respecto María del Pilar Sarto (2001) menciona sobre las familias que atienden a un hijo con discapacidad, se les complica mayormente cumplir las funciones básicas de cuidado físico, económico, autodefinición, socialización, descanso o recuperación, orientación, afectividad,

educación y vocacional. Debido a que no cuentan con los recursos y apoyos tanto económicos como sociales para satisfacer estas necesidades, además, muchas familias no tienen un conocimiento previo para dar respuesta a las funciones que conlleva tener un hijo con discapacidad.

De igual forma, nos dimos cuenta de ocasiones en las que la familia los ingresó al establecimiento y nunca regresaron por ellos, no fueron a visitarlos o a explicarles por qué los dejaban ahí. Situaciones que nos remiten a las elaboraciones de Blanca Núñez (2008) sobre la familia “desviada”, esto es, aquella que excluye a uno de sus miembros porque éste sale de la norma y no cumple con los estereotipos o rasgos del resto de sus miembros y de los imaginarios sobre la raza y la clase frente a otros grupos sociales (otras familias, la escuela, la Iglesia, etc.).

Esta situación resuena con los planteamientos de Michel Foucault (1999), quien identifica cuatro sistemas de los que son excluidos los individuos anormales, locos, marginales, etc. Estos sistemas son:

1) El sistema de exclusión en relación con el trabajo, con la producción económica. En toda sociedad, hay siempre individuos que no forman parte del circuito de la producción económica, ya sea porque están dispensados o porque son incapaces de ello. 2) Siempre hay individuos que resultan marginales en relación no sólo con el trabajo sino también con la familia, es decir, no sólo en relación con la producción económica sino en relación con la reproducción de la sociedad. 3) Hay siempre un sistema de exclusión que hace que la palabra de determinados individuos no sea recibida de la misma manera que la palabra de cualquier otro. Se trata de individuos cuya palabra es más sagrada que la de los demás o cuya palabra, por el contrario, es más vana y vacía que la de los otros y que, por ello, cuando hablan no obtendrán el mismo crédito, o no obtendrán con su palabra los mismos efectos que los individuos normales. 4) Hay, finalmente, un último sistema de exclusión: el que funciona en relación con el juego. En toda sociedad existe algo que pertenece al orden del juego o de la fiesta, y hay siempre individuos que no ocupan, en relación con el juego, la misma posición que los demás: están excluidos, o son incapaces de jugar o tienen, en relación con el juego, una situación particular, ya sea porque son los árbitros de dicho juego, ya sea al contrario, porque son objetos o víctimas del mismo (Foucault, 1999, pp. 79-80).

El abandono de parte del grupo familiar apunta a procesos de exclusión, ya sea en sus diferentes sistemas -trabajo, fiesta, la palabra, de la familia misma- o desde la interpretación con Núñez (2008) para intentar escapar de esta categoría de familia desviada que se sale de la norma, de lo conocido.

En el mismo orden de ideas, Feli Peralta y Araceli Arellano (2010) afirman que la visión que tienen las familias sobre la discapacidad ha evolucionado hacia interpretaciones más positivas, pero que se continúa con la idea de que es una situación estresante, que genera “desgaste” y una “gran carga” para los miembros de la familia, en especial para los padres.

Lo anterior se hilvana con los casos de algunos sujetos que no residen de manera permanente en el lugar (salen y entran diariamente o que permanecen durante la semana y se van los fines de semana) ya que a pesar de que tienen una familia y un hogar fuera del establecimiento, se encuentran en malas condiciones de higiene, de vestimenta e incluso de salud física. Lo que, a su vez, nos permite pensar que son considerados como una “carga” para la familia, pues, aunque no son abandonados en el establecimiento, siguen recurriendo a él para el cuidado de los sujetos.

Así, podemos aluzar al menos dos vetas del imaginario social¹² de la familia, el primero, bajo el ideal burgués de familia nuclear conformada por padre, madre e hijos, donde se espera que el padre sea el proveedor y la madre la encargada de los cuidados y tareas de reproducción de la vida social (Engels, 2021; Donzelot, 2008).

La segunda, que la familia sea la encargada de los cuidados. Esto es producto de una política social que Gøsta Esping-Andersen ubica en la etapa de construcción de los Estados de bienestar, de acuerdo con esta política “las necesidades de cuidado serían atendidas por una dueña de casa dedicada exclusivamente al hogar y por el varón sostén de la familia que obtendría los recursos necesarios de un empleo seguro y a jornada completa” (1999, p. 189), lo que se conoce como la familiarización de los cuidados. Es decir, son las familias quienes asumen las labores de cuidado, en mayor medida y con mayor intensidad, las mujeres de esas familias (Orozco y González, 2021).

De este modo, esta “carga” que representa la atención de los sujetos con discapacidad intelectual que acuden a este lugar puede ser comprendida como un efectivo peso económico, afectivo y social que recae sobre las familias y cuya necesaria transformación hacia una corresponsabilidad/colectividad del cuidado resulta impostergable. Por lo que, este primer analizador ejemplifica claramente el papel de la institución asistencial, fungiendo como una especie de “guardería” para los sujetos, gracias al rechazo sistemático que reciben de la sociedad y lo que limita su vida diaria.

Ya tengo una nueva mamá

Dentro del establecimiento encontramos lo que Goffman (2009) define como confraternidad, esta es una influencia reorganizadora “que llevan a personas socialmente distantes a presentarse ayuda mutua y a cultivar hábitos comunes de forma forzosa, y les impone una sola e igualitaria comunidad de destino” (p. 65).

Esta confraternidad se vio reflejada en diversas situaciones, como fue el caso de una residente, quien mencionó que considera a sus compañeros como su familia, ya que ellos son quienes la cuidan y le ayudan a realizar sus actividades diarias. De igual manera, cuando se realizaba activación física o una actividad implicaba desplazarse por todo el espacio; los sujetos que

¹² Que sin duda cuenta con muchas más, pero que no profundizamos más sobre esta arista.

podían caminar por sí solos ayudaban a empujar la silla de ruedas de otros para incluirlos en las actividades sin que se les tuviera que pedir su ayuda.

Esto nos lleva a analizar las prácticas que se desarrollan entre los sujetos, pues han formado un vínculo afectivo muy fuerte que le atribuimos a la gran cantidad de tiempo que pasan juntos y a la simpatía que se formó entre ellos por la similitud de sus vidas, historias, duelos, etc. Ya que la gran mayoría de sujetos que residen en la institución han atravesado contextos similares de violencia, abandono y pérdidas de seres queridos, lo que se traduce en la preocupación de que todos estén bien, se sientan cómodos e incluidos. Sin embargo, notamos que, a pesar de la efectividad de esta confraternidad, existen relaciones de distanciamiento entre los residentes ya que hay ciertos enfrentamientos, disgustos e incluso ellos mismos excluyen a los sujetos que dañan su integridad como grupo.

Por otra parte, al contrario de lo que menciona Goffman (2009) de la rivalidad y juegos de poder que existen entre los internos y el personal que trabaja en el establecimiento, observamos que no sólo la confraternidad se da entre los mismos sujetos, sino que esta también surge con dicho personal.

Por ejemplo, destacamos que los trabajadores, enfermeros y autoridades a cargo del lugar conviven con los residentes durante las festividades, lo que llevaría a crear un vínculo de amistad o de unión entre todo el personal de la institución, no sólo entre enfermeros y residentes. Asimismo, notamos que este tipo de celebraciones tienen como propósito que los residentes no pierdan la noción del tiempo, que el hecho de estar encerrados no afecte su realidad social. Al respecto, podemos retomar el concepto de desviante libidinal retomado por Roberto Manero Brito (1991) quien menciona que:

La desviación libidinal transgrede las normas instituidas, pero opera al mismo tiempo una subversión del sentido. Esto quiere decir que hace presente en el seno de lo instituido la dimensión del deseo, el deseo expresado en situación institucional. Finalmente, podemos decir que esta forma de desviación hace presente la dimensión de las demandas de la base social de la institución (p. 151).

De esta forma, el ejemplo provisto anteriormente nos permite vislumbrar la manera en que se invierte de libido lo instituido y las relaciones sociales entre los sujetos del lugar, lo que lleva a transgredir las normas instituidas con respecto a la convivencia dentro del establecimiento.

Igualmente, retomaremos el caso de un sujeto que mostró resistencia al hablar de su familia durante la realización de la prueba de frases incompletas, específicamente de su madre quien había fallecido recientemente, lo que provocó que su estado de ánimo decayera durante el resto de la mañana; al momento de retirarnos del establecimiento, comentó: “ya estoy más tranquilo porque ya tengo una nueva mamá” [nota extraída de las relatorías], para después especificar que esta nueva mamá es una de las enfermeras del lugar.

Esto nos demuestra el vínculo formado entre los sujetos dentro del establecimiento al punto

de considerarse una familia en la cual pueden confiar; al mismo tiempo, podríamos suponer que fungen el rol de ser sustitutos de la familia que los violentó o los abandonó; encontrando cariño, apoyo y confianza dentro del lugar. Siendo una relación mutua donde las enfermeras los consideran como sus niños y los beneficiarios ven a las enfermeras como una madre. Por lo que, podemos decir que estos vínculos forman una relación cercana entre los sujetos, la cual se traduce en una red de apoyo que hace tolerable la vida diaria dentro del establecimiento

Ellos nunca van a salir de aquí

Martín Contino (2013a) describe el modelo médico hegemónico en el ámbito de la discapacidad articulando la situación de las personas con discapacidad mental en los establecimientos terapéuticos con los cuatro discursos de Jacques Lacan, este modelo es el Médico-Individual. Desde la perspectiva de Contino, el discurso en Lacan constituye una estructura a través de la cual se configuran modos de relacionarse socialmente con el otro, estos cuatro discursos son los del amo, la histérica, el analista y el universitario. Cada uno con particularidades respecto del lugar que ocupan los términos que configuran dicha estructura: significante del amo, el saber o la cadena de significantes, el objeto y el sujeto.

En este sentido, observamos que dentro del establecimiento existe una preeminencia del *discurso universitario* propuesto por Lacan dentro de las instituciones que responden al Modelo Médico-Individual y que pertenecen tanto al ámbito de la salud como al educativo o terapéutico. Este discurso “[...] tiende a poner a aquellos a quienes va dirigido, en el lugar de objeto, que no tiene nada que preguntarse, sólo adherir y adaptarse pasivamente a un determinado régimen elaborado por Otro” (2013a, p. 36).

Lo anterior se puede observar claramente dentro de todo el funcionamiento del establecimiento, pues los sujetos que habitan el lugar deben acatar en todo momento las indicaciones de todo el personal, tanto de enfermeras, enfermeros, como del maestro y la psicóloga, sin tener la oportunidad de cuestionar, preguntar u opinar del régimen que les es impuesto. Lo que respondería a lo instituido de la institución, lo establecido de antemano que opera a través de imaginarios impuestos que determinan lo que está permitido o no, y que lleva a la naturalización de las normas y significaciones que no son cuestionadas (Castoriadis, 2013).

Durante la intervención, nos fue posible vislumbrar el discurso universitario operando claramente dentro del establecimiento en un caso donde la psicóloga nos solicitó que habláramos con una residente ya que se autolesionaba continuamente, evitaba tomar su medicamento y algunas veces era grosera con el personal. Tras conversar con ella, nos comentó que sentía una gran furia que no sabía cómo expresar así que para liberarla se realizaba lesiones y evitaba tomar su medicamento pues tenía mal sabor.

Estas acciones, las cuales son consideradas por la institución como mal comportamiento y que deben ser modificadas, es la manera que tiene de resistirse a esa objetualización por parte de

la institución y de escapar a esta obstrucción a la emergencia de su subjetividad pues, como menciona Contino (2013a): “la única posibilidad que ofrece este sistema para que emerja algo del orden de la subjetividad, parece ser la producción de un síntoma [...]” (pp. 35-36). De esta manera, tanto las autolesiones, como el rechazo a tomarse las pastillas pueden ser entendidos como este síntoma, que permite a la residente expresar algo del orden de su subjetividad.

Por otro lado, las características del establecimiento son observadas a través de la lente de Erving Goffman (2009) quien menciona algunas características centrales de las instituciones, las cuales describe como:

Una ruptura de las barreras que separan de lo ordinario tres ámbitos de la vida, en primer lugar, los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, en segundo lugar, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas; así mismo, el interno casi nunca está completamente solo pues siempre hay alguien que puede verlo y oírlo ya que no hay posibilidad de intimidación alguna, y en tercer lugar, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce un momento prefijado al siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas (p. 19).

El equipo observó las tres barreras mencionadas por Goffman durante la estadía del equipo en el establecimiento, ya que los sujetos con quienes más se convivió, parecían tener una rutina clara, la cual consistía en levantarse, desayunar, ir al salón con el profesor, realizar activación física, recibir su colación, regresar al salón a hacer algunas actividades, comer, estar en el salón otro rato, luego cenar y regresar al dormitorio para dormir. Por lo que estarían desarrollando su vida en el mismo lugar, bajo la misma autoridad (y saber), conviviendo con las mismas personas siempre y siguiendo un régimen establecido desde lo más alto de la institución.

Todo esto nos lleva a preguntarnos si en realidad los sujetos ¿Ya no se pertenecen?¹³, sino que ¿pertenecen a las reglas del establecimiento que les indican donde permanecer? Es decir, qué comer o vestir, cuándo dormir, medicamentos que deben consumir, etc. O si estas resistencias, por parte de los residentes, ¿dejan ver que a pesar de esta opresión por parte de la institución, aún queda algo de subjetividad en los sujetos? De esta manera, se comprueba que al aislarlos no disminuyen los malestares psíquicos y las condiciones asociadas no se eliminan, pues además de que estas personas no mejoran, surgen nuevos sujetos con problemas, sufrimientos y condiciones que los limitan.

De acuerdo con Ian Hacking (2001) a lo largo de la historia se han considerado diferentes

¹³ Aquí valdría la pena matizar las preguntas que emergen del equipo de investigación, dado a que en el momento mismo de la intervención, las implicaciones y sobreimplicaciones nos llevaron a cuestionarnos sobre ello. No obstante, consideramos que son discusiones más extensas y que tiene implicaciones ético-políticas.

términos para nombrar al “niño retrasado”, pasando de “desequilibrados” a “débiles mentales”, etc. Denomina esta clase de categorías como *clases interactivas*, siendo nombradas de esta manera gracias a la forma en que la categoría va a actuar sobre el sujeto que es clasificado dentro de la misma pero al mismo tiempo reconoce la capacidad de acción del sujeto. Es decir, si bien es cierto que tal clasificación los condiciona y cambia las formas en que los sujetos tienen experiencia de sí mismos, ellos interactúan con dicha clasificación, las instituciones, los discursos y otros sujetos, en una suerte de *efecto bucle* que transforma también clasificación:

Lo que se sabía sobre las personas de una clase puede convertirse en falso porque las personas de esa clase hayan cambiado lo que creen de sí mismas en virtud de cómo han sido clasificadas o debido a cómo han sido tratadas por ser clasificadas así (p. 175).

En la actualidad, la institución no los denomina directamente¹⁴ como “retrasados” o “débiles mentales” en su práctica cotidiana, sin embargo, han desarrollado una nueva categoría en la cual los denominan como “niños”, la psicóloga se refiere a los sujetos dentro del establecimiento como niños sin importar su edad, y menciona que los llama así porque: “Busco mostrarles cariño ya que la mayoría ha pasado por cosas difíciles o traumáticas en su infancia durante toda su vida” [nota extraída de las relatorías]. Esta denominación sigue respondiendo a un modelo tanto de educación, de tratamiento, de escolarización, como de exclusión para controlar sujetos que son considerados “difíciles”, afectando la manera en que viven su experiencia como sujetos dentro del establecimiento.

Así, la denominación apunta a procesos de infantilización¹⁵, que pueden ser consideradas como formas de anular o disminuir su autonomía y situar a los sujetos en un plano jerárquico inferior -cronológico y cognitivo-; nuevamente se escapan los lapsus que nos remiten a diferentes relaciones de poder-saber y a procesos institucionales instituidos.

En ese sentido, notamos una contradicción entre el discurso de la institución y la práctica que ejercen dentro del establecimiento, ya que se autodenomina como una institución encargada de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad promoviendo su desarrollo e impulsando su autonomía, y de igual manera busca favorecer su inclusión social. Pero, en la práctica, la psicóloga mencionó “Ellos nunca van a salir de aquí, y deben de aprender a hacer cosas útiles” [nota extraída de las relatorías] mientras daba la indicación a las enfermeras para realizar una actividad que ella denominó terapia ocupacional, la cual consistía en dejar que cada residente sacará una pieza de ropa de unas bolsas para que después la colgaran en un gancho.

¹⁴ Aunque el “directamente” es un decir, dado a que está en el título de la organización y al llegar, evidentemente siempre está allí el nombre.

¹⁵ Al respecto, se sugiere consultar los efectos de la infantilización sobre la sexualidad en Contino y Micheletti (2019), así como en el acceso al empleo y formación profesional en Fernández Cid y Rubio-Romero (2022), exclusión de la vida política en Safta-Zecheria (2018) y la discusión en torno al acceso a la justicia penal de las personas con discapacidad mental en México de Leyva García y Cortés Ruiz (2014).

Con ello, retomamos a Antonio Córdoba (2008) quien menciona al modelo médico-individual, definiéndolo como un “modelo de atención a las personas con discapacidad partía desde una perspectiva asistencial y rehabilitación. Es decir, era destinado a integrar, “habilitar” a la sociedad a aquellos individuos con deficiencias físicas, mentales y sensoriales” (p. 85).

Por lo que constatamos que el establecimiento se maneja a partir del modelo médico individual, pues consideran que los sujetos deben estar “habilitados” para integrarse a la sociedad y les imponen realizar actividades que los mantengan ocupados. Pero la finalidad de estas actividades no es la reinserción de los sujetos a la sociedad, sino que estas se realizan buscando beneficiar a la propia institución a través de acciones de autocuidado y organización. De nuevo, se hace evidente la prevalencia de la institución asistencial.

En otro orden de ideas, fuimos testigos de la dinámica de los privilegios y castigos, las cuales, son parte de las acciones organizativas de la institución. Dentro del establecimiento se utilizaba como privilegio o recompensa para los sujetos el salir del lugar, ya que se organizaban “excursiones” a diversos lugares dentro de la ciudad, siendo la psicóloga quien tomaba la decisión de qué residentes irían y, aunque no fue explicitado, pudimos darnos cuenta de que generalmente elegía a las personas que ella denominaba tranquilos o de buen comportamiento, mientras los sujetos que ella consideraba rebeldes o mal portados no llegaban a tener esta oportunidad.

Al conversar con una residente, nos mencionó que la anterior psicóloga los castigaba cuando se portaban mal pues muchas veces los encerraba en un cuarto oscuro o los dejaba sin comer. Esto nos permite analizar la manera en que los castigos implementados por el establecimiento no van dirigidos a privilegios o cosas con las que se castigaría por ejemplo a un niño en una situación cotidiana, como sería quitarle sus juguetes, no permitirle jugar, etc.; sino que van dirigidos sobre las necesidades básicas de los sujetos ya que los dejan sin comer, los aíslan, o los encierran.

Al respecto, Goffman (2009) menciona que dentro de las instituciones se dan una serie de acciones que van dirigidas del personal hacia los pacientes y se denominan como:

Privilegios y castigos que van de la mano con el comportamiento de los pacientes en dicha institución. Los privilegios pueden consistir en tener las mejores habitaciones y camas, ciertos lujos mínimos como tomar café en la sala, y un poco más de intimidad, mientras que los castigos los ponen en práctica por que hay un quebrantamiento de las reglas. Para imponer los castigos, el personal actúa hacia el paciente de una manera negativa humillándolo y maltratándolo, algunos de estos castigos pueden ser corporales y a veces demasiado severos como encerrarlos en una habitación aislada, negar o dificultar el acceso al personal médico, amenazarlos, trasladarlos a salas indeseables y asignarles regularmente tareas repugnantes y humillantes (p. 62).

Bajo este contexto, existían casos de residentes que realizaban actos en contra de las normas de la institución, pero después mostraban arrepentimiento y se disculpaban, sin embargo,

eran castigados y amenazados tanto por la psicóloga como por el personal de enfermería, una de estas técnicas de castigo era la sujeción que consistía en atarlos con vendas a la cama en un cuarto oscuro y dejándolos a solas para que “reflexionaran”.

Martín Correa-Urquiza (2018) hace mención sobre la sujeción denominándola atar, asimismo habla acerca de esta práctica ejercida sobre los sujetos, la cual es una forma para imponerles y obligarlos a tener un buen comportamiento, al mismo tiempo hacer la sujeción implica ejercer más violencia sobre sujetos que han sufrido a lo largo de su vida, por lo que menciona lo siguiente:

En el momento en el que estás sufriendo, fuera de ti, que te aten se transforma en una violencia más que se suma a tu vida. Sientes que no te están entendiendo, que lo que quieren no es cuidarte sino controlarte. Entiendo que uno llega a veces muy confundido y hecho un Cristo, pero en el fondo estamos pidiendo auxilio a gritos... y lo último que necesitas es que te aten. Quizás ellos podrían aprender a leer entre líneas (p. 574).

Por lo que consideramos que el establecimiento se configura como un dispositivo, es decir un entramado de discursos, instituciones, sujetos, leyes, entre otros elementos, que a través de un amplio abanico de prácticas de corporales de encierro, sometimiento, infantilización, etc., persigue el ocultamiento y normalización de los sujetos bajo el discurso de la inclusión que, de acuerdo con Contino (2013b) resulta en sí misma problemática pues “la inclusión como política pública implica paradójicamente, no un verdadero ingreso al sistema, sino la construcción de nuevos espacios marginales o la legitimación de circuitos exclusivos y excluyentes ya existentes” (p. 238).

En cambio, observamos que espacios de autonomía y participación efectivos requieren de “inventiva, audacia, y condiciones subjetivas para soportar resultados no esperados; exige asimismo, dejarse sorprender por las capacidades de los niños/as, por sus potencias, por sus preguntas, por sus miedos, pero también por nuestros enigmas, por nuestras turbaciones ante el fracaso o ante la repetición improductiva de los atolladeros; e igualmente demanda dejarnos sorprender por nuestras tristezas (Belgich cit. en Contino, 2013b, p. 235).

Reflexiones finales

Las observaciones desarrolladas en el mencionado establecimiento nos permiten atisbar que las instituciones asistenciales tienden a homogeneizar las formas de tratamiento de las personas con discapacidad. Es tarea pendiente atender a las distintas experiencias que se configuran como producto de la relación con múltiples actores sociales, no exclusivamente con las familias. Considerar la dimensión interseccional de la exclusión será un punto clave para comprender de qué manera raza, edad, clase, género y orientación sexual configuran las barreras que impiden el ejercicio de sus derechos humanos.

Desde la entrada en vigor en 2008 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, son más frecuentes los enfoques que sostienen que la discapacidad no se halla en las personas sino en el entorno, el cual presenta diversos obstáculos para el desarrollo de su personalidad, sin embargo, es necesario que esto efectivamente sea parte de las acciones cotidianas de las personas que brindan atención en el ámbito asistencial, pues todavía en diversos espacios, aun con tensiones, se reproduce la lógica de la asimilación a lo que, por el criterio estadístico-adaptativo (Guinsberg, 2009), se define como normalidad, es decir, los establecimientos que despliegan un discurso de inclusión, reproducen la misma distancia que pretenden reducir: “quien plantea la igualdad como objetivo por alcanzar a partir de la situación no igualitaria la aplaza de hecho al infinito. La igualdad nunca viene después, como un resultado a alcanzar. Debe ubicarla antes” (Rancièrè, 2007, p. 9).

De este modo, habría que problematizarnos si realmente es tarea del Estado la obligación de tomar todas las medidas necesarias para que las personas con discapacidad sean respetadas en su dignidad y se les garantice el ejercicio pleno de los derechos humanos. O si esta demanda sentida por ciertos sectores de la sociedad, se trata del *principio de equivalencia ampliado*, el cual señala que toda forma social tiende a la estatalización (Lourau, 1991), y con ello, seguir reivindicando a la institución asistencial. En otras palabras, ¿realmente “debe” ser obligación del Estado? O más bien tendríamos que preguntarnos ¿cómo deberían gestionarse aquellas condiciones materiales y de posibilidad mínimas para que las personas con discapacidad sean respetadas y se garantice su pleno derecho? ¿Es únicamente tarea del Estado? ¿O es un deber que nos compete a todos y todas como sociedad?

Sin duda, la lucha debe ser constante y estar dirigida a que los principios de equidad se hagan efectivos en igualdad de condiciones y respetando los principios de progresividad, universalidad, interdependencia e indivisibilidad. Además, no sólo el Estado, sino también el mercado y la sociedad en su conjunto deben atender la demanda de la labor de cuidados, donde esta no recaiga exclusivamente en el sector feminizado de las familias, sino en una responsabilidad compartida. En palabras de Adriana Soto “en tiempos de exacerbación del individualismo, el cuidado se nos presenta como una de esas claves a ser pensadas. Nos devuelve la insistencia de la alteridad y su potencia para dar espacio a la diversidad” (2018, p. 522).

Es así que, cuestionar el dispositivo de la discapacidad (Contino, 2013b) permitirá de este modo, elucidar los discursos, prácticas, instituciones, establecimientos y marcos normativos que se entretujan para el ordenamiento/contención de la desviación de determinados sujetos. De la misma manera, es pertinente desenredar las formas de administración diferencial de la vida de la población con discapacidad. Identificando, a la vez, cómo esta biopolítica configura relaciones, subjetividades y corporalidades.

Es en este sentido que resulta relevante atender a lo que quieren expresar las personas con discapacidad, establecer cuáles metodologías son las que nos han de aproximar a ello es nuestra encomienda. En particular, las relatorías que reflejamos partieron de una dimensión descriptiva de un establecimiento asistencial, una de las tareas pendientes radica en

implementar metodologías que fomenten espacios de diálogo y discusión con las personas con discapacidad. Justamente, la propuesta del sistema modular consiste en atravesar diferentes herramientas metodológicas que permitan contar con un amplio repertorio de técnicas para determinar cuál es la más pertinente para cada contexto y responder a los objetivos planteados. Metodologías grupales y comunitarias serán abordadas en trimestres posteriores lo que abrirá la posibilidad de continuar repensando la cuestión de la discapacidad, incluyendo metodologías de investigación acción participativa tendientes hacia la transformación de las problemáticas identificadas por los propios sujetos.

Por lo anterior, consideramos que se debe argumentar a favor de la autonomía de los sujetos y el reconocimiento del contexto social, político y económico como configuradores de nuestra subjetividad. Ciertamente, la desigualdad que mencionamos denota una asimetría al momento de realizar las investigaciones, asimetría sostenida por la institución asistencial. La reproducción de sistemas de verdad y poder en los que se encuentran ellos inmersos y la doble carga que implica trasladar nuestros presupuestos teóricos es un peligro al acecho. Por lo tanto, es necesario preguntarnos si es que pueden hablar (Spivak, 1988) las personas con discapacidad, es decir, si son sujetos no sólo de enunciación, sino que pueden enunciar.

Generar espacios de observación participante y de diálogo, permitirá que no sean exclusivamente hablados por la institución, sino comenzar a vislumbrar un discurso propio donde además de manifestarse las condiciones sociales y culturales de exclusión, también se muestren los ajustes secundarios (Goffman, 2009), los cuales consisten en prácticas de dominio del medio, de obtención de satisfacción y de subversión del orden que despliegan los sujetos dentro de estos espacios. Así como los horizontes posibles de intervenciones que consideren como actores políticos a las personas con discapacidad quienes conquistan mayores espacios de autonomía y participación.

Celeste, Lizbeth, Margarita y Rocío

Al finalizar la investigación, pudimos reflexionar que, al ser nuestro primer acercamiento tanto al ámbito institucional como al de la discapacidad, enfrentamos ciertas tensiones como equipo dirigidas principalmente al deseo de ayudar a las personas dentro del establecimiento, a la vez que angustia por no saber qué hacíamos en el lugar. Esto se presentó desde nuestra primera visita al establecimiento, donde experimentamos un choque de sentimientos y emociones, como angustia y frustración, las cuales nos llevaron a pensar que no teníamos ninguna función dentro del establecimiento, pues no se nos indicaba qué hacer y prevalecía entre nosotras la duda sobre cómo podíamos ayudar o ser útiles.

Dentro de nuestra estrategia metodológica estaba planeado realizar una entrevista clínica, pero el personal de enfermería presentó resistencia hacia nuestra presencia en el establecimiento y fuimos excluidas de las actividades, así como de las áreas comunes y espacios de descanso. Debido a esto y al tiempo limitado para realizar la investigación, no pudimos realizar formalmente una entrevista clínica con el personal, lo que nos llevó a

enfocarnos en el material recolectado con los residentes por medio de las pruebas que se les realizaban y relatorías.

En algunos momentos, durante nuestra intervención, pensamos que en vez de ayudar, perjudicamos o estorbamos al personal, sin embargo, con el paso del tiempo entendimos que no estábamos en el establecimiento para ayudarlos, esto nos llevó a cuestionamos la exigencia de utilidad que se le impone en el modo de subjetivación capitalista. Comprendimos aquello que se mostraba como *necesidad de ayudar* iba de la mano con el estigma y la construcción sociohistórica que recae sobre las personas con discapacidad, como sujetos que requieren constantemente de ayuda. Empero, tras nuestras visitas al lugar, nos dimos cuenta de que ellas y ellos no esperaban apoyo físico de nuestra parte, sólo querían hablar y ser escuchados; ya que el personal médico de la institución no se tomaba el tiempo de establecer conversaciones con ellos y atender a lo que querían expresar acerca de sus gustos, sus sentimientos, así como de sus vivencias dentro y fuera del lugar.

Finalmente, coincidimos en que fue una experiencia enriquecedora que nos permitió aprender y conocer desde la praxis, el papel que puede desempeñar una psicóloga o un psicólogo dentro de una institución asistencial dedicada a la atención de personas con discapacidad. De igual manera, pudimos aproximarnos al análisis del funcionamiento interno de dicho establecimiento. Con el apoyo brindado por parte de las profesoras en tanto teoría como la parte metodológica, pudimos realizar y crear estrategias en conjunto de acuerdo a los acontecimientos que se nos presentaban durante la recolección de información, de igual manera tuvimos acercamientos donde podíamos expresar nuestras frustraciones y recibir consejos que nos ayudaron seguir adelante con nuestro objetivo de investigación.

Mayleth

Mi interés hacia este tema va más allá del problema-eje del módulo o de fungir como docente del componente teórico-metodológico. Constantemente los comentarios, dudas e inquietudes del equipo me remitían a mis propias implicaciones sobre el trabajo con personas con discapacidad. Cuando fui estudiante de licenciatura y practicante en terrenos similares - escuelas de educación especial-, experimenté sensaciones muy similares al equipo: de inseguridad sobre qué hacer y cómo intervenir; el ímpetu de "ayudar" a las personas y al establecimiento; una incomodidad generalizada hacia el personal que interviene sobre las personas con discapacidad; otra incomodidad más particular sobre las propias formas de intervención, que apuntalan la institución asistencialista. Empero, cuando era estudiante no lograba aluzar estas incomodidades, al contrario, mis profesores me aseguraban que era parte de mi formación y que, con terapia, lograría "trabajar" esas sensaciones para ya no sentirme así. Afortunadamente mis profesores se equivocaron y la terapia no tuvo ese efecto, al contrario, me llevó a seguir cuestionando -ahora sistemáticamente-, mis incomodidades, y a analizar mis implicaciones (Lourau, 1991) y aquellas implicaciones de *la entrada al terreno institucional* (Varela, 2004). Ahora, desde el plano docente, considero que el modelo modular posibilita un acompañamiento más horizontal con los y las estudiantes, así como la

habilitación de espacios de reflexión y manifestación del malestar y conflicto que nos produce el terreno; y que además se inscriben con el propio contenido del módulo VIII.

Asimismo, este esfuerzo conjunto de escritura, al menos en mi parecer, termina por amarrar procesos de síntesis y de profundización de los contenidos (teóricos, metodológicos e implicacionales), tanto con mi compañera de módulo -Myrna-, como con mis compañeras de escritura -el equipo de estudiantes-.

Mis reflexiones más teóricas considero que han sido entreteljadas con mis compañeras a lo largo del texto, sólo me bastaría agregar la interesantísima resonancia con el castigo al interior de las instituciones, situación que tal vez deba trabajarse en otros espacios como "la institución castigo".

Myrna

Considero que una de las posibilidades que abre el sistema modular característico de nuestra universidad es la de constantemente cuestionarnos lo cotidiano y lo dado por sentado desde distintas perspectivas. Las potentes intuiciones de Celeste, Lizbeth, Margarita y Rocío, permiten observar fenómenos psicosociales diversos y novedosos, mientras que el aporte de Mayleth desde su saber metodológico fueron elementos clave para construir conocimiento colectivamente, como muestra este ejercicio de escritura.

Las reflexiones teórico-metodológicas que propongo comienzan considerando que no solamente los retos que presenta el campo tienen que ser vistos desde las falencias individuales sino como la exigencia que nos devuelven los contextos y los sujetos para reflexionar acerca de las herramientas y técnicas más pertinentes, manteniendo una reflexividad constante. Desde dónde y cómo miramos, serán algunos de las interrogantes que se deben abordar y proponer aproximaciones tentativas.

De este modo, la apuesta más sobresaliente resulta ser el reconocimiento de la agencia de los sujetos, si logramos examinar su invisibilización y aplastamiento, en los establecimientos que analizamos, es menester cuestionar la propia posición, pensar sobre nuestras prácticas tanto como docentes, estudiantes e investigadoras, puesto que analizar los discursos que nos atraviesan será fundamental para mantenernos vigilantes de subvertir el *discurso del universitario* y lograr aproximarnos, sin eludir su cuestionamiento, a los múltiples relatos de las personas con discapacidad.

Bibliografía

- Arbesú García, Ma. I. (1996). "El sistema modular Xochimilco". En Ma. I. Arbesú García y L. Berruecos *El Sistema Modular en la Universidad Autónoma Metropolitana* (pp. 9-25). México: UAM-X.
- Arenas, S. et al. (2014). *La relatoría*. Escuela de filosofía y humanidades. Departamento de Lectura y Escritura Académicas. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda. Sitio Web: <https://www.usergioarboleda.edu.co/wp-content/uploads/2016/01/guia-la-relatoria.pdf>
- Bandín, C. y Lora, Ma. E. (2008). Un abordaje desde el psicoanálisis sobre el déficit mental. *Ajayu*, 6(2), 123-142.
- Bleger, J. (1998). "La entrevista psicológica". En Temas de psicología. Entrevista y grupos (pp. 7-41). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Tusquets.
- Contino, M. (2013a) Discapacidad mental y debilidad mental. Aportes desde el psicoanálisis. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 6(1), 33-40.
- Contino, M. (2013b). Biopolíticas actuales en discapacidad: la estrategia de inclusión. *Liberabit*, 19(2), 235-241. <http://ojs3.revistaliberabit.com/publicaciones/?portfolio=revista-liberabit-vol-19-2>
- Contino, M., y Micheletti, A. (2019). Niñez eterna. La infantilización en la discapacidad intelectual. *F@ro: revista teórica del Departamento de Ciencias de la Comunicación* 1(29), 5-23. <https://www.revistafaro.cl/index.php/Faro/article/view/565>
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 13 de diciembre del 2006, <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
- Córdoba Mendoza, P. A. (2008). Discapacidad y exclusión social: propuesta teórica de vinculación paradigmática. *Tareas* (129): 81-104 <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120717104229/discapacidad.pdf>
- Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 38(134). 567-585.
- Dabdoub Fernández, D. y Zamora Echegollen, M. A. (2021). Casa de muchos, hogar de nadie: el papel del dispositivo psicológico en la "Casa de la Niñez Poblana"-DIF, Puebla. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 25, 1-23.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Fernández Cid, M. y Rubio-Romero, J. (2022). Mujeres con discapacidad intelectual y discriminación laboral. *Sociología del Trabajo* (101), 199-213. <https://revistas.ucm.es/index.php/stra>
- Engels, F. (2017). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Archivo Marx-Engels de la Sección en Español del Marxists Internet Archive. https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf
- Esping-Andersen, G. (1999). "Reestructuración de la protección social y nuevas estrategias de reforma en los países adelantados". En R. Franco (comp.), *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia* (pp. 189-203). Santiago de Chile: CEPAL/Siglo XXI.

- Fatelevich, M. y Tonin, S. (2021). Test de Frases Incompletas: origen, desarrollo y adaptaciones en diferentes ámbitos de evaluación psicológica. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-012/122>
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). "La locura y la sociedad". En A. Gabilondo (Trad.). *Ética, estética y hermenéutica*. (pp. 73-97). Barcelona: Paidós.
- Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guinsberg, E. (2009). Introducción a las nociones de 'salud' y 'enfermedad mental'. En Paz, L. (coord.). *El sujeto y el campo de la salud mental*. México: UAM- X, pp. 17-49
- Hacking, I. (2001). "Locura: ¿biológica o construida?". En *¿La construcción social de qué?* (pp. 169-205). Barcelona: Paidós.
- Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leyva García, E. y Cortés Ruiz, R. (2014). Acceso a la justicia penal de las personas con discapacidad mental. *DFensor. Revista de Derechos Humanos* 11 (12), 16-21. https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/DFensor_11_2014.pdf
- Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas*, 1, 121-157.
- Menéndez Menéndez, M. I. (1963). *El problema del débil mental en México*. [Tesis para optar el grado de Licenciatura en Psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Nasreddine, Z. Phillips N, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings J & Chertkow H (2005). *MoCA – Cognitive Assessment*. <https://www.mocatest.org/fr/>
- Núñez, B. (2008). *Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Orozco, K. y González, C. (2021). Familiarización y feminización del trabajo de cuidado frente al trabajo remunerado en México. *Debate feminista* (62), 117-141. <http://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2276>
- Peralta López, F. y Arellano Torres, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29312200001>
- Plan de Estudios (2004). *Módulo VIII: Conflicto psíquico, salud mental y sociedad*. México: UAM-X.
- Portuondo Sao, M. (2004). Evolución del concepto social de discapacidad intelectual. *Rev. Cubana Salud Pública*, 30(4), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400006
- Rancière, J. (2007). *El maestro ignorante: cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Sacks, J. y Levi, S. (1967). "El test de frases incompletas". En Abt y Bellak: *Psicología proyectiva*. Buenos Aires: Paidós.

- Safta-Zecheria, L. (2018). The infantilization of intellectual disability and political inclusion: a pedagogical approach. *Journal of Educational Sciences* 2 (38), 104-112. <https://rse.uvt.ro/pdf/2018/NR2/8.pdf>
- Salazar Villava, C. (2007). Intervención. Trabajo sobre lo negativo. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (18/19), 99-111. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/330>
- Sarto Martín, Ma. P. (2001), *Familia y Discapacidad*, III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca., Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). <https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Senado de la República (2022). Gaceta del Senado, LXV Legislatura, 29 de marzo. www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion=2006/11/23/1documento=10
- Soto Martínez, A. M. (2011). La discapacidad y sus significados: notas sobre la (in)justicia. *Política y Cultura*, 35, 209-239.
- Soto Martínez, A. M. (2018). El cuidado en el contexto de la discapacidad. En *Trazos y contextos. Reflexiones sobre Psicología, Educación y Comunicación*. México: UAM-X/DEC.
- Spivak, G. (1988). “Can the Subaltern Speak?” in Nelson, C. and Grossberg, L. (eds.) *Marxism and the Interpretation of Culture*. London: Macmillan.
- Taylor, S. J. y Bodgan, R. (2009). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Varela, C. (2004). La entrada al terreno institucional. *Tramas*, 21, 219-237.