



CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO:

Una aproximación a las Representaciones Sociales sobre el paciente psiquiátrico, la enfermedad mental y el espacio institucional, en la relación funcionario-paciente en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

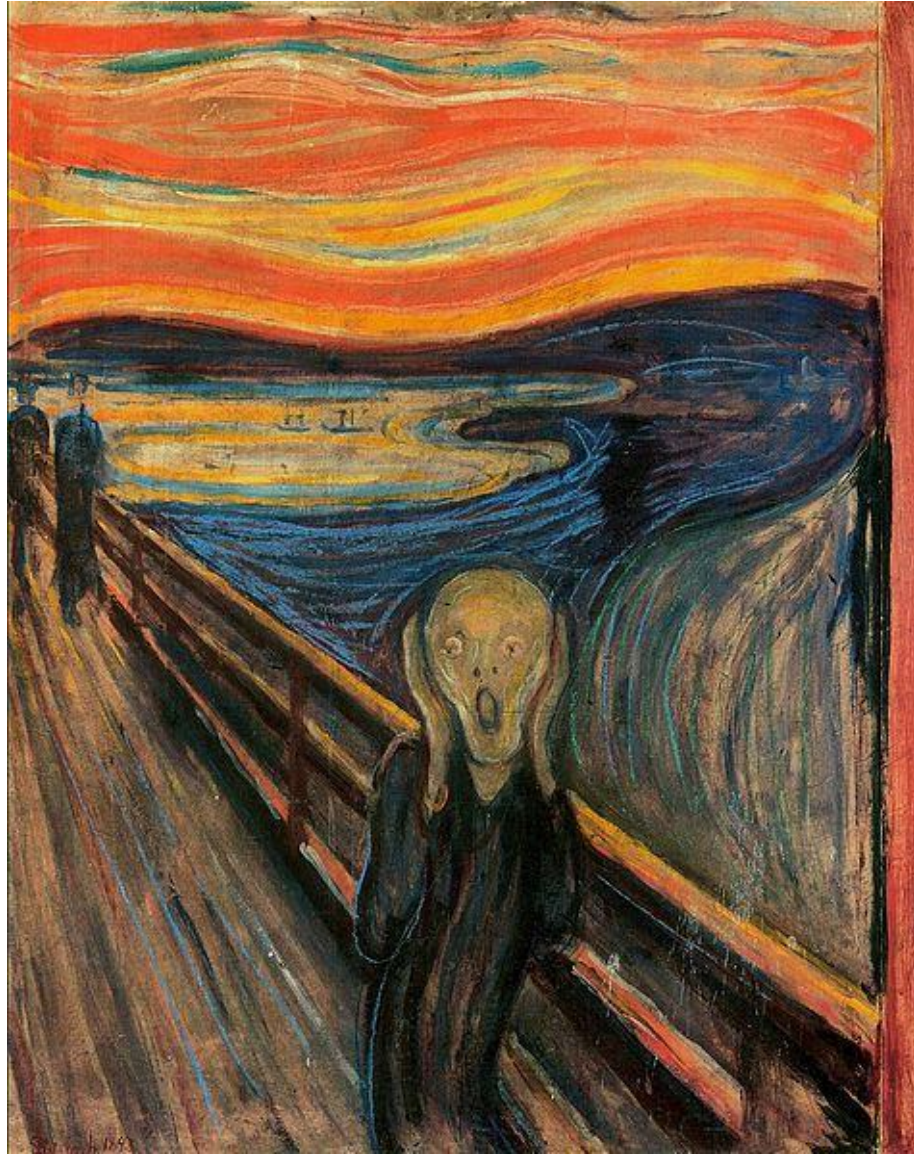
Alumna: Novoa Neira, Claudia Magaly

Profesora guía: Serani Pradenas, Fanny

Tesis para optar al título de Socióloga

Tesis para optar al grado de Licenciada en Sociología

Santiago de Chile, 2014



El grito. Edvard Munch, 1893

*“Las personas, al igual que las aves, son diferentes en su vuelo
pero iguales en su derecho a volar”.*

(Anónimo)

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a todos los que me han acompañado en esta investigación, en cada una de sus etapas.

A mi familia, por el esfuerzo, la compañía, paciencia, apoyo y formación.

A Eduardo y Francisca; Anilei, Milena y Patricio, por su incondicional apoyo y colaboración en los momentos en que más lo necesité.

Debo agradecer de manera especial y sincera a la Profesora Fanny Serani, por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su experiencia, guía y confianza en mi trabajo han sido un aporte invaluable en el desarrollo de esta tesis, pero sobre todo en mi formación como profesional.

Agradezco también a cada persona que ha compartido su vida para hacer posible esta investigación, a los profesionales y funcionarios del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz

Barak por su honestidad y valentía, en particular a Alejandra Hernández Silva.

A las y los pacientes psiquiátricos por su sinceridad y por compartir su particular visión de la vida.

Sin ellos, ninguna de estas páginas habría sido posible.

CONTENIDO

ABREVIATURAS.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
I CAPÍTULO: PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.....	3
<i>I.1 Problematización</i>	3
<i>I.2 Justificación de la investigación</i>	9
I.2.1 Relevancia.....	10
I.2.2 Aporte teórico.....	10
I.2.3. Aporte práctico	11
I.2.4 Aporte metodológico.....	11
<i>I.3 Antecedentes de la problemática.</i>	13
I.3.1 La problemática de la salud desde la Sociología	13
<i>I.4. Antecedente histórico, político y social del Instituto Psiquiátrico.</i>	18
I.4.1 Cambios que se fueron traduciendo en la reformulación de los hospitales psiquiátricos. 22	
I.4.2 Contexto del Modelo Comunitario de Salud Mental.	25
<i>I.5 Pregunta y objetivos de la investigación.</i>	30
I.5.1 Pregunta de investigación	30
I.5.2 Objetivo general.....	30
I.5.3 Objetivos específicos	30
I.3.4 Objetivos prácticos	30
II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO.....	31
<i>II.1 Marco Referencial</i>	31
<i>II.2 Marco Teórico.</i>	40

II.2.1. Ciencias Sociales y Salud Mental	40
II.2.2. Cambios paradigmáticos y enfoques	47
II.2.3 Representaciones Sociales	48
II.3 Marco Conceptual	52
III CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO.....	60
III.1 Enfoque	60
III.2 Tipo y diseño de estudios	61
III.3 Universo y muestra	62
III.3.2 Universo	62
III.3.3 Diseño Muestral	63
III.3.4 Criterio de selección de los casos	64
III.3.5 Criterios éticos	65
III. 4 Técnicas de recolección/producción de información	66
III.5 Técnica de Análisis de la información	68
III.5.1 Unidad de Análisis: El Discurso	69
III.5.2 Descripción del análisis estructural	70
III.5.3 Momentos del Análisis estructural.....	71
III.6 Mecanismos para asegurar el rigor metodológico	72
III.7 Descripción metodología de trabajo	73
III.8 Descripción del lugar de estudio.....	74
IV CAPÍTULO: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	78
Presentación de Resultados:.....	78
IV.1.1 Etapa 1: Reconposición de la Estructura	78
Objetivo N°1	78
Objetivo N°2	89
ObjetivoN°3	97

ObjetivoN°4	109
ObjetivoN°5	114
IV.1.2 Etapa 2: Dinamización de la estructura	123
Descripción del modelo de acción:	123
IV.1.3 Etapa 3: Reconstrucción del Modelo Simbólico	134
V. CAPÍTULO: CONCLUSIONES	139
V.I Consideraciones finales	145
VI. CAPÍTULO: BIBLIOGRAFÍA	147
VI.1 Libros	147
VI.2 Revistas/Artículos	148
VI.4 Textos electrónicos	149
VI.5 Conferencias	150
VII CAPÍTULO: ANEXOS	151
VII.I Análisis estructural: Estructuras. VII.I.1 Anexo: PACIENTES	151
VII.I.2 Anexo: FUNCIONARIOS	168
VII.I.3 Anexo: PROFESIONALES	175
VII.2 Entrevistas en profundidad	184

ABREVIATURAS

Definición de las abreviaturas utilizadas en las Figuras de la presentación de resultados.

Leyenda	
Tq	Totalidad Calificativa
Bq	Base Calificativa
c	Código de calificación
cb	Código de base
cq	Totalidad de base
Cond	Condensación ("...")
EP	Estructura paralela
EJ	Estructura Jerárquica
EC	Estructura Cruzada
MAS	Modelo de Acción Simbólica (o esquema actancial)

INDICE DE TABLAS

Tabla III. 1: Resumen de los principios generales de la investigación cualitativa según Fernández, 2006.	61
Tabla III. 2 Detalle de entrevistas realizadas para la investigación. Se distingue entre el universo de pacientes entrevistados y de funcionarios entrevistados. Además, en la parte inferior, se añade el tiempo medio de las entrevistas.....	64
Tabla III. 3 Descripción de los criterios de selección de la muestra utilizados para delimitar el universo correspondiente a los pacientes	64
Tabla III. 4 Descripción de los criterios de selección de la muestra utilizados para delimitar el universo correspondiente a funcionarios profesionales y no profesionales.	65
Tabla III. 5 Descripción de los criterios éticos de la investigación tomados en consideración a la hora de realizar la investigación (Criterios basados en Noreña A. et al. 2012.)	65
Tabla III. 6 Descripción de tópicos a considerar dentro de la entrevistas realizadas detallados por universo (Éstos no consisten en una pauta estructurada previamente, sino que son temas a considerar durante dichas entrevistas).	67
Tabla III. 7 “Check list” de Mays y Pope. Preguntas que guían la reflexión durante la investigación para asegurar el rigor metodológico.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura II. 1: Principales causas AVISA por subgrupo. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, 2007. MINSAL/PUC.	32
Figura III. 1: Diagrama del modelo de acción simbólica de Martinic. Utilizado en la segunda etapa del análisis, que corresponde a la dinamización de la estructura del discurso.	71

Figura IV.1: <i>Estructura paralela en torno a la visión que tiene el paciente de sí mismo. La columna A corresponde a la valoración positiva, mientras que la columna B a la valoración negativa. Ver Anexo VII.I.1, estructura EP39.....</i>	79
Figura IV. 2: <i>Estructura Integrada de calificación inversa. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP1; EP50; EP53</i>	81
Figura IV. 3: <i>Estructura integrada de tipo jerárquica acerca de la relación entre pacientes; las valoraciones “buena” y “mala” tienen subcategorías en que la valoración es mixta. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP4; EP38; EP60</i>	82
Figura IV. 4: <i>Estructura integrada de tipo cruzada sobre la representación del paciente psiquiátrico. En el eje horizontal está la procedencia del sujeto y en el eje vertical la consecuencia social. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP65; EP74; EP87; EP88; EP93; EP95; EP108; EP109.....</i>	83
Figura IV. 5: <i>Estructura integrada de tipo cruzada sobre la representación del paciente psiquiátrico. En el eje horizontal está la procedencia del sujeto y en el eje vertical la consecuencia social. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP65; EP74; EP87; EP88; EP93; EP95; EP108; EP109.....</i>	84
Figura IV. 6: <i>Estructura integrada de calificación inversa acerca de la caracterización del paciente psiquiátrico en base a la oposición existencial “anormal/normal”. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP88; EP89; EP99; EP113; EP114.....</i>	86
Figura IV. 7: <i>Estructura integrada de tipo paralela en torno a la valoración del tipo de relación con los pacientes. (Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP70; EP86) en conjunto con una Estructura integrada de calificación inversa como subcategoría del polo negativo, de acuerdo a la distinción auxiliar/profesional. (Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP100; EP101; EP116)</i>	88
Figura IV. 8: <i>Estructura integrada de los pacientes de calificación inversa, sobre la visión que éstos tienen de la enfermedad mental, bajo el simbolismo “condena” como condensación de las estructuras: Ver Anexo VII.I.1, estructuras EP11; EJ2; EP18; EP30; EP43.</i>	90
Figura IV. 9: <i>Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la enfermedad mental según el eje temporal antes/ahora con la condensaciones “Tragedia/normal” La visión positiva contiene una subcategoría que en el eje temporal correspondería al futuro. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP10; EP11; EP18; EP30; EP43; EP62.....</i>	91
Figura IV. 10: <i>Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la representación del tratamiento en base a un eje temporal antes/ahora. El polo positivo contiene una subcategoría que revela una valoración mixta de la consecuencia. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP13; EP40.</i>	93
Figura IV. 11: <i>Estructura Integrada del discurso de los pacientes entrevistados de calificación inversa, en torno al simbolismo “secreto total” como mecanismo de defensa hacia la estigmatización. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP10; EP30; EP43; EP45; EP55</i>	94
Figura IV. 12: <i>Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación de la enfermedad mental de funcionarios y profesionales. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP79. Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP91; EP92; EP103; EP104; EP111</i>	95
Figura IV. 13: <i>Estructura integrada de calificación inversa acerca de la representación que tienen los funcionarios de la disposición social a la enfermedad mental, en base a la categoría “Resistencia/Aceptación”, condensación de las estructuras: Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP91; EP92; EP103; EP104; EP111</i>	96

Figura IV. 14: Estructura integrada de tipo inversa en torno a la representación de la Psiquiatría, de los pacientes en base a la categoría “espanta” condensaciones de las estructuras: Ver Anexo VII.I.1, estructuras EP6; EP21; EP30	98
Figura IV. 15: Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación de la Psiquiatría de los funcionarios en base a la distinción “antigua/nueva” Psiquiatría: Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP78; EP81	99
Figura IV. 16: Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la visión del lugar de reclusión de los pacientes en base a la valoración “peor/mejor”. El polo negativo contiene una subcategoría con los códigos “cárcel (-) e Instituto Psiquiátrico (+) de calificación mixta. Ver en Anexo VII.I.1, Estructura: EP3; EP16; EP22; EP48.....	100
Figura IV. 17: Estructura integrada de tipo paralela, sobre la visión de la internación de los pacientes en torno a las categorías “sobrepotección/protección”, condensaciones de las estructuras: ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP3; EP26; EP39; EP48;.....	101
Figura IV. 18: Estructura integrada de calificación inversa, de la visión de los funcionarios sobre la orientación del psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP80; EP81	102
Figura IV. 19: Estructura integrada de calificación inversa acerca del simbolismo que el Psiquiátrico proyecta, en base a las categorías “aterrador/placentero” Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP90; EP97	103
Figura IV. 20: Estructura Integrada de tipo paralela, sobre la visión que tienen los pacientes de los funcionarios, ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP26; EP33; EP42; EP47.....	104
Figura IV. 21: Estructura Integrada de tipo paralela, acerca de la visión que tienen los pacientes del médico según la categoría “Héroe/Villano”, condensaciones de las estructuras: ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP5; EP14; EP28; EP32; EP34; EP41; EP52; EP56; EP58.....	106
Figura IV. 22: Estructura integrada de calificación inversa acerca de la visión que tienen los funcionarios del médico. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP66; EP71; EP72	107
Figura IV. 23: Estructura integrada de tipo jerárquica, acerca de la representación del tipo de profesional de la salud mental. El polo positivo contiene una subcategoría de la valoración mixta entre el tipo de profesional “psicólogo/psiquiatra”. Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP94; EP105; EP115. 108	
Figura IV. 24: Estructura Integrada de calificación inversa acerca de las limitaciones que los pacientes encuentran para obtener trabajo, en base a la categoría “barreras/facilitadores”, condensación de las estructuras: Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP9; EP20; EP27; EP44; EP59	109
Figura IV. 25: Estructura Integrada de calificación inversa sobre la exclusión laboral identificada por los pacientes condensada bajo la categoría “Imposibilidad/posibilidad”.. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP9; EP20; EP27; EP44; EP59.....	110
Figura IV. 26: Estructura Integrada de calificación inversa acerca de la categoría “Pensión de invalidez. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP20; EP59	111
Figura IV. 27: Estructura Integrada de calificación inversa, acerca de la representación de los pacientes sobre el rechazo familiar. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP2; EP8; EP12; EP17; EP29 ...	112
Figura IV. 28: Estructura Integrada de tipo Paralela sobre las proyecciones de los pacientes. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP2; EP19; EP23; EP37; EP51	114
Figura IV. 29: Estructura paralela sobre la valoración de la atención al paciente psiquiátrico dentro del Instituto Psiquiátrico, en torno al eje temporal “antes/ahora”. Ver Anexo VII.I.2, estructura EP81	115

Figura IV. 30: <i>Estructura integrada de calificación inversa sobre las diferencias identificadas por los funcionarios respecto al equivalente de los hospitales generales. Ver Anexo VIII.I.2, estructuras: EP67; EP86; EP87;</i>	116
Figura IV. 31: <i>Estructura integrada de calificación inversa acerca de las consecuencias identificadas por los funcionarios del trabajo en el Instituto Psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP64; EP69; EP77.</i>	117
Figura IV. 32: <i>Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación que los funcionarios tienen del trato al paciente en otros centros de salud. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP75; EP76; EP82; EP83.</i>	118
Figura IV. 33: <i>Estructura paralela sobre la representación que los funcionarios tienen de los hospitales generales en torno al paciente psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.3, estructura EP106</i>	118
Figura IV. 34: <i>Estructura paralela sobre la representación que tienen los funcionarios de la visión que la sociedad tiene del paciente psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.2, estructura EP83.</i>	120
Figura IV. 35: <i>Estructura integrada de calificación inversa en torno a la representación que tienen los funcionarios del sistema de salud. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP98; EP107</i>	121
Figura IV. 36: <i>Esquema Actancial del Modelo de Acción Simbólica acerca de la construcción social del paciente psiquiátrico. Modelo tomado de Martinic, (1990).....</i>	124

RESUMEN

La presente tesis tiene como propósito la descripción de las Representaciones Sociales del Paciente Psiquiátrico, la Enfermedad Mental y el Espacio Institucional, a partir del discurso de pacientes y funcionarios profesionales y no profesionales del I. Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, en el contexto del Modelo Comunitario de Salud Mental. Para ello, se utilizó la técnica del análisis estructural del discurso de acuerdo a las orientaciones de Martinic (1995, 2006), aplicadas a 23 entrevistas en profundidad realizadas entre Agosto 2012 y Abril 2013.

Los principales resultados demuestran que las representaciones sociales tanto del equipo médico como del paciente psiquiátrico sobre la enfermedad mental, así como del espacio institucional que la rodea, inciden de manera preponderante en el trato hacia el paciente, en la forma en que se concibe la práctica médica en el instituto, así como en la manera en que el paciente se percibe a sí mismo.

El paciente psiquiátrico es una construcción social, mediante la cual se configuran las prácticas de los sujetos (funcionarios) en torno a él. Esta construcción se ha hecho mediante prejuicios y elementos desacreditadores, producto de experiencias, desinformación y por la historia de una psiquiatría y ciencia médica ideologizada y autoritaria.

La atención psiquiátrica dentro del Instituto se encuentra entonces influenciada por la representación del paciente psiquiátrico. En el discurso de profesionales y funcionarios se desprende una representación del paciente como el “modo de ser no deseado”, es decir, como la persona que ha fracasado en la búsqueda cultural del bienestar de sí misma. Así como también se identifica la representación de la enfermedad mental como “muerte social”, como una condena.

Los funcionarios y profesionales reconocen formar parte de un espacio institucional que no es muy validado socialmente, esto genera a su vez una predisposición hacia el rechazo y la discriminación en los servicios de salud general.

El proyecto del modelo comunitario de salud mental se observa, desde este modelo simbólico, como estéril o cuanto menos, infructífero. Por lo demás, dentro de un contexto en el cual los funcionarios y profesionales observan la atención pública de hospitales generales y otros

centros de salud mental asociados como discriminadora y no preparada, este modelo de atención abierta en la comunidad se les presenta como perjudicial para los pacientes.

En tal sentido, se comprende que los pacientes psiquiátricos no tienen las condiciones para ser personas normales, es decir, para “sanar”, por lo que la reintegración en sus círculos sociales sólo perjudicaría los avances que se pueden lograr en un régimen de aislamiento o semi-aislación.

Las representaciones sociales identificadas en los discursos analizados configuran un escenario adverso en cuanto a lo que implica la implementación de un modelo de salud comunitaria, ya que se instaura sobre un modelo simbólico contradictorio. Este proceso de transformación de los servicios de salud tropieza con las contradicciones de una disciplina próxima a la ideología, donde predominan representaciones sociales estigmatizantes y discriminatorias en el equipo de salud, que son traspasadas al propio paciente, el cual termina asumiendo la “etiqueta diagnóstica” impuesta.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la Salud Pública, la salud mental comprende un ámbito particular y complejo de abordar. La definición de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus aptitudes y es capaz de afrontar las presiones normales de la vida, trabajar y contribuir a su comunidad, tal como lo indica la OMS, implica un campo semántico en el cual intervienen pautas de comportamiento y disciplinamiento, que corresponden a factores valórico-morales, de origen cultural e histórico. Sin embargo, aunque se haya redefinido en torno a los aspectos sociales del comportamiento, subsiste una visión medicalizada que atribuye la responsabilidad al paciente, abordando los problemas de salud mental de manera individual como un asunto médico.

Por esta razón, las acciones concernientes a la higiene mental cuestionan las pautas de vida impuestas por el sistema que abarca toda la conducta humana. Cabe preguntarse entonces, cómo opera la política de salud mental en Chile, cómo aborda las dimensiones simbólicas y culturales que organizan las prácticas en torno a ésta, especialmente en la reciente implementación del modelo comunitario enfocado en la disminución de la exclusión y estigmatización y que aboga por la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos.

Dado que el origen de la estigmatización está en el diálogo entre *estigmatizados* y *normales*, es este el momento en que ambas partes enfrentan las causas y los efectos del estigma.

Esto contiene importantes repercusiones en políticas de salud pública, puesto que posibilita intervenir en las prácticas médicas e impedir la perpetuación de las formas de exclusión y estigmatización en tanto se logra descifrar los códigos sociales comprendidos en las representaciones sociales en torno a la salud mental y el paciente psiquiátrico.

Por consiguiente, se propone en esta tesis abordar este fenómeno desde la construcción social del conocimiento y práctica en torno a la salud mental, a partir de las representaciones sociales sobre la enfermedad mental, el paciente psiquiátrico y el espacio institucional que se construyen por medio de la interacción entre los pacientes y funcionarios profesionales y no profesionales que mantienen un contacto directo con ellos.

La investigación se enmarca dentro de los estudios de carácter cualitativo realizados en organizaciones de salud en aras de construir una ciencia social transdisciplinaria, que se oriente a la búsqueda de soluciones de los problemas sociales, comprendiéndolos de manera integral, particularmente aquellas que afectan la calidad de vida e integridad humana, en este caso enfocada en la problemática de la Salud Mental.

En el acercamiento a este fenómeno, desde una mirada socio-construccionista, se busca el modelo simbólico mediante el cual el conocimiento social sobre el paciente psiquiátrico y la enfermedad mental es construido y reproducido en la realidad que se vive en los Psiquiátricos chilenos, para efectos del estudio, centrándose en el caso particular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

Se desarrolla mediante el siguiente ordenamiento: Las páginas a continuación se presentan organizadas en capítulos de contenidos, el primero da cuenta de la descripción de la problemática y la construcción del fenómeno a investigar, incluyendo los antecedentes relevantes. El segundo, se refiere a los aspectos teóricos que aportan un marco de referencia y contexto en el cual se enmarca la presente investigación, incluyendo un marco conceptual que oriente al buen entendimiento de los conceptos utilizados. Por una parte, el abordaje de la Salud Pública desde la Sociología, y los distintos enfoques que abordan la realidad social, describiendo la opción teórica tomada y sus implicaciones en el área de la salud.

El tercer capítulo detalla los aspectos metodológicos, los criterios de rigor y validez de la investigación, las decisiones tomadas sobre la muestra y las técnicas de recolección/producción, procesamiento y análisis de la información.

El capítulo cuarto detalla el análisis de la información y los principales resultados obtenidos en tres etapas mediante el protocolo de análisis descrito en la metodología. El quinto, contiene las conclusiones de la investigación en relación a los resultados obtenidos y el cruce con la teoría en la cual está enmarcado el estudio.

I CAPÍTULO: PROBLEMA, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS.

1.1 Problematicación

En la actualidad, los indicadores internacionales con los que se miden y evalúan las políticas públicas de Salud de un país ubican a Chile en un lugar privilegiado en comparación con el resto de América Latina.¹

Tiene un buen puesto en el ranking mundial del Índice de Desarrollo Humano (lugar 40) y el primero en América Latina² y sin embargo, se ha comenzado a hablar del “malestar social” (llamado en otros países “indignación”) que afecta a los chilenos; ya sea mediante las protestas y estallidos sociales por problemas concretos como el transporte, la educación y las demandas salariales, o bien por un “*lenguaje de malestar*” que se expresa en los indicadores de Salud Mental (Aumento de licencias médicas, de consultas psiquiátricas y en los índices de ansiedad, depresión y suicidio). (Morales, R. A., et al. 2012)

El PNUD ya había enunciado el problema aludiendo a las “Paradojas de la Modernización”, asociando el proceso de modernización impuesto de manera acelerada, con el aumento de las expectativas y oportunidades que genera al mismo tiempo, inseguridad. (PNUD, 1998)

En materia de Salud en general se mantienen buenos indicadores en comparación al resto de la región, sin embargo, en Salud Mental ocurre algo distinto, Chile se encuentra dentro del grupo del 73% de los países de América que cuentan con una Política de Salud Mental y dentro del grupo del 77% que cuentan con un Programa de Salud Mental. No obstante, se encuentra dentro del 22% de los países que no han sido capaces de formular una ley de Salud Mental. (OMS, 2001:55)

¹ En torno a cifras, cabe considerar la salvedad que se destaca en el informe de trabajo para una Estrategia Nacional de Salud Mental: “*si bien Chile tiene un alto nivel de desarrollo humano como índice global y una expectativa de vida elevada (78,5 años, colocándose en el lugar 31), tiene otros indicadores menos favorables, por ejemplo, la distribución del ingreso (índice GINI 0,54) que pone al país entre los con mayor desigualdad en el mundo. [...] Aunque sin perder su categoría, al ajustar sus índices por inequidad Chile retrocede diez puestos en la tabla de países con nivel Alto de Desarrollo Humano.*”(MINSAL, 2001:42)

² Con un valor IDH de 0,819 (en una escala de cero a uno) Chile se ubica en el puesto número 40 de la clasificación mundial y en primer lugar en América Latina, seguido por Argentina (45 en el ranking con valor de IDH de 0,811) y Uruguay (51 en el ranking con valor IDH de 0,792). PNUD (2013).

En 1990³ a partir de la Declaración de Caracas se pone en marcha una reestructuración de la atención psiquiátrica en los países de Latinoamérica y el Caribe, puesto que se declara insuficiente la atención psiquiátrica convencional para las necesidades actuales:

“La atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva” (OPS; 1990:2).

En base a esta consideración, se hace un llamado al desarrollo de una atención psiquiátrica orientada hacia la Atención Primaria, inscrita en el marco de un modelo sanitario con orientación comunitaria, descentralizada y participativa.

Sus iniciativas han tenido amplia recepción en el continente, haciendo eco a la necesidad de reformar los sistemas de atención en salud mental. Se ha dado un impulso a nivel mundial a las actividades orientadas a ubicar a la Salud Mental dentro del panorama político, con tal que adquiriera una relevancia mayor dentro de las Políticas de Salud Pública como en las prácticas cotidianas dentro del ámbito clínico.

En Chile, el plan implementado el año 2000 refleja estos lineamientos propuestos por la OMS sobre el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, con un enfoque en la disminución de la exclusión y estigmatización, a través de normativas y reglamentos impuestos de manera generalizada,⁴ que no han tenido la correlativa expresión en las prácticas del personal de salud.⁵

³ Los primeros desarrollos en la atención de Salud Mental en la APS se iniciaron en Chile con el primer Plan Nacional de Salud Mental del año 1993, pero solo es a partir del año 2000, con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que se logra una masificación de recursos y actividades a la mayoría de los centros APS. Su foco fue el acceso a intervenciones de carácter preventivo (primario, secundario y terciario) dirigidas a la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento temprano y la rehabilitación e inserción social de la persona con enfermedad mental. (Brescia, M^oAlejandra. (et.al); 2010)

⁴ Normas y reglamentos tales como: Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedades Mentales; Norma General Técnica N°53 Sobre Hogares Protegidos y Norma General Técnica N°87 sobre Residencias Protegidas, MINSAL, 2006. Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales Día en Psiquiatría, MINSAL 2002. Orientaciones técnica para el desarrollo de Clubes de Integración social, MINSAL, 2002. Norma General Técnica N°65 sobre Contención en Psiquiatría, MINSAL, 2003. Circular N°13 sobre Internación no voluntaria de personas afectadas por enfermedades mentales, MINSAL, 2007. Entre muchas otras, se crea además un Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en Salud Mental, MINSAL, 2007 y la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales.(D.S. 633)

⁵ Se han realizado diversos estudios en los que la evaluación de la implementación del Modelo Comunitario de Salud ha tenido resultados negativos en cuanto al Recurso Humano, en que resalta la oposición de médicos, técnicos y profesionales de la Salud a este modelo. Ver Minoletti, A., & Saxena, S. (2006). *Informe*

La falencia principal que se ha identificado en la transición hacia un modelo comunitario en salud mental, recae en el recurso humano. La resistencia al cambio que presentan los trabajadores de la salud, se debe en parte a la formación que reciben, como también a la dificultad que manifiestan para comprender el funcionamiento de los nuevos centros (los *hospitales día* y los centros comunitarios).

“Estas formas de estigma son generalmente compartidas por los técnicos y profesionales de salud y de salud mental [y] contribuyen a que las personas con enfermedades mentales sean discriminadas negativamente tanto en los establecimientos de salud como en la sociedad en general”. (Minoletti, A., & Saxena, S. 2006: 54)

Sin embargo, no toma en cuenta que la estigmatización de las personas con trastornos mentales no recae exclusivamente en el personal que trabaja en los hospitales psiquiátricos, sino que responden a una expresión de la cultura hacia la enfermedad mental, que desde el sentido común ha permeado en las aulas de formación médica como en los centros de atención.

Las expectativas, miedos, mitos y creencias que se inscriben como formas de dominación implícitas en la práctica médica, se expresan en la relación e interacción cotidiana, condicionando el trato con el paciente, conformando así una representación social compartida.

La figura del hospital psiquiátrico aún concentra el eje principal de la atención psiquiátrica en todo el mundo. En Chile la institucionalidad de la atención en salud mental de mediana y alta complejidad recae principalmente en los hospitales, aun cuando se ha instalado el modelo comunitario con la finalidad de descentralizar la atención.

En torno a estas consideraciones, el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak de Santiago conforma un particular interés para la Sociología y especialmente para la presente investigación puesto que dada su naturaleza híbrida, en la cual se mezclan diversas realidades, siendo cárcel, hospital y hogar a la vez, tiende a absorber parte del tiempo, del interés y de la vida de sus miembros. Un espacio que cumple además una cuarta función, la

WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago OMSOPS. Ver también Minoletti, Alberto; Zaccaria, Alexandra. (2005) *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia.* Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(4/5)

de proteger a la sociedad de lo indeseable de la humanidad, conteniéndolo dentro de sus muros (físicos y actualmente simbólicos, a través de la medicalización).

Es en dicho espacio que cabe preguntarse por la raíz de la estigmatización, en el encuentro entre las personas con trastornos mentales *-estigmatizados-* y el personal de salud que los rodea *-normales-*.

“Cuando normales y estigmatizados se encuentran frente a frente, especialmente cuando tratan de mantener un encuentro para dialogar juntos, tiene lugar una de las escenas primordiales de la sociología, pues, en muchos casos, son estos los momentos en que ambas partes deberán enfrentar directamente las causas y los efectos del estigma”.

(Goffman, 2001:24-25)

Una organización total⁶, como el I. Psiquiátrico, forma parte de lo que se conoce como la sociedad de control⁷, las cuales se erigen como protectoras del orden social, como garantes del orden público, y más aún de la razón. En definitiva, debe contener simbólicamente todo discurso que amenace las certezas de la vida en sociedad, corregir a todo sujeto que se aparte de los valores normales, aislando aquel que cuyas acciones no se encuentren bajo el concepto de Sanidad y Normalidad.⁸

Cabe destacar que, como menciona Goffman a propósito de la investigación que dio curso a los ensayos publicados en Internados, al adentrarse en los archivos de los hospitales psiquiátricos es posible observar la *“cantidad increíble de problemas que una persona puede causarse y causar a los demás antes de que nadie comience a pensar en ella en términos psiquiátricos y mucho menos en entablarle juicio de insania”* (Goffman, 1995: 134. Nota 3)

Esto adquiere sentido debido a que muchas veces la locura o el juicio de insania que se le atribuye al paciente mental se debe a la *‘distancia social’* desde la cual se juzga su situación

⁶ El concepto de *instituciones totales* en Goffman ha sido modificado, sustituyéndolo por el de *“organizaciones totales”* ya que mediante el análisis de éste se ha considerado que a lo que refiere es más bien a una organización, puesto que una institución se remite a un plano simbólico o abstracto de normas y reglas escritas o informales que sustentan las relaciones entre las personas que constituyen una organización. La define como: *“Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparte en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”* Goffman, (1994:13)

⁷ Concepto desarrollado por Foucault principalmente en Foucault. (2002). Vigilar y Castigar. Buenos Aires. Siglo Veintiuno Editores.

⁸ Ver Marco Conceptual de la investigación

en particular; aún más si el diagnóstico clínico incorpora factores morales tales como la apariencia, declaraciones *-lenguaje-* y la subjetividad del individuo. (Goffman, 1995:134)

Razón por la cual, de todas las tareas que le competen al área de la Salud Pública, las relacionadas con la higiene mental son las más próximas a la ideología, puesto que cuestionan las pautas de vida impuestas por el sistema que abarca toda la conducta humana, por lo que sus encargados, son una “autoridad sobre razón y ética” (Weinstein, 1975:167)

Considerando además la evaluación del paciente durante el periodo de internación, el “proceso de sanación” se encuentra directamente relacionado con la experiencia vivida por el sujeto internado, donde entran en juego factores más allá del tratamiento farmacológico, como las relaciones entabladas con los demás pacientes, y con el personal auxiliar.

En este sentido, Basaglia destaca principalmente que *“las consecuencias de la internación en el manicomio no pueden considerarse como la evolución directa de la enfermedad, sino que deben imputarse al tipo de relación que el psiquiatra y por lo tanto, la sociedad que éste representa, implanta con el enfermo”* (1972:137)

El análisis de la realidad interna de una organización psiquiátrica debe considerar que sus integrantes forman una visión del mundo particular, que sostiene y autojustifica su situación, además de contener una visión prejuiciada de aquellos que le son externos. Dicha visión, tal como enuncia Goffman, *“mirada desde cerca se hace significativa, razonable y normal”* (1994:10)

Por tanto, es un espacio donde se ubica una cierta *episteme*, —modo general de conocer y atribuir sentido a las cosas— (Foucault, 1997:11) en el cual se configuran los códigos fundamentales de una cultura (que rigen su lenguaje, sus intercambios y valores que constituyen los discursos). En este espacio se configuran también las representaciones que tienen implicaciones prácticas en las actitudes y comportamientos en un espacio social e histórico determinado. Se configura así una forma de distinguir lo verdadero de lo falso, entre lo normal y lo patológico. (Rodríguez, 2004)

A partir de la *episteme* se configuran las condiciones de posibilidad de ver y conocer, no tan sólo en la producción del saber científico, sino también en relación al modo de producción de sentidos en la vida cotidiana.

De tal forma, frente a la problemática sobre las relaciones intersubjetivas que se producen dentro de una *organización total* que llevan a una institucionalización del paciente (condiciones de dependencia a la institución), el periodo de internación lejos de ser un beneficio del interno, se convierte en una experiencia deshumanizante que se expresa en los tratamientos psiquiátricos que se aplican, ya que en su mayoría se encuentran orientados a solucionar “el problema” que genera el enfermo mental, tanto para su familia como para el orden social, más que orientarse a la mejoría del paciente propiamente tal.

Se comprende este espacio institucional como un campo de Representaciones Sociales⁹ estructuradas, en donde la experiencia de la enfermedad que vive el paciente adquiere significado dentro de la lógica del discurso de autoridad médico-científico (Rodríguez, 2004). Resulta pues interesante la pregunta sobre la manera en que dicho discurso interviene en la representación que se construye socialmente sobre el paciente psiquiátrico y la enfermedad mental.

Ahora bien ¿Cómo surgen estas representaciones, cuáles son sus implicancias en la Atención en Salud Pública?

Las Representaciones Sociales contribuyen a la legitimación del orden social, facilitando la aceptación de una determinada realidad para integrarse a su condición social y cultural. Tales representaciones en los pacientes psiquiátricos generan una estigmatización y discriminación, provocando que ello se convierta en una condición natural (y auto-asumida) y no una consecuencia de la ideología científica y normativa. (Ibáñez, 1988)

Esto se refleja en la concepción de las terapias de rehabilitación que se implementan basadas en una idea individualista, por ejemplo, en que se debe integrar el individuo a la sociedad por medio de la adaptación de éste al trabajo. Se comprende así la creciente relevancia que ha tomado el tema en relación a los índices de AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) que muestran los últimos informes presentados por la OMS/OPS¹⁰ y diversas organizaciones que proyectan un aumento progresivo de las

⁹ Las Representaciones Sociales son formas de conocimiento elaboradas y compartidas dentro de una comunidad, con prácticas sociales comunes en un lugar determinado en la estructura social que en cierta forma, orientan sus acciones y comportamientos. (Jodelet, 1986 en Araya, 2002).

¹⁰ OMS, 2001; OMS 2009; OPS 2012: Consultar Marco Referencial del presente informe.

enfermedades mentales, por lo que se planifican programas en torno a la rehabilitación laboral de los pacientes psiquiátricos.

Bajo una lógica que es funcional al modelo bio-psico-médico actual (aún bajo un discurso comunitario), el cual el trabajo es identificado como instrumento de rehabilitación, como indicador del buen resultado del tratamiento y finalmente, como un indicador del regreso a la normalidad. Esta idea no considera el contexto personal, social y económico que el trabajo representa, ni los límites y contradicciones que éste implica. (Saraceno, 2003)

Como se identifica en el informe citado al principio, los funcionarios que trabajan y se relacionan con los pacientes psiquiátricos, al considerarlos como un ser potencialmente peligroso, conduciría a que éstos adopten una actitud coercitiva y defensiva.

Las representaciones sociales estigmatizantes sobre la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico se reproduce en los discursos y prácticas de los Servicios de Salud Mental. Esto conlleva a la construcción de barreras de acceso en la atención, tanto de los Hospitales o servicios de salud generales, como en los mismos centros de salud mental.

1.2 Justificación de la investigación

El impacto de la estigmatización, abandono familiar, exclusión laboral y anulación de ciudadanía que acompaña al paciente psiquiátrico, puede contribuir tanto al desarrollo de otras enfermedades producto del tratamiento clínico, como a una situación social de desventaja a la que se ve enfrentado el paciente como por ejemplo, en cuanto al acceso a la atención en los servicios generales, entre otras.

Analizar las Representaciones Sociales en torno a la Salud Mental hace posible comprender la dinámica de las interacciones sociales que se producen en el Instituto, principalmente en la relación funcionario-paciente, develando aquello que condiciona el comportamiento en torno al Paciente Psiquiátrico y la respuesta de éste, puesto que la representación del discurso y la práctica se generan mutuamente. (Abric. 1994 en Araya, 2002)

La modificación de una representación social implica la modificación también de una práctica social desde el espacio mismo donde se genera, en este caso, desde una organización destinada al tratamiento y rehabilitación de estos pacientes. La exploración y

análisis de dichas representaciones contribuye a la modificación de las prácticas que se generan, en una relación igualitaria y humanitaria, sin discriminación ni estigmatización en la atención de salud de los pacientes.

I.2.1 Relevancia

La relevancia está dada por la posibilidad de conocer el espacio representativo a partir del cual se construye el paciente psiquiátrico y a la enfermedad mental, sobre el sentido común que prevalece en la micro-sociedad que representa el Instituto Psiquiátrico.

Por tanto, se centra el análisis de la relación en tanto “contacto mixto” entre estigmatizados y normales, pues es el momento en que ambas partes deben enfrentar directamente las causas del estigma. (Goffman, 2001)

Cuando se pretende justificar una Investigación Cualitativa en Salud, se suele caer bajo la lógica de las investigaciones sociales objetivistas, en afán de conseguir la aprobación científica de un entorno caracterizado por las investigaciones sanitarias en donde aún predomina una visión biopositivista del conocimiento.

El presente estudio se enmarca bajo un enfoque epistemológico distinto, lo cual no le resta validez ni relevancia puesto que el conocimiento del mundo, entre ellos el conocimiento científico, es una práctica socialmente construida y compartida y no una verdad absoluta producto de un “encuentro exitoso con la realidad” (Neira R. 2001). Por lo tanto, la aparente dificultad de validarse en términos de “generalización” en comparación con la investigación cuantitativa no existe, ya que aceptar dicha premisa implicaría asumir que el objetivo de la ciencia social es la generalización.

Dicha relevancia se detalla a continuación desde tres ámbitos, el aporte práctico, teórico y metodológico.

I.2.2 Aporte teórico

La presente investigación pretende contribuir desde el punto de vista teórico, al análisis integral del fenómeno, puesto que es preciso un punto de encuentro de las disciplinas que se preocupan del Ser Humano, desde las ciencias exactas y las sociales, siendo la Sociología un catalizador de encuentro. Es por esto que, se proporciona una oportunidad de contribuir

a través del enfoque cualitativo, a una comprensión distinta del paciente psiquiátrico y del trato durante el proceso de internación.

El presente estudio puede contribuir además al debate en torno a la crítica del paradigma sobre el concepto de enfermo mental (paciente psiquiátrico) y, sobre la práctica comúnmente asociada al enfoque tradicional centrado en lo biológico.

Así como también poner en evidencia el aporte de la Sociología tanto desde el punto de vista teórico como metodológico, integrando perspectivas tanto psicológicas y antropológicas como críticas.

El análisis de las Representaciones Sociales puede contribuir a la transformación de las prácticas y a la reflexión de los funcionarios de la salud sobre su propio rol en la construcción y reproducción de estigmas, y sus consecuencias en la recuperación del paciente.

I.2.3. Aporte práctico

La relevancia práctica de la presente investigación está dada por el análisis de la realidad interna del Instituto Psiquiátrico que representa un recurso empírico, que puede contribuir a modificar sus prácticas, con el objetivo de mejorar y optimizar el trabajo, en función del bienestar de los pacientes en la institución, y su posterior reinserción social.

El componente relacional cobra vital importancia en el proceso de rehabilitación de los pacientes, por lo cual es preciso abordar dicha relación en cuanto a las características que asume, en tanto aspectos comunes o divergentes en el discurso de los distintos actores, como la relación y la función de funcionarios, auxiliares y paramédicos, quienes mantienen el contacto diario, directo y cercano con los pacientes; que cumplen una función “mediadora” entre ellos y los psiquiatras.

I.2.4 Aporte metodológico

El aporte metodológico en primer lugar, recae en la utilización del método cualitativo, en este caso el análisis de discurso, rescatando la importancia del discurso del paciente psiquiátrico históricamente invalidado, poniendo a disposición de la comunidad sociológica un instrumento de carácter cualitativo para abordar los problemas de salud mental.

Y en segundo lugar, la demarcación de un campo sociológico dentro de las instituciones de

Salud Mental, el alcance del estudio permite operar como punto inicial para la comprensión del estigma y los procesos de estigmatización del paciente psiquiátrico. Aportando a la necesidad de utilizar metodología propia de la ciencia social en general y de la sociología en particular, para el estudio de esta realidad desde un punto de vista integral y social despojándose de una visión exclusivamente biológica (biomédica).

1.3 Antecedentes de la problemática.

I.3.1 La problemática de la salud desde la Sociología

Los fenómenos del campo de la salud son complejos, en ellos intervienen dimensiones tanto biológicas, psicológicas, sociales, económicas, ambientales y emocionales. Abordarlos requiere de una comprensión holística del ser humano y su contexto, desde un campo transdisciplinar de la investigación.

Es en este sentido que a las Ciencias de la Salud, Lage les ha denominado “Ciencias de frontera”, debido a que las soluciones a sus problemáticas surgen del punto de encuentro de las áreas en contacto entre la medicina, la biología, la química, así como de las ciencias sociales; abordar el fenómeno de la Salud independientemente de las ciencias sociales, aportaría no más que una visión distorsionada, sesgada y dogmatizada de la realidad, a partir de la fe arraigada en la disciplina (en: Nereida R, y García R.2002).

La investigación de las Ciencias Sociales en el ámbito de la Salud ha tenido que salvaguardar diferencias sustanciales en la conciliación de enfoques; las Ciencias de la Salud tienden a observar al Ser Humano en su dimensión individual, en tanto organismo; mientras que las Ciencias Sociales conciben al ser humano en su conjunto, en tanto grupo y/o contexto social.

Dichas investigaciones se enmarcan en el encuentro y desencuentro de dos grandes tradiciones del conocimiento. Por un lado la perspectiva bio-científica que representan los estudios biomédicos en Salud, y por otro lado la perspectiva humanística, que representan los estudios de las Ciencias Sociales. Estos estudios están permanentemente envueltos en la conciliación de enfoques sobre las exigencias de rigor y complejidad que de ambos lados se exige.

El doctor Roberto Briceño-León (et al; 1998) explica las cuatro vertientes que ha tenido la investigación social en salud en América Latina.

- i. La primera vertiente dice relación con la concepción de la investigación en Salud como un fenómeno nuevo, que busca explicar y comprender en términos sociales y culturales una determinada realidad epidemiológica. Se asocia a la clásica investigación sociológica y antropológica.

- ii. La segunda vertiente se comprende como una manera de mejorar y optimizar los servicios de salud. El interés no se orienta a la comprensión de las raíces sociales de la relación salud-enfermedad ni sus consecuencias, sino más bien se relaciona con los estudios de tipo sociológico-organizacional, para fortalecer la estructura de las organizaciones de salud y mejorar su gestión.
- iii. La tercera vertiente se posiciona desde una crítica a la sociedad en que, a través de las investigaciones en Salud, se pretende explicar socialmente la enfermedad. Para Briceño, dichos estudios esconden un interés político más que cognitivo. Dentro de esta vertiente, que tuvo bastante protagonismo durante las décadas 70' y 80' en Latinoamérica, se desprenden tres diferentes visiones.
 - a) La primera, orientada a demostrar mediante la investigación empírica que las enfermedades son expresiones de la injusticia social¹¹;
 - b) la segunda, orientada a la crítica del poder médico bajo la influencia de la teoría foucaultiana, expresada en la práctica médica como también en su expresión a nivel institucional;
 - c) la tercera visión, orienta la crítica hacia el saber dominante de la disciplina, las ideas (e ideologías) bajo las cuales se sustentan las prácticas con la finalidad de deconstruir y desmitificar dichos saberes. El abordaje se ha realizado desde la semiología y mediante el análisis estructural del discurso.
- iv. La última vertiente se enfoca en la concepción de la investigación social como medio para generar el empoderamiento de las personas sobre su vida, salud y derechos. (Briceño et al; 1998)

En términos generales, la investigación social en Salud ha tenido importantes divergencias en cuanto a la concepción de la relación entre la teoría y la práctica, y la forma de ejecución metodológica.

En términos de Briceño, se encuentra por una parte, la “**manera ministerial**”, en la cual se privilegia el desarrollo del terreno, perfeccionando las técnicas experimentales y las

¹¹ Revítese los estudios de: Aaron Antonovsky, Giovanni Berlinguer, Mario Timio, Jean Claude Polack, John Kosa, Vicente Navarro, Sir Douglas Black, Howard Waitzkin

minuciosas técnicas de recolección y estandarización de datos, que no suelen ser analizados teóricamente, o no con la debida atención, pues su interés es la urgencia práctica, la implementación de programas específicos e intervenciones. (Briceño et al; 1998)

La “**manera universitaria**”, por otra parte, concentra la producción académica de información que suele enfocarse en la teorización sin contrastarse con la realidad (observación “desde el escritorio”), que carece de la *empiria* necesaria para validarse como trabajo científico en el campo de la salud, siendo calificados como estudios ensayísticos y/o ejercicios hermenéuticos que no contribuyen directamente a la resolución de los problemas sociales en Salud por su desconexión con el “terreno”.

Como hemos visto, el área de la salud es eminentemente interdisciplinaria, sin embargo, se advierte que el trabajo de este tipo no se ha desarrollado con facilidad, puesto que la tradición positivista en la formación académica de los profesionales de la Salud dificulta el trabajo de investigación en grupos transdisciplinarios en igualdad de condiciones, en aras del enriquecimiento del trabajo investigativo. (Briceño, et al 1998)

I.3.2. Campo de la sociología en la Salud Mental

Diversos autores de diferentes disciplinas han contribuido al análisis sociológico de la salud mental y la práctica psiquiátrica, principalmente del ámbito médico, salubristas como Giovanni Belinguer, Franco Basaglia, Juan Garafulic, Alberto Minolleti entre muchos.

No obstante, la investigación sociológica en ámbitos de Salud Mental se ha desarrollado desde los albores de la disciplina como tal, en donde las mayores contribuciones se observan en diversos autores, desde Emile Dürkheim a Michel Foucault, logrando así construir una perspectiva de Salud Mental que ha llegado más allá de la reflexión teórica, influyendo en cambios paradigmáticos que fueron modificando la práctica y la institución psiquiátrica.

El estudio de Dürkheim sobre el Suicidio marca un quiebre paradigmático en cuanto a las delimitaciones disciplinarias, interviniendo en la psiquiatrización de dicho fenómeno, indicando por primera vez que en la decisión del suicidio, tienen un impacto decisivo los factores sociales.

El sociólogo estadounidense Talcott Parsons también desarrolló una serie de estudios en torno a la problemática de Salud dentro del pensamiento funcionalista, concibiendo a la enfermedad como la incapacidad de un individuo de funcionar en la sociedad, y la medicina (y mayormente la Psiquiatría) como la disciplina llamada a controlar estas desviaciones sociales reduciendo su abordaje al plano individual. (Parsons, 1968)

Parsons desarrolló un análisis del paciente psiquiátrico y el médico en tanto rol social, a partir de una descripción de las pautas de comportamiento. Este modelo de análisis de la relación médico-paciente se centra en el rol del médico, como profesional y protagonista, restando la participación de la familia y del propio paciente en torno a la enfermedad.

Por otra parte, Eric Fromm¹² aunque desde la psicología social, también desarrolla importantes aportes al análisis sociológico de la salud mental, desde el desarrollo del psicoanálisis reconoció la importancia de incorporar el análisis social para una concepción holística de la salud del ser humano, por lo que buscó una integración de estas disciplinas.

Posteriormente, autores como Foucault y Goffman entre otros, han desarrollado estudios acerca de la realidad de los internados, la concepción de locura desde una perspectiva histórico-social, el poder psiquiátrico y otros. Proporcionando un análisis más social del fenómeno, aunque desde diferentes posiciones, inaugurando un nuevo campo de investigación sociológica, tradicionalmente orientada al orden social.

Cabe destacar, por otro lado, la importancia que tuvo la sociología en el movimiento Antipsiquiátrico desarrollado principalmente en los años 60' cuya influencia ha implicado principalmente la reconsideración del paciente psiquiátrico y la práctica médica dentro de los hospitales psiquiátricos, puesto que los otros postulados que defendía este movimiento, aunque con diversas aristas,¹³ llegó a plantear el cierre de los manicomios y hospitales psiquiátricos, y que la enfermedad mental era un mito. Estos últimos planteamientos del movimiento antipsiquiátrico no dieron grandes frutos y con el tiempo se fueron desacreditando, principalmente por el avance de la industria farmacéutica y el creciente

¹² Diversos son los trabajos de este autor en el ámbito de la salud mental, en el caso en que aquí se refiere, se propone consultar principalmente Fromm, E., Funk, R., & Herrero, E. F. (1994). *La patología de la normalidad*.

¹³ Este tema será tratado en el siguiente apartado. Revítese la evolución política, social e histórica de la institución psiquiátrica.

poder que fue tomando el DSM y el CIE dentro de la disciplina psiquiátrica.¹⁴

Todos estos antecedentes propiciaron una apertura hacia una consideración sociológica del paciente psiquiátrico, adoptada por psiquiatras que trabajaban y participaban en el manicomio, y no tan solo como una crítica externa.

El psiquiatra que lideró este movimiento en Europa, declara que las consecuencias de la internación en el manicomio “*no pueden considerarse como la evolución directa de la enfermedad mental, sino que deben imputarse al tipo de relación que el psiquiatra y por lo tanto, la sociedad que este representa, implanta con el enfermo*” (Basaglia, 1972:137)

En las relaciones sociales que se establecen dentro de un hospital psiquiátrico se conforma una micro-sociedad que configuran pautas relacionales en el trato al paciente. El análisis de éstas aporta una perspectiva de comprensión distinta de la atención psiquiátrica, no sólo desde el punto de vista terapéutico, sino desde el conocimiento cotidiano, pues dichas representaciones reflejan prácticas arraigadas en el equipo de salud, naturalizadas y que forman parte del sentido común.

En la consideración del paciente psiquiátrico se encuentran elementos valóricos, estigmatizadores, y la práctica institucional se realiza en un contexto ideologizado, en el cual las representaciones sociales sobre esta realidad cumplen una función fundamental.

El problema de la estigmatización asociada al paciente psiquiátrico ha sido abordado por diversos estudios y sin duda ha ido cobrando mayor relevancia en el tiempo, puesto que ha quedado en evidencia que generan una serie de condiciones negativas que conllevan a la exclusión, tanto social y cultural, como también en la atención en salud.

¹⁴ Estos temas se desarrollan con más detalle en el siguiente apartado sobre la evolución política, social e histórica de la institución psiquiátrica.

1.4. Antecedente histórico, político y social del Instituto Psiquiátrico.

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, fue fundado el año 1852 con el nombre de “Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles” a cargo del Intendente Militar, Don Francisco Ramírez, siendo prácticamente el único establecimiento de Salud Mental de referencia nacional, encarnando la preocupación política las autoridades frente a los enajenados, la cual era “*enclaustrarlos para librarse de sus reacciones peligrosas*” (Vivado, 1939 en Escobar, 2002)

De acuerdo al espíritu de la época, fue planteado en sus inicios como un depósito de enfermos. Se caracterizaba por la situación precaria en la que permanecían los enfermos, por la falta de recursos y por el problema del aumento progresivo del número de internos.

Inicialmente funcionó en un ex recinto militar en el barrio de Yungay. Sin embargo, las malas condiciones, el reducido espacio y la falta de personal, llevó a mudar la Casa de Orates en el año 1858 al “otro lado del río”, el barrio llamado “La Chimba”, ubicándose hasta la actualidad en el recinto de calle Olivos, en la comuna de Recoleta.

En el año 1957 el doctor Juan Garafulic presenta un artículo que será incluido en el libro De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico, llamado Evolución de la Psiquiatría en Chile¹⁵, en el cual describe cuatro etapas de la historia de la locura en Chile y del Instituto Psiquiátrico:

La primera corresponde a la etapa ***pre-psiquiátrica***, que se observa desde La Colonia hasta los primeros momentos de La República. La segunda etapa es llamada ***médico-filantrópica***, la cual incluye la creación de la Casa de Orates. La tercera etapa corresponde al predominio del ***criterio psiquiátrico***, en la cual comienza la formación del psiquiatra como especialista científico y; la cuarta etapa es denominada ***expansión psiquiátrica***, donde aparecen las especializaciones tales como la neuropsiquiatría infantil, la psicocirugía, el psicoanálisis, la neurofisiología, el psicosomatismo, y lo más importante, la creciente preocupación por el mundo en general sobre lo psíquico y lo psicopatológico.

¹⁵Trabajo presentado en la sesión conjunta de las Sociedades de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y de Historia de la Medicina. Sociedad Médica, el 12/09/1955. Posteriormente publicado en Rev. Neuropsiquiatría XX. Incluido en el libro De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico, por Escobar, M (et al) 2002.

En el periodo colonial, no existía una preocupación explícita por los locos pobres y compartían un espacio común, siendo encarcelados cuando cometían desórdenes. Los médicos de la época contaban con escasos conocimientos de Psiquiatría, y los pacientes eran tratados como a los delincuentes y a los vagabundos. Los locos ricos, aquellos pertenecientes a las familias oligarcas, eran mantenidos en sus casas en habitaciones aisladas, escondidos de la opinión pública. Existen antecedentes históricos que hacen pensar que durante la Colonia existía la *Narrenschaft*¹⁶ chilena, una embarcación que llevaba a los insanos en un viaje por el mar en busca de la razón perdida; a los enfermos chilenos los embarcaban hacia Lima, al Hospital de locos de San Andrés.

“Si se trataba de locos furiosos, podían ser conducidos a las cárceles, en donde se les encerraba para evitar el peligro que podían ocasionar a la sociedad estando en libertad. Allí se les tranquilizaba con sangrías, palos y duchas frías; se les colocaba también al cepo, y si todo esto no lograba amansarlos, eran encerrados y atados a una cadena.[...]Existían, además, algunos calabozos en el Hospital San Juan de Dios de Santiago. Las mujeres excitadas eran llevadas a los conventos, donde existían calabozos especiales para ellas; igualmente podían ser conducidas a alguna quinta familiar, aislándoselas de las relaciones sociales. Los enajenados que pertenecían a familias adineradas podían ser enviados al Hospital de Locos de San Andrés, fundado en Lima en el año 1535” (Camus, 1993:140 en Minoletti, 2010:p136)

La evolución del pensamiento de la Psiquiatría y la Salud Pública, se fue expresando a su vez, en la estructura del Instituto Psiquiátrico, puesto que *“el nacimiento, la evolución, el diagnóstico de las psicopatías, se remiten a las condiciones histórico-sociales, y aun a la cultura que predomina en determinado ambiente”* (Berlinguer, 1972:p21); el cual fue cambiando su fundamento y por lo tanto su denominación.

En la primera mitad del siglo XIX, en el contexto de la instauración del modelo económico de “crecimiento hacia adentro”, se gesta un proceso de disciplinamiento y control social iniciado por el ministro Portales en los años 30', que contemplaba la creación del Hospital General, la Penitenciaría y entre otros, la Casa de Orates, construida décadas más tarde. (Escobar, 1990)

¹⁶Para profundizar, véase: Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica. Series en Brevarios del Fondo de Cultura Económica. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

Posteriormente, en 1860 bajo el gobierno de Manuel Montt, comienza un período de imposición del paradigma psiquiátrico, lo cual se advierte en el hecho de que el Presidente otorgara ese año 3000 pesos para la Casa de Orates, destinados a mejorar la infraestructura, “*para darle la comodidad que exige la asistencia de los asilados y establecer entre ellos la clasificación conveniente*” (Aroca. 2010).

Es en este momento en que se comienza llevar a cabo una distinción a los enfermos y a ordenarlos según las clasificaciones nosológicas de Esquirol y Pinel¹⁷ principalmente este último introdujo el criterio de enfermedad a la locura, logrando quitarles las cadenas a los internos del manicomio de Bicêtre.¹⁸

La Psiquiatría en Chile durante el siglo XIX tuvo influencia predominantemente francesa, los médicos formados allá traen consigo tratamientos como la electroterapia y la idea degenerativa de las enfermedades mentales.

El siglo XX en cambio, tiene una influencia de la Psiquiatría alemana con la llegada del psicoanálisis, y por otro lado, la influencia de Rusia que incorpora el conductismo. En 1928 cambió su nombre a Manicomio Nacional, nombre que conservó por más de 30 años. Este cambio tuvo su expresión en la estructura del establecimiento con la creación de “sectores” (según gravedad) que conduje la especialización de la práctica psiquiátrica.

El Dr. Alberto Minolleti cuenta en su artículo recién citado, que las expectativas de mejora en esos años se expresaban en las propuestas del Dr. Jerónimo Letelier (médico jefe de la Casa de Orates), que “*propuso la creación de open door o asilos-colonias que servirían a tres zonas extensas en que se dividiría con tal fin la república[...]se ha dispuesto crear un open door en la región del Sur, en Santa Fe, cerca de la ciudad de Los Ángeles, y otro en la región norte, en la ciudad de la Serena*”(Minoletti 2010: pp134-135)¹⁹

¹⁷ Clasificaciones nosológicas que se concentran principalmente en la obra: Pinel, Philippe, 1798, Nosographie philosophique ou Méthode de l'analyse appliquée à la médecine, 2 tomes, Paris, Brosson.

¹⁸ Para profundizar en el aporte de Philippe Pinel revítese la obra Bercherie, P. (1986). Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico. Buenos Aires: Ed. Manantial. ISBN 950-9515-10-8.

¹⁹ No obstante, solo se adquiere el fundo “El Peral” que se suma a las dependencias de Olivos y la “Quinta Bella”, sin mucho éxito, ya que El Peral se fue transformando paulatinamente en una institución custodial. Sus días como colonia agrícola duraron poco, ya “*hacia la década del 60 y 70 se había transformado en un depósito de personas afectadas por una variedad de patologías psiquiátricas, discapacidad mental, enfermedades orgánico-cerebrales, somáticas y carencias sociales [...] tanto por la falta de voluntad política de las autoridades de la época para invertir recursos en tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental, como por las propias características de estos modelos, que terminan desarraigando a las personas de*

En los años 50, la llegada de nuevos tratamientos con psicofármacos modernos, tales como ansiolíticos, antidepresivos y neurolépticos (antipsicóticos) fue posible ir terminando progresivamente con los sectores de pacientes crónicos. Apareciendo asimismo, las terapias más “abiertas”, es decir, la terapia ocupacional, talleres protegidos, el hospital diurno y consultorios ambulatorios, las hospitalizaciones son de menor duración y menor acumulación de pacientes crónicos.

La incorporación de este tipo de tratamiento comienza paulatinamente a modificar las prácticas médicas, puesto que el efecto de dichos fármacos va a posibilitar el control de los cuerpos de los enfermos sin necesidad de ejercer una coerción física excesiva, ni de mantenerlos en un encierro total.

En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud, uno de los hechos que contribuyen a terminar con la concepción de Beneficencia Pública Tradicional y se enmarca dentro del proyecto modernizador de la clase burguesa emergente. En este período, el Manicomio Nacional cambia su nombre y parte de su estructura interna (manteniendo parte de su atmósfera asilar) se convierte en el año 1955 en el “Hospital Psiquiátrico”.

Paralelamente al avance de la Psiquiatría como disciplina, y a raíz de las consecuencias de su desempeño, se comienza a abordar el tema desde una perspectiva distinta. Como se hizo referencia en el apartado anterior, Foucault²⁰ y Goffman²¹ entre otros, desarrollaron estudios acerca de la realidad de los internados, la concepción de locura desde una perspectiva histórico-social, el poder psiquiátrico y otros.

Estos autores inauguran un nuevo campo de investigación sociológica que estuvo tradicionalmente orientada al orden social.

su medio social habitual y creando un efecto iatrogénico de institucionalización”. (Minoletti 2010: p135)

²⁰ “El poder psiquiátrico” es la publicación de un curso realizado por Foucault en el cual sintetiza el análisis de la Psiquiatría como un dispositivo disciplinario que da lugar a la conformación de un discurso de poder, por el cual se instala la función (necesaria) de la Psiquiatría como una disciplina para los indisciplinables. Mayor desarrollo en el Capítulo II.

²¹ La contribución de Goffman principalmente en la obra “Internados” estudia desde la perspectiva microsociológica, la realidad de los pacientes psiquiátricos hospitalizados como ellos mismos la significaban, los comportamientos sociales, los procesos de interacción señalando las agresiones, etiquetamientos, estigmatizaciones y las tácticas que los internos implementan para hacer frente a ellas, como la **carrera moral** del paciente psiquiátrico que produce el proceso de institucionalización. Mayor desarrollo en el Capítulo II.

I.4.1 Cambios que se fueron traduciendo en la reformulación de los hospitales psiquiátricos.

En los 60', la Psiquiatría a nivel mundial se ve confrontada con el movimiento Antipsiquiátrico desde diversas aristas en el mundo occidental²². Este movimiento mantenía en gran parte fundamentos teóricos pero tenía grandes diferencias en torno a la crítica institucional, a las prácticas psiquiátricas y al rol de la disciplina en la sociedad. Iremos viendo cómo se fueron expresando estos cambios también en los internados, específicamente atendiendo el caso del Instituto Psiquiátrico de Santiago.

El término Antipsiquiatría surge en las palabras de David Cooper en su obra “Psiquiatría y Antipsiquiatría” (1967), aun cuando el movimiento propiamente se comienza a gestar a fines de los años 50' con los argumentos del psiquiatra Thomas Szasz²³, quien cuestiona la realidad y existencia de la Enfermedad Mental. Se debe precisar que la negación que se hace de la enfermedad mental no se refiere a la realidad de los fenómenos que sufren las personas con alguna afección, se niega en tanto definición científica, se trataba en definitiva de poner entre paréntesis la definición y la etiqueta.²⁴ (Basaglia, 1972:45)

La gran influencia que este movimiento tuvo en la práctica, fue la presentación de una alternativa a las brutales prácticas psiquiátricas clásicas, estableciendo distinciones entre la internación voluntaria y la involuntaria, siendo ésta última anulada definitivamente. En este sentido, se propone un cambio en el trato a los pacientes dentro del hospital orientado a su mejoría.

Primero en el Hospital de Gorizia y posteriormente en el Hospital de Trieste, cuya intención era la negación de la institución y la humanización de la Psiquiatría. Es decir, la negación del paciente como enfermo irrecuperable y por tanto el rol del psiquiatra como “carcelero” responsable del orden público, ya que de esta forma, se instalaba el trabajo del psiquiatra en

²²Con representantes los principales representantes: D. Cooper (sudafricano), R. Laing (escocés), T. Szasz (húngaro), A. Esterson (británico), como también los representantes franceses (Deleuze, Guattari, Foucault, Castel), estadounidenses (Goffman), españoles (González Duro) e italianos (Basaglia, Antonucci) entre otros.

²³Su desarrollo se encuentra principalmente en la obra “Dolor y Placer” (1957), son también bastante influyentes sus obras posteriores, principalmente el “Mito de la enfermedad mental” (1961) y “La fabricación de la locura” (1970) y su crítica al Estado Terapéutico.

²⁴Junto a ellos, Laing en su obra “El Yo dividido” (1960) introduce a la problemática factores primordiales como la llamada patogenia familiar y social en los problemas mentales, entendiéndolas como adaptaciones dramáticas del individuo a las condiciones familiares y ambientales que la fuerzan. Rescatando la capacidad de recuperación del paciente por medio del proceso denominado “Metanoia”.

un terreno más humanizado y orientado a una real mejoría. (Basaglia, 1972: 46) Así existieron también experiencias similares en España en el hospital Kingsley Hall y en Londres en el hospital Villa 21²⁵.

En Chile también tiene eco este discurso, surgiendo movimientos bastante revolucionarios. El presidente Salvador Allende siempre manifestó preocupación por la situación de salud mental, realizó su internado durante varios años en la sección de reos de la Casa de Orates, y siguió investigando con los médicos de la “Liga de la Higiene Mental”, en donde profundizó en el estudio de los factores sociales, ambientales y sobre la herencia innata, como causas de la criminalidad.²⁶ Realizó una propuesta con énfasis en la prevención de la criminalidad reconociendo una determinación social, incidiendo en los factores sociales negativos que afectaban al paciente, pero también proponía terminar con la transmisión hereditaria a sus descendientes mediante la esterilización de los insanos. (Cruz-Coke M, Ricardo.2003)

Todo esto sufrió radicales transformaciones luego del golpe militar de 1973. Conviene recordar que durante la dictadura militar se llevan a cabo reformas estructurales en prácticamente todos los aspectos del Estado. En el ámbito de la salud se realiza una reforma que consistió en la municipalización de los servicios de atención primaria, en la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (27 en todo el país y 7 en la RM) además, y en la creación de las Secretarías Regionales Ministeriales, las cuales son la representación directa del Ministerio en regiones. Se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de salud Previsional (ISAPRE). Se reformula el sistema de financiamiento que funcionaría bajo el modelo de Facturación de Atención Médicas (FAPEM).

Durante todo este periodo de transformaciones y reformas estructurales no tuvo cabida ningún tipo de definición de objetivos sanitarios, ni la expresión de la política de Salud Mental por parte del gobierno y *“las experiencias de Salud Mental comunitaria quedaron proscritas, suspendidas o se extinguieron progresivamente después del golpe de estado de 1973, y sus protagonistas fueron asesinados, presos, exiliados o exonerados, en la mayor parte de los casos”* (Minoletti, 2010: 143)

²⁵ Para profundizar, véase Cooper, David. (1967). Psiquiatría y Antipsiquiatría.

²⁶ Para mayor información consultar: Allende S. (1993) Higiene mental y delincuencia: Memorias año 1933. Archivo Facultad de Medicina U. de Chile. Santiago.

Cabe destacar en este punto la importante labor que cumplieron las Organizaciones No Gubernamentales y comunitarias que, desde el extranjero o desafiando al Estado, cumplieron en defensa de la Salud Mental de las víctimas directas de la represión política y tortura, además de la Salud Mental de sus familiares.²⁷

Posteriormente, ya en los años 80', se observa un cambio trascendental en la orientación en la Psiquiatría Institucional tomando como modelo Estados Unidos, concentrándose en la psicopatología del DSM²⁸ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), centralizando la práctica psiquiátrica en la aplicación diagnóstica de los modelos sintomáticos según este esquema. Posteriormente se aplica a su vez, el esquema que recomienda la OMS propuesto por el CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) actualmente se rige el CIE10, que conviven actualmente bajo este modelo ateorico de la Psiquiatría.²⁹

En 1983 el Hospital Psiquiátrico se acredita como Instituto, llamándose Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, en Honor al doctor José Horwitz³⁰, quien fue jefe de un servicio clínico y director del establecimiento.

Este proceso de transformación se encuentra inmerso entre cambios paradigmáticos que iban a la par con cambios estructurales en el establecimiento. Uno de esos cambios se

²⁷ Organizaciones tales como: Los equipos de Salud Mental de la Fundación de ayuda Social de las iglesias cristianas (FASIC); instituto latinoamericano de Salud Mental y derechos humanos (ILAS), corporación de defensa y Promoción de los derechos del Pueblo (CODEPU), Fundación de Protección a la infancia dañada por los estados de emergencia (PID), centro de Salud Mental y derechos humanos (CINTRAS), y varios otros menos conocidos: Fuente: Minoletti, 2010.

²⁸En la actualidad se encuentra vigente el DSM IV TR, (texto revisado) el cual ha provocado grandes controversias entre los especialistas al igual que la nueva versión DSM V (planificado para el 2005 y postergado hasta el 2014, avances disponibles en www.dsm5.org) que ya cuenta con un movimiento detractor que adquiere cada vez mayor cobertura y relevancia en la opinión pública, bajo el llamado a terminar con el DSM como único criterio de diagnosis clínica. Para mayor información consultar la web del movimiento: <http://stopdsm.blogspot.com/>

²⁹ El DSM y el CIE conforman el cuerpo de conocimientos con que se sustenta la Psiquiatría para definir los parámetros de normalidad de la población, configurándolas como verdades que son bastamente aceptadas en las culturas en que las ciencias tienen la posibilidad de influenciar, siendo *“la forma más potente de ideología que existe en nuestros tiempos pues su pretensión de constituirse en meta-discurso verdadero por encima de saberes y opiniones particulares, la convierte precisamente en ideología dominante. Además, su función ideológica queda oculta por su eficacia a la hora de presentar lo particular y construido, como universal y necesario”* (Lizcano E. 1999 en Reyes V. 2009)

³⁰ El Dr. Horwitz demostró una especial preocupación por los pacientes crónicos desarrollando mejoras en su atención, y mostró una especial preocupación por el serio problema del alcoholismo renovando el “Dispensario” dando paso a la “Posta alcohólica” con una dotación de camas propias para el proceso de desintoxicación y rehabilitación.

puede apreciar en la organización de las camas de los internos, ya que dejando atrás la estructura de internado (filas de camarotes frente a frente con una entrada frontal), se organizan en pasillos con paredes de vidrio frente a las oficinas de los técnico-paramédicos por ejemplo, en base a una Norma Técnica impuesta por decreto, lo cual refleja el cambio paradigmático en cuanto al predominio de la perspectiva de control.

I.4.2 Contexto del Modelo Comunitario de Salud Mental.

A mediados de los años 90 en Chile, la Salud Mental adquiere una prioridad nunca antes alcanzada, que se expresa en la construcción de un equipo multidisciplinario (8 profesionales) a cargo de la Salud Mental del Ministerio de Salud, con representación en cada uno de las direcciones de los Servicios de Salud. Luego, se realiza una reforma que hará más visible la Salud Mental con la creación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM), centros ambulatorios como el CRS, CDT y CAE, la atención de Salud Mental en los Centros de Atención Primaria, la Reparación Integral de Salud y Derechos Humanos (PRAIS) y los programas de prevención del alcoholismo y drogadicción integrados mediante una Red Asistencial que privilegia la Atención Primaria y preventiva.

En el 2000 el Ministerio de Salud crea el Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría, en el cual se reflejaban las propuestas de la OMS: el desarrollo de los Servicios Comunitarios en Salud Mental y la incorporación de la atención de salud mental en los Servicios de Salud generales dentro de una Red. Desde un enfoque biopsicosocial los programas se focalizaron en las intervenciones de carácter preventivo dirigidas a la detección precoz, el diagnóstico oportuno, el tratamiento temprano y la rehabilitación e inserción social de la persona con enfermedad mental. (Brescia, M^oAlejandra. (et.al) 2010)

Desde entonces se ha venido adoptando paulatinamente un modelo comunitario de salud mental, con un enfoque en la disminución de la exclusión y estigmatización a través de normativas y reglamentos impuestos de manera generalizada³¹ que sin embargo no han tenido la correlativa expresión en las prácticas del personal de salud.³²

³¹ Normas y reglamentos tales como: Reglamento para la Internación de Personas con Enfermedades Mentales; Norma General Técnica N°53 Sobre Hogares Protegidos y Norma General Técnica N°87 sobre Residencias Protegidas, MINSAL, 2006. Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales Día en

Con el avance de la modernidad y el crecimiento demográfico de la ciudad, los centros psiquiátricos que tradicionalmente se ubicaban lejos de los centros urbanos, alejados de la vida cotidiana y de la vista de las personas (en “la chimba” como se mencionaba al principio) se han ido incorporando a la ciudad, y a su vez, debido a la implementación del Modelo Comunitario de Salud³³, las atenciones de salud mental se han ido descentralizando, incorporándose en la comunidad mediante la red asistencial.

Este modelo es acorde a las recomendaciones de la OMS y es parte del Modelo General de Atención en Salud implementado en la reforma de salud. La Psiquiatría Comunitaria se caracteriza por considerar a los trastornos mentales en su carácter bio-psico-social, susceptible de recibir atención preventiva, curativa y rehabilitadora. Incluyendo ahora la atención en salud mental al conjunto de problemas mentales de la sociedad y no solo al enfoque de mayor gravedad.

“Las prácticas que los sustentan y dan sentido, son un proceso históricamente nuevo en el mundo, no data más de treinta y cinco años. [...] Existe una filosofía común que sustenta estos trabajos. Este carácter universal refleja una verdad universal y por lo tanto, habla de su científicidad” (Cohen, 2001)

Principios de la salud mental comunitaria (SMC):

El doctor Hugo Cohen³⁴ dicta una conferencia con ocasión del día mundial de la salud el 18 de Abril del año 2001, en la cual se refiere a los principios de la salud mental comunitaria,

Psiquiatría, MINSAL 2002. Orientaciones técnica para el desarrollo de Clubes de Integración social, MINSAL, 2002. Norma General Técnica N°65 sobre Contención en Psiquiatría, MINSAL, 2003. Circular N°13 sobre Internación no voluntaria de personas afectadas por enfermedades mentales, MINSAL, 2007. Entre muchas otras, se crea además un Manual para el proceso de evaluación de la calidad de atención en Salud Mental, MINSAL, 2007 y la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales.(D.S. 633)

³² Se han realizado diversos estudios en los que la evaluación de la implementación del Modelo Comunitario de Salud ha tenido resultados negativos en cuanto al Recurso Humano, en que resalta la oposición de médicos, técnicos y profesionales de la Salud a este modelo. Minoletti, A., & Saxena, S. (2006). Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago OMSOPS. Ver también Minoletti, Alberto; Zaccaria, Alexandra. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(4/5)

³³ Las definiciones y normas técnicas de estas redes y sus componentes se encuentran en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría formulado en Chile en 1999, así como en las distintas versiones del Modelo de Psiquiatría Comunitaria. (Saraceno, 1993:11)

³⁴ Médico de la UBA, especialista en psiquiatría. Hizo su residencia en el Hospital Evita de Lanús. Master en salud pública en Granada (España). Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de Río Negro entre 1985-1999. Impulsó el proceso de desmanicomización y es autor del anteproyecto de ley 2.440 de "promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental". La reforma en Río Negro es

enumerando ocho principios esenciales que trascienden las distintas culturas y economías de los lugares en los que se ha implementado esta política. El Dr. Cohen propone lo siguiente:

1. **“Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas”**: en la interacción cotidiana, generamos salud mental sin necesitar de un psiquiatra o un psicólogo. Los técnicos deben rescatar este hecho. Que las personas de la comunidad puedan echar mano y puedan activar estos recursos de salud presentes en todos los humanos.
2. **“Noción de Crisis”**: Comprender que es una noción propia del ser humano, por lo que no se resuelve fuera de su cotidianidad. Es claro que un psiquiatra o un psicólogo no construye casas, ni fabrica calzados o elabora el pan, pero tiene que tener claridad que el pan, un calzado o una vivienda son recursos terapéuticos tan o más importantes, que un psicofármaco o la cama de un hospital y deberá coordinar con las instancias del Estado para que los que proveen estos recursos, lo hagan. O sea: integrar en forma efectiva la dimensión social incorporando a las instituciones del estado encargadas de gestionar la provisión de alimento; vivienda; pensiones; trabajo; recreación y cultura; etc.
3. **“La dimensión de lo técnico, lo político y lo social”**: La labor para desarrollar servicios de salud mental basados en la comunidad es un proceso técnico, político y social. En cuanto a lo técnico, todos debemos repensar nuestras prácticas y nuestras conductas, y ser capaces de extraer lo que sí tiene valor de lo que aprendimos y descartar aquello que hoy ya no sirve. Los legisladores, las autoridades, etc., deben comprender la necesidad de este cambio para aprobar la legislación correspondiente, proveer de recursos necesarios. En lo social, la propia familia debe saber que no es necesario que escondan y que encierren a su hijo con problemas, sino, que en su unidad de salud puede ser atendido y que sepan que no es ni tan crónico ni tan peligroso y que puede ser recuperado, así como puede recuperarse de cualquier otro problema de salud, atendido en el sistema de salud.

uno de los paradigmas y ejemplos que se toma en todo el mundo como modelo de cambio. Consultor internacional de la OPS y de la OMS en El Salvador, Washington y México. Actual asesor subregional en salud mental para América del Sur de la OPS/OMS.

4. **“Necesidad de socializar los conocimientos”**: Se trata de dar los instrumentos para que los diversos actores puedan intervenir en el lugar y el momento en que se presentan las necesidades en vez de intentar reemplazarlos con especialistas. Estos son necesarios en primera instancia para capacitar, apoyar y acompañar para que puedan hacer sus funciones, de padres, maestros, etc., para las que son insustituibles.
5. **“Niveles de complejidad”**: En el campo de la salud en general, el tercer nivel es el que más inteligencia, recursos, creatividad y más capacidad requiere; es donde está lo básico de la medicina moderna. En el campo de la SMC este nivel se invierte y pasa a ser la comunidad la que requiere los mayores esfuerzos, creatividad, inteligencia, capacidad e inversión de recursos. Es éste el nivel de mayor complejidad desde el punto de vista de la SMC, el lugar donde la persona desarrolla su vida todos los días.
6. **“Necesidad de transformar nuestras propias mentes”**: la complejidad de este proceso de cambio tiene que ver entre otros aspectos, porque implica la necesidad de revertir cuestiones muy profundas que están presentes en cada uno de nosotros, más allá de que tengamos o no un título o diploma universitario. No se necesitan muros, electroshock, ni rejas para producir una situación de autoritarismo. Esto marca entonces lo complejo que son las transformaciones que nosotros estamos proponiendo.
7. **“Necesidad de crear nuevas representaciones sociales respecto a la locura”**: Este gran cambio surge de la posibilidad de construir una nueva práctica que se expresa en una nueva posibilidad de atención, reflejo de una nueva concepción en salud mental.
8. **“Idea de Rehabilitación”**: Se pretende lograr el grado máximo de autonomía posible de cada individuo, potenciar al máximo sus habilidades y capacidades y todos, hasta la persona más demenciada, tiene un margen de habilidad y de capacidad que debe ser investigado y promovido. En última instancia, solo el ejercicio de los derechos de ciudadanía permitirá la rehabilitación de la persona. Poder votar, casarse, tener hijos, comprar y vender, desplazarse libremente etc., y esos son los derechos que debemos promover activamente para que se hagan efectivos: acompañar a votar a un usuario; permitirle que críe a sus hijos haciendo un seguimiento y dando los instrumentos para un buen desarrollo de sus niños; capacitándolo en oficios y creando instancias de trabajo en la comunidad, son algunas de las labores básicas de los equipo de rehabilitación.

En este nuevo paradigma se da mayor importancia al entorno social de la persona, en cuanto al desarrollo y resolución del problema de salud mental que lo aqueja.

En términos prácticos, este modelo se expresa en la implementación de las redes de servicios sanitarios y sociales que respondan a las necesidades de la población, en distintos niveles de atención integrados al sistema de salud general con un especial foco en la Atención Primaria.

Esta red se articula en variados componentes vinculados entre sí y vinculados a otros de carácter hospitalario, con participación directa de los usuarios, familiares y miembros de la comunidad (Los Hospitales de Día, los Consultorios APS, los Hogares Protegidos, los Clubes Sociales, los Centros Diurnos de Rehabilitación, los Talleres Laborales Protegidos, las Empresas Sociales de Integración. Entre los segundos, los Consultorios de Psiquiatría y los Establecimientos de Corta Estadía).

Actualmente subsiste la institucionalidad asilar centrada en el encierro, que comparte el escenario con una mirada reformada de la institución, en la que predomina la atención abierta y de orientación comunitaria, la cual se enmarca en la tendencia a la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico.

I.5 Pregunta y objetivos de la investigación.

I.5.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales que subyacen en la relación funcionario-paciente dentro del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak?

I.5.2 Objetivo general

Describir las representaciones sociales del paciente psiquiátrico, enfermedad mental y del espacio institucional presentes en el discurso de pacientes y funcionarios profesionales y no profesionales del I. Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak en el contexto del Modelo Comunitario de Salud Mental.

I.5.3 Objetivos específicos

1. Identificar las representaciones sociales que los actores involucrados tienen sobre el paciente psiquiátrico
2. Identificar las representaciones sociales que los actores involucrados tienen sobre la enfermedad mental
3. Identificar las representaciones sociales de los actores involucrados en torno al espacio institucional que conforma el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak
4. Indagar en la significación del paciente psiquiátrico sobre la experiencia vivida en el proceso de enfermedad mental.
5. Indagar en la significación que el funcionario profesional y no profesional tiene sobre la atención hacia el paciente psiquiátrico.

I.3.4 Objetivos prácticos

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, tiene un marcado carácter académico, motivo por el cual se presentará un informe de resultados con la intención de conformar un recurso para los estudiantes, que les aporte una consideración distinta del paciente psiquiátrico, con el objetivo de sensibilizar a los futuros psiquiatras y psicólogos para modificar la relación con sus futuros pacientes.

II CAPÍTULO: MARCO TEÓRICO

II.1 Marco Referencial

En materia de Salud Mental, Chile se encuentra dentro del grupo del 73% de los países de América que cuentan con una Política de Salud Mental y dentro del grupo del 77% que cuentan con un Programa de Salud Mental. No obstante, se encuentra dentro del 22% de los países que no han sido capaces de formular una ley de Salud Mental. (Minoletti, A., & Saxena, S. 2006:55)

Los indicadores de prevalencia de patologías psiquiátricas se encuentran en la media de los países latinoamericanos, sin embargo, en trastornos menos graves duplica el porcentaje, por ejemplo en la distimia³⁵ (8% Chile; 3,5% A.L.) y en el abuso o dependencia de drogas ilícitas (3,5% Chile; 1,6% A.L.) (Khon, et al. 2005)

Prevalecen además en Chile, desde el punto de vista epidemiológico, problemas tales como el estrés, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y un aumento progresivo de las tasas de suicidio (54,9% entre 1995-2009³⁶), como también un nivel importante de demanda en servicios de salud mental (tanto psiquiatría como consultas psicológicas y psicoterapéuticas) y finalmente un considerable aumento de las licencias médicas por trastornos mentales. (Morales, R. A., et al. 2012)

Las cifras muestran el siguiente panorama:

El Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica mostró que un 36% de la población mayor de 15 años, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, (una de cada tres personas) mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses (esto es una de cada cinco personas). (Vicente, et al. 2002)

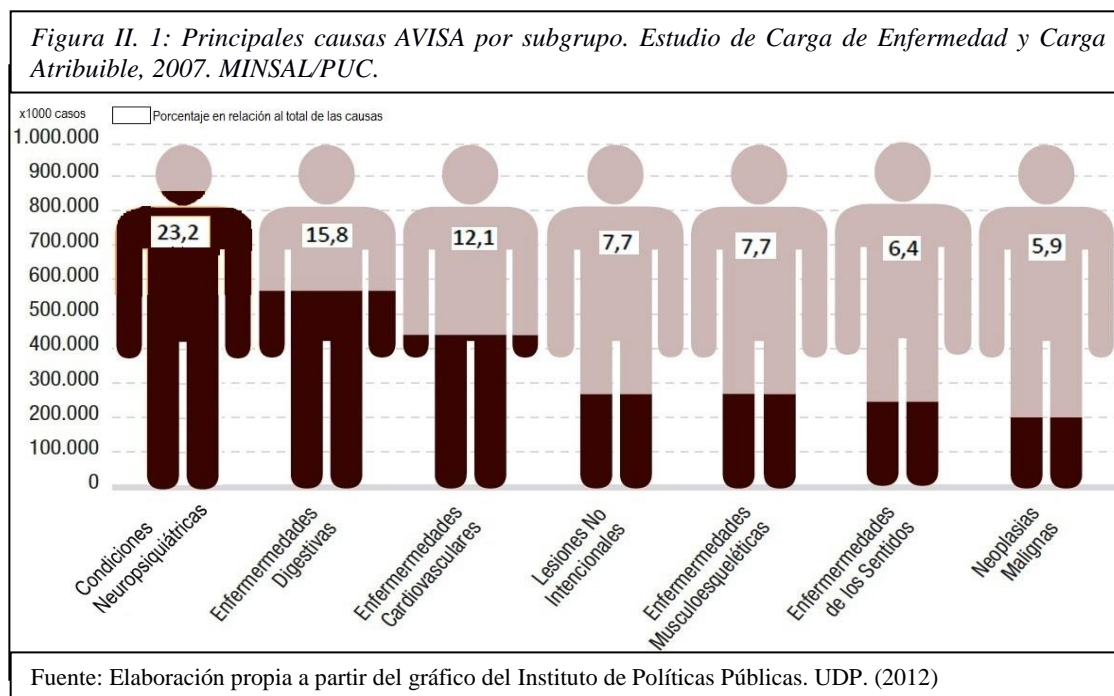
³⁵ La distimia corresponde a una depresión crónica del humor, que dura al menos varios años y no es suficientemente grave, o bien cuyos episodios individuales no alcanzan a ser suficientemente prolongados como para justificar el diagnóstico tanto de las formas graves y moderadas como de las formas leves del trastorno depresivo recurrente (F33.-). CIE-10. Se refiere más bien a un estado anímico que no cumple los requisitos para ser depresión como enfermedad. Se asocia al desarraigo, falta de estímulos en la infancia, etc.

³⁶OCDE (2013), Panorama de la salud 2013: Indicadores de la OCDE, Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

La mayor prevalencia recae en los trastornos por ansiedad, junto con las depresiones mayores que constituye uno de los trastornos específicos más prevalentes, 9,2% en vida y 5,7% en un año. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas presentan también una alta prevalencia, 11% y 8,1%, respectivamente. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5,5% y severos, 3,3% (Vicente, et al. 2007)

El cambio en el perfil demográfico³⁷ y epidemiológico³⁸ de las sociedades en general y en Chile especialmente, junto con la calidad de la atención en salud pública y las condiciones de vida modernas, han desembocado en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles vinculadas al estilo de vida, que explican el 39% de los años de vida saludables perdidos (AVISA) constituyendo una carga significativa en la pérdida de productividad.

“Se considera que todos estos factores de riesgo, no son consideradas conductas autodestructivas plenamente individuales y voluntarias, sino más bien, son factores de riesgo adquiridos en el proceso de socialización de las personas. Es decir, estos factores de riesgo tienen fuertes determinantes psicosociales comunes”. (MINSAL/PUC. 2007:)



³⁷ Envejecimiento de la población; Disminución de la natalidad, Disminución de la tasa global de fecundidad por debajo de la tasa de reemplazo; Disminución de la mortalidad; Aumento de la expectativa de vida al nacer.

³⁸ Aumento de la mortalidad por Enfermedades No Transmisibles (ENT); Disminución de la Mortalidad por Enfermedades Transmisibles; Mayor Carga de Enfermedad por ENT; Alta prevalencia de factores de riesgo de ENT.

En Chile, en el año 2011 la prevalencia de síntomas depresivos alcanza el 17,2% de la población, mientras que un 21,67% declara haber recibido un diagnóstico médico de depresión, tendencia que resulta mayor en mujeres y grupos de menor nivel educacional. (MINSAL, 2011)

Aún más, el estudio presentado por la OCDE (2013) que demuestra el aumento progresivo (60% durante los últimos 50 años) de las tasas de suicidio principalmente en los países en vías de desarrollo, ubica a Chile como el segundo país donde más ha aumentado la tasa de suicidio después de Corea del Sur. El panorama se torna más preocupante ya que en Chile, la tasa de mortalidad por suicidio alcanza el 13,3%, sobre el promedio de los países de la OCDE, siendo la segunda causa de mortalidad en adolescentes, solo después de los accidentes vehiculares.

Es así como se ha presentado la necesidad de abordar y hacerse cargo del tema, dado la importancia sobre la morbilidad, indicando que para el año 2020³⁹, la depresión será la segunda causa de discapacidad (después de las enfermedades cardiovasculares), cuya proyección al año 2050 puede pasar de los 35,6 millones de afectados a los 115,4 millones en cuatro décadas. (WHO, 2012)⁴⁰

El Informe de la Salud en el Mundo de la OMS el año 2001, realiza un diagnóstico global y promueve una serie de iniciativas para instalar el tema de la Salud Mental en la agenda de prioridades de los países. En Chile esta exigencia se tradujo en la aplicación de estrategias de salud pública, principalmente en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Entre los principales lineamientos se encuentra el desarrollo de los servicios comunitarios de salud mental y su integración en los servicios de salud generales, dentro de una red de vínculos intersectoriales.

Uno de los hechos importantes de resaltar, es la situación de los funcionarios que trabajan directamente con los pacientes mentales. Se recalca que poseen un alto riesgo de padecer trastornos mentales tales como depresión y ansiedad, por lo que se hace imperativo

³⁹ Indicado en el informe “Demencia una prioridad pública” (2012) de la OMS y la Asociación Internacional de Demencia (ADI). Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1

⁴⁰ Aún más, de acuerdo al cálculo de los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) los trastornos neuropsiquiátricos son la parte fundamental de la carga global de enfermedades con un 13%, seguidas de lesiones (12%) y VIH/SIDA (6%). (OMS, 2002)

modificar las dinámicas de relación que se producen en los centros de internamiento. No por riesgo de contagio, claramente, sino atendiendo al sufrimiento y desgaste que supone tal enfermedad en las personas que rodean al paciente.

En el año 2003 (a tres años de la implementación del Modelo Comunitario de Salud Mental y Psiquiatría) se realiza un primer estudio encargado por la Unidad de Salud Mental del MINSAL sobre la evaluación longitudinal 2002-2003 del impacto, diferenciado de las actuales intervenciones biológicas y psicosociales del Modelo Comunitario, en los usuarios diagnosticados con esquizofrenia tratados ambulatoriamente⁴¹.

Este estudio plantea a grandes rasgos, la asociación de diversas variables que conjuntamente, aportan de manera significativa a un mayor desarrollo del modelo comunitario, estas son: “vivir en hogares protegidos”; “ser tratados desde intervenciones integradas (bio-psico-sociales)”; “no haber interrumpido su tratamiento farmacológico en el último año”. El estudio asegura que estas tres variables explican un 57,8% de la pertenencia de los casos observados al estrato de mayor desarrollo del modelo comunitario.

“Comparando el grupo de población que cumple con estas 3 variables y aquel que no es intervenido con ninguna de ellas, se establece que las condiciones de “vivir en hogares protegidos”, “ser tratados desde intervenciones integradas (bio-sico-sociales)” y “no haber interrumpido su tratamiento farmacológico en el último año”, aparecen asociadas de manera importante a puntajes indicativos de un mejor Estado Clínico de la población objetivo tratada ambulatoriamente (sig. 0.029), del mismo modo que a una mejor Calidad de Vida, (General, 0.000; Psicológica, 0.001; Ambiental, 0.005; Social, 0.003; Física, 0.001) un mejor Funcionamiento en Roles Sociales (Autocuidado, 0.010; Ocupacional, 0.014) y una mayor Satisfacción Usuaría (0.009).” (CISOC, 2003:4)

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile ha desestimado este estudio, ya que no fue sometido a estudios de validez, debido a la instauración reciente de este modelo, y en ausencia de un protocolo de análisis del Modelo Comunitario de Salud Mental. Por lo que presentan una propuesta de “Elaboración y validación de instrumento que describe y caracteriza las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia” llevando a cabo una evaluación piloto. En ella describen las características de tres redes

⁴¹ CISOC (2003) INFORME FINAL “Estructura, Procesos, Flujos, Clasificación de Unidades de Atención Ambulatoria e Impacto Modelo Comunitario en Salud Mental y Psiquiatría en población usuaria diagnosticada con esquizofrenia, en el Sistema Público de Salud - 2002” Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e71730f6fb9d67e04001011f014ea2.pdf>

evaluadas en las que concluye en uno de los criterios considerados en la evaluación, “Actuar sobre los determinantes sociales de la discapacidad” se identificaron cifras bajas, alrededor de un 30% de satisfacción del estándar, señalando que este aspecto es el que tiene menos desarrollo en las tres redes evaluadas.

Es relevante destacar la reflexión que realiza, reconociendo las tareas pendientes en esta materia y la necesidad de abordarlas.

“Queda pendiente la discusión respecto de la validez de los criterios en base a lo que los lineamientos de política establezcan en este campo y a lo que dentro de esta se defina como modelo comunitario. Hasta la fecha esta es una discusión pendiente, que incluso trasciende los límites de nuestro país, puesto que la acepción de lo que es comunitario tiene matices diferentes en Estados Unidos, Europa o América Latina”. (Alvarado, 2007:125)

El informe “Salud mental en la comunidad” (OPS, 2009) reconoce que *“el estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación”* (OPS, 2009 en Ferro, 2010:48)

En el año 2005 se realiza en Chile una evaluación del Plan Nacional de Salud Mental en el cual se parte por identificar las siguientes dificultades y falencias:

En primer lugar, la **resistencia natural al cambio**: los cambios y transformaciones en materia de salud mental contenidas en el Plan Nacional han ocasionado una fuerte resistencia por parte de los trabajadores de la salud: *“Los trabajadores sanitarios con más años de experiencia en los servicios psiquiátricos tradicionales se sienten inseguros con el modelo comunitario y no ven claramente los beneficios del cambio”* (Minoletti, et al. 2005:351)

Se observan como dificultades también la ausencia de una **ampliación presupuestaria** y la desigualdad en la distribución de los recursos, tanto humanos como de infraestructura. Otra falencia importante es el sistema de registro e información de salud mental (que hasta 2002 solo se registraba el número de prestaciones de salud mental, sin especificaciones). La salud mental infantil está al debe y la ausencia de una legislación en Salud Mental oscurece el panorama.

En relación a esto, en el año 2006 se realizó un análisis de la Salud Mental en Chile que señala como uno de los principales obstáculos para la realización del modelo comunitario

en Salud Pública⁴², el estigma y los prejuicios que el personal tiene de los pacientes psiquiátricos, ya que *“existe un número no despreciable de profesionales de Salud Mental, especialmente psiquiatras y funcionarios de hospitales psiquiátricos, aunque también de algunos hospitales generales, que se oponen parcial o totalmente al modelo comunitario que se está implementando en el país”* (Minoletti, A., & Saxena, S.2006: 54)

Se identifica como el principal obstaculizador para el Desarrollo del Sistema de Salud Mental que:

“El estigma hacia las personas con enfermedades y discapacidades mentales es muy fuerte en Chile. Las personas con estos trastornos son habitualmente consideradas incompetentes, incapaces de cuidar de sí mismas y de manejar sus asuntos personales y potencialmente violentas. Los medios de comunicación refuerzan esta visión y con frecuencia muestran noticias de personas supuestamente con esquizofrenia (rotulándolos como “esquizofrénicos”) que han cometido actos violentos u homicidios. Estas formas de estigma son generalmente compartidas por los técnicos y profesionales de salud y de salud mental. Este estigma contribuye a que las personas con enfermedades mentales sean discriminadas negativamente tanto en los establecimientos de salud como en la sociedad en general” (Minoletti, A., & Saxena, S.2006: 54)

El problema de la estigmatización asociada al paciente psiquiátrico, ha sido abordado por diversos estudios y sin duda ha ido cobrando mayor relevancia en el tiempo, puesto que ha quedado en evidencia que generan una serie de condiciones negativas que conllevan a la exclusión, tanto social y cultural, como también en la atención en salud.

En su mayoría, dichos estudios han generado información en la medición del estigma, mediante indicadores en cuanto al acceso a la atención en salud, desde el punto de vista del paciente, o desde el punto de vista de los sistemas de salud.

En el año 2005 se publica un estudio de la OMS/OPS sobre la estigmatización y el acceso a la atención en salud en América Latina, en el cual se muestran los indicadores de la exclusión en salud, caracterizando este fenómeno como profundamente asociado al estigma y sus consecuencias, que operan como barrera de acceso a los servicios de salud en los portadores de problemas de salud mental.

⁴² El Modelo Comunitario de Salud Mental es descrito grosso modo en los Antecedentes de la presente investigación, pp.25-29.

Dicho estudio surge de la creciente necesidad de abordar el tema dado el impacto que tuvieron en salud las reformas económicas implementadas en la mayoría de los países en América Latina y el consecuente aumento de la pobreza y la inequidad en la distribución del ingreso. (OMS/OPS, 2002)

La exclusión en salud es definida como *“la negación misma del derecho a la salud y de aquí surge el imperativo de actuar sobre ella por razones de carácter ético y legal”*. (Acuña; Bolis; 2005:03)

Dentro de las causas de exclusión en salud, se identifican dos grandes grupos:

- a) Externas al sistema de salud: o con base de discapacidades o barreras económicas, geográficas, étnicas, y/o culturales y relacionadas con la falta de infraestructura pública para la provisión de servicios básicos.
- b) Internas o propias del sistema de salud: ya sean ligadas al proceso de atención sanitaria, a la infraestructura de la red de salud, a la asignación de recursos al interior del sistema de salud o a la cobertura efectiva, es decir, a lo que ocurre finalmente en el punto de atención, cuando el usuario entra en contacto con el proveedor del bien o servicio de salud. Las personas con problemas de salud mental además son objeto de exclusión debido a la naturaleza específica de sus problemas de salud, que conducen a una desvalorización de su posición social y generan autoexclusión por temor a ser discriminados. (Acuña; Bolis; 2005:04)

El fenómeno de la exclusión en Salud asociado al estigma se caracteriza en tres escenarios:

- 1- El individual: al estudiar el tema desde la autoexclusión o el rechazo a la atención psiquiátrica.
- 2- El institucional: en términos de la respuesta del sistema de salud con referencia al personal de salud
- 3- El comunitario: también de cara al sistema de salud. En este caso se hace referencia a las actitudes del resto de los demandantes de atención frente a lo que podría denominarse, el valor social del individuo como portador de un problema de salud mental. (Acuña; Bolis; 2005:06)

López, (et al. 2008) realiza un estudio en torno a la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental, como barreras de acceso a condiciones de vida y atención razonables. En dicho estudio identifica dos tipos de problemas centrales:

- a) los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suele ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente;
- b) los relacionados con el estigma que, paradójicamente suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. (López et al. 2008:43)

En este sentido, el estudio revela que existe una llamada “*discriminación estructural*”, que implica que las actitudes (o “*propensión a la acción*”) aun cuando son variables, se presentan sobre un fondo negativo común, que se refleja en las políticas públicas, leyes y otras disposiciones de la vida social. Este fondo común, se expresa en las actitudes negativas prevalentes que repercuten directamente sobre las personas estigmatizadas y refuerzan constantemente el proceso de discriminación. (López, et al, 2008:47).

Es por ello que, la discriminación estructural es un fenómeno que se encuentra inscrito en la dinámica social y está vinculado con los mecanismos habituales del conocimiento, por lo que es complicado erradicarlo.

“...Sigue habiendo todavía, como todos sabemos, discriminaciones efectivas en la atención sanitaria no especializada en salud mental o en el acceso a servicios sociales generales, educativo, legales o de empleo, discriminaciones que hunden sus raíces en la visión tradicional de Hospital Psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la atención a las personas con este tipo de problemas”. (López, et al. 2008:60)

El autor identifica, a su vez, tres maneras en que el paciente psiquiátrico responde al estigma y la discriminación: la autoestigmatización⁴³, la indiferencia y la autoafirmación o empoderamiento (*empowerment*)

⁴³ Autoestigmatización: suelen manifestar actitudes similares a las de la población general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad con efectos añadidos a los de la propia enfermedad, [que] conduce a una real desmoralización con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. (conductas similares a las de otras personas tanto “desacreditadas” como “desacreditables” utilizando la terminología de Goffman) Y ello además de constituirse un factor de estrés, que según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de

La manera en que el paciente reacciona al estigma, depende del análisis que éste haga de su situación, considerando tanto las variables personales como del contexto, redes de apoyo social e institucional, además de los grupos de referencia al que pertenezca.

Vásquez, (2009) por otra parte, en su estudio sobre la relación del estigma sobre la drogodependencia y la accesibilidad en salud, destaca como hecho importante el impacto que el estigma de una enfermedad puede causar en el desarrollo de otras enfermedades, agravando la situación social de desventaja a la que es forzada la persona.

El supuesto base que sostiene la investigación de Vásquez, se refiere a que el ideario estigmatizante se reproduce en los discursos y en las condiciones de los servicios y éstos intervienen, por ende, en la construcción de las barreras de accesibilidad. (Vásquez, 2009:03)

De acuerdo al panorama descrito de la situación de la discriminación de los pacientes psiquiátricos, y la situación dentro de los servicios de salud mental, con sus consecuencias, se desarrolla la presente investigación, que no pretende seguir describiendo las formas de exclusión y discriminación que sufren estos pacientes, sino explorar en la representación social que fundamenta estas prácticas, y describir sus componentes dentro de un modelo simbólico de acción.

A continuación se describe la opción teórica tomada que ayudará en este proceso.

II.2 Marco Teórico.

II.2.1. Ciencias Sociales y Salud Mental

La investigación sociológica en ámbitos de Salud Mental se ha desarrollado desde los albores de la disciplina como tal; con Dürkheim y su estudio sobre el Suicidio se marca un quiebre paradigmático en cuanto a las delimitaciones disciplinarias, indicando por primera vez que incluso en lo que se piensa como profundamente individual (o mental) como es la decisión del suicidio, tienen un impacto decisivo los factores sociales, los cuales generan pautas o tendencias en los comportamientos y acciones.

Debido a la tradición positivista de los estudios de Durkheim, su legado significó que la validez de los estudios sociales recaía en una base estadística, de modo que no se pudiera confundir fácilmente los hechos sociales (externos y objetivos) con los hechos individuales⁴⁴. Lo cual significó, de cierta forma, la negación del sujeto por parte de la sociología macrosocial de la época.

El sociólogo estadounidense Talcott Parsons también desarrolló una serie de estudios en torno a la problemática de Salud dentro del pensamiento funcionalista. Desarrolló un análisis del paciente psiquiátrico y del médico como roles sociales, a partir de una descripción de las pautas de comportamiento. Según el autor, existen tres pilares en la socialización, por medio de los cuales el enfermo aprendió dicho rol:

- a) El enfermo no es responsable directo de su enfermedad, pues escapa a su control. Lo cual es aplicable a trastornos que no se relacionan con conductas de riesgo.
- b) El enfermo tiene determinados privilegios, tales como apartarse de labores productivas y ciertas responsabilidades.
- c) El enfermo debe aceptarse como enfermo y como paciente, haciéndose cargo de consultar al experto médico y ciertamente, está obligado a trabajar para recuperar su salud. (Parsons, 1982: cap. VIII)

⁴⁴ Dicha aclaración del método de la ciencia aparece en Durkheim E. (1978) Las reglas del método sociológico. Buenos Aires. La Pléyade.

Este modelo de análisis de la relación médico-paciente se centra en el rol del médico, como profesional y protagonista, restando participación a la familia y al paciente en torno a la enfermedad.

Posteriormente, autores como Foucault y Goffman entre otros, han desarrollado estudios acerca de la realidad de los internados, la concepción de locura desde una perspectiva histórico-social, el poder psiquiátrico y otros. Dichos autores proporcionaron un análisis con un prisma social del fenómeno, aunque desde diferentes posiciones, inaugurando un nuevo campo de investigación sociológica, tradicionalmente orientada al orden social.

La contribución de Foucault va más allá de los tópicos que abordó acerca de los tipos de locura en determinada sociedad, pues tiene que ver con el análisis de las transformaciones históricas e institucionales sobre las cuales se constituyó la locura, como una “sin razón” en el polo subjetivo y la enfermedad mental como polo objetivo.

En “Enfermedad Mental y Personalidad” (1954) Foucault instala un importante foco de análisis en torno al origen de la enfermedad mental, mediante la reflexión del ser humano y las ciencias humanas y no desde el esfuerzo de correlacionar la “medicina mental” y la “medicina orgánica”. Mientras tanto en “La historia de la Locura en la época clásica” (1961) expone la historia de la locura (no de la psiquiatría) con anterioridad a toda captura del saber, sin embargo, dicho trabajo consiste en una crítica y una interrogación sobre la normalización y la racionalidad. En “El Nacimiento de la Clínica” (1963) se considera la relación entre el pensamiento médico y el saber sobre la enfermedad, la vida y la muerte en torno a la generación del conocimiento.

En torno al estudio del manicomio y la Psiquiatría, en “El poder Psiquiátrico” (curso dictado en 1973) Foucault retoma las distinciones entre el <<poder de soberanía>> y el <<poder disciplinario>> y la evolución desde una macrofísica de la soberanía a una microfísica del poder, concentrándose en esta obra más en lo que denomina la “medicina mental” y no tanto en la “enfermedad mental” como en sus obras anteriores.

El análisis genealógico que realiza el autor revela que la práctica de la internación sistemática de los locos, no tiene lugar sino hasta principios del siglo XIX, pues hasta entonces, la locura era considerada como una forma de error en relación a la conducta normal. En adelante, se comienza a percibir como un juicio perturbado, un trastorno en

relación a la manera de obrar, de querer, de tomar decisiones, que coincide con la psiquiatría de Esquirol y Hoffbauer. (Foucault, 2005: 386-387)

Poco a poco, a medida que avanzaba el siglo XIX, la Psiquiatría (y la función PSI)⁴⁵ se fue extendiendo a todos los sistemas disciplinarios⁴⁶, puesto que se convierte en *“el discurso y la introducción de todos los esquemas de individualización, normalización y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios”* (Foucault, 2005:111)

La Psiquiatría clásica se desarrolla ampliamente entre 1850 y 1930, hasta que se comienza a gestar una serie de críticas dentro de la institución, que ponen de manifiesto la violencia del poder médico que ahí se ejercía, cuestionando así los efectos del desconocimiento en relación a la veracidad del discurso médico. (Foucault, 2005:58-59)

Dentro de estas críticas, Foucault distingue dos corrientes principales, la primera, que se desarrolla desde 1930, pretendía estudiar los cambios en la organización de los asilos susceptibles de dar mayor lugar al tratamiento moral e individual. Nuevos enfoques que debilitan la perspectiva tradicional centrada en el hospital. El principal exponente fue Édouard Toulouse (1865-1947) quien decía que el espacio asilar se reducía al de una *“asistencia guardería”* (Henri Roussel, 30 de Julio de 1937. P4. En Foucault 2005:57)

La segunda, que se desarrolla desde 1940 en adelante, plantea un cuestionamiento de la naturaleza de las relaciones del psiquiatra para con el enfermo. Para esta corriente, el hospital psiquiátrico no sólo es un hospital de alienados, sino que está alienado en sí mismo, *“pues su constitución responde a un orden conforme a los principios y usos de un orden social que excluye los factores que la perturban”* (Lucien Bonnafé, 1991:221 en Foucault, 2005:57.) El principal exponente de esta crítica es Paul Balvet, director del hospital de Saint-Alban (Lozère).

En grandes rasgos, las críticas hacia la Psiquiatría pusieron en cuestión principalmente el poder del médico y el efecto que producía en el enfermo por sobre la pretensión de verdad científica de la enfermedad. Específicamente, los aportes de Bernheim, Laing y Basaglia,

⁴⁵ La “Función PSI” se refiere a la función psiquiátrica, psicopatológica, psicocriminológica, psicoanalítica; la psicopedagogía, la psicología laboral, etc. *“Cuando digo “función” no solo aludo al discurso, sino a la institución y al propio individuo psicológico”*.(Foucault, 2005:110)

⁴⁶ Cada vez que un individuo era incapaz de seguir la disciplina escolar, la del taller, la del ejército o, en última instancia, la de la prisión, intervenía la función PSI. (Ibíd)

entre otros, pusieron en tela de juicio la implicación el poder del médico en la verdad científica que propugnaba, y la posibilidad de que dicha verdad estuviera comprometida por su poder.⁴⁷

Foucault realiza una distinción entre los enfoques antipsiquiátricos, puesto que existen matices que llevan a considerar dos formas de crítica a la psiquiatría, que no necesariamente se trata de antipsiquiatría propiamente tal.

Por una parte, dentro de un enfoque llamado “movimiento de despsiquiatrización”, que consistía en *“articular directamente entre sí el diagnóstico y la terapéutica, el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad y la supresión de sus manifestaciones”* (2005:391), en que la psicocirugía y la psiquiatría farmacológica son las dos manifestaciones más notables, las cuales llevaron a una sobremedicalización de la locura.

Por otra parte, otro enfoque estaba asociado al psicoanálisis, puesto que *“consiste en la retirada fuera del espacio asilar para borrar los efectos paradójicos del sobre poder psiquiátrico”* (2005:392)

Ambas orientaciones son conservadoras del poder psiquiátrico, por el contrario, la Antipsiquiatría⁴⁸ consiste en *“la lucha con, en y contra la institución. La antipsiquiatría acomete sin duda contra la institución como lugar y forma de distribución y mecanismo de esas relaciones de poder”* (2005:393)

Paralelamente al análisis de la locura y el poder psiquiátrico de Foucault, en el mismo año que publica “la Historia de la locura en la época clásica” (1961), aparece la publicación del estudio etnográfico de las instituciones totales, “Internados” de Goffman.

La contribución de Goffman principalmente en la obra “Internados” trata del estudio desde la perspectiva microsociológica, la realidad del mundo social de los pacientes psiquiátricos hospitalizados tal como ellos la significaban, los comportamientos sociales y los procesos de interacción, señalando las agresiones, etiquetamientos, despojos y las tácticas que los internos implementan para hacer frente a ellas.

La particularidad de los “internados” descrita por Goffman, recaen la tendencia absorbente

⁴⁷ Véase el caso de la taumaturgia de Charcot y la Histeria. (Foucault, 2005: 161-165.)

⁴⁸ Para profundizar en el movimiento antipsiquiátrico y sus implicancias en la psiquiatría chilena véase el presente informe, en el capítulo I.4. Antecedente histórico, político y social del Instituto Psiquiátrico.

de lo que llama “instituciones totales”⁴⁹ que se define como: “*Un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparte en su encierro una rutina diaria administrada formalmente*” (Goffman, 1994:13)

Estas tendencias absorbentes o totalizadora, consume parte del tiempo y el interés de sus miembros proporcionando un mundo propio. Todos los aspectos de la vida de un individuo se desarrollan en un mismo lugar, las actividades cotidianas se llevan a cabo siempre programada y obligatoriamente, en compañía de otros en función de los objetivos de la institución. De acuerdo con lo que describe el autor, este proceso de control del tiempo del interno, irrumpe hasta en su sentido de identidad, a lo que le llama *profanación del sí-mismo*. (Goffman, 1994:26)

Goffman realiza una descripción del funcionamiento de los internados y de las relaciones sociales que se producen en su interior, en donde se dan los procesos de institucionalización psiquiátrica, en el cual predomina en los pacientes una actitud pasiva y de obediencia hacia la autoridad del equipo médico, con matices según el tipo de autoridad y rango.

En este punto, destaca el rol que cumple el psiquiatra en la relación con el paciente, pues se erige como “embajador del mundo externo”, y se encarga de imponer dentro del internado, las normas de la sociedad. (Goffman, 1994:46)

La despersonalización es un mecanismo que implica que los internos se vean forzados a aceptar las definiciones de identidad impuestas. El autor describe también las tácticas que los internos implementan para adaptarse a las normas del internado, como la *carrera moral* del paciente psiquiátrico que produce el proceso de institucionalización.

Al ser internado en un hospital psiquiátrico, los pacientes van atravesando distintas etapas que son bastante similares. En cuanto a la *carrera moral* pueden distinguirse principalmente tres: la etapa previa a la internación (*pre-paciente*); período de estadía en el hospital (*paciente*); y la etapa posterior del alta médica (*ex-paciente*).

⁴⁹ El concepto de *Instituciones totales* en Goffman se ha modificado para el análisis posterior, sustituyéndolo por el de “*organizaciones totales*” ya que mediante el análisis de éste se ha considerado que a lo que refiere es más bien a una organización, puesto que una institución se remite a un plano simbólico o abstracto de normas y reglas escritas o informales que sustentan las relaciones entre las personas que constituyen una organización.

El autor sólo considera las dos primeras etapas en el desarrollo del libro “Internados”. Éstas consisten, grosso modo, en lo siguiente:

a. Etapa del *pre-paciente*: La internación del paciente puede ser voluntaria u obligatoria. En el primer caso, la experiencia supone el fracaso del ser humano y exige una “reevaluación desintegradora de sí mismo”. El paciente se interna voluntariamente sea porque realmente piensa que le conviene, o sea por una sincera confianza en la voluntad de la familia.

Para el segundo caso, la internación obligatoria, el paciente es llevado contra su voluntad por la familia, un allegado o denunciante, etc., lo cual convierte al paciente en víctima de una “coalición alienativa” por lo cual se siente traicionado. (Goffman, 1994:172)

b. Etapa del *paciente*: Durante su estadía en el internado, el paciente se convence de su abandono, y de que ha quedado al margen de la sociedad. En este período comienza a ser efectivo el sistema de premio y castigo, además del medio de control basado en el sistema de salas: “*al paciente se le asciende o desciende en función de su bien o mal comportamiento*”. (Goffman, 1994:172)

La carrera moral del paciente ilustra el proceso por el cual éste se desvincula de sí mismo, dentro del juego de tensiones que procura la relación *dentro-fuera* del internado. El autor distingue dos formas primordiales de adaptación: primarias, mediante la adaptación del paciente a las normas y estructuras institucionales; y secundarias, por medio de la adaptación de alguna característica institucional en su propio beneficio.

Es preciso considerar que la definición de paciente mental (o paciente psiquiátrico) debe entenderse en el sentido sociológico del término, pues la relevancia recae en que el atributo “psiquiátrico” del paciente sólo se torna determinante, en cuanto altera el destino social de la persona, lo cual para el autor, adquiere significación únicamente cuando ésta es sometida a un proceso de internación u hospitalización.

“...la impresión de estar perdiendo la cabeza se basa en interpretaciones estereotipadas, de procedencia cultural e impregnación social, sobre la significación de síntomas como oír voces, perder la orientación del tiempo y el espacio y sentirse seguido. En algunos casos, muchos de los más

espectaculares y convincentes de estos síntomas, aunque resulten aterradores para el sujeto, psiquiátricamente solo son señales de un trastorno emocional temporario en una situación de tensión. De la misma manera la ansiedad consiguiente a esta percepción de uno mismo, y las estrategias urdidas para reducir la ansiedad no son producto de una psicología anormal, sino que las presentaría cualquier persona socializada en nuestra cultura, que creyera estar perdiendo la razón”. (Goffman, 1994: 137-138)

En este sentido, el análisis sociológico de Goffman también se acerca al movimiento Antipsiquiátrico, en tanto que más que la enfermedad propiamente, es el atributo desacreditador del diagnóstico (y la hospitalización) que categoriza, diferencia, discrimina y transforma al paciente de “portador” a “poseedor” del estigma.⁵⁰

Por otra parte, Eric Fromm⁵¹ aunque desde la psicología social, también desarrolla importantes aportes al análisis sociológico de la salud mental, pues desde el desarrollo del psicoanálisis reconoció la importancia de incorporar el análisis social para una concepción holística de la salud del ser humano, por lo que buscó una integración de estas disciplinas y llegó a formular la siguiente definición de salud mental:

“Producto de su situación específicamente humana con la cual el Hombre llega al mundo, ésta determina en él ciertas necesidades que son insoslayables, pues deben ser satisfechas. De qué manera estas necesidades son satisfechas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el Hombre pueda desarrollar” (Eric Fromm 1994 en Ubilla, 2009:156)

La visión integrativa de Fromm promovió la concepción bio-psico-social que no se conocía en su época y propuso considerar a la salud en relación a la situación particular del ser humano en el mundo, a lo que llamó la Situación humana. (*conditio humana*)

⁵⁰ El tema del estigma y la concepción de paciente psiquiátrico se desarrolla en el siguiente capítulo, Marco Conceptual.

⁵¹ Diversos son los trabajos de este autor en el ámbito de la salud mental, en el caso en que aquí se refiere, se propone consultar principalmente Fromm, E., Funk, R., & Herrero, E. F. (1994). *La patología de la normalidad*.

II.2.2. Cambios paradigmáticos y enfoques

Puesto que el objetivo de la presente investigación es indagar en la configuración de las Representaciones Sociales que se construyen en la relación funcionario-paciente en el Instituto Psiquiátrico, el estudio se enmarca dentro del paradigma llamado simbólico-interpretativo.

Desde este paradigma, el conocimiento se genera principalmente por la vía inductiva, se acepta la diversidad y complejidad de la realidad (dinámica y diversa) y se funda bajo una lógica que pretende comprender los fenómenos sociales desde la interpretación. Se pasa del supuesto de la objetividad al supuesto de la reflexividad, y desaparece la posibilidad (y también la necesidad) de la objetividad del investigador.

Por consiguiente, se enfoca el análisis en el discurso —en tanto formaciones culturales e ideológicas— en la evocación de vivencias y en la articulación de significados. Estos son construidos por los actores sociales, buscando la comprensión de aquello que se dice, se expresa o se significa. Se basa en un modelo lingüístico por medio del cual sistematiza estas significaciones culturales. (Ortí, A. 1995, en Delgado J. 1995)

El lenguaje es concebido como un componente creador y se comprende a la cultura (en tanto red de conversaciones que definen el modo de vivir, un modo de actuar y un modo de emocionar. Maturana, 1988), como un elemento constitutivo del mundo de la vida, por lo que se enfoca en comprender más que explicar los fenómenos sociales, sobre la manera en que éste experimenta y significa el mundo, puesto que la realidad que importa es la que los propios actores perciben como importante.

El socioconstruccionismo (o construccionismo social) tiene su origen tanto en la sociología del conocimiento como en los desarrollos que tuvo la etnometodología, y sienta sus fundamentos en la obra “La construcción social de la realidad” publicada por Berger y Luckmann (1995). Construido desde un marco teórico diverso, influenciado tanto por la sociología comprensiva de Weber, como de Durkheim y su idea de que la realidad social se compone, a grandes rasgos, de dos factores, por un lado, de la “similitud de las conciencias” (así como el término de representaciones colectivas), y por otro, en torno a la división social del trabajo.

Por consiguiente, en la investigación social se vuelca la mirada hacia las producciones de

sentido (pensando en el discurso como red simbiótica) y ya no en términos del comportamiento o de las cogniciones y, la atención se centra en la narrativa, en los relatos que históricamente mantienen los síntomas y en las prácticas que los sostienen. (Laso, E. 2001)

La dimensión histórica que añade esta perspectiva tiene que ver con la comprensión del ser humano como un actor que se encuentra permanentemente en construcción, y la historia, lejos de ser un ente pasivo, es dinámica y en constante movimiento.

Por ende, los procesos de significación que atiende el socioconstruccionismo se producen por medio de la mediación del lenguaje, en este sentido, se retoma la importancia del lenguaje como componente creador de realidad.

Se ha decidido situar la presente investigación dentro de los fundamentos epistemológicos que propone esta perspectiva, puesto que la mirada socioconstruccionista permite abordar al sujeto ya no desde fuera, como un objeto pasivo que se observa, sino que como dice Gergen, inmerso en las metáforas del diálogo y la multiplicidad. (Gergen, K, 2000)

Esta propuesta contiene también una intención política, que en parte tiene que ver con la liberación del sujeto de las ataduras que el proyecto ilustrado y moderno le impuso, así como desvelar y desenmascarar aquello que ha naturalizado la condición humana, que en lo que remite a los estudios sobre la salud, se refiere a las narrativas patologizantes, psiquiatrizantes y que rondan las Representaciones Sociales sobre la Salud Mental.

II.2.3 Representaciones Sociales.

El abordaje desde las Representaciones Sociales permite producir un marco interpretativo por el cual, explorar los comportamientos y las relaciones entre los pacientes y los funcionarios, puesto que tienen la capacidad de esclarecer los fenómenos sociales, identificando sus características a partir del lenguaje, el discurso, las creencias y acciones arraigadas en el sentido común. (Knapp, E. 2003).

El concepto de Representaciones Sociales remite primeramente a la Psicología Social, el primero en acuñar el término como tal fue Serge Moscovici, quien enfoca su tesis en la naturaleza del pensamiento social en 1961, constituyendo una mirada distinta que integra lo

individual y lo colectivo, así como lo simbólico y lo social. De tal forma, Moscovici se propone demostrar en qué medida la interpretación que las personas hacen de la realidad, así como sus juicios y comportamientos, se encuentra mediada por la dimensión ideológica propia de la vida en colectividad.

La Teoría de las Representaciones Sociales corresponde a una forma de enfocar la construcción social de la realidad, cuya óptica de análisis permite conjugar de igual manera las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales en el 'sentido común'. Esta perspectiva comprende que tanto el lugar que las personas ocupan en la estructura social, como lo que experimentan día a día y el contexto sociocultural en el cual se desenvuelven, influyen en su manera de ser y en la forma en que ven la realidad. (Araya, 2002)

El análisis de las representaciones sociales permite ahondar en las producciones simbólicas, el lenguaje y las significaciones de la enfermedad y del enfermo, del médico y el espacio institucional, por medio de las cuales dichos actores construyen la realidad dentro del Instituto Psiquiátrico.

Para aclarar el alcance del concepto de representación que se utilizará posteriormente en el análisis de la información, es preciso comprender que, dada la complejidad de los fenómenos sociales a los que da cuenta este concepto, ha sido bastante difícil y controversial su definición teórica, por lo cual a continuación se expone la posición tomada.

El concepto de representación significa literalmente volver a presentar algo, dicha representación en última instancia siempre es subjetiva, empero, puesto que es interpretada por actores sociales, implica una construcción mediante procesos comunicativos, en donde para efectos de esta investigación, el espacio común que comparten los pacientes psiquiátricos y los funcionarios, así como las experiencias compartidas, son constituyentes de tal conocimiento social. De esa forma, *“las representaciones que se construyen son sociales por la manera en que son producidas, así como por los efectos que provocan y la dinámica de sus funcionamientos”*. (Ibáñez 1988:44)

Las Representaciones Sociales sintetizan dicho conocimiento, e independiente de cuál sea la definición que de ellas han hecho los distintos autores provenientes de distintas disciplinas, todas confluyen en la importancia que tienen en la cohesión de los grupos sociales, la comunicación y la interacción. Se comprenden entonces como *“...modalidades*

de pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno laboral, social, material e ideal...” (Jodelet, 1984: 473 en Araya, 2002)

Como expresa Ibáñez en las siguientes líneas citadas, el análisis de las Representaciones Sociales permite revelar las condiciones por las cuales se generan, y la manera que constituyen a su vez, el conocimiento común sobre el fenómeno que representan.

“La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las Representaciones Sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad, sino que intervienen en su elaboración...” (Ibáñez, T 1988:37)

En definitiva, se comprende entonces que dicho conocimiento construido mediante una representación social, construye a su vez lo que representa, por tanto, no se trata de un mero reflejo de algo, ni la expresión de lo que los actores imaginan o interpretan de una realidad exterior, sino más bien, un factor constitutivo de la propia realidad.

II.2.3.1 La formación de las Representaciones Sociales

Las Representaciones Sociales se conforman en una triangulación sobre qué se sabe, qué se cree y cómo se interpreta, constituyéndose así primero por medio de un repositorio de conocimiento disponible (o acervo de conocimiento) que compone el sentido común, la cual se denominará **Contenido Informacional**.

Segundo, un **Orden interno** o **Estructura** que da un particular sentido a las relaciones que tienen las categorías, por medio de mecanismos de anclaje y objetivación.

Tercero, las representaciones tienen una **dimensión ética-normativa** que califica como *“válido, deseable o legítimo las distinciones y relaciones que la componen”* (Moscovici 1961; Piret, 1996, citado en Martinic, 2006:301)

Los mecanismos de anclaje y objetivación dan cuenta de la forma en que se convierte un conocimiento en representación y como la representación transforma lo social. (Moscovici, 1961 en Rodríguez, S. García M: 2007)

La objetivación corresponde al proceso de conversión de saberes sociales abstractos en conocimiento concreto, por medio de la comunicación y la emergencia de significados metafóricos e imágenes –tal como los procesos de reificación o cosificación— por medio de los cuales se incorporan los significados extraños como categorías familiares a determinado grupo social. Se destaca la relación de este proceso con componentes valorativos e ideológicos pues *“la imagen es objetivada junto con una carga de afectos, valores y condiciones de naturalidad. Los conceptos así naturalizados se transforman en auténticas categorías de lenguaje y del entendimiento”* (Mora, 2002: 12)

El anclaje, se refiere al proceso por el cual se integra la información que se ha objetivado a las representaciones pre-existentes, reconstruyendo el conocimiento y visión de la realidad representada, insertándolas en la dinámica social como herramientas de comunicación y comprensión.

La perspectiva de las Representaciones Sociales que aquí se aborda es la llamada “aproximación interpretativa” (Rodríguez, S. García M: 2007)⁵² en la cual se focaliza en la *sociogénesis* de estas representaciones, sus funciones sociales y su elaboración discursiva.

El procedimiento para identificarlas consiste en la recopilación de material discursivo, en este caso particular a través de la entrevista en profundidad, la cual proporciona ciertos indicadores para reconstruir el contenido de la representación.

Banchs (1986) indica que no existen indicadores metodológicos precisos sobre la manera de abordar las Representaciones Sociales, no obstante sugiere el análisis minucioso del lenguaje, mediante las entrevistas abiertas y la observación participante, poniendo especial atención a las semejanzas y contradicciones, así como de preguntas proyectivas de frases incompletas.

⁵²Dentro de esta perspectiva, es posible situar a gran parte del desarrollo latinoamericano sobre Representaciones Sociales. Véase Banchs: 2000 en Rodríguez, S. García M: 2007

II.3 Marco Conceptual

Para hacer del proceso de análisis y comprensión del problema de investigación, es preciso esclarecer determinados conceptos y detallar los lineamientos de base del estudio.

II.3.1 Salud, Bienestar, Normalidad

En primer lugar, es necesario distinguir entre estos conceptos que suelen confundirse, o usarse uno por el otro según la intencionalidad de quien la usa.

Salud, por la OMS es definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, (OMS, 2001:03) aunque esta definición ha sido considerada como desactualizada, dado su ambigüedad y aparente imposibilidad, pues, ¿quién y cómo puede definir el completo bienestar? ¿Cómo se mide?

Bajo esta lógica cartesiana sustenta el paradigma biomédico, se comprende a la salud como algo estático, ahistórico y prácticamente inalcanzable, sin tomar en cuenta la relación con el medio ambiente, contribuye a la medicalización del bienestar. Sin embargo, ha sido aceptada por los Estados miembros, y es bajo la cual se basan las políticas públicas en salud.

El Bienestar es una cuestión social y cultural que tiene componentes objetivos, como la salud, y componentes valóricos importantes. Al definir la salud como bienestar, se convierte en un problema técnico, dejando de lado su dimensión cultural, social y directamente política. (Pérez, 2012)

Por otra parte, muchos intentos se han llevado a cabo para modificar dicha definición, principalmente por Viveros (1993), en que se concibe la salud como un proceso resultante de la relación del ser humano con su entorno natural y social, ligado a la dinámica social y causas estructurales. Lo cual conlleva a abordar la problemática de salud dentro de la sociedad, no como campo aislado.

En 1992, el PNUD vincula la salud y el desarrollo, desde la perspectiva del desarrollo humano reconociendo la importancia de los factores socioeconómicos en la salud de las poblaciones. (Vergara, 2007)

En 1986, en la reunión de Ginebra, en la Carta de Ottawa, afina la definición de la OMS dentro del contexto de la promoción de la salud, *“considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva”* (OMS, 1998:10)

De acuerdo a esto, la **salud mental** queda definida como *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2001:01) Aun cuando acepta que definir la salud mental desde una perspectiva transcultural es prácticamente imposible.

Puesto que no se trata sólo de la ausencia de enfermedad mental, se concentra en el *“estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, define que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial”* (OMS, 2004)

Por otro lado, frecuentemente se piensa en la salud y enfermedad bajo el criterio de la **normalidad** médica, que tiene relación con la inferencia estadística y la distribución de casos. Es decir que, hay normalidad médica en tanto hay un rango de estándares orgánicos que se consideran normales. De acuerdo al análisis de Pérez, en la normalidad médica hay que distinguir tres planos: la normalidad de una población, la normalidad de un individuo y la normalidad como Salud.

La normalidad orgánica de una población es la base empírica del concepto médico de Salud, pues sustenta la hipótesis de que en general los seres humanos están sanos, para contrastar después los casos particulares.

La normalidad de una población, sin embargo, no es necesariamente aplicable a los individuos, por eso es necesario distinguir la normalidad de la población de la normalidad de los individuos, por la variabilidad de los estándares orgánicos. (Los estándares orgánicos, es decir, la altura, el peso, el colesterol, la presión sanguínea, incluso los latidos del corazón son tan variables que generan una curva de Gauss demasiado dilatada).

La normalidad individual debe cumplir con los criterios de salud funcional, es decir, el organismo debe ser biológicamente viable, pero por otro lado, la normalidad individual no coincide con la normalidad de la población porque la variabilidad de la población es muy grande, entonces, es así como se estructura un rango de normalidad y un límite de riesgo de

enfermedad, establecido bajo el criterio de salud como riesgo cero, una normalidad poblacional que tiene una enorme variabilidad, que se ha hecho progresivamente compatible con un modelo biológico (de bajo qué condiciones un cuerpo humano es viable) de tal manera que entre esta normalidad poblacional y esta funcionalidad biológica hay que actualizar caso por caso. (Pérez, 2012)

Por tanto, existen campos semánticos distintos en la formulación de la definición de Salud, puesto que hay criterios de normalidad orgánica y poblacional (enfermedad, curación, terapia etc.) y por otra parte, el campo semántico consistente con la concepción de Bienestar, en donde entra en discusión pautas de comportamiento, el disciplinamiento, la desviación y la intervención social, que dice relación con factores valórico-morales, históricas y culturales. La relación de estos factores conlleva a la medicalización de formas de vida.

II.3.2 Enfermedad Mental

Los conceptos de salud y enfermedad son tanto una expresión de las concepciones filosóficas, morales y psicológicas como políticas y culturales, que varían de una sociedad a otra. El concepto citado de salud mental se concentra en las dimensiones sociales del comportamiento del individuo

Cuando se habla de enfermedad mental, se hace presente una realidad más social y cotidiana que biológica o neurológica. La nosología y la práctica clínica se refieren más bien a una estrategia de coerción y control social. (Jauregui, 2008:02 en Reyes, 2009)

Puesto que en Psiquiatría se evita la denominación “enfermedad mental” (debido al cuestionamiento a la validez científica de la aplicación del término) se refieren a “Trastornos mentales” basados en la clasificación de síntomas de acuerdo al CIE 10 o al DSM-IV. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), recomendada por la OMS define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. *“Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la «normalidad», sino **fenómenos claramente***

anormales o patológicos". (OMS, 2001:21)

En la Norma vigente en Chile toma como concepto de enfermedad o trastorno, (igualamos ambos términos) según el CIE-10 como *“condición mórbida que sobreviene en una persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”* (Art. 6 del D.S.570, inciso 2.)

Este modelo médico de la concepción de enfermedad permite extender la noción de “enfermedad” a situaciones no médicas, lo que se ha llamado la “somatización del malestar subjetivo”, y le da una coherencia a la somatización con la psicologización del malestar, lo cual entre otras cosas, ha llevado a un pesimismo injustificado y destructivo sobre la capacidad de recuperación y rehabilitación de las personas diagnosticadas. Desde una perspectiva crítica, se puede agregar que desde el punto de vista que ha enunciado el profesor Carlos Pérez, dicho modelo de enfermedad provoca una tendencia a responsabilizar al sujeto de sus padecimientos y supuestas carencias individuales y habilidades sociales. (Pérez, 2012)

II.3.3 Enfermo mental, Paciente psiquiátrico, el loco.

La presente investigación se concentra en la construcción social del paciente psiquiátrico a través de su representación social por lo que no se realiza un análisis más profundo acerca del concepto de loco, no obstante, cabe destacar lo siguiente.

Mucho se ha teorizado –y fantaseado- sobre la figura del Loco, se ha hecho distinciones culturales, históricas, ideológicas y hasta religiosas. En definitiva, lo que cabe rescatar para la presente investigación tiene que ver con la importancia de la distinción de la enfermedad como estado o alteración, y como condición, intrínseca al sujeto.

La figura del loco como estereotipo ha sido asociada a la tragedia humana, a sentimientos hostiles, la agresión, el ridículo, el miedo, la inferioridad y el dolor, y al mismo tiempo, y paradójicamente despierta a su vez, desde la compasión y simpatía a la fascinación y admiración, atribuyéndole un carácter de genialidad y heroísmo. (Klapp, 1980 en Weinberger, 1988)

El loco, no necesariamente es quien posee una enfermedad mental, simbólicamente

hablando, la figura del loco encierra concepciones más amplias, tanto espirituales, religiosas e ideológicas, cuyos efectos en el lenguaje cotidiano son indudablemente interesantes también.

La denominación “enfermo mental” surge luego de grandes transformaciones sociales, en un mundo en que la Revolución Francesa y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano instauran un nuevo criterio basado en los Derechos Humanos. Esto influyó en diversos ámbitos de la sociedad, entre ellos, el criterio acerca de la enajenación mental y el trato hacia el considerado entonces enajenado desprovisto de consideración social,⁵³ encarcelado y encadenado. Es a Phillip Pinel que se le atribuye principalmente la instauración del criterio fisiológico en el cual el alienado adquiere la condición de un enfermo del cerebro, sujeto entonces del estudio de la ciencia médica.

Operacionalmente, como concepto base de la presente investigación, en la categoría enfermo mental se considerará a quienes posean el diagnóstico del psiquiatra y reciban por tanto, un tratamiento psiquiátrico (entiéndase por éste al tratamiento farmacológico principalmente, en el cual se puede incluir la reclusión y psicoterapia en algunos casos) pues el enfoque de la investigación recae en la relevancia social de la categoría, por lo que técnicamente se denomina “**paciente psiquiátrico**”.

De esta forma se focaliza el sujeto de investigación, el paciente psiquiátrico es la personificación de la problemática de la estigmatización, discriminación y exclusión de los servicios de salud chilenos en forma concreta.

El paciente psiquiátrico es esencialmente una persona que se encuentra bajo el paradigma psiquiátrico, donde no necesariamente se deduce a priori la existencia de una enfermedad mental, o que derechamente sea un “loco”. En el ámbito del sentido común se tiende a diferenciar entre la enfermedad mental y el “verdaderamente loco” como distinto también del enfermo que hay que encerrar o no.

Esto se describe en el informe de la OMS el año 1959, un estudio sobre la Psiquiatría social y la actitud de la comunidad. (Ayestarán; Pérez. 1986) La “actitud de la comunidad” (y la

⁵³Véase en Drs. Arturo Vivado O., C. Larson y Víctor Arroyo A. (1939) *La Asistencia Psiquiátrica en Chile*. En (2002). *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico*, Santiago. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Santiago.

manera de estudiarla) se han ido modificando desde los años 60' considerando la influencia que tuvieron en algunos países los movimientos de desinstitucionalización y Antipsiquiatría referidos en los Antecedentes del presente informe.

El paciente psiquiátrico es la denominación actual, es también la acepción moderna como “usuario” de Servicios Psiquiátricos, pues la salud mental está teniendo ribetes nunca antes considerados, lo cual sin duda proviene del poder científico que rodea al simbolismo del malestar del siglo XXI, en el cual se ha tendido a medicalizar las consecuencias en el sujeto de las contradicciones sociales.

Puesto que, *“la enfermedad no es la condición objetiva del enfermo y... lo que le confiere la “carga” que tiene, reside en la relación médica, que la codifica, y la sociedad, que la niega”*. (Basaglia, 1972:164)

El “paciente psiquiátrico” es sobre todo un excluido, pues luego del etiquetamiento diagnóstico, todos sus actos (e incluso emociones) se encuentran constantemente asociados y definidos por la enfermedad. (Basaglia, 1972:154).

II.3.4 Institucionalización, Desinstitucionalización y Deshospitización.

Institucionalización: La institucionalización del paciente psiquiátrico se refiere al proceso por el cual el paciente se hace dependiente de la institución psiquiátrica, entendiéndose por ella al recinto de reclusión, al psiquiatra y al tratamiento, subsumiendo su vida al régimen de vida impuesto por la institución que teóricamente, está orientada a la reinserción social.

Desinstitucionalización: Proceso por el cual el paciente psiquiátrico deja de depender de la institución psiquiátrica. Para Sarraceno, implica la superación progresiva de las condiciones de dependencia de los pacientes psiquiátricos de las instituciones de Psiquiatría, hospitales o no, y del automatismo incapacitante que caracteriza el círculo vicioso enfermedad/respuesta a la enfermedad. (Saraceno, 2003:40)

Para la presente investigación es importante destacar la función de este concepto puesto que la desinstitucionalización permite la restitución de la subjetividad del sujeto frente a la institución, y la posibilidad que plantea de recuperar el sentido de pertenencia, la capacidad de manejar recursos para el intercambio social y la ciudadanía del paciente. (Saraceno 2003:102)

Deshospitalización: Se trata de un acto administrativo que hace que un paciente salga de la institución-hospital, mas no de la institución psiquiátrica, es decir, transferir a los pacientes del abandono manicomial al abandono extramanicomial. (Saraceno, 2003)

Psicologización: Consiste principalmente en comprender y explicar las problemáticas de las personas como productos de procesos individuales, con la correspondiente suposición de que las problemáticas sociales son producto de los problemas individuales de las personas. Esto nos remite a una naturalización y escencialización de los problemas individuales, manteniendo la antes mencionada circuncisión de la cultura, la sociedad, la historia, los discursos y el diálogo en el entendimiento de la realidad del sujeto, olvidando así, la construcción social de la realidad. (Ovejero, 2002: 22).

Medicalización: proceso múltiple y variado, por el cual problemas no-médicos son definidos y tratados como problemas médicos, ya sea bajo la forma de enfermedades, desórdenes o trastornos. (Conrad, 2007 en Cannellotto et al, 2008)

La medicalización, se refiere a la incorporación a partir del siglo XVIII de la existencia, la conducta, el comportamiento, y del cuerpo humano, en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa al control de la medicina. (Foucault, 1977:04)

El proceso de medicalización aparece como consecuencia indirecta (e indeseable) del concepto de Salud como ideal de bienestar, puesto que establece estándares ideales que llevan a un excesivo control de la cotidianidad.

Espacio Institucional: Campo de representaciones sociales estructuradas donde la experiencia de la enfermedad que vive el paciente adquiere significado dentro de la lógica del discurso de autoridad médico-científica. (Rodríguez, 1004) Dentro de este campo se comprende al lugar de reclusión, a la Psiquiatría como discurso de autoridad, al Psiquiatra como propietario de este discurso, y a los funcionarios quienes lo reproducen en el quehacer cotidiano.

Discriminación estructural: se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes que prevalecen y que de manera intencionada o explícita, juega un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al proceso. (Corrigan, 2003)

en López et al, 2008)

Calidad de vida: la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. (Grupo WHOQOL, 1995)

Reinserción social: Tomando su concepción básica de la lengua española como “*Volver a integrar en la sociedad a alguien que estaba condenado penalmente o marginado*” (RAE), se considera como un proceso mediante el cual el sujeto ve su entorno como un espacio en que es realizable su proyecto de vida. Que el sujeto pueda utilizar sus capacidades y que participe de la vida social en sus diferentes ámbitos (social, económico y cultural) lo cual debe tener una expresión material expresado por ejemplo, en el aspecto laboral, en la habilitación de ciudadanía y en el ámbito sociocultural que le permita incidir en su vida y su entorno. (cf. Tzukame, 2008)

Exclusión social: En relación al concepto anterior, se comprende a la exclusión social como un proceso estructural y multidimensional por el cual el sujeto deja de participar o pertenecer a un ámbito de la vida social (política, economía, educación, trabajo, relaciones sociales, cultura, familia). Se refiere a la falta de lazos sociales con la familia y/o comunidad, así como también, la falta de acceso a los requerimientos necesarios para participar de la vida social.

Estigmatización: Se asocia a un proceso social o a una experiencia personal caracterizados por la exclusión, el rechazo, la acusación o la desvalorización producto de un juicio social adverso sobre una persona o un grupo. (Acuña, 2005)

Goffman define **Estigma** como un *atributo profundamente desacreditador*, es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización que se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee. (Goffman, 2001)

En su análisis, Goffman distingue entre dos situaciones de estigma, el desacreditado y el desacreditable. El desacreditado posee características reconocibles y evidentes asociadas al estigma, (Como un parapléjico, por ejemplo). El desacreditable, por otro lado, es aquel en que las diferencias no son reconocibles o perceptibles para los miembros de la audiencia. (Como en la mayoría de los casos de pacientes psiquiátricos).

III CAPÍTULO: MARCO METODOLÓGICO

III.1 Enfoque

La presente investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo, pues a través de esta perspectiva se accederá, según Denzin y Lincon, a *“interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas”* (Rodríguez, Gregorio.1999: 10) lo cual permite profundizar en las Representaciones Sociales de los pacientes psiquiátricos y los funcionarios, y en la dimensión simbólica del lenguaje, el modo en que los actores construyen la realidad, cómo clasifican y experimentan su mundo.

A partir de la técnica cualitativa, es posible acceder a los aspectos significativos tanto de la conducta como de las representaciones de los sujetos, *“lo referente a los discursos y al lenguaje, al significado y al sentido, que constituyen una dimensión de la realidad social de importancia esencial para su conocimiento científico.”* (García Ferrando, M. 1986:45)

Cabe destacar que como plantea Miguel Beltran, (1986) *“El método cualitativo opera a partir de la renuncia a la ilusión de la transparencia del lenguaje”*, (en García Ferrando, 1986: 45) puesto que se parte de la base de que la observación, no es el mero reflejo de lo observado, sino que se trata de un proceso de producción. En este sentido, *“la apertura cualitativa en cuanto ruptura epistemológica, representa el retorno de la complejidad simbólica del ‘mundo de la vida’.”*(García Ferrando, 1986: 235)

Dado que se trata de una práctica humana en donde, investigado e investigador son co-productores, partícipes ambos del lenguaje y contexto, en donde todos los escenarios son válidos de observar, se debe priorizar siempre la búsqueda de una comprensión detallada e integral de la realidad.

Tabla III. 1: Resumen de los principios generales de la investigación cualitativa según Fernández, 2006.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: (Fernández, 2006)	
<i>Flexibilidad</i>	Las diferentes etapas del estudio están en interrelación continua y los resultados que se van obteniendo pueden-deben modificar el diseño proyectado.
<i>Circularidad</i>	La realización de cada fase puede-debe modificar la anterior y la siguiente en un proceso de interrelación circular durante todo el estudio, integrando aquello que los informantes puedan agregar y no se haya planificado previamente.
<i>Reflexividad</i>	La reflexividad permanente del investigador sobre lo que va aconteciendo es lo que permite recoger e introducir lo inesperado, concretar las preguntas de investigación, controlar el proceso de investigación y completar el diseño, pues se privilegia la calidad de la información.

III.2 Tipo y diseño de estudios

La presente investigación se desarrolló como un estudio de **tipo exploratorio-descriptivo**, puesto que si bien, existen investigaciones que abordan las Representaciones Sociales en torno a la locura y la estigmatización en Salud Mental, abordados de distintas maneras, no se ha incorporado en éstas el análisis de las Representaciones del paciente psiquiátrico, la enfermedad mental y el espacio institucional del Instituto Psiquiátrico partir del sentido común. El abordaje sociológico de estas representaciones excluye generalmente el discurso del paciente psiquiátrico, invalidado por un juicio arbitrario sobre la incapacidad de éstos de percibir la realidad.

Es así que *“la investigación exploratoria se efectúa normalmente cuando el objeto a examinar es un tema... del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes.”* (Hernández, Fernández y Baptitsta. 2003:115) Razón por la cual se consideró la opción más pertinente en este caso, puesto que se busca rescatar el discurso de los pacientes psiquiátricos, que no ha sido considerado para estudios sociológicos.

Por otra parte, como se expone en el apartado del Marco Teórico, la perspectiva de las Representaciones Sociales implica la descripción del contexto de producción de las mismas, el medio físico o dimensión espacial con la finalidad de describir su estructura o

campo representacional, por lo cual se ha considerado el tipo de estudio de **nivel descriptivo** también para este momento.

El diseño del estudio es de **naturaleza empírica** (también denominada **no experimental**), la cual consiste en observar las variables a considerar en el estudio, en su dimensión real tal como se manifiestan en su contexto natural, sin una previa manipulación de las variables incidentes, a fin de provocar ciertas reacciones en el sujeto de estudio. Cabe destacar que prácticamente no existen estudios sociales de carácter experimental, no obstante es posible encontrarlos de tipo cuasi-experimental.

Este estudio corresponde al **tipo transeccional**, pues se encuentra referido a un momento específico ubicado en una temporalidad espacial determinada. En esta perspectiva sincrónica del fenómeno a estudiar se analiza el estado de un conjunto de determinadas variables, y se busca *“analizar cuál es el nivel, estado o la presencia de una o diversas variables en un momento dado; evaluar una situación...fenómeno en un momento”*. (Hernández Sampieri et al 1998:270).

III.3 Universo y muestra

III.3.2 Universo

La presente investigación se compone de dos universos distintos que conviven y se relacionan dentro del Instituto Psiquiátrico:

El Universo corresponde por una parte, a todos los pacientes residentes en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, tanto ambulatorios, permanentes, de corta o mediana estadía, dentro del período comprendido entre agosto 2012 y abril 2013.

Comprende también a todos los funcionarios profesionales o no profesionales que trabajan en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak dentro del período comprendido entre agosto 2012 y abril 2013, que mantengan un contacto directo y/o constante con los pacientes.

III.3.3 Diseño Muestral.

Para desarrollar la estrategia metodológica recién abordada y dado el enfoque cualitativo que consta, el criterio utilizado para escoger la muestra será no probabilístico. Es preciso construir por tanto, una muestra que discursivamente contenga una riqueza en cuanto a significaciones de los sujetos y que aborde a los distintos actores involucrados, en este caso, los principales actores que intervienen en la relación que se produce dentro del Instituto Psiquiátrico: los pacientes y los funcionarios profesionales y no profesionales que mantengan un contacto directo y/o constante con ellos.

Es así que el procedimiento de selección de los casos a estudiar no depende de la aleatoriedad, sino de las características determinadas por el investigador, relevantes en la selección de cada caso. Este tipo de muestras “[...] se utiliza donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización” (Hernández Sampieri, 1998:328)

En consecuencia, el procedimiento a utilizar es de tipo intencional, también llamado **muestreo teórico**, en que se seleccionan los casos que resultan relevantes, según el constructo teórico siguiendo el perfil determinado.

Pasos del muestreo teórico:

1. Se selecciona el contexto con el fin de tener representado todos los actores involucrados en las relaciones dentro del espacio institucional que sea posible abarcar. En este caso las dependencias del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, Sector de internación N° 2 de Corta Estadía de Mujeres y pacientes de tipo ambulatorio que residen en el Hogar Protegido N°5 de Hombres perteneciente al Instituto Psiquiátrico y se realizan controles periódicos en él.
2. Se selecciona a los sujetos que cumplen con el perfil definido conceptualmente para representar las diferentes variantes discursivas, en el apartado de Criterios de selección de los casos.

De acuerdo a las características que presenta el modelo de muestreo teórico o intencionado, específicamente la imposibilidad apriorística, el número de entrevistas a realizar sólo fue posible determinarse en base al criterio de saturación de la información obtenida durante el

proceso de recolección de la información. A continuación se presenta al lector el detalle de las entrevistas realizadas.

Tabla III. 2 Detalle de entrevistas realizadas para la investigación. Se distingue entre el universo de pacientes entrevistados y de funcionarios entrevistados. Además, en la parte inferior, se añade el tiempo medio de las entrevistas.

(Pacientes)	Internados	Sector de internación N° 2 de Corta Estadía de Mujeres	Total
	Ambulatorios	Hogar Protegido N°5 de Hombres	9
(Funcionarios)	No profesional	Paramédicos	5
		Auxiliares	2
	Profesional	Enfermero	3
		Psicólogo	1
		Psiquiatra	1
		Trabajador Social	1
Total de Entrevistas realizadas			23
Media de duración de las entrevistas en profundidad de tipo focalizada			20,27 min

III.3.4 Criterio de selección de los casos.

Es importante destacar que la decisión de tomar como sujeto de estudio la voz privilegiada de los directos afectados implica más que una decisión metodológica, una intención expresamente política, de legitimación de sus discursos.

El proceso de selección de los casos, en relación al universo correspondiente a los pacientes se realiza bajo la evaluación del Enfermero o Psiquiatra a cargo en torno a los siguientes criterios:

Tabla III. 3 Descripción de los criterios de selección de la muestra utilizados para delimitar el universo correspondiente a los pacientes

PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentren cumpliendo un período de internación o tratamiento ambulatorio vigente en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak durante el periodo comprendido entre agosto 2012 y abril 2013.
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de compensación de la enfermedad que posean.
<ul style="list-style-type: none"> • No se expongan a una descompensación durante la entrevista.
<ul style="list-style-type: none"> • Posean una capacidad mínima de retener preguntas.
<ul style="list-style-type: none"> • Posean una capacidad mínima de abstracción para articular respuestas.
<ul style="list-style-type: none"> • Que acceda voluntaria e informadamente dar la entrevista.

El proceso de selección de los casos, en relación al universo correspondiente a los funcionarios, se realiza bajo los siguientes criterios:

Tabla III. 4 Descripción de los criterios de selección de la muestra utilizados para delimitar el universo correspondiente a funcionarios profesionales y no profesionales.

FUNCIONARIOS PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES
Se encuentra trabajando en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak durante el período de la investigación.
Mantiene un contacto directo y/o constante con los pacientes.
Que acceda voluntaria e informadamente dar la entrevista.

III.3.5 Criterios éticos.

En relación a los criterios éticos que es preciso tener presente en toda investigación cualitativa, siguiendo a Noreña A. (2012) se expondrá a continuación un cuadro resumen sobre las medidas que se han tomado en relación a cada criterio bajo los cuales se realiza el diseño de la investigación y el trabajo de terreno.

Tabla III. 5 Descripción de los criterios éticos de la investigación tomados en consideración a la hora de realizar la investigación (Criterios basados en Noreña A. et al. 2012.)

CRITERIOS ÉTICOS (Noreña, A. et al. 2012)	
Consentimiento Informado	Todos los entrevistados, tanto pacientes como funcionarios estuvieron de acuerdo y fueron informados sobre los objetivos de la investigación.
Confidencialidad	Se ha asegurado la confidencialidad de la información y de la identidad de los entrevistados omitiendo sus nombres y detalles de su labor y horarios.
Manejo de Riesgos	Se ha prestado especial atención a dos principios para minimizar los riesgos de los participantes, que tienen que ver con los principios bioéticos de no maleficencia y beneficencia establecidos para las investigaciones con seres humanos. Asegurando que los resultados de la investigación no resulten un perjuicio o generen daño institucional o profesional pues se asegura que los resultados de esta investigación no serán utilizados para fines ajenos a esta tesis.
Observación participante	En cuanto a las posibles consecuencias que pueden derivarse de la interacción durante las entrevistas, se mantiene un equilibrio entre el “rol de investigador” y la generación de <i>rapport</i> .
Entrevistas	Se presta especial atención a no condicionar las respuestas ni demostrar juicios frente lo que el entrevistador expresa.
Grabación de audio	Se solicita autorización para grabar la entrevista y se asegura la confidencialidad y anonimato de los participantes y el manejo de la información es únicamente manejada por la investigadora.

III. 4 Técnicas de recolección/producción de información.

La técnica utilizada en la recolección/producción de la información ha sido la entrevista en profundidad, dado que esta técnica permite acceder a la información de dos maneras, en primera instancia mediante la información verbal de tipo oral, es decir, las palabras, significados y sentidos de los sujetos, y en segunda instancia, a la información de tipo gestual y corporal, que posibilita la interpretación de las expresiones, la postura corporal, mediante la interacción cara a cara.

Las *organizaciones totales*⁵⁴ como el Instituto Psiquiátrico, debido a sus tendencias absorbentes, tienden a significar un mundo propio, razón por la cual se opta por utilizar esta técnica de entrevista debido a que *“entre las funciones más reconocidas de la entrevista en profundidad, está la de aprender sobre lo que realmente es importante en la mente de los informantes: sus significaciones, perspectivas y definiciones; el modo en que los actores ven la realidad o en que clasifican y experimentan su mundo”*(Canales, M. 2006: 241)

Es posible diferenciar diversos tipos de entrevistas en profundidad según la elaboración de distintos autores, pero para efectos de la presente investigación, se ha optado por la propuesta de Merton⁵⁵ (entre otros como Fiske y Kendall), llamada entrevista enfocada.

Este tipo de entrevista en profundidad denominada “enfocada”, se ha considerado puesto que se *“concentra en el esclarecimiento de determinados aspectos de una situación o estímulo en función de las experiencias subjetivas o respuestas de un grupo de personas en el marco de un tratamiento homogéneo”* (Flacso, 1975: pp. 796-797).

Guillermo Briones (1988:148-152) define la entrevista enfocada o focalizada como destinada a la investigación de personas expuestas a situaciones determinadas y temporalmente delimitadas. En este sentido, se hace más apropiada para mantener la conversación con los pacientes orientadas al tema que atañe a la investigación, en torno a la relación con los funcionarios, puesto que la entrevista enfocada se encuentra *“destinada a abordar la experiencia de un sujeto expuesto a una situación o acontecimiento temporalmente delimitada”*. (Canales, M. 2006: 241)

⁵⁴ Ver concepto en el Marco Teórico.

⁵⁵ La Entrevista focalizada como categoría especial dentro de las entrevistas en profundidad fue presentada por Merton, y Kendall en *The focused interview*, publicado en *The American Journal of Sociology*. Vol 51N6. May (1946) 541-557.

La técnica seleccionada permite elaborar una pauta de preguntas o tópicos que contengan los aspectos relevantes derivados de los objetivos específicos, no obstante, dicha lista no condiciona la conversación en relación al orden ni al volumen de las respuestas, conservando la riqueza del discurso de cierta forma “espontáneo”.

Tabla III. 6 Descripción de tópicos a considerar dentro de la entrevistas realizadas detallados por universo (Éstos no consisten en una pauta estructurada previamente, sino que son temas a considerar durante dichas entrevistas).

Tópicos de la entrevista en profundidad	
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de la enfermedad mental (carga particular, igual que cualquier enfermedad, etc.) -Visión del médico, funcionario y el trato recibido durante la internación. -Autopercepción y percepción del Otro-paciente. -Visión de futuro y del entorno social.
Funcionarios y Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> -Percepción de la enfermedad mental. -Concepto de normalidad/anormalidad. -Caracterización que hace del paciente. -Dificultades y facilidades de trabajar con pacientes psiquiátricos. -Simbolismo del Instituto Psiquiátrico. -Rol del psiquiatra y funcionarios. -Si pudiera cambiar de trabajo, seguiría con pacientes mentales. -Se ha sentido alguna vez incomprendido por trabajar en el Instituto Psiquiátrico. -Cree que es difícil o complicado tener en su grupo de trabajo un ex paciente mental.

III.4.1 Ejes temáticos.

Las categorías a analizar se comprenden como ejes temáticos, debido a que no se contemplan categorías definidas previamente para “encontrarlas” en el discurso de los entrevistados, sino más bien, consisten en ejes temáticos orientadores del análisis. Estos ejes se identifican de acuerdo al proceso de formación de una representación social. Se considera en cada eje el contenido informacional (o acervo de conocimiento disponible), la estructura que le da un orden interno a las categorías, y una dimensión ético-normativa mediante la cual se validan y legitiman las distinciones y relaciones que caracteriza.

- a. **Paciente Psiquiátrico:** La percepción de los pacientes, funcionarios y profesionales de la figura del paciente psiquiátrico. Para el caso de los pacientes, se consideran dos dimensiones, la percepción de sí mismo, y la percepción del Otro paciente.

Por último, la relación de los funcionarios y profesionales con el paciente y el tipo de relación que se establece entre pacientes.

- b. **Enfermedad Mental:** Percepción de la enfermedad mental, experiencia con la enfermedad, sus manifestaciones, simbolismos y la disposición social observada hacia la enfermedad.
- c. **Espacio Institucional:** Percepción de la Psiquiatría como disciplina y su simbolismo en la sociedad, la visión del lugar de reclusión y su simbolismo, por último, la percepción del equipo de salud, es decir, la visión del médico, funcionarios y auxiliares.

III.5 Técnica de Análisis de la información.

Para el análisis se ha utilizado la técnica del Análisis Estructural del Discurso⁵⁶ en relación a la propuesta de Sergio Martinic Valencia (1995-2006) el cual se encuentra inspirado en la Lingüística Estructural, particularmente en el trabajo de Greimas (1966), ya que posibilita en primera instancia identificar, describir y construir las unidades básicas de sentido y cómo éstas se relacionan para posteriormente organizar el movimiento de las relaciones en un “modelo de acción” que orientan las prácticas de los sujetos. (Martinic, 2006 en Canales, 2006:300)

El análisis estructural del discurso se hace pertinente de acuerdo a los siguientes supuestos de base de la presente investigación:

Supuestos:

1. El proceso de tratamiento y rehabilitación de los pacientes psiquiátricos está influenciado y posiblemente determinado por el trato y la relación que se establece en los lugares de reclusión. Es por esto que sus formas de pensar constituyen una variable clave en el estudio de la estigmatización y discriminación de los pacientes psiquiátricos.

⁵⁶ Véase los Trabajos principalmente de Rémy, J.P. Hiernaux, D. Ruquoy y Ch. Maroy, En Chile se ha desarrollado principalmente por Parker (1994) en su análisis sobre la religiosidad popular; por Errázuriz (et al, 1995) en el análisis de las demandas sociales por la educación; Letor C. (2003) en el análisis de las prácticas de los profesores y su pensamiento, entre otros.

2. Las representaciones sociales estigmatizadas sobre la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico se reproduce en los discursos y prácticas de los Servicios de Salud Mental y esto conlleva a la construcción de barreras de acceso en la atención.

III.5.1 Unidad de Análisis: *El Discurso*

La Unidad de análisis por la que se estudian las Representaciones Sociales en la presente investigación es el *discurso*. En efecto, la manera en que las personas aprenden e interpretan la realidad se construye en interacción con otras, ya sean conversaciones, reuniones, encuentros institucionales, debates, entrevistas, cartas u otras formas de diálogo, que forman parte de un juego comunicativo.

Desde una mirada estructural del análisis, es a partir del discurso en que se pone en práctica la estructura implícita que trasciende la propia enunciación. (Remy 1991:111 en Martinic 1991:07)

El discurso (latín *discurrere*) implica un discurrir del sentido mediante un conjunto de posiciones (llamados signos) coherentes, pues se encuentran dentro de una estructura que se articula en la relación codificada entre significante y significado⁵⁷. En este sentido, los discursos suponen también orientaciones de valor (culturales e ideológicas) por lo cual cada unidad *significante* y cada unidad *significado* se constituyen por diferencia y oposición entre otras. A esta relación Saussure (1970) le llama “Valor”⁵⁸.

Al respecto, es preciso destacar que “*un discurso jamás es una sola descripción o interpretación de la realidad. Por el contrario, éste es una construcción que se produce en una dinámica determinada (conversación, interacción, etc.) generando, al mismo tiempo, un movimiento que compromete las acciones del sujeto*”. (Roquoy, 1990. pp93-109 en Martinic, 1995:329)

Si bien el discurso corresponde a la unidad de análisis, el método estructural no se orienta a la comprensión de los efectos de determinado discurso sobre un sujeto en particular sino

⁵⁷ En cuanto a la relación significado y significante se recomienda profundizar en el trabajo de Deleuze, 1989, y los exponentes de la Lingüística estructural, Saussure, 1970, Barthes, 1971.

⁵⁸ Este principio es clave en la comprensión de los supuestos del análisis estructural, para una profundización de los supuestos base del análisis estructural se recomienda el análisis de Greimas, 1987. Semántica Estructural.

más bien, sobre la estructura simbólica en la que participa identificando las Representaciones Sociales que hay en él.

III.5.2 Descripción del análisis estructural

Para analizar un discurso, es preciso un método que cuente con una teoría sobre lo social y sobre las relaciones o interacciones sociales en las cuales se origina dicho discurso. El análisis estructural no es una mera técnica de análisis de entrevistas, sino un método y una teoría sobre los hechos simbólicos, puesto que propone un procedimiento para analizar el texto y las representaciones. Sin embargo, construye un objeto que va más allá de lo que se enuncia o verbaliza y da cuenta de la estructura que organiza el sentido del texto. (Martinic, 2006:301)

El análisis estructural busca la estructura simbólica del discurso, en la cual se forman las representaciones sociales. Es por esto que no se trata de situar la atención sólo en los efectos que un discurso produce en un destinatario, sino lo que se estudia es *“como el sujeto que habla, es a la vez, hablado por principios simbólicos que organizan su enunciación”* (Remy, 1991:112 en Martinic, 1992:07)

De acuerdo con Remy, esta afirmación no implica la negación de la intencionalidad del sujeto hablante, afirma que al contrario, el conocimiento de dicha estructura *“funda la capacidad de iniciativa del propio sujeto,”* pues el sujeto necesita apoyarse en un cierto orden social, actúa en un mundo conocido con tradiciones, formas de pensar y actuar, donde nace la creatividad del sujeto. (Remy, 1991:112)

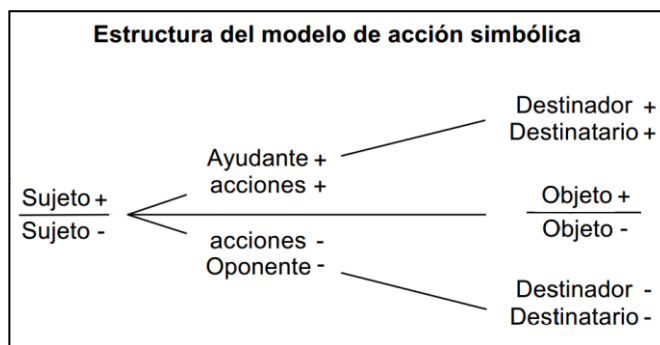
Acorde con esta perspectiva, el objetivo es la comprensión de los principios organizadores que otorgan un sentido al discurso, tanto de los pacientes como de los profesionales y funcionarios más allá de lo expresado; ingresando así al espacio donde se encuentran las estructuras que organizan las Representaciones Sociales que dichos actores construyen.

III.5.3 Momentos del Análisis estructural

En términos generales es posible identificar tres etapas del análisis estructural:

1. **Recomposición de la estructura:** Identificar en el texto las realidades o categorías que se asocian entre sí por medio de la construcción de códigos, de acuerdo a dos principios que operan simultáneamente, el principio de disyunción (oposición) representado por una barra [/] y el principio de conjunción (de unidad o totalidad) representado por una [T].⁵⁹ En entrevistas demasiado extensas o llegado el punto de saturación de la información, un mismo código puede hallarse expresado de distintas maneras, pero aludiendo a una misma realidad que los incluye o sintetiza, en tal caso la aparente diversidad se conduce hacia una unidad mediante el proceso de condensación, representado entre comillas [...]"..."]. Por último, se clasifica la combinación y asociación de los elementos, códigos o términos en estructuras, que pueden ser de tres formas, paralelas, jerarquizadas y cruzadas, pues aislados carecen de significación.
2. **Dinamización de la estructura:** Distribución de las oposiciones y asociaciones identificadas en un modelo de acción. Permite analizar las funciones simbólicas que asumen las distintas categorías consideradas en el paso anterior. Dicha organización estructura y da sentido a las prácticas o acciones de los sujetos.

Figura III. 1: Diagrama del modelo de acción simbólica de Martinic. Utilizado en la segunda etapa del análisis, que corresponde a la dinamización de la estructura del discurso.



⁵⁹ En el análisis de las Representaciones sociales, también encontramos una dimensión de tipo ético-normativa: la valoración. Ésta alude a la toma de posición que el sujeto realiza en su discurso tanto explícita como implícitamente, dando connotación tanto positiva como negativa a ciertos aspectos, lo cual Piret (1996) denomina índice de valoración, y será representado con un [+] y un [-] o también puede ser en tal caso, combinada [+/-].

3. **Reconstruir el modelo simbólico** subyacente a textos diferentes: Los diferentes discursos (analizados en un texto) pueden ser aparentemente distintos y orientarse a distintos puntos pero analíticamente, responder a los mismos principios ordenadores, los cuales son posible interpretar de un modo general. (Martinic, en Canales 2006:302)

III.6 Mecanismos para asegurar el rigor metodológico

Para asegurar el rigor de la investigación se tomó especial consideración en la compatibilidad y coherencia entre las perspectivas ontológica (la manera en que las personas conocen la realidad), epistemológica (como se concibe la naturaleza del conocimiento) y metodológica (relación entre el investigador/a y el conocimiento que genera). Así como también se tomó en consideración la correspondencia entre el método de investigación, las referencias teóricas y el análisis.

Por otra parte, siguiendo la propuesta de Mays y Pope, 2000 (en Delgado, M; Vargas, I. 2006) que plantea un mecanismo para evaluar y asegurar la calidad metodológica de las investigaciones cualitativas, se incorpora una guía de revisión llamada “Checklist” en la cual se repasa en cada una de las etapas de la investigación preguntas a corroborar.

Tabla III. 7 “Check list” de Mays y Pope. Preguntas que guían la reflexión durante la investigación para asegurar el rigor metodológico.

Relevancia	¿El trabajo ha contribuido de manera útil al conocimiento?
Claridad	¿Estaba clara la pregunta de investigación?
Contexto	¿Se encuentra adecuadamente descrito el contexto o escenario de manera que el lector pueda relacionar los hallazgos a otros escenarios?
Apropiación	¿Podría ser más apropiado otro método?
Muestreo	¿El diseño de la muestra era adecuado? ¿Cumple el criterio de pertinencia? ¿Describe cómo fueron seleccionados los participantes y por qué?
Recolección de Datos	¿La recolección de los datos fue sistemática?
Análisis	¿Se realizó de forma sistemática? ¿Hasta qué punto las categorías consiguen explicar los datos?
Reflexividad	¿Se proporcionan suficientes datos en el informe como para corroborar el proceso analítico?

III.7 Descripción metodología de trabajo.

1. Registro o grabación de las entrevistas.

En primera instancia se realizaron entrevistas de tipo exploratorias, tanto a informantes claves dentro del sector -para un primer acercamiento a la institución- como a informantes calificados entendidos como miembros de la comunidad científica, tal como al enfermero a cargo del sector clínico, un psiquiatra a cargo de la Unidad Forense, y un Trabajador Social del Instituto. Las entrevistas fueron concertadas previo consentimiento e información del objetivo del estudio, se realizó con la guía del Enfermero Jefe de la Unidad en cuanto a dónde encontrar a los pacientes que cumplen los criterios de selección, pues están organizadas en piezas de acuerdo a la gravedad de su enfermedad o severidad de tratamiento.

2. Escucha y transcripción de las grabaciones.

La transcripción de las entrevistas fue realizada manualmente por la investigadora, sin la utilización de software, textual e incorporando elementos contextuales como risas, silencios y demás elementos de interés en el análisis de discurso.

3. Lectura y organización de la información.

Se realizó una lectura de todas las transcripciones para obtener una imagen global y luego segmentar por actor: paciente, funcionario profesional y no profesional. La segmentación se dio luego por temas, de acuerdo a los objetivos específicos del estudio. Además de la búsqueda de temas emergentes.

4. Análisis de los contenidos.

El análisis del contenido obtenido se realizó en base a las fases descritas del análisis estructural del discurso:

F1: Reconstrucción de la estructura. F2: Dinamización de la estructura. F3: Reconstruir el modelo simbólico

5. Descripción de los resultados.

La descripción de los resultados se realizó en torno a los objetivos específicos del estudio, en cada cual se presentan las estructuras del discurso detallando semejanzas o diferencias entre los distintos grupos de análisis.

6. Interpretación de los resultados.

Luego del análisis de los resultados, se volvió a la teoría y el material bibliográfico para interpretar de manera general y reuniendo lo obtenido por los objetivos específicos, dando respuesta a la pregunta de la investigación

III.8 Descripción del lugar de estudio.

El Instituto Psiquiátrico Doctor José Horwitz Barak es un recinto hospitalario tipo 2⁶⁰ que otorga atención psiquiátrica de mediana y alta complejidad a los usuarios del servicio de salud del área Metropolitana Norte, que comprende las comunas de Recoleta, Independencia, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Colina, Lampa y Til-Til.

Está facultado para acoger las urgencias psiquiátricas de todo el país, y aquellos que son derivados de otros centros hospitalarios a través de las inter-consultas por casos de patologías psiquiátricas de alta complejidad. Por otra parte, tiene un área académica, en la cual se forman profesionales especialistas de la Salud Mental, contando 40 becados de docencia médica y más de 700 alumnos de pre-grado.

Los principios que rigen a esta organización, de forma transversal son: Trato digno a todos los usuarios; Accesibilidad Oportuna; Atención de calidad; Atención en red; Excelencia hospitalaria. Tiene como objetivo y meta “ser el mejor centro de atención psiquiátrica y de formación del país”, declarando como su misión⁶¹:

El Instituto Psiquiátrico forma parte de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, integrándose en la Política de Autogestión en Red⁶², desde el 01 de enero del año 2008, en virtud de los logros que ha demostrado en cuanto a gestión clínica tanto financieramente como en recursos humanos en el marco de la Reforma sanitaria.

⁶⁰ Recinto hospitalario Tipo 2 consiste en establecimientos de alta complejidad, de 250 a 300 camas, ubicado en ciudades con alrededor 100.000 habitantes como hospital único o en grandes urbes, como apoyo al tipo 1. En Servicios de Salud poco poblados podría llegar a ser el establecimiento de mayor complejidad. Observatorio Urbano. MINVU Gobierno de Chile.

⁶¹ Declaración institucional del Instituto Psiquiátrico disponible en <http://www.psiquiatico.cl>

⁶² Ser autogestionado en red implica ser un órgano desconcentrado del correspondiente servicio de salud, y por ende posee la facultad de organizarse internamente, administrar sus recursos y la manera en la que entrega sus servicios a la red, empero, no por ello es un organismo autónomo, puesto que es el Director del Servicio de Salud correspondiente quien determina su cartera de servicios (las prestaciones de salud) en relación a lo que considera las necesidades de la población.

III.8.1. Desde la observación en terreno.

Para adentrarse en el análisis de una realidad tan particular que se presenta lejana, ajena al común de las personas no vinculadas, rodeada de mitos y prejuicios, y un tanto enigmática por su historia y lo que representa, se ha realizado un acercamiento previo al análisis, con la finalidad de proporcionar al lector un contexto, una imagen de la cotidianidad del Instituto Psiquiátrico en la actualidad.

El trabajo de terreno se realizó en distintas etapas que mencionaré a continuación. Es preciso destacar que mi práctica profesional realizada dentro del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Departamento de Comunicaciones), facilitó bastante el primer acercamiento, pues 4 meses de convivencia me han proporcionado una visión más detallada de la vida cotidiana del Instituto, lo cual ayudó bastante a la familiarización con las prácticas que tuve la posibilidad de observar. Desde esta perspectiva puedo describir las rutinas observables con los pacientes y entre funcionarios, tales como las siguientes:

Los pacientes que realizan terapias ambulatorias o psicosociales como dibujo etc., se concentran cada mañana frente al edificio donde estas terapias se realizan, lugar donde se encuentra una cafetería atendida por pacientes y ex pacientes. La tónica es verlos sentados fumando o pidiendo cigarros a quién pase por el pasillo; callados en su mayoría pero no dudan en saludar cuando ven una cara conocida o amable. De fácil conversación algunos, y dispuestos a relatar su experiencia de vida y, con los cuales mantuve bastantes conversaciones que enriquecieron mi perspectiva sobre el paciente psiquiátrico y entrenaron mi habilidad para conversar con ellos.

En cuanto a los pacientes internados, algunas mañanas (no siempre y dependiendo del clima) salen acompañados de los paramédicos o auxiliares a dar un paseo a la pequeña plaza ubicada dentro del recinto, frente a la UEPI (Unidad de imputados) y a un costado del teatro o auditorio principal, la edificación más antigua del recinto conservado desde casi un siglo, lugar de ceremonias que permanece la mayor parte del tiempo cerrado. A este lugar vienen a despejarse un rato, a silbarles a los pájaros, a fumar y conversar.

Es en estas ocasiones en que los auxiliares se muestran más accesibles a conversar por lo que en dicho contexto se realizó una entrevista formal incorporada al análisis, y varias de tipo informal consideradas exploratorias. Dichos paseos son valorados en general por los

pacientes, sin embargo, para aquellos que se encontraban esposados de pies y/o manos no era del todo grato pues se sienten expuestos, y además deben estar con el/la gendarme custodio al lado.

Debo mencionar también que, en la plaza de distracción dentro del psiquiátrico se encuentra uno de los espacios más simbólicos del Instituto pues, detrás de una multi-cancha, existe una casa antigua, sin ventanas de la cual no se tiene acceso por este lado. En un angosto espacio se encuentra ubicada una banca vieja, donde algunas veces se puede ver a las pacientes sentadas mirando hacia fuera, fumando o conversando, algunas veces gritan una que otra cosa con tal de llamar la atención de los que deambulan por el hospital. Ese es el lugar de los pacientes de larga estadía, otrora llamados los “crónicos”, aquellos que se encuentran internados, por diversas razones, para siempre.

A algunos funcionarios, especialmente aquellos que no mantienen un contacto directo con los pacientes y aquellos llamados “administrativos”, mencionan que es molesto y agresivo ese “espectáculo” pues queda de pasada para dirigirse al casino-comedor del personal.

Los sectores de corta y mediana estadía se encuentran, por el contrario, por el sector poniente del psiquiátrico, cerca de la entrada hacia el costado derecho, son pasillos fríos y separados por una escalera, organizados por números, los pares (2,4,6,8) de mujeres y los impares(3,5,7) de hombres, el sector 1 es de adolescentes. Éstos se manejan a puertas cerradas.

Y es ahí donde se focalizo la muestra, por la factibilidad de realizar las entrevistas, y la disposición de los funcionarios que allí trabajan. El acceso al sector de larga estadía o “crónico” está prácticamente restringido, tan solo algunos pacientes que cuentan con carisma y buen comportamiento pueden salir durante el día dentro de las dependencias del Instituto, pero el contacto con los internados, si no es a través de la reja, es prácticamente imposible.

Al entrar al sector, la mayoría de las veces abre una auxiliar, pero no son pocas las veces que me encontré con que es una paciente la que se encuentra encargada de la llave de la puerta, generalmente es una de las más “compensadas” y activas por lo que le dan dicha responsabilidad, como un voto de confianza y para que haga algo útil en el día.

Cuando se entra se accede a una sala de estar ubicada a la derecha de la puerta y a la izquierda a lo largo del pasillo se encuentran las oficinas de los profesionales, el psicólogo, psiquiatra y asistente social.

Luego se encuentra la oficina de control de medicamentos y la sala de los auxiliares y paramédicos, donde comen, ven televisión y tienen una cocina y un baño para su uso particular, ubicada frente a las habitaciones de las pacientes, con camas de fierro que están ubicadas en hileras enfrentadas, y veladores donde pueden guardar pequeños accesorios personales, como vasos, pañuelos, etc. (sólo de uso necesario).

Las habitaciones tienen puertas y paredes de vidrio, por lo cual desde la sala de las técnicas y auxiliares puede apreciarse cualquier movimiento. Al final del pasillo se encuentra una sala de fumadores, sin embargo se observa que no siempre cumplen con la restricción de fumar solo ahí.

En la sala común se encuentran dispuestas entre 8 a 10 mesas de plástico con sillas de plástico, es bastante iluminada y tiene en una esquina un televisor que se encuentra encendido prácticamente el día entero, aunque las internas dicen no hacerle mucho caso pues es muy pequeño. En dicha sala se reúnen las internas a comer, recibir visitas y conversar algunas.

IV CAPÍTULO: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Presentación de Resultados:

IV.1.1 Etapa 1: Recomposición de la Estructura

Los resultados se presentan de acuerdo a cada objetivo de investigación, diferenciando según corresponda entre Actor 1: “Pacientes”, y Actor 2: “Funcionarios” y “Profesionales” con el objetivo de exponer ante el lector las semejanzas y similitudes previamente a la identificación del Modelo de Acción Simbólica.

Para identificar los códigos (unidades básicas de sentido) a partir de las cuales se construyen las representaciones sociales del paciente psiquiátrico, la enfermedad y el espacio institucional, se ha optado por tomar como criterio la consideración solo de aquellos aspectos que presenten coincidencia en al menos 3 actores, con la finalidad de identificar categorías que conduzcan a la articulación de las dimensiones de la realidad determinadas y que conformen un orden simbólico, y no aquellas que respondan a un modelo de percepción personal.

Objetivo N°1

Identificar las representaciones sociales que los actores involucrados tienen sobre el paciente psiquiátrico.

Actor 1: Paciente Psiquiátrico.

En el discurso analizado de los pacientes entrevistados, la representación del paciente psiquiátrico tiene la particularidad de describir su propia condición, y a su vez, una imagen del paciente psiquiátrico adquirida del imaginario común. Revisemos esto:

1.1. Percepción de Sí mismo

La percepción de sí mismo se encuentra permeada por la circunstancia de la internación en donde el “ser paciente” se convierte en una condición de identidad. En primer lugar, la percepción de los pacientes sobre sí mismos se realiza por medio de la oposición al Otro-paciente, en segundo lugar, describen cómo se perciben dentro del espacio institucional.

La mayoría de los pacientes se percibe de manera positiva como normales y estables,

(*tranquilo, no doy problemas pasivo, no grito, etc.*⁶³), en contraposición a una imagen negativa del “Otro realmente loco” en el que describen las características ‘típicas’ de lo que se conoce como un “loco real” en el sentido común, y sus actitudes atribuibles a una “conducta anormal”.

La siguiente estructura paralela (Figura IV.1) presenta la percepción de sí mismo en oposición a un ‘Otro’ a quien se le atribuye lo que tradicionalmente se comprende como “enfermo mental”.

Figura IV.1: Estructura paralela en torno a la visión que tiene el paciente de sí mismo. La columna A corresponde a la valoración positiva, mientras que la columna B a la valoración negativa. Ver Anexo VIII.1, estructura EP39.

	A (+)	/	B (-)	T Valoración
Cond	"No realmente enferma"		"Realmente enferma"	Bq=Tipos de pacientes
c.1	Yo	/	(Otros pacientes)	T1=Sujetos
c.2	(No lloro)	/	Lloran	T2=Actitudes
c.3	(No me agarro a cabezazos)	/	Se agarran a cabezazos	T3=Actitudes
c.4	(No grito)	/	Gritan	T4=Actitudes
c.5	(No pelea)	/	Pelean	T5=Actitudes
c.6	Yo no estoy enferma	/	Hay gente enferma	T6=Visión de enfermedad

“¿Hay pacientes que son distintos? Si, ... porque a veces lloran, se agarran a cabezazos, gritan, pelean, a veces lloran de puro gusto” (P7)

“No, yo no me junto con esas locas... [Se ríe] No son iguales que yo” (P6)

“a mí no me da por matarme ni nada, no escucho voces, es que me mandaban a hacer algo que yo no puedo hacer po” (P10)

El paciente “realmente enfermo” se compone a partir de una serie de conductas características que se perciben como negativas, atribuibles a una conducta “anormal” observada en los otros pacientes, generalmente recién llegados al Sector de hospitalización. Se refieren como pacientes ‘enfermos’ a aquellos que ingresan mediante el sistema judicial y además, los que ingresan derivados de la Urgencia, ya que llegan descompensados y/o muy medicados.

⁶³ Ver en Anexo VII.I estructuras: EP1; EP24; EP46;

“mira la abuelita viene llegando y cree que es la cama de ella po... ahí la peinan, ella que está ahí viene de la primera sala y viene pa acá pa juntarse con nosotras, (señala una mujer sentada en el suelo)... Pero yo llegué al tiro a esta sala, [...] Si, las más graves en la primera y así pa atrás, a ella [la paciente recién llegada] la van a poner en la primera [tono de lástima] está con pijama todavía y están prestándole calcetas y cosas.”(P10)

Los pacientes se distancian de la figura objetivada socialmente y se identifican positivamente como pacientes psiquiátricos que tienen episodios relacionados con alguna enfermedad psiquiátrica, pero que no son suficientes como para ser un paciente “realmente enfermo”.

Es preciso destacar que los pacientes se perciben a sí mismos como pacientes psiquiátricos sólo después de haber pasado un periodo de internación. Aunque la mayoría reconoce la enfermedad, esto ocurre siempre después de un período de internación. Antes de este lapso, incluso durante el tiempo de tratamiento, desconocían lo que les estaba sucediendo, esto tiene que ver con la visión de la enfermedad mental que se verá en el siguiente punto correspondiente al objetivo N°2 del estudio.

“Sentí como un sueño, que era un sueño lo que pasaba y era la realidad la que estaba viviendo, pa’ mi era un sueño cuando empezó la enfermedad” (P1)

“No es que yo no siento nada, yo me siento una niña normal y ellos los que evalúan son los que me ven mal po, obviamente uno se encuentra bien po” (P8)

No, no sabía lo que me pasaba, mi mami me llevó al hospital y me llevaron mal porque yo me acuerdo que quebré unas copas donde la patrona de mi mami [...] pero no fue en ese instante que me declararon esquizofrenia porque volví a caer otra vez al hospital, y no sabían qué tenía, después mi mami habló con la señora ella le recomendó a un sobrino que era psiquiatra y él conversó conmigo y le dijo a mi mami, tu hija tiene esquizofrenia” (P9)

“Desde los veinte y tantos si yo fui normal... me daban estos ataques de nervios, de pena pero yo no sabía por qué me pasaba esto... iba al médico y me daban pastillas para el colon... pensaban que podía ser el colon, el hígado todas esas cosas pero no pensaban que era depresión que me estaba dando, entonces me tuve que volver para acá y acá en el hospital me descubrieron que yo sufría de depresión” (P11)

Esta característica del paciente psiquiátrico es descrita por Goffman como la etapa del “pre-paciente”, en donde el paciente se interna voluntariamente porque piensa que le conviene, o bien por la confianza en la voluntad de la familia, o se interna obligadamente, pero no

necesariamente porque reconozcan la enfermedad. Ésta aparece solo asociada a la intervención del discurso médico psiquiátrico.

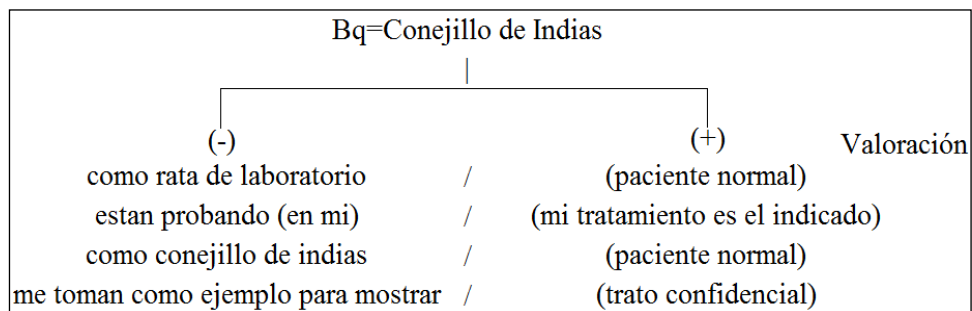
a. “Conejillo de Indias”

Los pacientes entrevistados se reconocen dentro de un espacio institucional, en el que son más bien un objeto de estudio, observación y experimentación.

El eje semántico denominado “Conejillo de indias” se refiere a la experiencia compartida por varios pacientes de sentirse utilizados como ejemplo para estudiantes sin su consentimiento, de probar con tratamientos y dosis de pastillas que se contradicen, a veces, entre los diagnósticos de diferentes médicos.

A diferencia de lo que ocurre con las enfermedades llamadas biológicas, la disciplina absorbe a los enfermos en su permanente investigación sobre las enfermedades mentales, perdiendo éstos autoridad frente a sí mismos y enfrentados al control absoluto del médico psiquiatra, tanto para experimentar con medicamentos, como para presentarlo como material didáctico a sus alumnos.

Figura IV. 2: Estructura Integrada de calificación inversa. Ver Anexo VII.1.1, estructuras: EP1; EP50; EP53



“dijeron tiene que primero entrar a hablar con un estudiante de la universidad no sé cuánto, de la Chile por decirte una, inventada no sé cuál era, años atrás, y “¡no!, no quiero” llorando gritaba yo, y me dijeron, si no, no te damos el remedio, ¡no! ¡Que no quiero!, decía, ‘no te damos remedio’ me decían [...] y agresiva así, impositiva, ‘o entras o no tienes remedio’,...así que entré y yo lloraba y me hacían preguntas estando llorando... como quince a diez personas, entre diez y quince eran más o menos” (P7)

Este elemento produce una diferencia fundamental en cuanto al resto de las enfermedades, en las cuales el paciente puede optar por seguir o no el consejo del médico. Deja de ser una

persona normal con una enfermedad a ser por entero un paciente psiquiátrico.

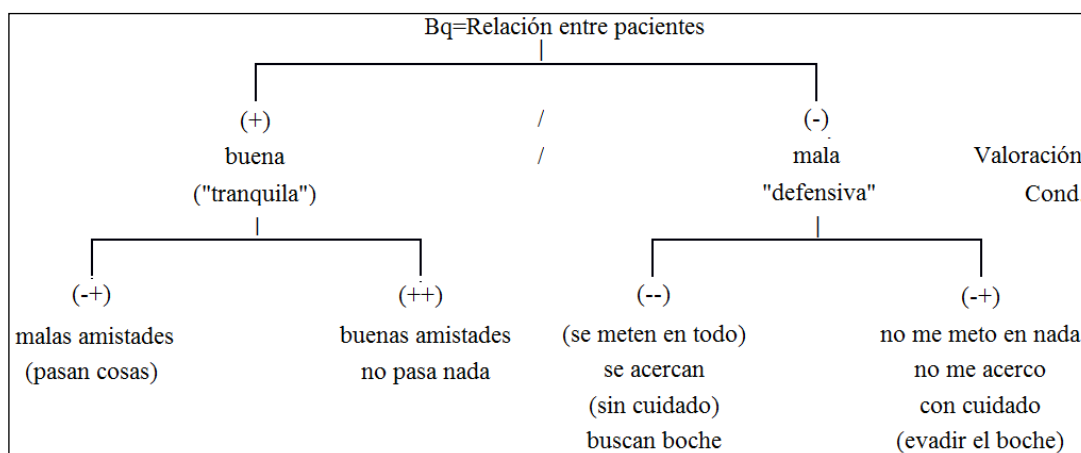
Ser paciente psiquiátrico implica ser utilizado como ejemplo de persona “desconocida” y como experimento a cambio de pastillas de las que son dependientes. Tiene por tanto, la connotación de un objeto externo, que es campo de la intervención (e investigación) médica y académica.

1.2. Relación entre pacientes

La relación que se establece entre los pacientes está determinada por la manera en que definen el ser paciente psiquiátrico, condicionando su actuar y la forma de enfrentarse a otros.

El tipo de relación predominante entre los pacientes tiende a ser distante y desconfiada, en general se describe como “a la defensiva”, puesto que se percibe al Otro como un paciente “negativo” que representa una amenaza, (se acercan; buscan boche) y la percepción de sí mismo como paciente positivo (no me acerco; con cuidado; no me meto en nada).

Figura IV. 3: Estructura integrada de tipo jerárquica acerca de la relación entre pacientes; las valoraciones “buena” y “mala” tienen subcategorías en que la valoración es mixta. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP4; EP38; EP60



Se observa una relación valorada positivamente que se describe como “más tranquila”, la cual se da principalmente entre los pacientes que tienen una alta reincidencia en la hospitalización. Además, en varias ocasiones, se establecen relaciones de amistad que se dan en el contexto de la internación dentro del I. Psiquiátrico, pero que generalmente no perdura fuera de él.

“la mayoría de los casos entre pacientes se buscan boche porque por molestar o muy cargante pa’ pedir algo, no saben pedir porque por eso se arman las peleas” (P1)

“Si es agresiva [la paciente judicial], pero yo no me acerco, todo lo contrario ellas se acercan a mí, pero igual hay que andar a la defensiva aquí, con cuidado pero yo como les digo yo no me meto en na’ no ando metía en las mochas ni nada” (P9)

“yo aquí me hago la dormida, me hago la dormida si po, porque a mí ya se me acabó el tratamiento, no estoy tomando pastillas ya, solamente pa’ dormir me tiene que dar ahora el médico” (P10)

Actor 2. Funcionarios profesionales y no profesionales

2.1. Representación del paciente psiquiátrico

En el discurso de los funcionarios y profesionales entrevistados, la representación del paciente psiquiátrico se articula en base a distintas dimensiones que van construyendo la imagen del paciente. Estas dimensiones se presentan como ejes semánticos que relacionados entre sí dan sentido y coherencia a la definición del paciente.

En primer lugar, se ha definido como eje “procedencia” a la percepción del origen socioeconómico de los pacientes, el contexto familiar y antecedentes judiciales. En segundo lugar, se ha definido como eje “consecuencia” a las características que identifican en los tipos de pacientes, estableciendo en sus dos polos, el que llega a ser paciente psiquiátrico y el que no.

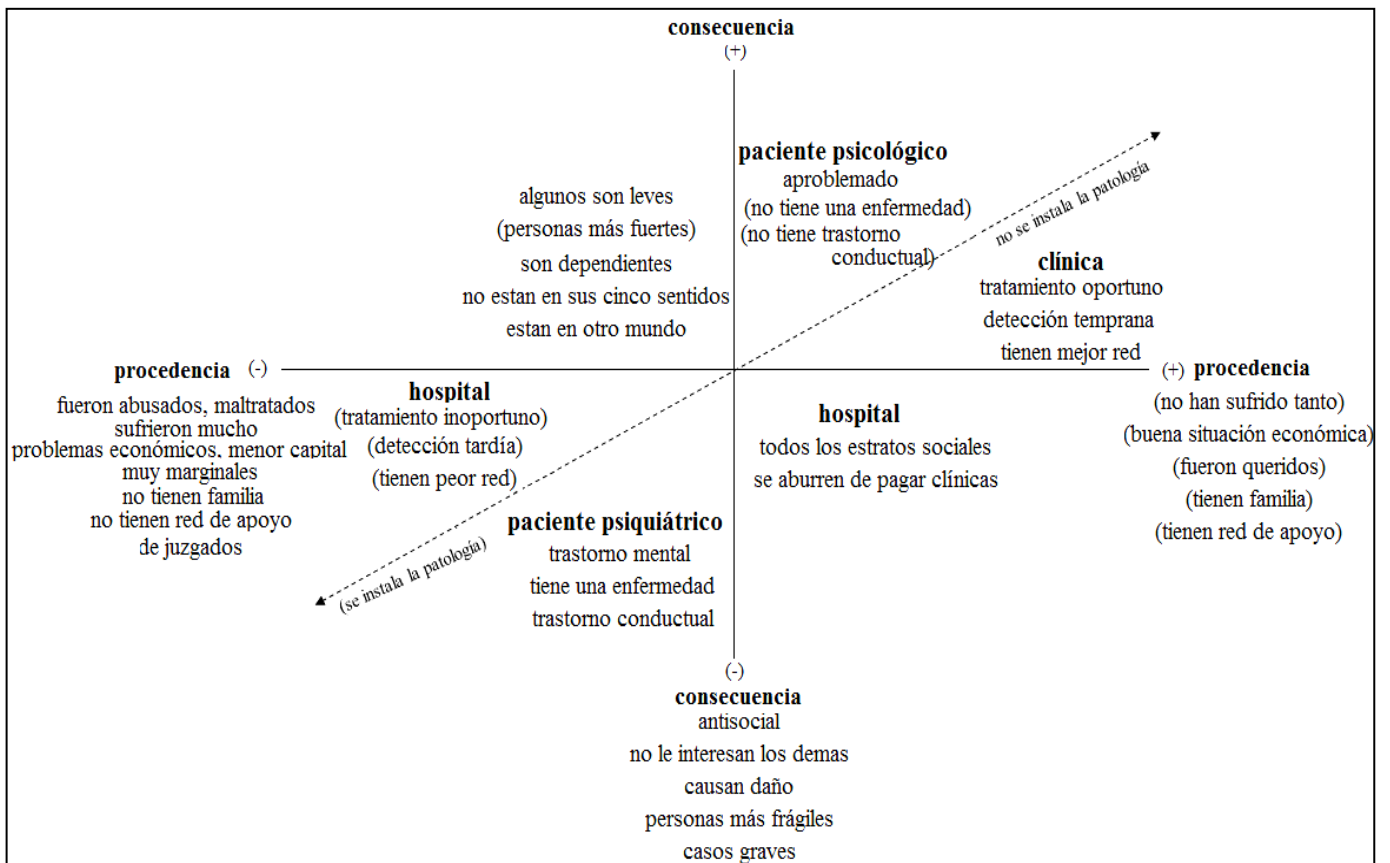
Cruza estos ejes un tercero denominado “existencia de patologías psiquiátricas”, que establece en esta estructura, el lugar en que se instala la patología psiquiátrica propiamente y dónde no.

Se describe la figura del paciente psiquiátrico como una persona cuya procedencia es de estrato social bajo, sin redes de apoyo y con una historia personal de violencia y sufrimiento. La consecuencia más negativa de enfrentar un problema de salud mental desde esta procedencia, es representada por la figura del antisocial y es en este espacio donde se encuentra al paciente psiquiátrico.

Por otra parte, aquellas personas de la misma procedencia pero que presentan patologías percibidas como leves, se observan como personas que dentro de lo posible, han tenido

consecuencias valoradas positivamente. Se refieren a las personas consideradas dependientes, que “viven en otro mundo” pero no representan un peligro para el resto. Se observan como personas “víctimas” enajenadas pero no agresivas, que despiertan la compasión y la convierten en objetivo de caridad y beneficencia.

Figura IV. 5: Estructura integrada de tipo cruzada sobre la representación del paciente psiquiátrico. En el eje horizontal está la procedencia del sujeto y en el eje vertical la consecuencia social. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP65; EP74; EP87; EP88; EP93; EP95; EP108; EP109.



De acuerdo a los entrevistados, el Paciente Psiquiátrico es una persona que tiene un menor capital económico y una peor red de apoyo, por lo que para enfrentar los problemas en su salud mental acude voluntaria o involuntariamente al hospital psiquiátrico, lo que implica una detección tardía de la enfermedad y un tratamiento inoportuno; éste es el lugar en que se instala la patología psiquiátrica propiamente tal, pues los casos son más graves y los pacientes más frágiles.

Por otro lado, los entrevistados identifican también a las personas en las que reconocen una mejor procedencia socioeconómica y mejores redes de apoyo pero que sin embargo, presentan una patología que se asemeja a la figura del antisocial. Aquí se hallan aquellos pacientes que luego de una trayectoria en clínicas psiquiátricas, las familias optan por internarlos en el hospital público.

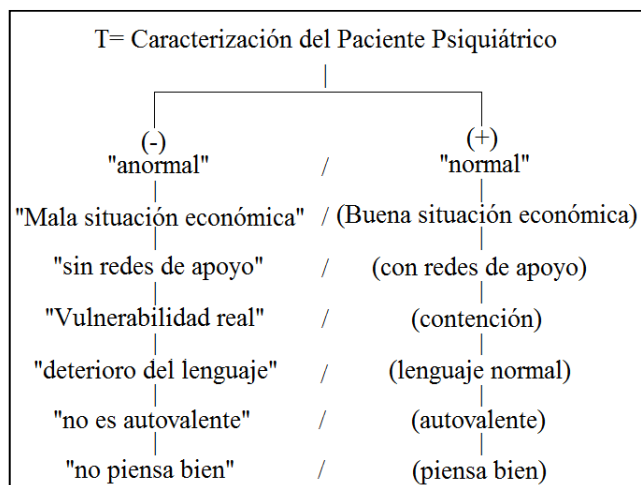
“O sea como este es un hospital público uno podría pensar que llega gente de estrato social bajo acá, pero al contrario, llega más gente de estrato social alto haciéndose pasar como que no tienen plata, o sea como en FONASA A, no sé cómo se lo conseguirán, pero hay gente que tiene medios, que se aburrió de pagar las clínicas y trae a los pacientes acá, [...] hay hartos pacientes de recursos, que viene de... es que por lo general son gente que ha estado en clínicas y ya se aburririeron de pagar; entonces como ven que acá es lo mismo que allá y aquí es gratis mejor se quedan acá”.(A1)

Para los funcionarios y profesionales entrevistados, los problemas de salud mental están multideterminados y no tienen que ver solamente con los factores socioeconómicos, por lo que reconocen la existencia de pacientes considerados “psicológicos” (con una connotación+), que tienen una mejor red de apoyo y un mayor capital económico que les permite acudir a una clínica cuando enfrentan un problema de salud mental, por lo que reciben tratamiento oportuno y una detección temprana de los trastornos. En este lugar de la estructura “no se instala la patología” pues es una persona “aprobledada”, los casos son más leves y las personas mayor preparadas para enfrentar estos problemas.

“los pacientes que llegan a la consulta o que se tratan de manera privada también tienen en general una mejor red, una mejor situación socioeconómica entonces por lo tanto tienen necesidades como más básicas y todo, como que ahí no se instala la patología como desde ahí” (Ps1)

Los profesionales y trabajadores de salud mental y psiquiatría son los representantes ante la sociedad de la institución psiquiátrica, por lo que son quienes poseen autoridad frente al resto en cuanto a la definición del paciente psiquiátrico. La manera en que lo describen y caracterizan se presenta en la siguiente estructura.

Figura IV. 6: Estructura integrada de calificación inversa acerca de la caracterización del paciente psiquiátrico en base a la oposición existencial “anormal/normal”. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP88; EP89; EP99; EP113; EP114



Los profesionales caracterizan al Paciente Psiquiátrico como una persona “anormal”. Este término identifica a aquellas personas que, debido a que han tenido una historia personal de sufrimiento, una mala situación económica y no tienen redes de apoyo, personifican el concepto de “*vulnerabilidad real*”. Cuando se enfrenta un problema de salud mental dentro de este contexto los profesionales observan que, aunque reciba tratamiento, inevitablemente se comienza a deteriorar el lenguaje de estas personas, pierden la autovalencia y dejan de pensar “bien”.

“son sujetos que como que estuvieron tan carenciados desde muy chicos que obviamente el camino era, no podían ser normales, ya o sea y desde que no tenían pa’ comer, o a lo mejor tenían pa’ comer pero el papá era alcohólico y violencia entonces claro como desde muy chicos, no con todas las condiciones para que se pudieran desarrollar emocionalmente, psicológicamente y cognitivamente como un del todo bien, entonces si bien, no del todo las personas que no tienen red van a hacer una patología psiquiátrica, porque no es así si no estaría todo esto lleno pero si es un factor que incide harto”. (Psi1)

Si bien no se refieren al total de los casos, pues todas las personas son diferentes, consideran que ésta es la “evolución natural de la enfermedad”, pues aunque el paciente logre grados de autonomía no va a evolucionar a una mejoría. En la siguiente cita se presenta un ejemplo.

“...la evolución natural de la enfermedad en psiquiatría, o sea, existe lo que está descrito como la evolución natural de la enfermedad,[...]de acuerdo a este flujo de la evolución de la enfermedad, se ha visto que hay personas que llegan a un nivel de recuperación que no les permite vivir de manera independiente, por ejemplo hay pacientes residentes de hogares que eh, reciben su pensión asistencial que les da el Estado pero no son capaces de manejar ese dinero, ni van a ser capaces, ...entonces requieren de un yo auxiliar en este caso, que les maneje el dinero,[...]entonces los pacientes que están en hogares igual son personas que no evolucionan hacia una mejoría, probablemente muchos de nuestros pacientes de esquizofrenia estoy hablando, no van a evolucionar a una mejoría del 100% siempre van a quedar con un defecto” (Enf)

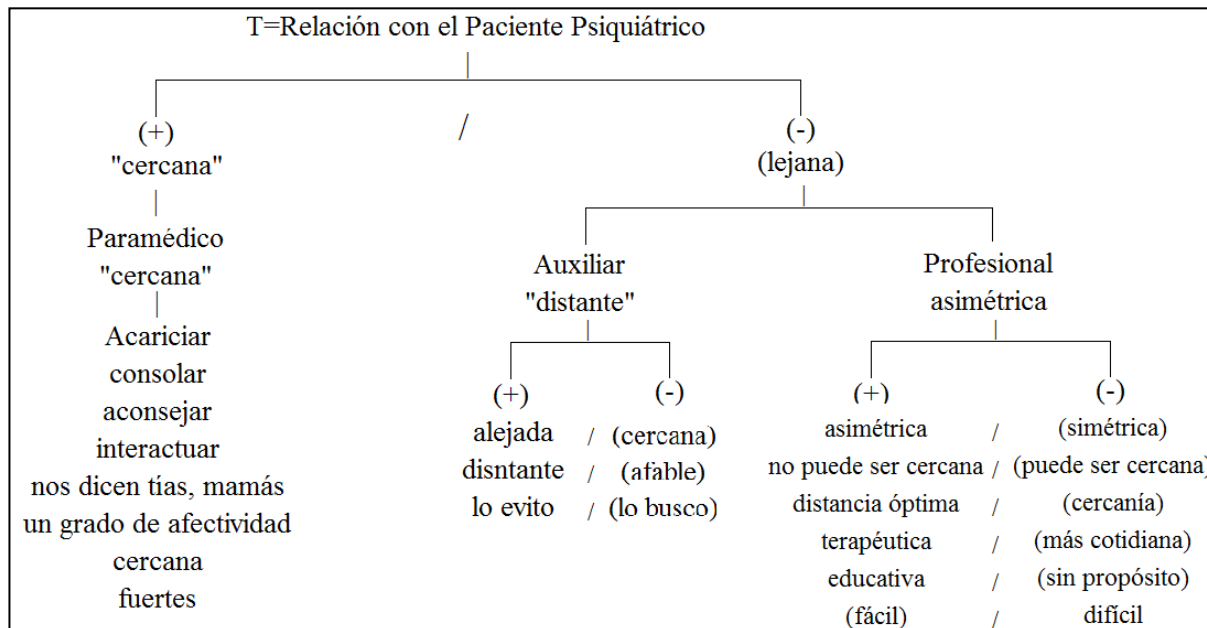
2.2 Relación con los pacientes.

En la relación que se establece entre los funcionarios y profesionales con el paciente se refleja la imagen que tienen del paciente psiquiátrico. Como se ha visto, las representaciones sociales guían las acciones y prácticas de los sujetos.

Se observa en el discurso una distinción entre los estamentos de los funcionarios entrevistados, auxiliares, paramédicos y profesionales. Como se ve en la siguiente estructura (Figura IV.7) el estamento considerado el más cercano al diario vivir con los pacientes es el único que considera que existe una buena relación, en cambio, los otros estamentos se refieren a su relación en sentido opuesto; se ha considerado la valoración negativa “lejana” para demostrar la oposición, sin embargo, los entrevistados no necesariamente la consideran negativa, pues no plantean que debiera cambiar.

Se observa una divergencia entre el tipo de funcionario, pues los auxiliares definen la relación con los pacientes como “distante” y los paramédicos como “cercana”, probablemente por el tipo de función que cumplen. Lo que se evidencia aquí es la disposición que ambos estamentos tienen hacia el paciente, mientras que el auxiliar *evita* el contacto con él, (visión del paciente como antisocial), el paramédico considera que tiene que consolar, aconsejar, etc., esta relación refleja una visión del paciente como una persona desvalida que necesita contención (visión del paciente “leve”, distinta de la figura del antisocial).

Figura IV. 7: Estructura integrada de tipo paralela en torno a la valoración del tipo de relación con los pacientes. (Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP70; EP86) en conjunto con una Estructura integrada de calificación inversa como subcategoría del polo negativo, de acuerdo a la distinción auxiliar/profesional. (Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP100; EP101; EP116)



“...porque llegan muy dopados o en estados confusionales muy grandes... tenemos que interactuar con el pacientes y conocerlo un poquito más allá de... del... tenemos que romper una barrera porque tenemos que llegar a saber que lo motiva, sabiendo qué lo motiva nosotros podemos comparar la conducta inadecuada que él presenta. Hacemos contención emocional, conversamos con ellos mucho.[...]Claro es cercana, porque cuando llegamos a ver que los motiva podemos... a veces un cigarro, entonces nosotros le decimos, te ofrecemos un cigarro y tú ocupas la cuchara para comer, por ejemplo, si esa fuese su conducta inadecuada.”(PM2)

La relación que establecen los profesionales con el Paciente Psiquiátrico refleja también la imagen que tienen de ellos. Los profesionales entrevistados valoran positivamente una relación de poder de tipo asimétrica, en la cual se mantiene una distancia óptima en la que no es posible una cercanía, puesto que tiene una intencionalidad terapéutica y educativa. Contrariamente, una relación de poder más simétrica y más cercana es más difícil de tolerar.

“es difícil tolerar la interacción las 12 horas, las 24 horas y el tiempo que signifique estar en contacto con una persona que ve una realidad distinta y a la cual permanentemente hay que estarla confrontando con ese hecho” (Enf)

Objetivo N°2

Identificar la representación social que los actores involucrados construyen acerca de la enfermedad mental.

Se aprecia una aparente diferencia en la representación de la enfermedad en relación a la posición que se tiene frente a ella. Los pacientes psiquiátricos por una parte, que ven “de adentro” la enfermedad, utilizan categorías y simbolismos con los cuales se representan la enfermedad mental, los efectos sociales que conlleva y la trascendencia en su propia identidad.

Por otra parte, los funcionarios y profesionales conviven con la enfermedad mental de manera cercana, pero la ven “desde fuera”, pues no forma parte de la constitución de su identidad, se refieren a las características observables de la enfermedad y a la disposición social hacia ésta.

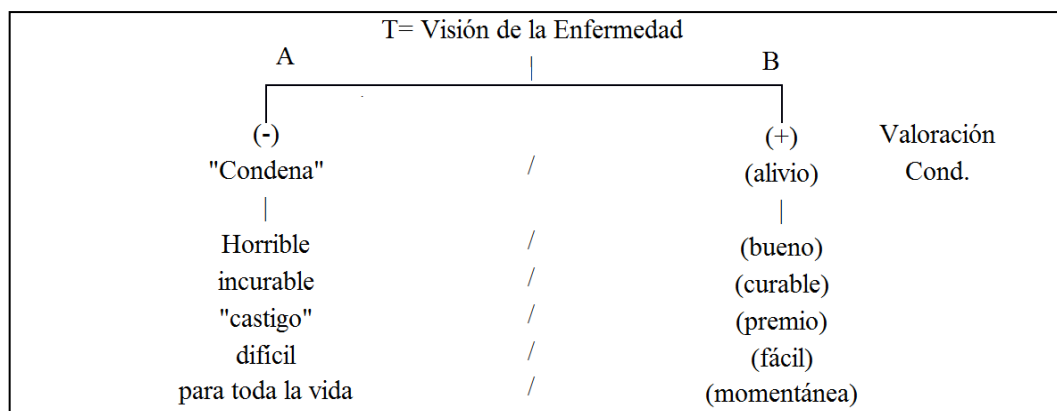
Actor 1: Paciente psiquiátrico

a. Simbolismo Condena-castigo

Los pacientes psiquiátricos se refieren a la enfermedad mental desde un simbolismo denominado “Condena-castigo”, que engloba calificativos como “*incurable*”, “*castigo*”, “*horrible*”, etc.,⁶⁴. Estos adjetivos sugieren algo impuesto de una manera externa al sujeto, por una mala pasada de la vida o bien adquirida de manera hereditaria. Esta representación surge como un recurso a la mano desde el sentido común, para explicarse el acontecimiento ocurrido en ausencia del conocimiento médico sobre la enfermedad.

⁶⁴ Ver Anexo VIII.I estructuras: EP11; EJ2; EP18; EP30; EP43.

Figura IV. 8: Estructura integrada de los pacientes de calificación inversa, sobre la visión que éstos tienen de la enfermedad mental, bajo el simbolismo “condena” como condensación de las estructuras: Ver Anexo VII.I.1, estructuras EP11; EJ2; EP18; EP30; EP43.



b. Eje temporal

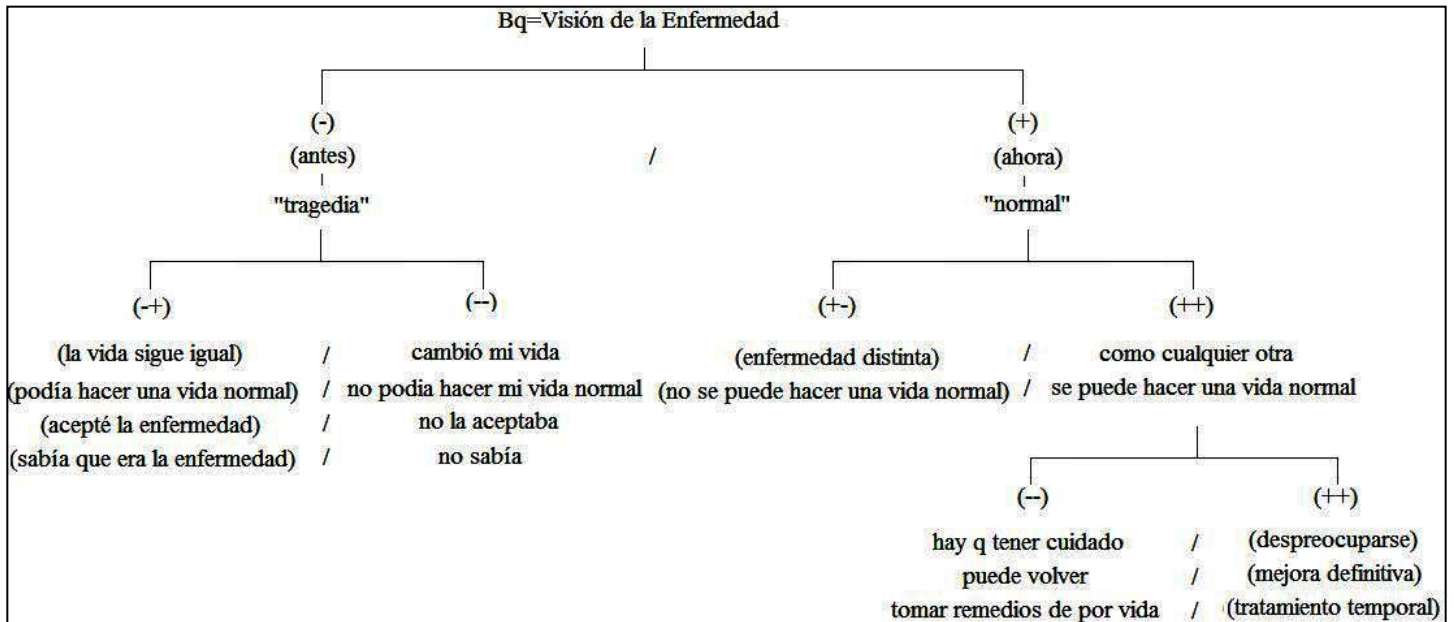
Los pacientes perciben de manera distinta la enfermedad “antes” del tratamiento, identificando un momento de ruptura de la vida cotidiana en que se manifiesta objetivamente como una enfermedad mental.

La enfermedad “antes” de su aparición como tal (o manifestación aguda) se manifestaba desde la incertidumbre, como una tragedia que no les permitía seguir adelante con su vida. En contraste con el presente en que están con tratamiento dentro una institución que los asila. El presente se valora como positivo, pues reconocen una estabilización y comprensión de los términos en los que se puede vivir con la enfermedad, en tanto han incorporado el discurso médico-psiquiátrico de la enfermedad mental.

Este momento es descrito por Goffman como la *etapa del paciente*⁶⁵, en la cual éste se convence de su abandono en la sociedad y comienza su periodo de adaptación incorporando el discurso médico en su propio beneficio mediante el sistema de premio-castigo característico del sistema de disciplinamiento.

⁶⁵ Descrita en el Marco teórico de la presente investigación.

Figura IV. 9: Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la enfermedad mental según el eje temporal antes/ahora con la condensaciones "Tragedia/normal" La visión positiva contiene una subcategoría que en el eje temporal correspondería al futuro. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP10; EP11; EP18; EP30; EP43; EP62



No se manifiesta claramente el “futuro” de la enfermedad, pero está vinculado implícitamente en expresiones como “*es para toda la vida*”, “*puede volver*”, “*hay que tener cuidado*”, en tanto proyecciones impredecibles, independientemente del tipo de enfermedad mental que padezcan. Por tanto, el futuro se presenta riesgoso y amenazador, pues implica el término de la internación y un alejamiento de la institución.

c. Formas de adaptación:

Como se ha descrito hasta ahora, los pacientes reconocen la enfermedad mental solo después del periodo de internación, es decir, después del paso por la institución. Este recorrido es denominado por Goffman como la “carrera moral del paciente”, que implica el proceso por el cual el paciente se desvincula de sí mismo, forzado a aceptar las definiciones de identidad impuestas, y lo que significa la enfermedad mental y ser un paciente psiquiátrico.

Goffman define dos formas de adaptación del paciente a la institución: las formas primarias se realizan mediante la adaptación de las normas y estructuras institucionales; y las formas secundarias mediante a la adaptación de una característica en su propio beneficio.

En el discurso de los pacientes se identifica una forma de adaptación primaria en relación con el tratamiento que reciben principalmente de fármacos, donde el tratamiento es “*para toda la vida*”. Esta dependencia de los fármacos suministrados a los pacientes en el Instituto se comprende como algo inherente al tipo de enfermedad.

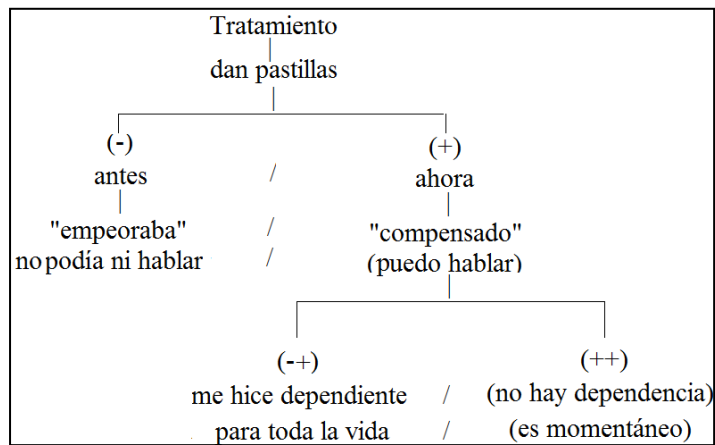
Esta dependencia es asumida por los pacientes, pues le son administrados por orden médica y dado que muchas veces la internación es involuntaria, no se requiere el consentimiento del paciente sobre el tratamiento. Tampoco existe una información sobre los eventuales efectos secundarios, entre los cuales podemos nombrar precisamente la fármaco-dependencia que declaran los pacientes, diciendo: *me hice dependiente, sin remedios yo no funciono*. Hay algunos casos, donde ni siquiera están enterados del nombre del medicamento.

“No tengo idea, aquí me dan las pastillas y me las tomo, no he preguntado y lo único que sé es que me dan diazepam, lo otro no sé qué será” (P9)

Los pacientes que llevan más años con la enfermedad adquieren gran conocimiento de los medicamentos utilizados. Estos pacientes han expresado su experiencia con distintos tipos de drogas, evolucionando a la par con el avance tecnológico y adquiriendo un dominio de nombres, efectos, y peligros que conlleva el uso de estos medicamentos. La enfermedad termina siendo para éstos lidiar constantemente con los efectos secundarios de distintos medicamentos.

“yo el único miedo que tengo es que me haga mal la clozapina, porque dicen que la clozapina tiene un efecto secundario que una vez me mandó al hospital, porque a mí una vez me pasó y gracias a Dios me salvé... entonces le dicen a uno ya jovencito usted no va a poder tomar nunca más clozapina... entonces dicen que yo he escuchado que la clozapina es un remedio hasta por ahí no más porque tiene efectos secundarios y le puede pasar a cualquiera yo conozco un amigo que le paso y ya no puede tomar nunca más”(P3)

Figura IV. 10: Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la representación del tratamiento en base a un eje temporal antes/ahora. El polo positivo contiene una subcategoría que revela una valoración mixta de la consecuencia. Ver Anexo VIII.I.1, estructuras: EP13; EP40.



Como se aprecia en las distinciones que realizan los sujetos más experimentados en las vicisitudes de la enfermedad, el “ahora” valorado positivamente en relación a un estado de “compensación” se perpetúa en el futuro. Sin embargo, puesto que no tiene una esperanza de mejoría, la proyección que realizan recae en la prolongación del tratamiento y la dependencia física y psicológica a los medicamentos, adquiriendo una connotación negativa.

En este punto es posible advertir el grado de institucionalización de los pacientes, incluso mediante mecanismos que pueden ser extra-manicomial, como la dependencia de los fármacos, subsumiendo su vida al régimen de vida impuesto por la institución.

Se identifica en el discurso de los pacientes una forma de adaptación de tipo secundaria en términos de Goffman, que dice relación con la adaptación de alguna característica de la institución en su propio beneficio.

La característica principal de la institución psiquiátrica, la aislación de la sociedad, es adoptada por los pacientes como método de defensa ante la sociedad representada como hostil, esta característica puede ser comprendida como reflejo de la visión de los funcionarios y profesionales, como se verá en el siguiente punto.

Figura IV. 11: Estructura Integrada del discurso de los pacientes entrevistados de calificación inversa, en torno al simbolismo “secreto total” como mecanismo de defensa hacia la estigmatización. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP10; EP30; EP43; EP45; EP55

Bq=Mecanismo de defensa			Valoración Cond	
(-)	/	(+)		
"Secreto total"		"se cuenta abiertamente"		
c.1	Yo no les digo que tengo esta enfermedad	/	(Cuento abiertamente de la enfermedad)	T1=Tipo de defensa
c.2	Yo nunca dije...	/	(Dije que tenía esquizofrenia)	T2=Tipo de defensa
c.3	Las personas escuchan esquizofrenia y se espantan	/	(son comprensivas)	T3=Percepción desde fuera
c.4	hay personas que no lo entienden	/	(entienden de que se trata la enfermedad)	T4=Ignorancia de la enfermedad
c.5	totalmente discriminada	/	(aceptada)	T5=Percepción del trato
c.6	no se le puede decir a cualquiera	/	(se puede decir abiertamente)	T6=Tipo de defensa
c.7	secreto total	/	(se puede decir abiertamente)	T7=Tipo de defensa
c.8	Les asusta, les da miedo la enfermedad	/	(Aceptan la enfermedad)	T8=Percepción externa

Como se expone en la Figura IV.11, los pacientes tienen la noción de que la sociedad no recibe de buena manera a las personas con una enfermedad mental, principalmente porque reconocen una reacción de temor frente a algo que no comprenden, por lo que ocultan dicha información. Sin embargo, esto no obedece a un sentimiento de vergüenza o negación, sino más bien, a un mecanismo de defensa contra las agresiones.

En las siguientes citas se ejemplifica:

Si... sí que a nosotros nos miran como locos... como delincuentes... como...no miedo, si no discriminación un poco, rechazo por el hecho que... como con los remedios uno anda así... que cuesta modular uno parece que tiene problemas mentales entonces dices ah este es loco, es un sicópata entonces que tienen que alejarse de uno (P4)

“Puede ser peligroso, de hecho fue peligroso porque donde estuve trabajando se estuvieron aprovechando de mí también, no me pagaban lo que tenían que pagarme, me pagaban menos (...) Sí, yo reclamaba pero no me pescaban, total era la loca la que reclamaba” (P6)

“Sí, totalmente discriminada, no se le puede decir a cualquiera, tenís’ que decirle a los más amigos,[...]Sí, secreto total, pero algunas tienen solución, algunas se pueden quitar después de un tiempo yo creo”(P12)

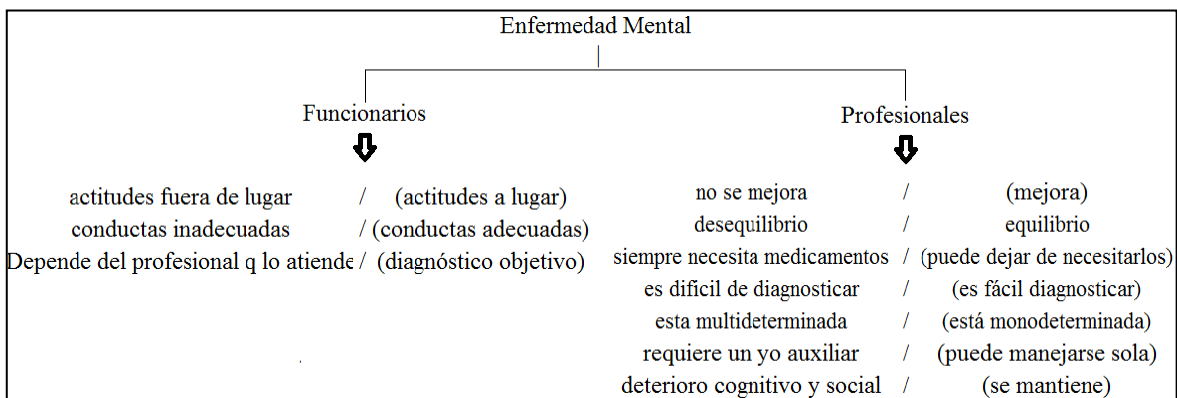
Actor 2. Funcionarios profesionales y no profesionales.

a. Visión de la Enfermedad Mental

La representación que tienen los funcionarios no profesionales acerca de la enfermedad mental proviene de su experiencia de trabajo en el IPs, y se funda en las actitudes consideradas fuera de la norma, una conducta distinta a lo esperado socialmente y considerada inadecuada. Sobre el diagnóstico específico de determinada patología, concuerdan en que depende del profesional que lo atienda, pues en el fondo, son siempre conductas desviadas.

Los profesionales por su parte, presentan una imagen general de la enfermedad mental, independientemente del tipo de trastorno al que se refiera, describiendo determinadas características que tienen que ver con su experiencia.

Figura IV. 12: Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación de la enfermedad mental de funcionarios y profesionales. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP79. Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP91; EP92; EP103; EP104; EP111



La enfermedad mental se representa principalmente como crónica o sin mejoría, que proviene de un desequilibrio en la salud mental determinado por múltiples factores, por lo que es difícil de diagnosticar. Implica un tratamiento farmacológico permanente, el deterioro cognitivo y social del paciente lo que se identifica como la evolución natural de la enfermedad.

Debido a esto, la enfermedad mental implica la necesidad de un “yo auxiliar” del paciente, puesto que pierde la autonomía y la capacidad de autocuidado.

b. Disposición social a la enfermedad mental

Se presenta en este punto un rasgo característico de las *organizaciones totales*: la tendencia absorbente⁶⁶ y la identificación de la oposición “dentro/fuera” de la institución como una disociación de la sociedad que se refleja en la oposición “*la gente/nosotros*”.

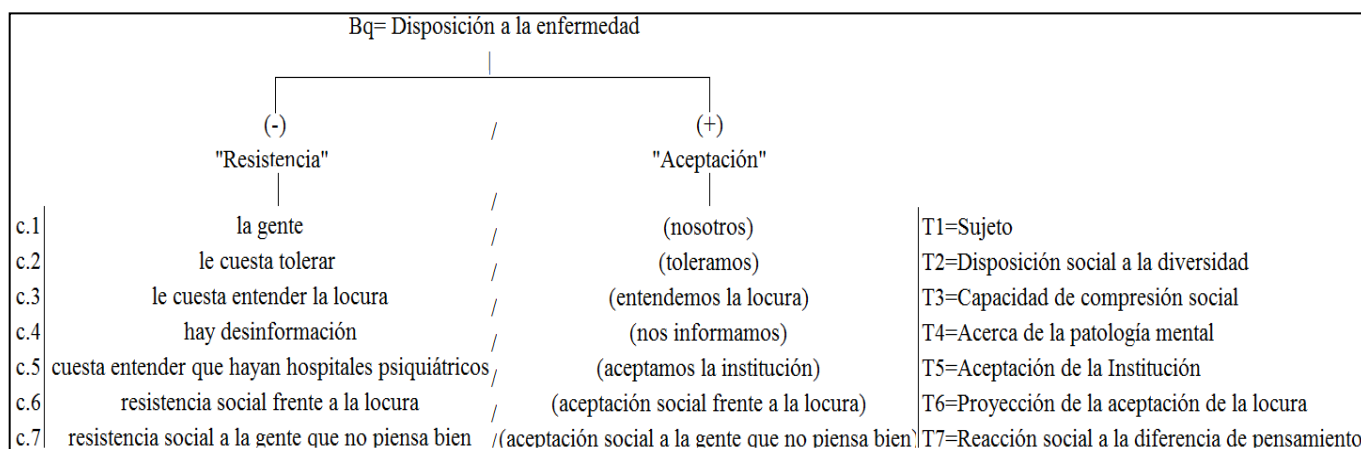
La disposición hacia la enfermedad mental se describe desde dicha distinción, en la cual los funcionarios y profesionales “aceptan” y la gente “se resiste” a la enfermedad.

“Pero siempre lo que yo noto es que hay como mucha resistencia así como social frente a lo que es la locura, frente a lo que es la persona que no piensa bien” (Ps1)

La resistencia social a la enfermedad se refleja en la intolerancia, debido al desconocimiento general sobre la enfermedad y sobre la institución psiquiátrica. Existe una dificultad de la sociedad para comprender la locura y el pensamiento diferente, así como la incompreensión del rol que cumplen las instituciones psiquiátricas.

Se ha identificado una asimilación de lo que implica la enfermedad mental y sus efectos sociales, lo que al parecer es su característica más distintiva.

Figura IV. 13: Estructura integrada de calificación inversa acerca de la representación que tienen los funcionarios de la disposición social a la enfermedad mental, en base a la categoría “Resistencia/Aceptación”, condensación de las estructuras: Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP91; EP92; EP103; EP104; EP111



⁶⁶ Esta tendencia absorbente o totalizadora, consume parte del tiempo y el interés de sus miembros proporcionando un mundo propio. Para un mayor detalle del concepto véase en Marco Teórico de la presente investigación.

La denominación de la enfermedad como un “secreto total” de los pacientes entrevistados descrita anteriormente, es compartida y conocida por los funcionarios y profesionales cuando reconocen una resistencia social a la enfermedad mental, (*“las personas escuchan esquizofrenia y se espantan, no la entienden, les da miedo la enfermedad”*.)

Para los profesionales, la enfermedad mental implica inevitablemente un deterioro cognitivo y no se considera esperanza de mejoría, lo cual es asumido por los pacientes al proyectarse un futuro dependiente, si no es de otra persona, de la institución o de los remedios. De cualquier forma, el paciente pierde el control de su cuerpo.

Esto se refleja en el simbolismo de Condena al que aluden los pacientes, puesto que implica una sentencia de ‘muerte social’ asociada a la pérdida de autonomía, derechos y deberes sociales en los diferentes ámbitos de la vida social (económica y cultural).

“entonces requieren de un yo auxiliar en este caso, que les maneje el dinero, de manera que les dure por lo menos hasta el próximo pago... son personas que no evolucionan hacia una mejoría, probablemente muchos de nuestros pacientes de esquizofrenia estoy hablando, no van a evolucionar a una mejoría del 100% siempre van a quedar con un defecto” (Enf)

ObjetivoN°3

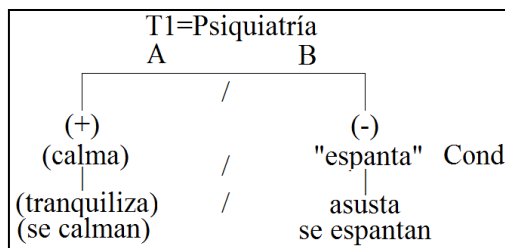
Identificar las representaciones sociales de los actores involucrados en torno al espacio institucional que conforma el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Por espacio institucional se comprende un campo de representaciones estructuradas, en que la experiencia de la enfermedad mental adquiere un significado dentro de la lógica del discurso de autoridad médico-científica. Dentro de este campo representacional, distinguimos entonces, la percepción que los actores tienen de la Psiquiatría, del lugar de reclusión, de los funcionarios y del médico. Veamos a continuación los resultados de acuerdo a cada dimensión.

3.1 Dimensión 1: Psiquiatría

Los pacientes se refieren a la Psiquiatría desde la imagen negativa que proyecta en la gente y que extrapolan hacia ellos.

Figura IV. 14: Estructura integrada de tipo inversa en torno a la representación de la Psiquiatría, de los pacientes en base a la categoría "espanta" condensaciones de las estructuras: Ver Anexo VII.I.1, estructuras EP6; EP21; EP30



La principal característica que perciben de la Psiquiatría recae en la valoración negativa que ésta proyecta, mediante adjetivos que evidencian el alejamiento y rechazo que provoca entre los pacientes y el entorno, asociados al temor. Como se aprecia en la siguiente cita, esta percepción se traduce en una actitud también negativa y de desconfianza hacia las personas que se vinculan a ella.

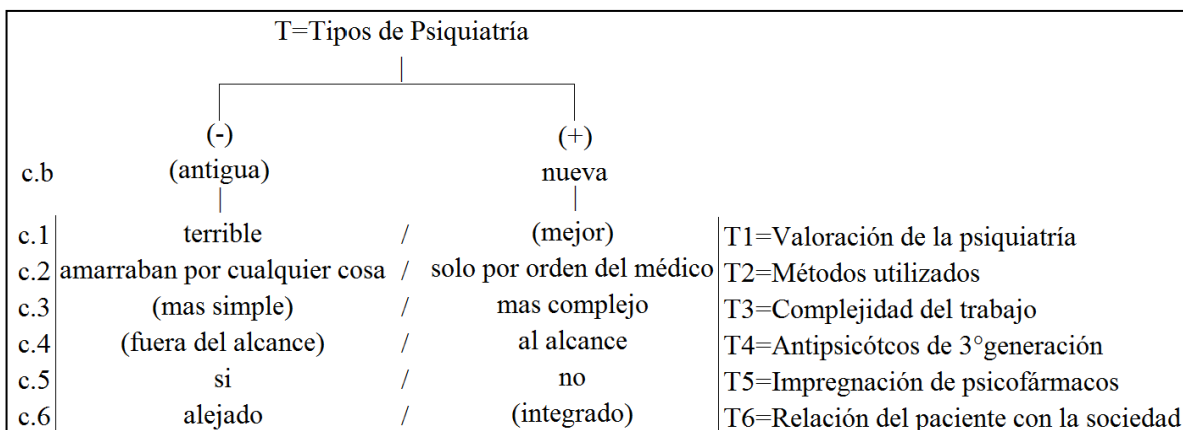
“Es que yo creo que entraría la desconfianza decir que estuve en un hospital psiquiátrico, y más los papeles de antecedentes, serían esas dos cosas que se juntarían, porque la gente cuando usted le nombra la Psiquiatría, la gente se asusta” (P1)

Los profesionales se refieren de igual forma, en relación a la Psiquiatría como disciplina, desde la proyección negativa en la sociedad, reconociendo que no es una disciplina validada socialmente.

“es como... de alguna manera como pensar lo peor en relación a la locura y en relación a la Psiquiatría entonces no es algo que esté como muy validado, así como socialmente y en ese sentido claro, la psiquiatría igual tiene poco años en relación a otras especialidades de la medicina, la psicología también, tiene muy pocos años, en relación a otras disciplinas” (Psi1)

Por su parte, los funcionarios diferencian entre tipos de Psiquiatría, destacando una modificación en la atención que se expone en la siguiente figura IV.15.

Figura IV. 15: Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación de la Psiquiatría de los funcionarios en base a la distinción “antigua/nueva” Psiquiatría: Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP78; EP81



Los funcionarios reconocen un cambio en el tipo de Psiquiatría predominante en el Instituto, este cambio es visto de manera positiva frente a una “antigua” Psiquiatría “terrible” y alejada del paciente, en la que el método utilizado era la coerción física y que generaba un alto grado de impregnación⁶⁷ de los psicofármacos en los pacientes, puesto que no se utilizaban los antipsicóticos de tercera generación, que reducen los efectos de deterioro físico y cognitivo.

“...antes un paciente con 40 años con esquizofrenia tiene una forma de caminar característica, se le caía la saliva, porque los anti-psicóticos eran el doble y producían toda esa cosa que se llama “impregnación”. Ahora no, entonces esa es la facilidad. Dificultad, por más que se quiera el paciente psiquiátrico no es reintegrado a la sociedad, la sociedad los rechaza, si ellos trabajan les pagan menos, aunque sean ingenieros o tengan la profesión que tengan los discriminan mucho”(TP2)

3.2 Dimensión 2: Lugar de reclusión

El lugar de reclusión forma parte importante en la constitución de la representación del espacio institucional, pues es el lugar que los contiene en sus muros (ahora relativamente abiertos a la comunidad) y que marca la separación física del resto de la sociedad.

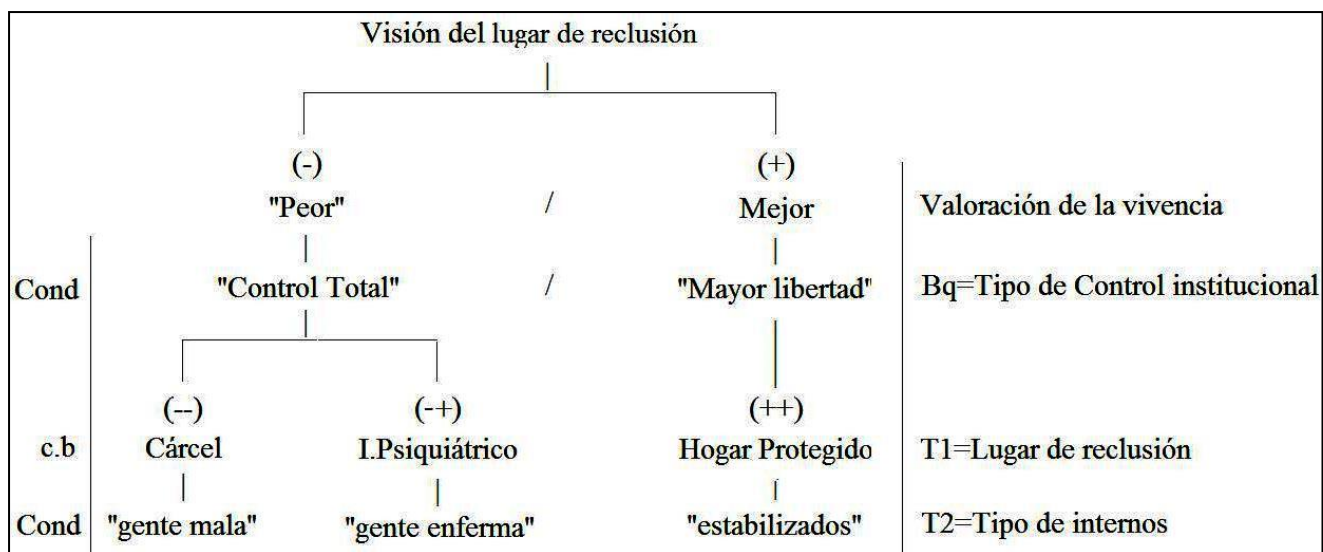
⁶⁷ La impregnación es un trastorno causado por los efectos adversos del tratamiento terapéutico con neurolépticos, el paciente decae y pierde el dominio de su cuerpo y es altamente mortal, generalmente sucede por tomar medicamentos por un tiempo prolongado sin supervisión y seguimiento con exámenes.

Los pacientes realizan una distinción entre tres tipos de lugares de reclusión, para establecer las diferencias entre ellos, pues la mayoría ha experimentado más de uno.

Gran parte de los pacientes llegan a internarse en el Instituto luego de haber estado en la cárcel y que, por orden judicial, se les dicta cumplir una sentencia penal bajo tratamiento psiquiátrico, por lo que independientemente de la evolución de su enfermedad deben cumplir un periodo mínimo de reclusión.

Como se aprecia en la Figura IV.16, se reconoce principalmente una distinción entre una experiencia “mejor”, definida como de Mayor libertad y una “peor” definida como de Control Total.

Figura IV. 16: Estructura integrada de tipo jerárquica sobre la visión del lugar de reclusión de los pacientes en base a la valoración “peor/mejor”. El polo negativo contiene una subcategoría con los códigos “cárcel (-) e Instituto Psiquiátrico (++) de calificación mixta. Ver en Anexo VII.I.1, Estructura: EP3; EP16; EP22; EP48



Dentro de lo que denominan de “Control Total” se describe un espacio más restrictivo, de completo encierro, espacios reducidos, manejo de los tiempos, letargo, donde no se puede hacer nada, etc. Se reconoce dentro de este espacio las experiencias vividas en la Cárcel y el Instituto Psiquiátrico.

Se produce un matiz dentro de la connotación negativa de esta experiencia, de acuerdo al tipo de interno con el que se relacionan, identificando en la cárcel la peor experiencia y la

más peligrosa, pues se encuentra con “gente mala”, en cambio en el Instituto Psiquiátrico, sólo hay “gente enferma”.

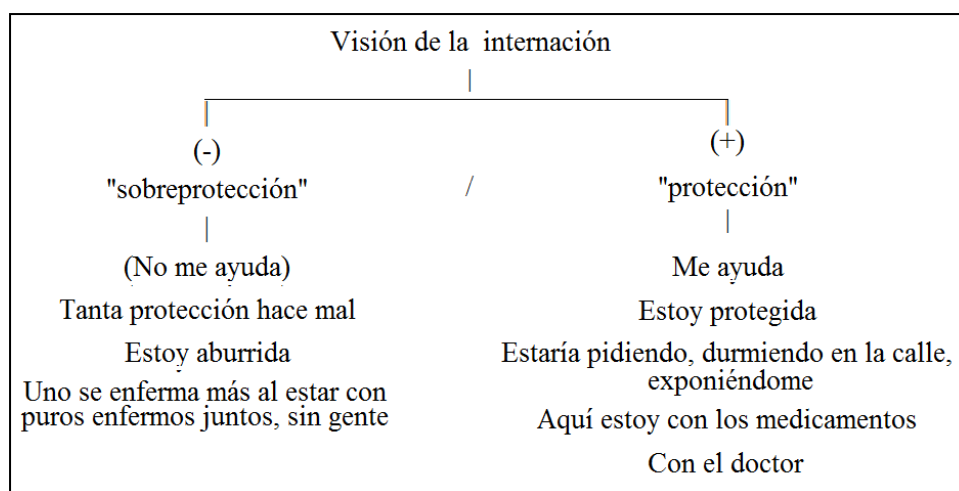
“En la cárcel hay agresivos ahí, hay gente más mala que uno, gente que le gusta hacer daño [...] Si po’ pero se usan lanzas, de tres metros con puntas... en el psiquiátrico no se ve eso, si uno se altera un poco y lo estabilizan al tiro con una inyección y no pueden ni abrir la boca... [Se ríe]” (P1)

Por otro lado, la experiencia mejor valorada es la reclusión dentro del Hogar Protegido, donde tienen mayor libertad, y se encuentran los pacientes estables y compensados. Esta modalidad de reclusión ha sido incorporada recientemente, dentro de la modificación de la atención psiquiátrica hacia un modelo comunitario, como espacio intermedio hacia la reinserción del paciente a la comunidad.

“Que en el psiquiátrico es otra mente, llegan los pacientes que vienen de la cárcel y es más, más caótica la situación pero en el hogar es mejor porque es más relajao’ porque está con pacientes que están compensados [...] Sí, es más peligroso” (P4)

Finalmente, en cuanto a la visión que tienen los pacientes de la internación propiamente, el lugar de reclusión representa un espacio que los acoge, reciben los medicamentos, y además, un lugar donde se puede dormir y comer protegidos de los peligros del mundo externo, así como de sus obligaciones sociales. Se presenta como una especie de salvación, que los acoge en un momento de desgracia e impide que vuelvan a caer ya que están bajo la vigilancia constante del médico.

Figura IV. 17: Estructura integrada de tipo paralela, sobre la visión de la internación de los pacientes en torno a las categorías “sobrepotección/protección”, condensaciones de las estructuras: ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP3; EP26; EP39; EP48;



Sin embargo, esta apreciación positiva resulta superficial, puesto que al mismo tiempo es identificada como excesiva, es decir, asumen que la internación es por su propio bienestar, como lección aprendida del discurso médico, pero al referirse a su experiencia personal la identifican como perjudicial, aburrida, y que el encierro hace que se enfermen más, puesto que se les mantiene en un lugar que no les permite hacer nada fuera de lo que se espera del paciente, y tampoco se les integra en actividades psicoterapéuticas.

“porque estar en un grupo encerrado como que uno se.... Se enferma más yo creo, siento yo que uno se enferma más al estar con puros enfermos juntos sin gente”. (P1)

“hay muchachos que, chiquillos que llevan años y años encerrado y nunca han salido pa’ afuera y entonces el encierro les hace peor”, (P4)

“Estoy aburrida, me ayuda sí, pero estoy aburrida, me ayuda porque si no estaría pidiendo y durmiendo en la calle y exponiéndome a que me pase algo,...Estoy protegida, pero tanta protección hace mal po” (P9)

Actor 2: Funcionarios y profesionales

Los funcionarios describen al Instituto por el tipo de atención psiquiátrica que representa, es decir que, de acuerdo a sus experiencias, el Instituto corresponde a un Centro de atención predominantemente conductista,⁶⁸ en comparación con otros Centros, que manejan otro tipo de técnicas como la psicoterapia, que se desarrollan solo esporádicamente en el Instituto.

Figura IV. 18: Estructura integrada de calificación inversa, de la visión de los funcionarios sobre la orientación del psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP80; EP81

	A (-)	/	B (+)	T Valoración Orientación del Psiquiátrico
c.1	el conductismo	/	otras técnicas, psicoterapia	T1=Tipo de técnicas psiquiátricas
c.2	(más barato)	/	muy caros	T2=Costo monetario de las técnicas
c.3	se usa	/	no se usa	T3=Utilización de las técnicas en el IPS
c.4	se puede	/	no se puede	T4=Posibilidad de realización en el IPS

⁶⁸ El conductismo es una corriente en Psicología desarrollada principalmente en EEUU, que “propone atenerse solo a la conducta (behavior) de los seres estudiados, es decir, a las reacciones o, mejor dicho, modelos de reacciones dados a la observación externa”. (Mora,1941 :191)

Estas últimas no son implementadas en el Instituto porque a consideración de los funcionarios, requieren de más recursos económicos, por lo que no es posible realizarlas en un hospital público orientado a la atención de pacientes sin recursos. Esta descripción sobre el tipo de internación del Instituto coincide con la percepción de los pacientes acerca del instituto como un lugar únicamente de encierro y pastillas, sin espacios de distensión ni tratamiento psicosocial.

Los profesionales entrevistados aluden también la “carga emotiva” que acompaña la figura del Instituto Psiquiátrico, en donde subsiste un simbolismo “aterrador” producto del hecho histórico del maltrato al paciente. Se piensa que los tratamientos como el electroshock o el choque insulínico son prácticas que aún se realizan en condiciones dolorosas para el paciente, por lo que es una institución que no está validada socialmente. Esto expresa el rechazo generalizado de la sociedad hacia la Psiquiatría y el hospital psiquiátrico percibido como se observa en la Figura IV.19.

Figura IV. 19: Estructura integrada de calificación inversa acerca del simbolismo que el Psiquiátrico proyecta, en base a las categorías “aterrador/placentero” Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP90; EP97

Simbolismo del Psiquiátrico			Valoración Cond.	
	(-) "Aterrador"	(+) "Placentero"		
c.1	es tétrico	/	(es agradable)	T1=Sensación que proyecta
c.2	que da miedo	/	(da confianza)	T2=Sensación que proyecta
c.3	que se les maltrata	/	(se les trata bien)	T3=Proyección del trato a los pacientes
c.4	que el electroshock les duele	/	(no les duele el electroshock)	T4=Proyección del sufrimiento por tratamientos
c.5	pensar lo peor	/	(pensar lo mejor)	T5=Proyección del pensamiento sobre el lugar
c.6	no esta muy validado socialmente	/	(está validado)	T6=Proyección de la validación social

En los textos se expresa de la siguiente forma:

“Me imagino, puede ser... evidentemente que tiene que ver con eso, o sea no es lo mismo decir “estoy en el psiquiátrico” que decir, “estoy en la clínica San José” que es una de las clínicas más caras en psiquiatría, o “estoy en la clínica oriente” o “estoy en la Ñuñoa” en fin[...]. Hay una carga emotiva para la sociedad en general, tiene que haberlo, yo... eh la opinión que yo dé es una opinión sesgada, yo llevo 30 años trabajando acá entonces tiendo a ver la psiquiatría de manera distinta” (Enf)

“...hay como una nebulosa porque la gente piensa que el hospital es tétrico como que da miedo, como que la gente está muy dopada, como que se les maltrata, como que se les hace electroshock y les duele” (Psi1)

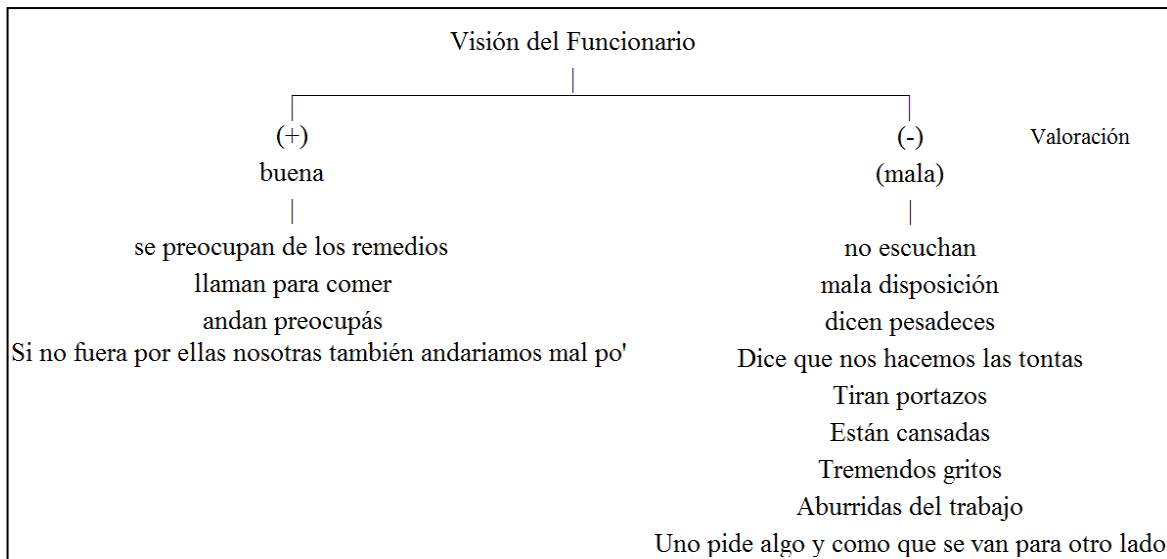
3.3. Dimensión 3: Equipo de salud.

El espacio institucional se compone también del recurso humano, quienes son portadores del discurso de autoridad psiquiátrica y deben reproducir el conjunto de normas y pautas instituidas. Por una parte el Psiquiatra, como portador de este discurso, y por otra, los funcionarios que lo reproducen en el quehacer cotidiano.

a. Visión del paciente sobre el funcionario

Se observa en la Figura IV.20 un diferencia entre los paciente sobre la visión de los funcionarios, por una parte reconocen como bueno el cumplimiento de sus funciones, pero por otra detallan las actitudes negativas y un mal trato por parte de ellos.

Figura IV. 20: Estructura Integrada de tipo paralela, sobre la visión que tienen los pacientes de los funcionarios, ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP26; EP33; EP42; EP47.



La visión positiva del funcionario se relaciona con el reconocimiento de sus labores bien cumplidas, la responsabilidad que tienen de administrar los medicamentos a sus horas, los horarios de comida y la preocupación por mantener el orden. No obstante, las actitudes y disposiciones con las cuales los funcionarios realizan sus actividades se describen como

agresivas. Aunque son los representantes del equipo médico más cercanos y mantienen una relación más directa y permanente, predomina una visión negativa.

“es importante porque si no fuera por ellas nosotras también andaríamos mal po’, ellas se preocupan de que se tomen los remedios, y andan preocupás’... de los remedios, si po” (P4)

“muy desagradable, “se hacen las tontas” así nos trata, que nosotras nos hacemos las tontas y empieza a decir pesadeces, da portazos y tremendos gritos, entonces esas nos son formas de tratar a una persona [Y usted cree que las tratan así porque...] Porque somos enfermas...Están cansadas de trabajar, están aburridas, recién estaba conversando con una de ellas, dijo que estaba aburrida, estaba choreá’, que está aburrida que se quiere ir pa’ la casa.”(P6)

b. Visión del médico

Se observan dos formas opuestas en que los pacientes se refieren al médico. Por una parte se encuentra la idealización de dicha figura denominada “médico héroe”, que representa la salvación y redención que los ha sacado del tormento que representaba la enfermedad sin tratamiento, incluso se aprecian sentimientos de agradecimiento y cariño, mostrando un lazo más cercano que con los funcionarios que pasan más tiempo con ellos.

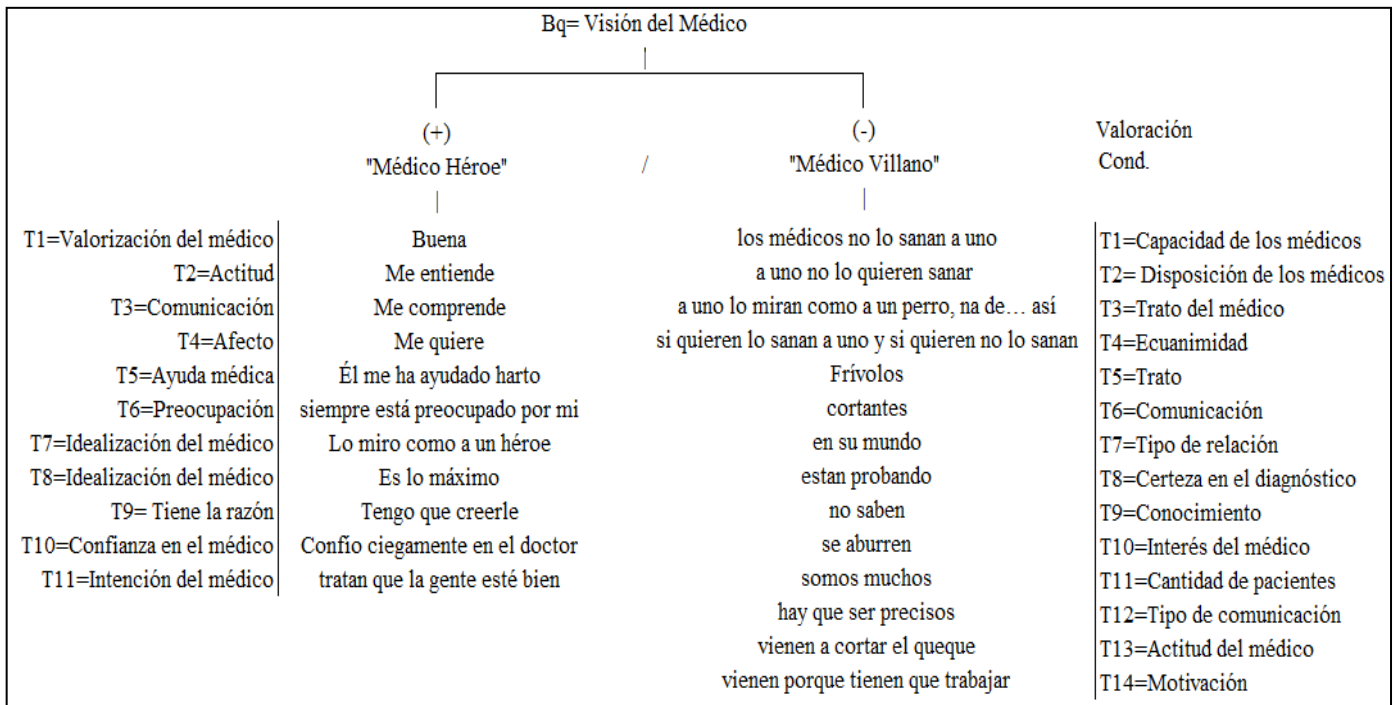
El psiquiatra... [Sonríe] sí... Él me ha ayudado harto, mucho, demasiado, siempre está preocupado de mí. [Se le llena la cara de alegría cuando habla... ¿por qué?] Porque yo nunca me imaginé que una persona podría sacarme a ese hombre de dentro de mí... yo lo miro así como un héroe, si... es lo máximo” (P6)

Mientras que otro gran número de ellos se expresa de manera contraria hacia los médicos, en lo que se ha denominado “médico villano”, que representa una visión del médico distante, ensimismado, frío y desinteresado, incluso acusan una mala intención que no va en dirección a sanar a los enfermos, no demuestran conocimiento acabado de la medicina (o psiquiatría), y realizan pruebas con los pacientes. Dado que tienen que atender a muchos pacientes, son fríos, cortantes y se aburren si les hablan mucho, por lo que tienen que dirigirse a ellos de manera breve y precisa.

“conversa uno con ellos y le solucionan a veces los problemas pero a veces son como medios frívolos, porque como que son muy cortantes, medio no sé... como en su mundo no más” (P10)

“...no le pregunté eso porque se estaba alargando mucho la conversación y no es bueno, se aburren los doctores porque tienen muchos pacientes, somos muchos [...]Sí, hay que hablar preciso, y eso lo he aprendido (P11)

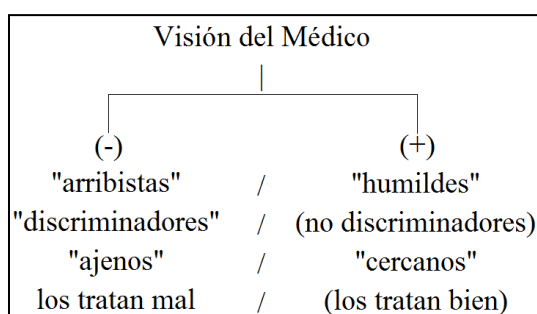
Figura IV. 21: Estructura Integrada de tipo paralela, acerca de la visión que tienen los pacientes del médico según la categoría “Héroe/Villano”, condensaciones de las estructuras: ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP5; EP14; EP28; EP32; EP34; EP41; EP52; EP56; EP58



“es que lo que pasa que como es la enfermedad mental, es que yo no sé por qué los médicos no lo sanan a uno, inclusive yo he escuchado por ahí que dicen que los médicos dicen por ahí que a ellos les costó mucho estudiar en la universidad como para sanar a un enfermo entonces esa cuestión es choqueante, [...]El enfermo no importa que no esté sano, pero que se sienta bien po... y nada por ejemplo uno puede tener una enfermedad en los riñones que se yo... y tomando agüita se le quita el dolor por ejemplo ya ahí sería bueno, ahí si po pero así como lo hacen los médicos en el hospital esos no son... no son tan pichucaluga los médicos... lo miran como a un perro, na de... así...Si, sí, yo he visto hartos médicos, he tenido hartos médicos que son de mala... no sé cómo que a ellos les da... una cuestión de que, como que piensan ellos que si quieren ellos lo sanan a uno y si quieren no lo sanan, yo pienso eso... porque yo lo he visto po,” (P3)

Por su parte, los funcionarios describen una imagen del médico más cercana a la figura del “medico villano”, pues se refieren a éstos como arribistas y discriminadores. Los funcionarios observan al médico como un actor ajeno a la dinámica cotidiana que establecen con los pacientes y que tienen un mal trato hacia ellos y hacia los pacientes. Esto expresa una cierta rivalidad entre los funcionarios y el personal profesional, sin embargo, esta parece ser la dinámica característica dentro del equipo profesional y no profesional en el Instituto Psiquiátrico.

Figura IV. 22: Estructura integrada de calificación inversa acerca de la visión que tienen los funcionarios del médico. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP66; EP71; EP72



“Aquí los profesionales llegan y pasan por encima de uno, no saludan, ni buenos días ni buenas tardes ni hasta luego ni ninguna de esas cosas [...] con los pacientes también, los tratan mal, si por ejemplo un paciente entre más pobre, más mal lo atiende, más lo marginan que, “espérese” que “más rato lo atiendo” que “no, mañana que ahora no tengo tiempo”, que “no ahora voy a ir a almorzar” y así pasan los días, pasan los días, pasan los días y al paciente ni siquiera le dan una explicación” (A3)

En cambio, los profesionales entrevistados expresan una visión que se asemeja a la figura del “médico héroe” al que aluden los pacientes, principalmente por el acento en la vocación de servicio público.

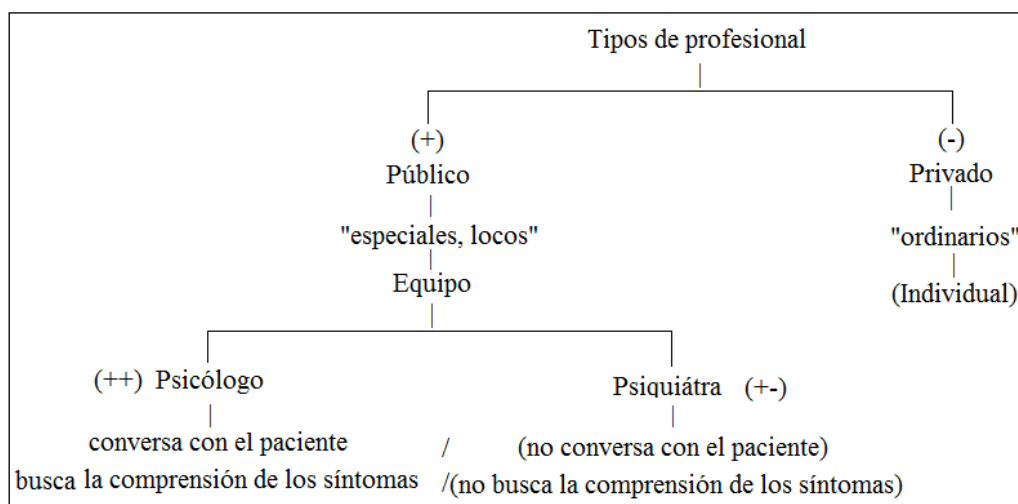
La representación sobre el equipo PSI, de prestadores de salud mental compuesto por profesionales médicos (enfermero, psicólogo, psiquiatra) y no médicos (trabajador social) se compone principalmente de una distinción del tipo de profesional de acuerdo a la oposición *público/privado* sobre la cual afirman su identidad como médicos (Véase Fig.IV. 23).

Se valora positivamente al profesional del sector público, al cual se representa con un simbolismo heroico, puesto que implica una contra-corriente, frente a la opción “racionalmente correcta” del sector privado pues ofrece mejores condiciones de trabajo y

mayores sueldos, por lo que aquellos que optan por el sector público tienen características “locas” o “especiales” que pueden relacionan a la vocación profesional y al servicio público.

El tipo de profesional se diferencia también en base al tipo de trabajo que se realiza en cada sector (público—en equipo y en sector privado—individual), por lo que se valora positivamente también el trabajo en equipo del sector público por sobre el sector privado.

Figura IV. 23: Estructura integrada de tipo jerárquica, acerca de la representación del tipo de profesional de la salud mental. El polo positivo contiene una subcategoría de la valoración mixta entre el tipo de profesional “psicólogo/psiquiatra”. Ver Anexo VII.I.3, estructuras: EP94; EP105; EP115.



Se presenta también una distinción en el equipo de trabajo del sector público, entre la funciones del psicólogo y del psiquiatra, en la que se valora positivamente al Psicólogo en oposición al Psiquiatra, dado su cercanía con los pacientes y con el objetivo de su intervención. El primero se orienta hacia la búsqueda de la comprensión de los síntomas que sufre el paciente, mientras que el segundo remite su participación al tratamiento farmacológico.

Objetivo N°4

Indagar en la significación de los pacientes psiquiátricos sobre su experiencia vivida en el proceso de internación, en el Instituto Psiquiátrico para su reinserción en la sociedad.

La experiencia vivida en el proceso de la enfermedad mental, con episodios agudos y otros compensados, internados y luego de vuelta a la sociedad, ha conformado una manera particular de enfrentarse al mundo como paciente psiquiátrico.

Los pacientes tienen la noción de que el trabajo es un medio de inserción social, por el cual es posible comenzar a reestablecer una vida normal, en este sentido, mencionan que las limitaciones para obtener trabajo están relacionadas directamente con la institución psiquiátrica.

La principal barrera para obtener trabajo se produce por haber estado en un Instituto Psiquiátrico y cargar con el etiquetamiento del diagnóstico psiquiátrico, en lugar de que la propia enfermedad actúe como impedimento a la hora de trabajar. Como se ve en la Figura IV.24, los pacientes identifican una serie de impedimentos para obtener trabajo con los que se han encontrado, donde no consideran sus capacidades particulares.

Figura IV. 24: Estructura Integrada de calificación inversa acerca de las limitaciones que los pacientes encuentran para obtener trabajo, en base a la categoría "barreras/facilitadores", condensación de las estructuras: Ver Anexo VIII.I.1, estructuras: EP9; EP20; EP27; EP44; EP59

Bq=Limitaciones para obtener trabajo				
	(-) "Barreras"	/	(+) (Facilitadores)	Valoración Cond
c.1	Les mostré la hoja de antecedentes y se cayeron de espalda	/	(les mostré los antecedentes y no me juzgaron por eso)	T1=Tipo de discriminación laboral
c.2	Podría irme cuando limpie los antecedentes	/	(podría trabajar teniendo antecedentes)	T2=Opción de trabajo a posteriori
c.3	Con antecedentes no me dan trabajo	/	(Los antecedentes no impiden obtener trabajo)	T3=Bloqueo de opción laboral
c.4	ese es el problema (para conseguir trabajo)	/	(no son un problema para trabajar)	T4=Antecedentes Psiquiátricos y Penales
c.5	Yo creo que no me dan	/	(creo que si me dan trabajo)	T5=Confianza en la posibilidad de trabajo
c.6	La gente cuando nombran la psiquiatría se asusta	/	(La gente no teme a la Psiquiatría)	T6=Antecedentes psiquiátricos
c.7	Las personas escuchan esquizofrenia y se espantan	/	(son comprensivas)	T7=Antecedentes psiquiátricos

En base a lo anterior, los pacientes proyectan un futuro de exclusión, puesto que se refieren al trabajo derechamente como algo que ya no está a su alcance, como una imposibilidad dada, en parte por la experiencia vivida (*no encontraba trabajo*), como en relación al imaginario asociado a la respuesta social frente al paciente psiquiátrico (*yo creo que no me dan; no sé si me den trabajo*). Todo esto se convierte en una convicción (*no puedo trabajar*).

Figura IV. 25: Estructura Integrada de calificación inversa sobre la exclusión laboral identificada por los pacientes condensada bajo la categoría "Imposibilidad/posibilidad".. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP9; EP20; EP27; EP44; EP59

Bq=Exclusión laboral				
	(-) "Imposibilidad"	/	(+) (Posibilidad)	Valoración Cond
c.1	No puedo trabajar	/	(Puedo trabajar)	T1=Posibilidad de trabajar
c.2	Yo creo que no me dan	/	(creo que si me dan trabajo)	T2=Confianza en la posibilidad de trabajo
c.3	No sé si me den trabajo	/	(sé que me pueden dar trabajo)	T3=Imposibilidad de trabajo
c.4	No puedo trabajar	/	(Puedo trabajar)	T4=Capacidad de trabajar
c.5	No encontraba trabajo	/	(Encontré trabajo)	T5=Reincorporación al trabajo

Los pacientes psiquiátricos son excluidos laboralmente cuando se les impide acceder y participar en determinados sectores de la sociedad, como por ejemplo incorporarse al mercado del trabajo, lo cual se considera como un recurso necesario para "participar de la vida social". Este impedimento se establece "*a priori*" por el sólo hecho de tener un diagnóstico de trastorno mental y haber estado en un psiquiátrico, sin considerar las potenciales capacidades personales.⁶⁹

Esta exclusión se convierte en estructural, puesto que por decreto se establece que una enfermedad o trastorno mental es causal de incapacidad y se entrega una pensión de invalidez que impide la realización de trabajos formales y remunerados, condición que anularía el beneficio. A su vez, la ley N°18.600 permite que se les pague menos del sueldo mínimo a las personas con discapacidad mental y facilita enormemente la declaración de

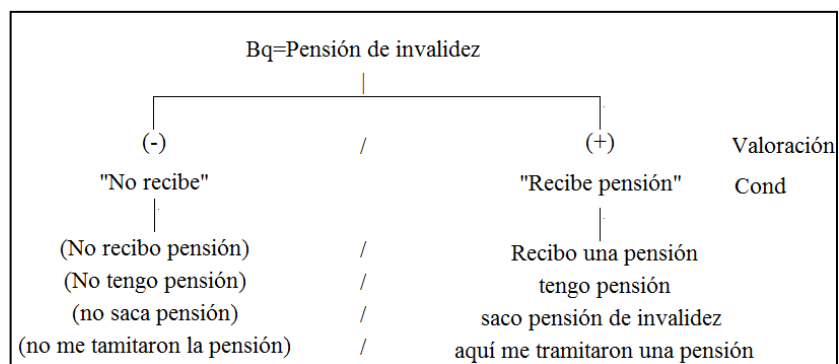
⁶⁹ Para el concepto de Exclusión véase el marco conceptual de la presente investigación.

interdicción por discapacidad mental o intelectual lo que hace que en su mayoría no puedan disponer de sus recursos.⁷⁰

Esta política pública es la expresión de una exclusión laboral de tipo estructural, pues considera que la exclusión laboral que enfrentan los pacientes es una responsabilidad individual, sin hacerse cargo de la característica social y estructural de esta exclusión. Es la sociedad la que segrega e impide el acceso y participación de las personas con capacidades diferentes a uno o varios ámbitos de la vida social.

Los pacientes entrevistados mencionan que al ingresar al Instituto, luego de alcanzada la compensación de la enfermedad, se les tramita con un trabajador social la obtención de una pensión de invalidez aunque no la hayan solicitado. Este hecho tiene sentido si se considera la representación de la enfermedad mental, principalmente, como la imposibilidad de mejoría, la evolución natural hacia un deterioro cognitivo y la incapacidad de tomar decisiones. Como lo mencionan los funcionarios y profesionales entrevistados, necesitan un “yo auxiliar”.⁷¹

Figura IV. 26: Estructura Integrada de calificación inversa acerca de la categoría “Pensión de invalidez. Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP20; EP59



En cuanto a su situación financiera o laboral, los pacientes explican que reciben una pensión y que con ello se sustentan los costos básicos (aun cuando algunos no lo administran directamente). Como reconocen la hostilidad del mundo laboral hacia los pacientes psiquiátricos, perciben de buena forma la pensión solidaria que reciben, pues

⁷⁰ Mayor información véase la evaluación de la Ley N°18.600 disponible en: http://www.evaluaciondelaley.cl/foro_ciudadano/site/artic/20130104/asocfile/20130104101853/informe_final_ley_18600.pdf y el Informe de Derechos Humanos de las personas con discapacidad mental. Disponible en: www.observatoriodiscapacidadmental.cl

⁷¹ Véase los resultados del Objetivo N°2, página 98.

estando dentro de la institución no poseen gastos importantes, por lo que se les retiene el pago (para generarles ahorros), dejándoles un resto para su uso diario.

“gracias a Dios soy jubilado ya, gracias a Dios tengo pensión, estoy contento con mi pensión porque me sirve de harto, para el cigarrito, las bebidas, el café, estoy contento con la pensión que tengo” (P4)

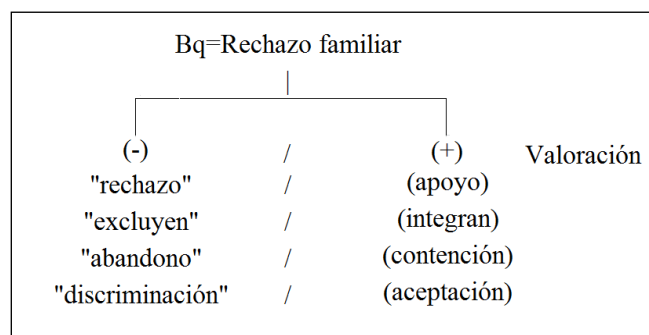
4.1. Reinserción social⁷²

Cuando los pacientes entrevistados se refieren al lazo con la sociedad fuera de la institución, en primera instancia indican al trabajo como espacio simbólico de integración, pero en segundo lugar, hacen alusión al lazo familiar y las proyecciones.

a. Rechazo familiar

En el material discursivo analizado aparece con mucha fuerza la referencia al lazo familiar de manera negativa. En la siguiente estructura integrada se presentan las condensaciones realizadas de varias afirmaciones referentes a la familia.

Figura IV. 27: Estructura Integrada de calificación inversa, acerca de la representación de los pacientes sobre el rechazo familiar. Ver Anexo VIII.I.1, estructuras: EP2; EP8; EP12; EP17; EP29



La ruptura del lazo familiar representa en varios casos una causa de la desintegración e incluso, se podría decir, del desequilibrio que detonó en varios casos el trastorno mental propiamente, lo cual se puede apreciar en las siguientes citas.

⁷² Véase la definición utilizada en el Marco Conceptual de la presente investigación.

“hay cabros que tienen problemas con la misma familia, yo creo que hay cabros que se han enfermado por... por la familia claro, así que, y es una cuestión larga también si no es una cosa que uno pueda decir... ya y listo no es na’ así tan corto y al final los cabros no quieren saber na’ de la casa” (P3)

“Es como no tener familia mi familia...No... no cuento para nada con ellos [...] Porque son egoístas ellos po’ porque la gente con plata cree que yo le voy a ir a robar o no sé... el caso es que primero corre su dinero y después al final, si es que se puede... algo [Algo como...] A ellos les molesta... eso yo soy un problema” (P6)

La carencia de un lazo familiar bien constituido aparece como un factor característico del paciente psiquiátrico, es reconocido por ellos y también por los funcionarios profesionales y no profesionales entrevistados.

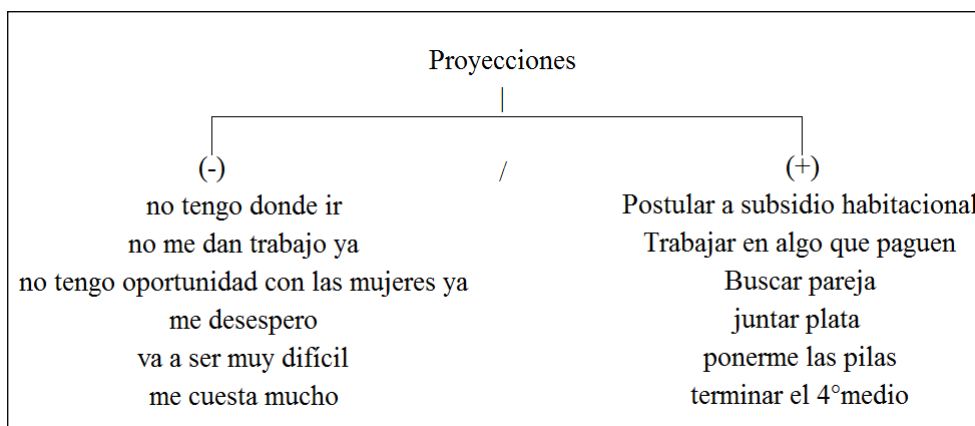
La ruptura del lazo familiar representa tanto un antecedente como una consecuencia de la enfermedad mental, sin embargo, desde la percepción del paciente, la internación y el tratamiento no se orientan en la recuperación de dichos lazos, pues comprende la enfermedad como un asunto médico, concentrándose en la corrección de las conductas desviadas que presenta el paciente. La incorporación de la familia en el tratamiento está en la misma lógica médica, pues se basa en los cuidados del paciente en la casa, esto se aprecia en la siguiente cita del Enfermo Jefe de la Unidad.

“el otro variable que tiene que ver con el tratamiento psiquiátrico es la familia, a la familia inicialmente yo le voy a dar espacios de catarsis [...] entonces yo le doy un espacio de catarsis, en este espacio de catarsis yo solamente escucho no más y después de a poco en la medida en que el paciente, que la familia se va tranquilizando también le voy haciendo intervención educativa que esté centrada en el manejo del paciente que esté centrada en la casa, o cuando vuelva a la casa, los remedios, en fin.”(Enf)

b. Proyecciones

En torno a la valoración del futuro previsto por los pacientes, se observa en la Figura IV.28 dos visiones opuestas, una visión positiva orientada a la búsqueda de la restitución de los lazos sociales perdidos y otra visión negativa centrada en las imposibilidades que observan ante la intención de retomar dichos lazos.

Figura IV. 28: Estructura Integrada de tipo Paralela sobre las proyecciones de los pacientes.
Ver Anexo VII.I.1, estructuras: EP2; EP19; EP23; EP37; EP51



La reinserción social consiste principalmente en que el sujeto perciba su entorno como un espacio en el cual su proyecto de vida es realizable. En este sentido, es posible ver en el material discursivo que lo valorado como positivo para una reinserción social recae principalmente en la habilitación laboral y la familia, pero en cuanto a la oportunidad de hacerlo realizable se presenta un escenario negativo.

Objetivo N°5

Indagar en la significación que el funcionario profesional y no profesional tiene sobre la atención hacia el paciente psiquiátrico

El Instituto Psiquiátrico aún conserva características de la figura clásica de organización total que se refleja principalmente en las tendencias absorbentes, puesto que consume parte del tiempo y el interés de sus miembros proporcionando un mundo propio, así como también, identificarse como una institución aparte de la sociedad en general, refiriéndose a esta diferenciación como un “adentro (+) /fuera (-)”.

1) Visión al interior

En relación al tipo de atención brindada al paciente en el Instituto, se destaca un cambio de carácter negativo hacia una atención centrada en la especialidad, terminando con la

atención más completa que se conseguía con la unidad de apoyo encargada de la atención médica.

Figura IV. 29: Estructura paralela sobre la valoración de la atención al paciente psiquiátrico dentro del Instituto Psiquiátrico, en torno al eje temporal "antes/ahora". Ver Anexo VII.I.2, estructura EP81

	A (-)	/	B (+)	T Valoración Atención al paciente psiquiátrico "adentro"
c.1	ahora	/	antes	T1=Temporalidad
c.2	solo la especialidad	/	había unidad de apoyo	T2=Tipo de atención
c.3	manotazos al aire	/	(con rumbo claro)	T3=Objetivos
c.4	no se trata como debería	/	(como se debería)	T4=Atención al paciente psiquiátrico

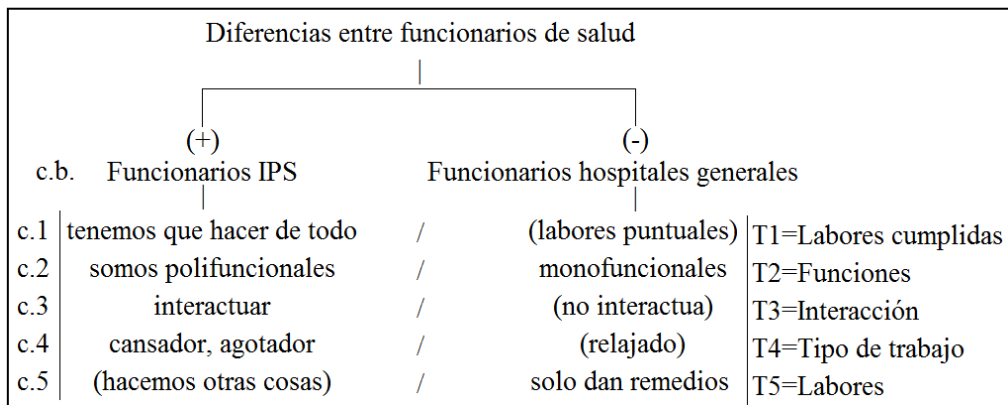
Dicho cambio es identificado como negativo por los funcionarios y consideran que es una atención sin objetivos claros, “como manotazos al aire”, que no trata como debería la patología psiquiátrica.

Por otra parte, de las entrevistas realizadas a los funcionarios han surgido categorías referidas a la dimensión simbólica del Instituto Psiquiátrico que no sólo impregna a los pacientes, sino que también a los trabajadores, lo que hace particular su labor y les genera consecuencias determinadas.

El Instituto Psiquiátrico es una institución que forma parte de los dispositivos disciplinarios de una sociedad, por lo que contiene una carga simbólica, tanto por su historia como por sus objetivos, y que se transfiere en sus trabajadores.

El trabajo del funcionario del psiquiátrico tiene diferencias como en toda organización, sin embargo, la particularidad principal recae en el tipo de paciente que tiene que atender, como se identifica en la siguiente estructura integrada.

Figura IV. 30: Estructura integrada de calificación inversa sobre las diferencias identificadas por los funcionarios respecto al equivalente de los hospitales generales. Ver Anexo VIII.I.2, estructuras: EP67; EP86; EP87;

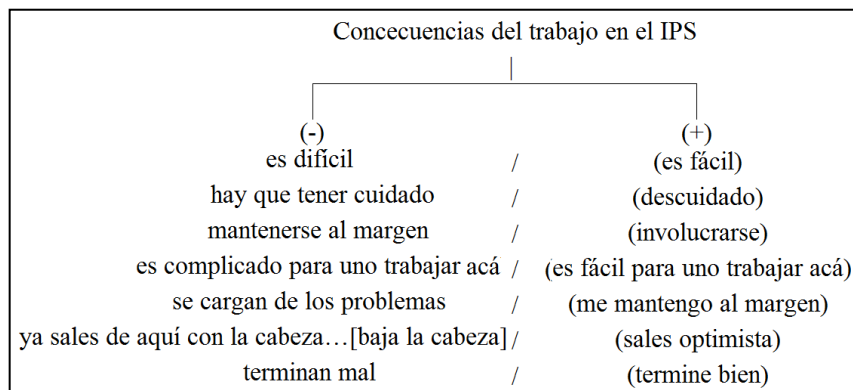


“...conocer a la persona, interactuar y se forma una relación que nació de los pacientes hacia nosotros que nos dicen tíos, o que nos dicen mamá; y eso nació de ellos. Hay algunos profesionales que se enojan porque ellos lo llaman así, pero eso nació de ellos y eso es porque hay un grado de afectividad. ... las 24 hrs., ya que hay que vigilar mucho, en especial en la noche en especial por los intentos de suicidio, por la psicosis, porque hay que pensar siempre que ellos no están bien, se caen, están muy medicados, se confunden, se meten en la cama de otros entonces ocurren peleas tan sencillas como que una se equivocó de cama o de sala y está en la cama de otra, entonces uno tiene que estar ahí siempre, y esa es la labor que uno hace.”(PM2)

Los funcionarios identifican el trabajo con pacientes psiquiátricos como especialmente agotador, en comparación al trabajo que hace un paramédico o auxiliar en los hospitales generales, especialmente por tener que interactuar con el paciente.

Finalmente, consideran que trabajar en un hospital psiquiátrico tiene una serie de efectos secundarios que tienen que ver con el tipo de paciente, puesto que plantean que es necesario mantenerse al margen y procurar no involucrarse con los problemas. Es un trabajo “*difícil, complicado*” que puede afectar negativamente a aquellos funcionarios que no tienen el suficiente cuidado (“*terminan mal*”).

Figura IV. 31: Estructura integrada de calificación inversa acerca de las consecuencias identificadas por los funcionarios del trabajo en el Instituto Psiquiátrico. Ver Anexo VIII.1.2, estructuras: EP64; EP69; EP77.



... "Igual es difícil también en el principio pero uno se acostumbra y ya como que se hace inmune. ...uno debe tener como bien clara la película y no involucrarse tanto con la personas... Yo llevo 4 años trabajando acá y ya uno después aprende a mantenerse al margen [se escucha de fondo gritos de una paciente] porque uno ve historias bien fuertes acá. [...] Claro si he visto pasar harta gente por acá, me refiero a compañeros que han estado poquito acá; o sea uno se da cuenta cuando se han ido afectados, se van con depresión igual [...] se relacionan demasiado con los pacientes entonces eh, como que se cargan de los problemas de ellos, y al final terminan mal, con depresión. Eso igual pasa. Así muchos optan por irse, porque por ejemplo existen pacientes que tienen trastornos de personalidad, entonces uno los ve y son como cualquier persona normal, o sea uno dice porque esta acá si está bien. Pero uno al involucrarse con ellos se va dando cuenta de la enfermedad que tienen y una de las características es que ellos traspasan sus problemas a las demás personas, ese es como su sistema." (A1)

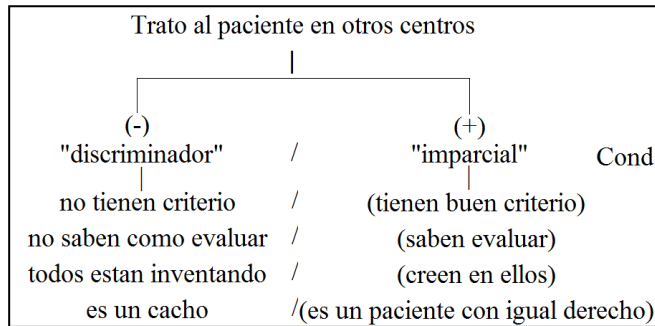
Los efectos negativos se refieren principalmente al tipo de paciente que tienen que atender y la desvinculación con el paciente se plantea como una medida de defensa. Solamente objetivando al paciente es posible mantenerse en el trabajo sin comprometer su propia salud mental.

2) *Visión al exterior*

a. *Atención médica-fuera*

En las entrevistas analizadas de los funcionarios se aprecia una representación negativa del trato que reciben los pacientes psiquiátricos "fuera" del Instituto, principalmente en los Centros de atención primaria y los hospitales generales, coincidiendo plenamente con los profesionales.

Figura IV. 32: Estructura integrada de calificación inversa sobre la representación que los funcionarios tienen del trato al paciente en otros centros de salud. Ver Anexo VIII.I.2, estructuras: EP75; EP76; EP82; EP83.



Tanto los funcionarios como los profesionales tienen la imagen de que en los hospitales generales y los Centros de atención no especializados en salud mental prevalece un trato discriminador hacia el paciente psiquiátrico y el personal no tiene la experticia para evaluar a estos pacientes, que se les toma como una molestia o “un cacho”.

Esta inquietud surge a raíz de la implementación relativamente nueva del Modelo Comunitario de Salud Mental, que se manifiesta como una preocupación, puesto que tienen una representación negativa acerca de los hospitales generales en cuanto a la atención médica y el trato discriminatorio hacia los pacientes psiquiátricos, lo que sugiere que están mejor atendidos dentro del Instituto Psiquiátrico.

Figura IV. 33: Estructura paralela sobre la representación que los funcionarios tienen de los hospitales generales en torno al paciente psiquiátrico. Ver Anexo VIII.I.3, estructura EP106

	A (-)	/	B (+)	T Valoración Hospitales Generales
c.1	discriminación	/	(igualitario)	T1=Tipo de trato
c.2	no (mala)	/	(si) (buena)	T2=Atención equitativa para todos los pacientes
c.3	subestimacion	/	(sobreestimación)	T3=La sintomatología que presenta el paciente
c.4	no le creen	/	(le creen)	T4=La palabra del paciente
c.5	no es desconocimiento	/	(por desconocimiento)	T5=Causa del mal trato
c.6	no lo hacen	/	(si lo hacen)	T6=Acciones de los funcionarios

Para los profesionales entrevistados, en los hospitales generales existe un trato discriminatorio hacia el paciente psiquiátrico: la atención médica que se brinda no es

equitativa para todos los pacientes. Con base en las experiencias vividas con pacientes internados en el psiquiátrico o que mantienen algún tipo de vinculación con la institución y han tenido que acudir a hospitales generales, los entrevistados aseguran que existe una subestimación de la sintomatología de éstos pacientes y no creen en la palabra del paciente si es que llega a tener antecedentes psiquiátricos.

Indican que este tipo de trato se debe derechamente a discriminación, puesto que son profesionales que tienen el conocimiento acerca de la enfermedad, por lo que es imposible que actúen así por ignorancia; conocen el procedimiento de atención a un paciente psiquiátrico pero no lo hacen conscientemente, lo cual expresa una discriminación intencionada.

*“nosotros tuvimos lamentablemente una situación muy compleja hace un tiempo atrás, con un paciente que estaba en un hogar protegido del psiquiátrico, que es un paciente que hace una apendicitis, que no es detectada, que no es detectada porque a lo mejor **hubo una subestimación, se subestimó la sintomatología del paciente, sabiendo, habiendo sido atendido en dos ocasiones por dos médicos distintos, no le creen o no son capaces de buscar con otros ojos la sintomatología en un paciente que está con fármacos** y que tiene una percepción de la realidad distinta entonces no se dan cuenta que el paciente tiene una apendicitis y entonces finalmente pasa a ser peritonitis y **el paciente fallece por una perforación del peritoneo, y eso probablemente no habría pasado si hubiera sido atendido de manera mucho más, si hubiera sido atendido de una manera mucho más integral**”(Enf).*

Como se aprecia en la cita seleccionada⁷³ la justificación sobre lo que se funda la imagen negativa de la atención al paciente psiquiátrico fuera del Instituto proviene de antecedentes directos de experiencias vividas de discriminación, observadas tanto por los profesionales como por los funcionarios y auxiliares.

Esta representación justifica y da sentido a las acciones del personal del Instituto que privilegian la internación y la institucionalización del paciente, es decir, mantener al paciente dentro de los límites del Instituto protege en cierta forma al paciente, pues el contacto con el “exterior” le es perjudicial.

Es preciso destacar en este punto, el surgimiento de una divergencia importante en torno a la valoración positiva del trato al paciente *dentro* del Instituto y negativa *fuera* de este. El

⁷³ Para revisar otros casos relatados, véase en Anexo VII.2.

punto de vista diferente es aportado por el enfermero entrevistado, puesto que en su discurso señala una visión negativa sobre el trato que algunos funcionarios del Instituto tienen con los pacientes, principalmente los funcionarios no profesionales que mantienen una relación más cercana pero trivial con los pacientes, en que predomina el desconocimiento y el prejuicio.

“ yo creo que más que prejuicios, o no sé si es más o menos que prejuicios, el tema yo creo que tiene que ver em, tal vez más falta de conocimiento, como que deben ahondar un poco más en algunos aspectos, yo creo que y cómo me doy cuenta de eso, yo no creo que haya prejuicio lo que si hay un cierto, bueno a lo mejor es prejuicio no se ahora que lo estoy pensando, es que en la práctica, eh un paciente viene entra a la sala del personal y toma la tasa de un funcionario, y se toma el té que está ahí, entonces llega el funcionario y dice “ah me tomaste la tasa, y pesca la tasa y la lava” como si la enfermedad se pudiera transmitir o fuera contagiosa ya, entonces tal vez esa es una manera también de prejuicio o de, pero un prejuicio mal concebido, o de algún grado de discriminación” (Enf)

b. Imagen del trato-fuera del Paciente Psiquiátrico

Existe una imagen negativa de la actitud de la sociedad hacia el paciente del Instituto psiquiátrico y hacia la institución como tal, que se sustenta en las siguientes declaraciones sobre la sociedad, el trabajo y la gente.

Figura IV. 34: Estructura paralela sobre la representación que tienen los funcionarios de la visión que la sociedad tiene del paciente psiquiátrico. Ver Anexo VII.I.2, estructura EP83.

	A (-)	/	B (+)	T Valoración Visión externa del Paciente Psiquiátrico
c.1	los rechaza	/	(los acepta)	T1=La sociedad
c.2	les pagan menos	/	(les pagan lo que corresponde)	T2=En el trabajo
c.3	los discriminan mucho	/	(los acepta)	T3=Respuesta de la sociedad
c.4	les tiene miedo	/	(no les tienen miedo)	T4=Reacción de la gente
c.5	piensan que se les pega acá	/	conocer el trabajo que se hace acá	T5=Reacción de la gente con la institución

Como se observa en la Figura IV.34, los funcionarios declaran a la sociedad (*fuera* del Instituto) como una sociedad que los rechaza y discrimina, tanto en el trabajo como en el trato con otras personas. Este hecho se asocia además con el rechazo hacia la institución psiquiátrica, producto de un desconocimiento del trabajo que se realiza *adentro*.

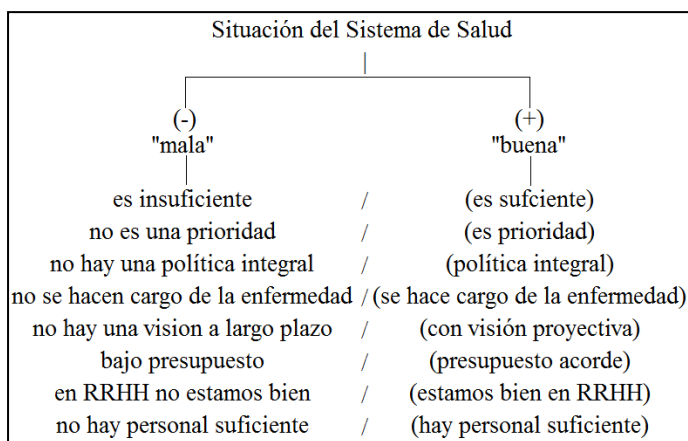
Esto se encuentra relacionado con la representación social de la enfermedad mental y la imagen de la “resistencia social” a la enfermedad que simbólicamente le rodea, que provoca una actitud proteccionista y paternalista asociada probablemente a la representación del paciente psiquiátrico como desvalido y carenciado.

c. Sistema de Salud

En el discurso de los profesionales surge la preocupación por el sistema actual de Salud Pública percibido como un sistema aparte, lo cual refuerza la identificación con el Instituto como una *organización total* que provoca la distinción binaria “adentro (+)/fuera (-). Dentro de un contexto en el que se reconocen como una institución “no muy validada socialmente” (Psi1), consideran que la Salud Mental, políticamente no tiene la preponderancia que debiera tener.

La situación del sistema de salud actual es calificada como “mala” de acuerdo a una serie de características que indican los entrevistados tales como la insuficiencia de los planes debido a que la Salud Mental no es una prioridad sanitaria.

Figura IV. 35: Estructura integrada de calificación inversa en torno a la representación que tienen los funcionarios del sistema de salud. Ver Anexo VII.I.2, estructuras: EP98; EP107



Se plantea también que no existe una visión a largo plazo, puesto que aunque la enfermedad mental es para toda la vida y los medicamentos también, sin embargo, el sistema de salud solamente toma en cuenta el periodo de brote agudo (hospitalización) y posteriormente desliga al paciente del hospital público dejando los gastos al paciente. La continuación del tratamiento de la enfermedad supone la atención en los Centros Comunitarios de Salud

Mental y a los Hospitales generales, lo cual es percibido como un entorno negativo para los pacientes, debido a la falta de preparación de los funcionarios para tratar con pacientes psiquiátricos, además de la discriminación observada.⁷⁴

El entorno “*adentro*” del Sistema de Salud también es valorado negativamente pero en relación a la carga de trabajo por profesional, puesto que consideran que no existe el personal suficiente para un buen trabajo con los pacientes, lo que ha llevado a no tener una buena situación en términos de Recursos Humanos.

⁷⁴ Véase la Figura IV.33 sobre la representación que los funcionarios tienen de los hospitales generales en torno al paciente psiquiátrico.

IV.1.2 Etapa 2: Dinamización de la estructura.

Se ha descrito con anterioridad una estructura simbólica que organiza una serie de opiniones e interpretaciones acerca del paciente psiquiátrico, la enfermedad mental y el entorno institucional de pacientes, funcionarios y profesionales del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, es preciso ahora, por tanto, pasar a un segundo momento: la dinamización de la estructura.

Cabe recordar que un discurso⁷⁵ no es sólo una descripción o interpretación de la realidad, sino más bien, se trata de una construcción producida en una determinada situación, que genera un movimiento que compromete las acciones del sujeto. (Ruqoy, 1990:93-109, en Martinic, 1995)

En torno a esto, Martinic estructura un modelo de acción simbólica inspirado en el “Modelo Actancial” de Greimas⁷⁶ (1971) que distribuye diversos roles desempeñados por distintos actores o dimensiones de la realidad que se expresan en el discurso, a los que llama *roles actanciales*, o *actantes*. (Martinc, 1995:330)⁷⁷

Este segundo momento del análisis consiste en la distribución de las oposiciones y asociaciones identificadas en un modelo de acción. Esto permite analizar las funciones simbólicas que asumen las distintas categorías consideradas en el paso anterior.

Descripción del modelo de acción:

Sobre la base de los distintos códigos y estructuras analizadas en el primer paso se propone a continuación un modelo de la representación social *de la construcción del paciente psiquiátrico*, ejemplificando con citas el material discursivo analizado, integrando así los dos universos investigados.

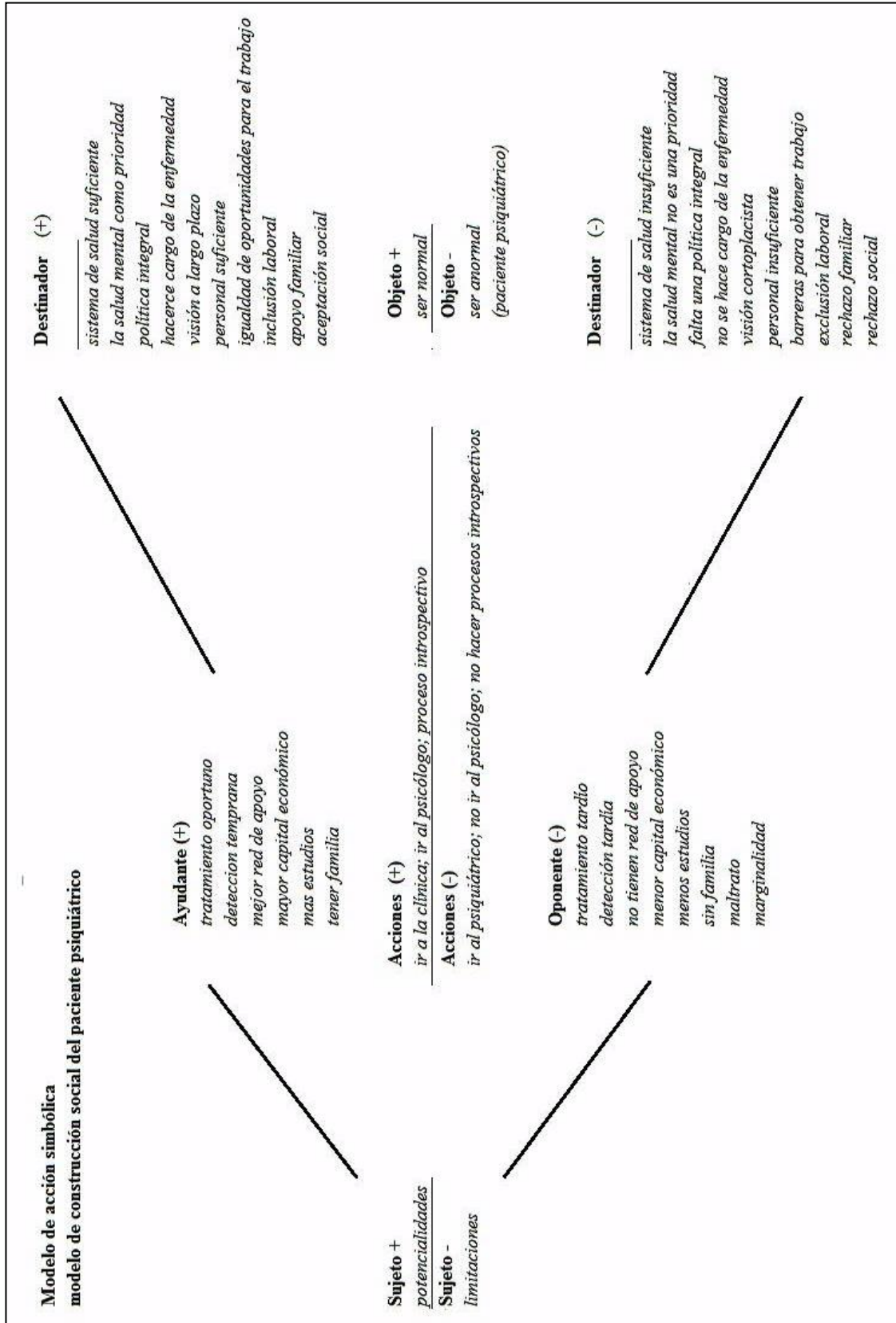
Para esquematizar este modelo, se podría resumir de la siguiente manera:

⁷⁵ Véase en el Capítulo 5.1 de la presente investigación, lo que se entiende por Discurso. Unidad de análisis. Página 72.

⁷⁶ Para profundizar, ver Greimas, A. J. (1971). *Reflexiones acerca de los modelos actanciales. Semántica estructural*, 263-293.

⁷⁷ En este modelo, la noción de actor es reemplazada por la de *actante*, ya que un actor puede jugar distintos *roles actanciales* y, a la inversa, un mismo *status actancial* puede ser ocupado por uno o varios actores. Los *roles actanciales* pueden ser jugados tanto por hombres como por objetos o por entidades éticas o morales (por ejemplo, la razón, la regla moral, normas, etc.) Ruqoy, 1990:103 en Martinic, 1995:330.

Figura IV. 36: Esquema Actancial del Modelo de Acción Simbólica acerca de la construcción social del paciente psiquiátrico. Modelo tomado de Martinic, (1990)



Siguiendo el hilo conductor de lo planteado, el esquema se describe de la siguiente manera:

i. La búsqueda del bien deseado. Sujeto-Objeto: *Búsqueda del bienestar de sí*

El modelo de acción simbólica se estructura en primera instancia en torno a la búsqueda del bien deseado que motiva o conduce la acción de los sujetos, este eje está definido por un relato de búsqueda del “bienestar de sí”, pues los sujetos entrevistados se enfrentan a una “enfermedad de la mente” que amenaza no sólo el cuerpo sino el desarrollo integral del ser humano.

El sistema simbólico de la búsqueda del bienestar de sí se desarrolla dentro de una alternativa existencial en que se define socialmente un modo de ser positivo y al mismo tiempo, un modo de ser negativo o no deseado. (Martinic, 1995)

En la relación sujeto-objeto que se da en esta búsqueda, la realidad del sujeto se percibe de acuerdo a la dicotomía *ser normal/ser anormal*, constituyendo así el Objeto positivo y negativo respectivamente.

Este relato evidencia las alternativas de acción dentro del marco cultural de los sujetos. El origen de estas alternativas surge de la base de que todas las personas tienen que enfrentar en la vida problemas de carácter emocional, psicológicos, conductuales, adaptativos, etc., por lo cual, cada persona tiene la capacidad de desarrollarse íntegramente. Reconociendo que el ser humano tiene potencialidades para enfrentar los problemas que se le presenten, y conseguir constituirse como un ser humano normal.

Por oposición, se revela también la existencia de las limitaciones que tienen las personas en esta búsqueda existencial, que impide el desarrollo íntegro como ser humano y se relaciona con el objeto negativo no deseado.

Hay un principio simbólico subyacente en el cual se considera que la ‘normalidad del ser’ no es una condición inherente, sino una construcción mediante pautas y acciones instituidas socialmente. Esta relación entre el sujeto en tanto *potencialidades* y el objeto en tanto *ser normal*, opera como un vector que orienta y otorga sentido a las acciones de las personas en la búsqueda del bienestar de sí. El “ser normal” representa simbólicamente el parámetro mediante el cual se desenvuelven las acciones que conducen al objeto positivo.

En los textos se verbaliza de distintas maneras:

“son sujetos que como que estuvieron tan carenciados desde muy chicos que obviamente el camino era, no podían ser normales, ya o sea y desde que no tenían pa’ comer, o a lo mejor tenían pa’ comer pero el papá era alcohólico y violencia entonces claro como desde muy chicos, no con todas las condiciones para que se pudieran desarrollar emocionalmente, psicológicamente y cognitivamente como un del todo bien” (Psi1)

“antes estaba normal pero igual sentía cosas raras, por eso igual estaba conforme de que me tuvieran en el psiquiátrico porque parece que me estaba portando muy mal, así que le dijeron a mi mamá y ahí... mejor que tuvieran internado yo sin remedios no... no podría estar normal” (P3)

“yo no estoy loca, yo estoy normal” (p6)

“yo me siento una niña normal y ellos los que evalúan son los que me ven mal po” (p8)

“cuesta mucho volverme a la vida, a mi vida normal” (p11)

“Desde los veinte y tantos si yo fui normal, hasta joven”, (p11)

“uno los ve y son como cualquier persona normal, o sea uno dice porque esta acá si está bien. Pero uno al involucrarse con ellos se va dando cuenta de la enfermedad (A1)

“De repente llega una paciente que sea como mucho más destructiva y que grite mucho entonces ahí uno dice chuta en realidad este ambiente no es normal me entiendes... [Es una] persona que no piensa bien, (Psi1)

ii. Las acciones para llegar al objeto positivo

Las acciones que realiza la persona en torno a la búsqueda del bienestar de sí que se describe en el punto anterior, adquieren un valor positivo o negativo según se encuentren orientadas a conseguir el objeto deseado -“*ser normal*”- o bien conduzcan a la dirección contraria “*ser anormal*”.

En el discurso analizado, en relación a las posibilidades y limitaciones que posee la persona, la acción positiva que debe realizar para convertirse en persona normal recae en acudir al psicólogo en el momento que se enfrentan los problemas y vicisitudes de la vida, o bien, identificar los síntomas en el momento necesario a través de un proceso de introspección, y principalmente, cuando se reconoce la necesidad de ayuda profesional, acudir a una clínica. Se garantiza así, en cierta forma, la normalidad de la persona que vive

un episodio de desequilibrio en su salud mental, pues si bien está “aprobemada” posee las potencialidades para superarlos mediante las acciones valoradas culturalmente.

Esta concepción aparece más claramente en el discurso de funcionarios y profesionales en relación a la imagen que tienen del paciente psiquiátrico, y de cómo ellos se explican las condiciones y acontecimientos que llevan a una persona a la internación psiquiátrica. Dichas acciones son identificadas igualmente por los pacientes que son capaces de desarrollar un relato acerca de lo que los llevó a la internación.

En el texto se expresan de diversas formas por ejemplo:

“Aquellos pacientes que poseen un capital económico mayor, tienden a recibir tratamientos más oportunos, lo que permite detectar la enfermedad tempranamente y conseguir su compensación, dado la posibilidad que el capital económico les otorga para el acceso a clínicas de internación privadas, (TS)
[¿La llevaban al psicólogo?] “No, nunca...a mí nunca me llevaron, yo no sabía que estaba mal” (P6)
“nunca fui a un psicólogo, nunca, ahora cuando me pasó a los veinte y tantos años me vino una crisis (...) iba al médico y me daban pastillas para el colon...” (P11)

En cambio, las acciones consideradas negativas consisten en no identificar los problemas y síntomas que la persona está viviendo cuando enfrenta un desequilibrio en su salud mental, además de no realizar procesos introspectivos que podrían identificar síntomas, no acude al psicólogo y cuando se ve desencadenado el trastorno mental y necesita ayuda profesional, acude o es llevado contra su voluntad al Instituto Psiquiátrico. Esta acción conduce a la constitución de la persona “aprobemada” en un paciente psiquiátrico, es decir, un *Ser anormal*.

iii. Ayudantes y Oponentes

Las acciones que realizan las personas para alcanzar el objeto deseado (ser normal) cuentan con personajes, situaciones, instituciones etc., que dan cuenta de recursos, competencias y cualidades tanto internas como externas al sujeto, que actúan como ayudantes (facilitadores) u obstaculizadores en el desarrollo de éstas.

Los ayudantes o facilitadores aparecen en el texto de diferentes maneras: tener familia, tener más estudios, tener mayor capital económico, tener una buena red de apoyo, una detección temprana del problema, y un tratamiento oportuno.

Cuando las personas enfrentan problemas que afectan su salud mental, dichos factores actúan como facilitador, ayudan a la realización de las acciones valoradas positivamente, es decir, cuando la persona *aprobada* cuenta con una familia que lo sostenga en sus periodos de crisis, cuenta con una buena educación y ha aprendido a reflexionar e identificar los factores que lo dañan, le da importancia a la salud mental y cultiva un estilo de vida saludable, sin duda facilita los procesos introspectivos y la identificación de síntomas.

Cuando cuenta con una buena red de apoyo, ésta se moviliza y orienta a la persona, lo impulsa a asistir al psicólogo por ejemplo; y cuando tiene el capital económico suficiente, si desencadena igualmente un trastorno o patología, le permite acceder a una atención oportuna y de calidad en una clínica o consulta del sector privado.

En el texto se mencionan entre otras, de la siguiente manera:

“Existe también una diferencia entre los pacientes que dice relación con el origen socioeconómico del cual provienen, es decir, en cuanto al capital económico y capital cultural. Aquellos pacientes que provienen de un entorno que posee un capital cultural relativamente elevado, se facilita enormemente la realización del diagnóstico, reconocen más fácilmente las señales, se preocupan mayormente por los aspectos psicológicos de la persona” (TS)

“... los pacientes que consultan como en la consulta están como metidos en otro tipo de rollo, igual hacen depresiones, igual algunos inclusive pueden tener esquizofrenia y todo pero el discurso o la enfermedad se articula como en otro sistema, es un sistema que está un poco más organizado” (Psi1)

De manera inversa a lo anterior, los oponentes identificados en el texto son: el maltrato a la persona, la marginalidad social, no tener familia, tener menos estudios, bajo capital económico, no tener una red de apoyo, una detección tardía del problema y por último, un tratamiento tardío.

Éstos se verbalizan en el texto de la siguiente forma:

“en el fondo no tienen familia, algunos no tienen estudios como que no tienen herramientas, entonces claro cuando se instala la patología psiquiátrica o mental es como mucho más en estas personas es como mucho más avasalladora” (Psi1)

“La gente que está llegando ahora, es muy marginal, porque el perfil de los pacientes cambió, la gente que llega ahora es muy marginal, es gente que viene derivada de juzgados, sin red de apoyo, no tienen familia, se ven abandonos también”.(TP2)

“a mí me iban a dar el alta, pero resulta que mi familia, mi papás no me reciben, porque fueron a hablar con él, y él... no me va a recibir” (P1)

“Mi familia me ignora, no quiere saber nada de mí...” (P2)

“Es como no tener familia mi familia” (P6)

Los funcionarios y profesionales entrevistados identifican más claramente los factores que obstaculizan la realización de las acciones valoradas positivamente, puesto que al caracterizar a los pacientes hacen referencia inmediatamente a las condiciones que le impidieron seguir una vida normal. La ausencia de una familia contenedora y la falta de redes de apoyo dejan a la persona *aprobemada* en un abandono en el que tiene que enfrentar sus problemas sin ayuda. A su vez, si éste no cuenta con los conocimientos necesarios sobre los cuidados de la salud mental y no realiza procesos reflexivos, no es capaz de cultivar una vida saludable sin ayuda. La marginalidad y el maltrato generan un contexto de violencia en que no es capaz de generar las habilidades necesarias para resolver sus conflictos, especialmente cuando sucede en la infancia.

Igualmente la falta de recursos económicos le impiden acudir a una consulta psicológica o psiquiátrica oportuna, sino hasta que desencadena un trastorno que lo obliga a acudir a un establecimiento público (como un COSAM) o bien es llevado contra su voluntad durante un episodio crítico al Instituto Psiquiátrico.

iv. Comunicación del destinador

En la vida cotidiana interviene un imaginario que otorga una fuerza simbólica a las acciones. En el texto, existen elementos en el discurso que otorgan la fuerza o el poder para que el sujeto lleve a cabo su acción. (Martinic, 1995:333)

Este es el rol del destinador, que transmite un mensaje a un destinatario que puede ser o no el sujeto de la acción y adquieren un valor positivo o negativo según su contribución al logro deseado (*ser normal*).

En el discurso analizado, asumen este rol destinador distintas expresiones, situaciones e instituciones:

Como destinador positivo se encuentra el Sistema de Salud suficiente, la Salud Mental como prioridad sanitaria, política integral de salud pública, hacerse cargo de la enfermedad mental, visión a largo plazo, personal de salud suficiente, igualdad de oportunidades, apoyo familiar y aceptación social.

Sin duda que las redes de apoyo en tanto capital social y el apoyo familiar cumplen una función primordial que proporcionan al sujeto los valores y motivaciones que lo llevan a tomar las alternativas de acción valoradas positivamente, sin embargo, esto puede ser considerado parte de la “vida privada” de la persona.

En torno a la “vida pública” se encuentran también destinadores tales como una política integral de salud mental cubriría no tan solo la atención psiquiátrica luego de brotada la enfermedad, sino que se haría cargo de las dimensiones de la enfermedad mental, tanto psicológica como social y políticas, mediante una visión que a largo plazo proteja y cultive una vida saludable que proteja la salud mental de las personas, en todo ámbito de la vida social, tal como el trabajo, la vivienda etc., El sistema de salud se haría cargo también de los obstaculizadores que están a su alcance como el costo económico de las consultas psicológicas, y no segregue el acceso a las personas sin capacidad de pago a una atención insuficiente.

En el texto los entrevistados expresan esto de diversas formas por ejemplo:

“en el sistema de salud nacional se ha incrementado al AUGÉ el primer brote de la esquizofrenia, entonces acá hay una unidad de adolescentes. Lo que implica que un adolescente que va a tener su primer brote, está al alcance de él los anti-sicóticos de última generación, entonces va poder llevar una vida lo más normal posible, va a poder trabajar, reintegrarse a la sociedad, porque en años anteriores el paciente psiquiátrico estaba alejado de la sociedad” (TP2)

Contrariamente, un destinador negativo opera cuando el Sistema de Salud es insuficiente y no otorga las condiciones para una atención oportuna y de calidad, pues la atención en salud mental queda relegada a la urgencia para las personas sin capacidad de pago, que se presenta en un brote agudo del trastorno.

La ausencia de prioridades sanitarias enfocadas en la salud mental impide el avance en esta materia. La visión cortoplacista de los planes de salud mental no se hace cargo de la envergadura de las enfermedades psiquiátricas dejando un vacío en el tratamiento de éstas, relegando al paciente a depender de la institución psiquiátrica.

Esta situación impide también el mejoramiento de la calidad de la atención psiquiátrica, puesto que existe un personal insuficiente que trabaja siempre bajo presión y en malas condiciones laborales, lo que ha desembocado en el desplazamiento de profesionales al sector privado.

Este argumento en el texto surge de la siguiente manera:

“El sistema de salud que hay es insuficiente, yo creo que no es una prioridad, no hay una política para la salud mental, por ejemplo lo del auge, que se incluyeron depresión, y se incluyó esquizofrenia primer brote y todo, por ejemplo la esquizofrenia es una enfermedad que es de curso crónico..., siempre va a necesitar antipsicótico, siempre ...No se mejora, lo que si tu logras es manejar que la persona no este con el cuadro agudo... y que aunque en ausencia de esos síntomas, igual la persona se empieza a deteriorar cognitivamente, socialmente, entonces siempre necesita medicamentos, pero el auge no cubre para toda la vida, cubre solo el primer brote, me entiendes entonces claro qué pasa con el paciente que brotó a los 19 años...pero qué pasa cuando después cuando ya tiene 30 años y es dependiente de los fármacos, o sea no se hacen cargo de la enfermedad ... pero tampoco pueden seguir entregándole medicamentos claro. Ahí hay un vacío con las enfermedades psiquiátricas...” (Psi1)

“porque en el fondo es como la mente del sujeto es distinto como si te duele el estómago y te tomas algo y desapareció y chao no más, entonces acá no hay políticas públicas a largo plazo, más integradas, y lo que hay es insuficiente, no hay muchos recursos tampoco, no se contrata más personal en todo nivel desde más técnicos, más psicólogos, más psiquiatras o por ejemplo mejorar los honorarios de la gente para que no se vayan porque lo que pasa que en otros lugares claro ganan el doble entonces cuál es el sentido de quedarse acá...”(Psi1)

“en nuestros requerimientos dicen que, para darte un ejemplo bien concreto, que para una unidad de corta estadía como ésta, de 35 camas deberían haber mínimo dos enfermeros universitarios y debiera haber por lo menos un paramédico por cada 5 pacientes, en esta unidad hay un enfermero y tenemos en teoría un técnico por 10 pacientes, ya, estamos por debajo, un indicador que no lo estoy dando yo de forma antojadiza si no esto es, lo que la autorización sanitaria exige o exigiría para que las instituciones psiquiátricas funcionen”(Enf)

Se percibe también en el discurso de funcionarios como también en el de pacientes la exclusión laboral hacia el paciente psiquiátrico como un destinador negativo, ya que

muchas personas temen asistir al psiquiatra porque les puede ser perjudicial a la hora de buscar trabajo, o en las relaciones con sus pares e incluso con su familia. Como se reconoce en los estudios mencionados en el Marco Referencial del presente estudio, la estigmatización se considera uno de las principales barreras de acceso a la salud, no solo por las dificultades de adaptación, comunicación e integración asociadas a algunos tipos de trastornos, sino también por el desconocimiento social que existe de la enfermedad y quienes la padecen, y los prejuicios y connotaciones negativas asociadas al término trascienden a quienes rodean al enfermo y quienes colaborar de una u otra forma con su integración (empleadores, educadores, familiares, etc.).

El rechazo familiar es uno de los principales destinadores negativos puesto que genera un contexto de limitación en el que la persona aporreada no tiene las condiciones para acudir a la atención tanto pública como privada y, a su vez, luego de la estabilización de la enfermedad mediante un proceso de aislamiento, impide la reinserción de la persona en la vida cotidiana.

La carencia de un lazo familiar bien constituido aparece como un factor característico del paciente psiquiátrico, es reconocido por ellos y también por los funcionarios profesionales y no profesionales entrevistados. La ruptura del lazo familiar representa tanto un antecedente como una consecuencia de la enfermedad mental, considerando que la internación y el tratamiento no se encuentran orientados a la recuperación de dicho lazo, puesto que la internación comprende la enfermedad como un asunto médico, y la finalidad no se concentra en la reinserción social, sino en la contención de la manifestación de la enfermedad.

“una paciente que mmm. Que no tiene red de apoyo, que uno ve que realmente uno no le va poder solucionar en realidad los problemas, que se va a volver a la casa y va a volver a lo mismo, me entiendes tú. Una paciente que llega llena de piojos, que es alcohólica, drogadicta y aquí tú la tienes, la tratas, la rehabilitas y en realidad ella se va a ir y vive en un sector marginal y ahí no tiene ninguna red a apoyo, no tiene a nadie y ve que va a volver a lo mismo, entonces ahí uno como que se siente que... [Además de desgano]” (TP2)

Finalmente, se presenta como destinador negativo la falta de una política integral que considere no tan sólo el ámbito clínico de la salud mental, sino los factores sociales y ambientales, lo que no contribuye al cultivo de una vida saludable. Las políticas actuales no

protegen a las personas del ritmo de vida que llevan en la actualidad, se encuentran desarticuladas de factores como el trabajo, la vivienda etc., que aisladas provocan el malestar social al que se tiene que enfrentar la persona.

Yo creo que tiene que ver con las exigencias y los ritmos de vida con lo que uno está viviendo actualmente. O sean una buena calidad de vida debería requerir de un espacio por ejemplo para uno mismo, cosa que actualmente ya no ocurre, eso por un lado, una buena condición socioeconómica, las condiciones sociales que tienen la personas, cuál es el contexto con el que se enfrenta en lo laboral, más que nada son los dispersores con los que uno está afrontándose. (TS)

El modelo de acción planteado ha permitido distribuir en distintas funciones algunas de las oposiciones identificadas en el discurso de las entrevistas realizadas, tanto a pacientes como funcionarios y profesionales. Corresponde a un análisis interpretativo que da cuenta de la lógica interna del discurso y de sus características a considerar en la identificación de la representación social del paciente psiquiátrico.

IV.1.3 Etapa 3: Reconstrucción del Modelo Simbólico.

El tercer momento y final del análisis corresponde a una interpretación global que permite la reconstrucción de un modelo simbólico subyacente a los textos analizados, que aparentemente pueden ser diferentes y referirse a distintos puntos, pero analíticamente responder a los mismos principios ordenadores.

En el discurso analizado subyace un principio bajo el cual todas las personas pueden desarrollarse íntegramente como seres humanos normales, puesto que al presentar problemas de tipo emocional, psicológico, conductual o adaptativo, tienen las condiciones y potencialidades para afrontar los problemas que se le presenten. Sin embargo, algunas de estas potencialidades son externas a la persona, por lo tanto, es posible no poseerlas, perderlas o no aprovecharlas etc.

En este sentido, de acuerdo al discurso⁷⁸ como formación cultural e ideológica es posible sistematizar las significaciones culturales presentes en el discurso de los entrevistados identificando ciertos principios implícitos que dan sentido a lo que se dice. En el modelo de acción simbólica descrito en el apartado anterior se devela este principio que consiste en la búsqueda del bienestar de sí. Esta característica cultural del proyecto de vida de las personas define socialmente el “modo de ser” deseado y al mismo tiempo, un modo de ser no deseado.

El proyecto de ‘bienestar de sí’ que se encuentra presente en el discurso, se relaciona con la construcción cultural de la normalidad del ser, simbólicamente representado por el “modo de ser deseado” valorado positivamente como “ser normal”. Es decir que, dentro de una sociedad en que lo normal es valorado, este modo de ser proporciona de alguna manera, el bienestar del individuo.

El modelo de acción simbólica identificado en el paso anterior del análisis, esquematiza esta búsqueda en la que el paciente psiquiátrico representa el modo de ser negativo.

La representación del paciente psiquiátrico como una persona que proviene de un estrato socioeconómico bajo, con una historia de marginalidad, violencia y sufrimiento; sin familia, estudios o redes de apoyo que lo sostengan, representa en cierta forma la figura del

⁷⁸ Véase la opción teórica de la presente tesis. Páginas 47-48

excluido de todo lazo social. Éste es el lugar de la patología psiquiátrica propiamente tal, donde el paciente encarna el fracaso del proyecto de vida del ser humano, el error, la anormalidad.

El término “anormal” refiere a las personas que en esta búsqueda han enfrentado la enfermedad mental desde un contexto de “vulnerabilidad real”, que genera las condiciones para que el desencadenamiento de una enfermedad mental cause los efectos característicos que dejan a la persona fuera del borde de la normalidad, tales como el deterioro del lenguaje, la pérdida de la autovalencia y principalmente, la manifestación de un pensamiento erróneo, “*que no piensa bien*”.

La percepción que tienen de sí los pacientes psiquiátricos y que incide en la relación que establecen con otros, es en una primera lectura, distinta a la representación del paciente psiquiátrico, puesto que ellos realizan una distinción entre “paciente psiquiátrico” -*no realmente enfermo*- y el “loco” o “realmente enfermo”.

Esta distinción se basa principalmente en características de tipo conductual que son capaces de distinguir entre los mismos pacientes internados que, en una segunda lectura, se estructura igualmente bajo el mismo modelo simbólico que subyace a la representación de paciente psiquiátrico que tienen los funcionarios y profesionales.

Las características que identifican los pacientes en un “realmente enfermo” consisten en actitudes culturalmente valorizadas negativamente, que se identifican como una conducta anormal.

En torno a la representación del paciente psiquiátrico, se identifica en este punto una particularidad de una organización total, que dice relación con el proceso por el cual el paciente se desvincula de sí mismo, dentro del juego de tensiones que procura la relación dentro-fuera del internado, en el cual se ven forzados a aceptar las definiciones de identidad impuestas.

Esta “carrera moral” descrita por Goffman, ilustra lo ocurrido con los pacientes entrevistados, pues en esta carrera el paciente asume características que el equipo médico le impone, no resulta extraño, por tanto, que en la identificación del modelo de acción simbólica, los discursos de los diversos actores se asemejen pues forman parte de la misma línea discursiva.

Es posible advertir este modelo simbólico también en la representación de la enfermedad mental, pues como se observa en el primer paso del análisis⁷⁹, ésta tiene que ver principalmente con la desviación de la conducta normal. Implica un inevitable deterioro cognitivo y social por lo que los pacientes psiquiátricos requieren un “yo auxiliar” debido a que no existe esperanza de mejoría.

Lo cual también aparece en el discurso de los pacientes al proyectar un futuro dependiente, si no es de otra persona, dependiente de la institución o de los fármacos, de cualquier forma, el paciente pierde el control de su cuerpo.

Esto se refleja en el simbolismo de Condena señalado por los pacientes y compartido por los funcionarios, puesto que implica una sentencia de muerte social asociada a la pérdida de autonomía, de derechos y deberes sociales en los diferentes ámbitos de la vida social (social, económica y cultural), y por supuesto a la cronicidad de la enfermedad, es decir, la imposibilidad de mejoría.

Estas representaciones se encuentran también en el discurso de los funcionarios y profesionales entrevistados. La configuración del paciente psiquiátrico como el “modo de ser rechazado”, es decir, el fracaso en la búsqueda del bienestar de sí, así como el simbolismo de ‘muerte social’ asociada a la enfermedad mental, se encuentran detrás de la manera en que se plantean la atención psiquiátrica dentro del Instituto Psiquiátrico.

El rol del funcionario en la relación que establecen con los pacientes psiquiátricos se sostiene bajo estas representaciones, esto le da sentido a las hipótesis acerca de la consideración del período de internación como un “esperar que el paciente no empeore”, es decir, enfocada a lograr establecer al paciente dentro de rangos aceptables de normalidad y conductas dentro de los patrones en relación a las distintas patologías o, cuanto menos, suprimir sus manifestaciones más perturbadoras, ya que se tiene siempre presente la incurabilidad y el inevitable deterioro del paciente.

El proyecto del modelo comunitario de salud mental se observa, desde este modelo simbólico, como estéril o cuanto menos, infructífero. Y por lo demás, dentro de un contexto en el cual los funcionarios y profesionales observan la atención pública de hospitales generales y otros Centros de salud mental asociados, como discriminadora y no preparada,

⁷⁹ Recomposición de la estructura. Objetivo 2. Página 89.

este modelo de atención abierta en la comunidad se les presenta como perjudicial para los pacientes.

Así como también, el entorno social y familiar de los pacientes psiquiátricos es percibido en general de manera negativa por los funcionarios y profesionales, por lo que la proyección del tratamiento de manera ambulatoria o integrada en la comunidad, tampoco es vista con buenos ojos. Pues se considera que luego de la estabilización de la enfermedad mediante un proceso de internación donde se aísla al paciente de su contexto, los avances que se hayan logrado se pierden si el paciente vuelve al entorno en el cual se enfermó, es decir, a un entorno de violencia y marginalidad. Esto sumado al estigma asociado al paciente psiquiátrico, especialmente si ha estado internado, impide la reinserción de la persona en la vida cotidiana.

La carencia de un lazo familiar bien constituido aparece como un factor característico del paciente psiquiátrico, es reconocido por ellos y también por los funcionarios profesionales y no profesionales entrevistados. La ruptura del lazo familiar representa tanto un antecedente como una consecuencia de la enfermedad mental, por lo que al comprender la enfermedad como asunto médico, la finalidad de la internación no se concentra en la reinserción social, sino en la contención de la manifestación de la enfermedad.

Como se observa en el modelo de acción simbólica del paso anterior, existe en la vida cotidiana un imaginario que le otorga fuerza a las acciones que realizan las personas en el contexto de la salud mental y la búsqueda del bienestar de sí.

Esto adquiere sentido cuando se habla de que el Sistema de Salud es insuficiente y no otorga las condiciones para una atención oportuna y de calidad, pues la atención en salud mental queda relegada a la urgencia para las personas sin capacidad de pago, que se presenta en un brote agudo del trastorno.

Esta percepción de los funcionarios y profesionales no se encuentra alejada de la realidad puesto que Chile se encuentra dentro del 22% de los países que no han sido capaces de formular una ley de Salud Mental⁸⁰. (OMS, 2001:55)

⁸⁰ Véase el Marco Referencial de la presente investigación.

Así como también, la falta de una política integral que considere no tan sólo el ámbito clínico de la salud mental sino los factores sociales y ambientales no contribuyen al cultivo de una vida saludable, que haga realmente viables los programas de prevención y promoción de la salud mental.

V. CAPÍTULO: CONCLUSIONES

La situación de la atención en salud mental en el mundo está exigiendo un cambio. La Psiquiatría no está dando las explicaciones y las soluciones que el mundo de hoy exige. Frente a la situación de malestar y rebeldía que generan las contradicciones del mundo moderno, la Psiquiatría institucional ha contestado con la medicalización de sus formas de expresión.

Esto ha desencadenado una sensación de crisis en los sistemas de atención en salud mental, ya que el “escalamiento diagnóstico” ha repercutido en la generación de un preocupante escenario en el que las cifras en torno a la salud mental de las personas a nivel mundial, y en Chile en particular, crecen cada vez más. El aura del saber científico rodea esta medicalización del malestar, llevando a considerar alteraciones del comportamiento comunes en nuestra cultura, tal como la timidez, la tristeza o la rebeldía juvenil, como problemas médicos, ya que con la definición de Salud como estado completo de bienestar, la OMS impone una utopía de sufrimiento nulo y una prevención sobredimensionada.

Bajo este panorama ha surgido la necesidad de una apertura de la Psiquiatría hacia consideraciones más holísticas y transdisciplinarias. Existe un avance considerable en los tratamientos psicosociales, terapias ocupacionales y talleres de rehabilitación. En la actualidad son prácticamente insostenibles “teórica y científicamente” las terapias por medio de las cuales se instauró la reclusión como principal método de tratamiento psiquiátrico, no obstante, algo entorpece la correspondiente expresión en la práctica.

Desde la década de los 90, a partir de la Declaración de Caracas, se comenzó a hablar de una reestructuración de los sistemas de atención en salud mental, en Chile particularmente, desde el año 2000 se está trabajando para implementar el Modelo Comunitario de Salud Mental y Psiquiatría, con un enfoque en la disminución de la exclusión y estigmatización, y con un marcado énfasis en la prevención.

Muchos han sido los contratiempos en la implementación de este modelo y no ha logrado alcanzar el correlato de sus principios en la práctica médica. Las evaluaciones que se han realizado de esta implementación, aunque escasas, han podido identificar que las

principales falencias no se encuentran tanto en la resistencia de la comunidad, sino más bien dentro del propio sistema de salud.

El recurso humano del sistema de salud general y de salud mental en particular, ha demostrado una resistencia en la implementación del modelo de atención comunitaria, lo cual se atribuye principalmente al estigma hacia las personas con enfermedades y discapacidades mentales, así como a la insuficiente formación de las Universidades e Institutos en materia de salud mental y Psiquiatría, particularmente en lo concerniente al modelo comunitario de atención sanitaria.

Este problema lleva a considerar lo que ocurre cuando la estigmatización está presente en la práctica médica, pues más que una descripción de sus formas sobre el paciente psiquiátrico y las prácticas discriminatorias del equipo de salud, se hace necesario cuestionar dónde encuentra su fundamento dicha estigmatización.

La raíz de la estigmatización se encuentra en el punto de encuentro entre estigmatizados y normales, pues es esa situación especial, en el momento que se entabla el diálogo, cuando ambas partes enfrentan las causas y los efectos del estigma. En el caso del paciente psiquiátrico, esta situación es particularmente interesante, puesto que se trata de una persona “*desacreditable*”, esto es que, las diferencias asociadas al estigma no son reconocibles ni perceptibles, sino que surgen del encuentro y a partir de un conocimiento acerca de su situación.

Es el Instituto Psiquiátrico en donde se establece dicha relación, dentro de una organización con ribetes totalitarios en términos de Goffman, en la que se consolida una forma particular de ver al mundo, que sostiene y autojustifica su realidad.

El modelo de salud mental comunitaria contempla en sus principios la necesidad de crear nuevas representaciones sociales respecto a la locura, así como la modificación de la tradición autoritaria del estamento médico. Los métodos de implementación de este modelo no consideraron los aspectos característicos mencionados de una organización total como los Institutos psiquiátricos, ni la dimensión simbólica que se encuentra en las prácticas del equipo médico.

Es por esto que se propuso la identificación de estas representaciones sociales con la construcción de un modelo de acción simbólica subyacente a los discursos presentes en este

espacio institucional, con lo cual es posible identificar los aspectos en que es posible intervenir desde un criterio de salud pública.

La descripción de las representaciones sobre la enfermedad mental, el paciente psiquiátrico y sobre el espacio institucional del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak permitió la identificación de determinadas características que, acorde al marco teórico utilizado, fue posible identificar como señales de una organización total.

La característica principal identificada en el discurso de los entrevistados es la representación binaria de la sociedad. La constante distinción entre el interior positivo versus el exterior negativo aparece como una justificación, en un nivel simbólico, de la resistencia a la atención psiquiátrica en la comunidad, que se genera en los funcionarios y profesionales del Instituto.

Dentro del Instituto se tiene la sensación de “protección” de los factores agresivos de la sociedad, no obstante, algunos pacientes consideran esta protección como excesiva, que no ayuda y termina siendo perjudicial. Esto evidencia un “proteccionismo paternalista” hacia los pacientes psiquiátricos, puesto que son considerados personas no habilitadas socialmente y necesitan un tutor que se haga cargo de ellos. Sin embargo, lo que trasciende estas ideas son las representaciones del paciente psiquiátrico y de la enfermedad mental que justifican esta práctica.

Esta característica del Instituto Psiquiátrico como organización total viene dada por la conformación de una episteme que auto-justifica su visión particular de la sociedad. Esto se expresa en la lógica de los juicios acerca del “exterior negativo”, pues tal discurso se articula en base a las experiencias de discriminación vividas por el personal, por ejemplo, con pacientes que han tenido que trasladar para que los atiendan en hospitales generales, algunas con consecuencia de muerte debido a la negación de atención adecuada y oportuna. Hechos como éstos justifican la visión negativa de la atención fuera del Instituto, que hace normal y coherente la valoración positiva de la internación.

Una característica que se observa en el discurso de los pacientes entrevistados es descrita por Goffman en “las etapas del paciente”, que dice relación con la aceptación de una identidad impuesta mediante el periodo de reclusión. El paciente ha asumido características como la sensación de adquirir una condición permanente e inmutable y que forma parte de

su identidad, asumiendo también la percepción negativa del exterior y la necesidad de protección. No resulta extraño, por tanto, que en la identificación del modelo de acción simbólica los discursos de los diversos actores se asemejen, pues forman parte de la misma línea discursiva.

Como se aclara en los análisis, la enfermedad mental es representada como un acontecimiento externo al individuo, un evento o consecuencia simbolizado como una “condena”, es decir, algo impuesto para toda la vida, irrevocable e incurable. Se encuentra asociada al simbolismo de una “muerte social” ya que implica un inevitable deterioro cognitivo, pérdida de autonomía, derechos y deberes sociales en los diferentes ámbitos de la vida (social, económica y cultural).

La identificación del modelo de acción social, en conjunto con las representaciones sociales descritas, permite acercarse a una interpretación del problema en torno a la resistencia de los funcionarios y profesionales del Instituto Psiquiátrico al modelo comunitario de salud mental, como principal hallazgo de la investigación.

La manera en que se plantea la atención psiquiátrica dentro del Instituto se encuentra influenciada por la representación del paciente psiquiátrico que se desprende del discurso de profesionales y funcionarios como el “modo de ser no deseado”, es decir, como la persona que ha fracasado en la búsqueda cultural del bienestar de sí misma y, por otra parte, por la representación de la enfermedad mental mediante el simbolismo de “muerte social” asociada a la representación de la enfermedad como una condena, presente tanto en los pacientes como en funcionarios y profesionales.

En este sentido, las acciones de los funcionarios y profesionales del Instituto no están orientadas hacia la mejoría del paciente, puesto que es considerado una persona anormal, dependiente y crónica (que no va a mejorar).

En lo práctico, el paciente es representado como un sujeto incapaz de cuidar de sí mismo por lo que es necesario hacerse cargo de él, sin considerar su participación. Esto lo convierte en un “sujeto de beneficencia”, pues es sólo un receptor que no posee deberes ni derechos, o la capacidad de escoger y/o rechazar un tutor, así como tampoco tiene la opción de negarse a un tratamiento, es decir, no puede discernir sobre su propio bienestar.

En el ámbito de lo técnico, el paciente representa un objeto de estudio al cual aún no es posible acceder plenamente, por lo que se encuentra periódicamente sometido a estudios experimentales como lo son la resonancia magnética nuclear, pasando por experimentos psicoanalíticos y, por supuesto, material didáctico para los estudiantes.

Los funcionarios y profesionales consideran que en el Instituto se brinda una mejor atención en comparación con la atención que pudieran recibir en el exterior, a pesar de que su labor se oriente a la corrección de las conductas inadecuadas en relación a las distintas patologías o, cuanto menos, suprimir sus manifestaciones más perturbadoras, ya que se tiene siempre presente la incurabilidad y el inevitable deterioro del paciente.

En tal sentido, se comprende que los pacientes psiquiátricos no tienen las condiciones o potencialidades para ser personas normales, es decir, para “sanar”, por lo que la reintegración en sus círculos sociales sólo perjudicaría los avances que se pueden lograr en un régimen de aislamiento o semi-aislación.

Los funcionarios y profesionales reconocen formar parte de un espacio institucional que no es muy validado socialmente, esto genera a su vez una predisposición hacia el rechazo y la discriminación en los servicios de salud general.

El proyecto del modelo comunitario de salud mental se observa, desde este modelo simbólico, como estéril o cuanto menos, infructífero. Por lo demás, dentro de un contexto en el cual los funcionarios y profesionales observan la atención pública de hospitales generales y otros centros de salud mental asociados como discriminadora y no preparada, este modelo de atención abierta en la comunidad se les presenta como perjudicial para los pacientes.

Las formas de conocimiento elaboradas socialmente identificadas como las representaciones sociales del paciente psiquiátrico, la enfermedad mental y el espacio institucional descritos, configuran un escenario adverso en cuanto a lo que implica la implementación de un modelo de salud comunitaria, ya que se instaura sobre un modelo simbólico contradictorio.

La construcción de un modelo de acción simbólica permite identificar en qué medida, de acuerdo a los alcances que tiene la salud pública hoy, es posible intervenir en pos de la modificación de las representaciones sociales en torno al paciente y a la enfermedad mental

para conseguir modificar a su vez la práctica psiquiátrica y la real implementación del modelo de salud comunitaria, orientada a la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos y a reconocerlos como sujetos de derecho.

Al construir una representación del paciente psiquiátrico descartando elementos desacreditadores, es posible acercarse a una construcción social del paciente psiquiátrico como un sujeto de derecho. No es suficiente promulgar una ley de derechos y deberes del paciente, cuando quienes las tienen que cumplir no las consideran reales.

El análisis de las representaciones sociales permitió identificar las condiciones por las cuales se construye el conocimiento común acerca del paciente psiquiátrico estructurado en un modelo de acción simbólica, por lo tanto no se trata de un mero reflejo de lo que imaginan los actores sino más bien, de un factor constitutivo de esta realidad.

Si consideramos los roles destinadores del modelo de acción simbólica, identificados en los discursos de los actores entrevistados, es posible advertir cuáles son susceptibles de intervenir, por ejemplo considerar la salud mental como una prioridad sanitaria, formular una política integral que considere no tan solo la atención psiquiátrica luego de brotada la enfermedad, sino que se haga cargo de las dimensiones de la salud mental, tanto psicológica como social y políticas, mediante una visión que a largo plazo proteja y cultive una vida saludable que permita el bienestar de las personas en todo ámbito de la vida social, tal como el trabajo, la vivienda etc.

Si modificamos los factores que cumplen el rol de destinadores, el mensaje que éstos entregan cambia las condiciones para las posibilidades de acción de los sujetos, en tal caso, el sistema de salud se haría cargo también de los obstaculizadores que están a su alcance como el costo económico de las consultas psicológicas, y no segregue el acceso a las personas sin capacidad de pago a una atención tardía e insuficiente.

Existen factores que ejercen roles destinadores que están fuera del alcance de la Salud Pública, concernientes a expresiones sociales que sin embargo, conjeturando a partir de los resultados de esta investigación, se encuentran también determinadas por las representaciones sociales de la enfermedad mental y del paciente psiquiátrico. Ejemplo de esto son la exclusión laboral, el rechazo social y familiar, que resultan ser expresiones de este conocimiento construido socialmente.

El paciente psiquiátrico es una construcción social mediante la cual se configuran las acciones de los sujetos en torno a él. Se ha construido mediante prejuicios y elementos desacreditadores producto de experiencias, desinformación y por la historia de una Psiquiatría y ciencia médica ideologizada en servicio de intereses autoritarios.

V.I Consideraciones finales

Quisiera destacar una de las ideas principales identificadas entre las representaciones sociales en torno a la enfermedad mental, donde se infiere que no es posible hablar de enfermedad mental ni tampoco de enfermos mentales.

Los actores entrevistados consideran la enfermedad mental como desviación en el comportamiento y en el modo de pensar que, en algunos casos, conforman estados de alteración transitorios, pero en otros casos, pueden corresponder a una condición de identidad, es decir, a un modo de ser o de vivir diferente.

Los funcionarios y profesionales comprenden los alcances positivos que una buena psicoterapia puede proveer, incluso los beneficios que aporta la atención integrada en la comunidad, pero en la práctica, su actual foco está en la supresión o corrección de las conductas y no en la superación del problema.

El enfoque del modelo médico biológico que predomina en la práctica psiquiátrica se centra en la medicina “curativa”, sobrevalorando los procedimientos quirúrgicos y farmacológicos, transformando prácticamente el síntoma en la enfermedad y concentrando la tarea médica en el hospital.

Para finalizar, en el transcurso del trabajo de la presente investigación, se ha podido observar que el sector de la salud ha ido modificando su respuesta a los problemas de salud mental desde los servicios psiquiátricos centralizados, hacia servicios de salud mental organizados en redes asistenciales y, desde la práctica médica concentrada en la figura del médico, hacia una atención integrada en la comunidad y a cargo de un equipo interdisciplinario. No obstante, este proceso de transformación de los servicios de salud tropieza con las contradicciones de una disciplina próxima a la ideología, donde predominan representaciones sociales estigmatizantes y discriminatorias en el equipo de

salud que son traspasadas al propio paciente, el cual termina asumiendo la “etiqueta diagnóstica” impuesta.

Para lograr incidir en un cambio en la política de salud mental sin duda hace falta un análisis más profundo que integre los otros centros de salud mental, sin embargo es posible con este estudio llamar la atención de aquellos psicólogos y psiquiatras que aún están en formación dentro del Instituto Psiquiátrico, invitándoles a reflexionar sobre la forma en que se ejerce la práctica psiquiátrica en nuestro país y sobre el papel que juegan los factores no médicos en la relación médico paciente, ya sean ideológicos o del campo de la subjetividad tal como se muestra en este estudio.

VI. CAPÍTULO: BIBLIOGRAFÍA

VI.1 Libros

- Basaglia, F. 1972. *La institución negada*. Barcelona. Barral Editores.
- Berger, P.L y Luckmann. T. (1968) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Berlinguer, Giovanni. (1972) *Psiquiatría y Poder*. Buenos Aires: Granica Editor.
- Canales, Manuel. (2006) *Metodologías de investigación social*. Series en Ciencias humanas. Santiago, Chile: LOM.
- Escobar, Enrique; Medina C, Eduardo; Quijada H, Mario (Eds.). (2002). *De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico: 150 años de historia*. Sociedad Chilena de Salud Mental. Santiago de Chile.
- Foucault, Michel. (2005) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica..
- García Ferrando, Manuel. (1986) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, España: Alianza.
- Goffman, Erving. (1994) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, Erving. (2001) *Estigma: La identidad deteriorada*. Series en Biblioteca de sociología. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, Fernández y Baptista: (2003) *Metodología de la Investigación*. Editorial The McGraw-Hill interamericana. México DF. Tercera edición.
- Hernández Sampieri, Roberto. (1998) *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill.
- Ibáñez, Jesús (1994). *El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI.
- Ibañez, Tomás. (1988) *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Barcelona. Sandai
- Martinic, S. (2006). El estudio de las representaciones y el Análisis Estructural de Discurso. *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*, 299-319.
- Mora, J. F. (1941). *Diccionario de filosofía*. Editorial Atlante, sa.
- Ortí, Alfonso. (1995) cap. 3 *La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social*. En Delgado, Juan Manuel. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Series en Síntesis. Psicología. Madrid, España
- Parsons, Talcott. (1968) *Estructura de la acción social: estudio de teoría social con referencia a un grupo de recientes escritores europeos*. Madrid, España: Guadarrama.
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza
- Pérez Serrano, G. (1998) *Investigación cualitativa: “Retos e Interrogantes”*, Narces.
- Rodríguez Gómez, Gregorio. (1999) *Metodología de la investigación cualitativa*. Series en Colección biblioteca de educación. Málaga: Aljibe.
- Saraceno B. (2003) *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Editorial Pax.
- Szasz Th. (1976) *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sierra Bravo, Restituto. (1994) *Técnicas de investigación social*. Barcelona: Paraninfo.

Taylor, Steven J (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Weinstein L. (1975) *Salud Mental y proceso de cambio*. Buenos Aires. Editorial ECRO.

VI.2 Revistas/Artículos

Aroca, Alfredo. (2010) *Historia de la Locura. El péndulo de la Historia*. Rev. Observaciones filosóficas N°10.

Escobar Miguel E. (1990) *Historia del Hospital Psiquiátrico (1852-1952)*. Rev. Psiquiatría VII, 1: 361-368. Chile.

Ferro, Rubén. (2010) *Salud mental y poder*. Revista de Salud Pública, (XIV) 2:47-62

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. & Saraceno, B. (2005). *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública*. Rev Panam Salud pública, 18(4/5), 229-40.

Martinic, S. (1995). *Principios culturales de la demanda social por educación*. Un análisis estructural. Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educativa Latinoamericana, 16(1), 313-340.

Minoletti, Alberto; Zaccaria, Alexandra. (2005) *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(4/5)

Morales, R. A., Hiriart, G. M., & Molina, Á. J. (2012) *Experiencias del desasosiego: Salud Mental y malestar en Chile*. Rev. Anales, séptima serie N°3. Julio, 89-102.

Neira Rozas, Jaime Andrés. (2001). *Ciencias Sociales y Salud Pre-textos para el Debate*. Revista Austral de Ciencias Sociales, enero, 127-138.

Nereida Rojo Pérez y Dra. García González Rosario. (2002) *Sociología y salud. Reflexiones para la acción*. Rev. Cubana Salud Pública; 26(2):91-100

Rodríguez, F. (2004). *Representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental*. Espacio Abierto. Volumen 13, Número 2: 229-247

Ubilla, E. (2009). *El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm*. Revista chilena de neuro-Psiquiatría, 47(2), 153-162.

Vicente P, B., Rioseco S, P., Saldivia B, S., Kohn, R., & Torres P, S. (2002). *Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP)*. Revista médica de Chile, 130(5), 527-536.

Vicente P, B., Kohn, R., Saldivia B, S., & Rioseco S, P. (2007). *Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile*. Revista médica de Chile, 135(12), 1591-1599.

Vázquez, A. (2009). *El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la Accesibilidad a Servicios de Salud*. Revista Psicologías, Vol.1.

VI.3 Tesis

Reyes Vera, Claudio. (2009) *“La enfermedad mental y el rol del terapeuta desde el construccionismo social del objeto al sujeto y del monólogo al diálogo*. (Memoria de grado para optar al título profesional de Psicólogo) Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Santiago, Chile.

Weinberger M, Inés. (1988) “*Crisis existencial, anomia y actitudes entre los funcionarios de la organización Hospital Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*”. (Tesis para optar al grado de Licenciada en Sociología). Universidad de Chile. Facultad de filosofía Humanidades y Educación. Departamento de Sociología. Santiago, Chile

VI.4 Textos electrónicos

Araya Umaña, Sandra. (2002) *Las Representaciones Sociales. Ejes teóricos para su discusión*. [pdf en línea] Sede Académica, Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). [Fecha de consulta: 07/07/11] Disponible en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>

Briceño-Leon, Roberto. (2003) *Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico*. Ciênc. Saúde coletiva [pdf en línea], vol.8, n.1, pp. 33-45. [fecha de consulta 07/07/11] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100004> ISSN: 1413-8123

Briceño, Bronfman y Bonilla (1998) Investigación en Ciencias Sociales y Salud. OPS OPS/CAIS/ [pdf en línea] v. 98.11 [fecha de consulta: 15/09/11] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/doc414.pdf>

Cruz-Coke M, Ricardo. (2003). Síntesis biográfica del doctor Salvador Allende G. *Revista médica de Chile*, 131(7), 809-814. [Fecha de consulta: 25/10/12], Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000700014&lng=es&tlng=es.10.4067/S0034-98872003000700014

Flacso: “Entrevista focalizada” en: Campo, Salustiano del (dir.) (1975) *Diccionario Unesco de Ciencias Sociales*. Aguilar, Madrid. [pdf en línea] pp. 796-797. [fecha de consulta: 15/12/11] Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/diccionario-ciencias-sociales/id/38872561.html

Foucault M, (1981) en F. Colina y M. Jalón. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., (2009) [pdf en línea] vol. XXIX, N° 103, pp. 137-144, [Fecha de consulta: 15/04/12] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n1/v29n1a10.pdf> ISSN 0211-5735.

Knapp, E; Suárez, M; Mesa, M. (2003) *Aspectos teóricos y epistemológicos de la categoría representación social*. Rev. Cuba. Psicol. [pdf en línea]. vol.20, n.1 [fecha de consulta: 10/10/11], pp. 23-34. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43222003000100003&lng=pt&nrm=iso ISSN 0257-4322.

Martinic, S. (1992). *Análisis estructural: presentación de un método para el estudio de lógicas culturales*. Santiago, Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación. [fecha de consulta: 26/04/13] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/43460462/ANALISIS-SEMANTICO-ESTRUCTURAL>

Minoletti, A., & Saxena, S. (2006). *Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile*. Santiago: Organización Panamericana/Mundial de Salud y Ministerio de Salud de Chile. (OMS/OPS). [Fecha de consulta: 15/02/2012] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf

Minoletti, S. Alberto (2010). *Políticas y Reformas de la Salud Mental en Chile*. En: Armijo Brescia, M° Alejandra. (et.al). (2010) *La Psiquiatría en Chile: Apuntes para una Historia*. [pdf en línea] Royal Pharma-Comité Editorial. [Fecha de consulta: 29/11/11] Disponible en: <http://www.royalpharma.cl/documentos/libro%20PSIQUATRIA%20web%202.pdf#page=122> ISBN: 978-956-9052-00-2

MINSAL (2011) *Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010*. MINSAL-PUC. Santiago. [Fecha de consulta: 15/7/2012] Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

Mora, Martin. (2002). *La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici*. Athenea Digital. Núm. 2. [Fecha de consulta: 31/05/12] Disponible en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewFile/55/55>

Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo Malpica, D. (2012). *Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*. [pdf en línea] Aquichan, 12(3) [Fecha de consulta: 15/11/12] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1824>

OMS (1998) *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra [Fecha de consulta: 20/06/12] Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/universidades-saludables/glosario.pdf?documentId=0901e72b81238071>

OMS. (2001) *Informe Sobre La Salud En El Mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra. [Fecha de consulta: 10/10/11] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>

PNUD (2013). *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. Nova York: PNUD [Fecha de consulta: 15/09/13] Disponible en: <http://hdr.undp.org/es>

República de Chile, Ministerio de Salud. (2000) *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. [pdf en línea] Santiago: Ministerio de Salud. [Fecha de consulta: 20/09/11] Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=27&lid=302>

Rodríguez, S. García M. (cord) (2007). *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. [pdf en línea] Ed. CUCSSH-UDG. [Fecha de consulta 12/04/12] Disponible en: <http://books.google.cl/books?id=X3Eb7sKFaWMC&printsec=frontcover&dq=representaciones+sociales+teoria+e&hl=es&sa=X&ei=Tk3jT-6NOIi8QT1qcSGCA&sqi=2&ved=0CDUQ6AEwAA#v=onepage&q=representaciones%20sociales%20teoria%20e&f=false> ISBN: 978-970-27-1175-9

WHO. (2012). Dementia: a public health priority. *WHO, Genf. Für dieses Informationsblatt danken wir*. [Fecha de consulta: 05/12/12] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1

VI.5 Conferencias

Día Mundial de la Salud (18 Abril, 2001, Santiago de Chile). “*Principios de la Salud Mental Comunitaria*”. Cohen, Hugo. (Inédito).

Disponible en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=2&lid=261>

VII CAPÍTULO: ANEXOS

VII.I Análisis estructural: Estructuras. VII.I.1 Anexo: PACIENTES

Paciente1

EP1	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.b	(Yo)	/	(La gente)	c.q. Sujeto
c.1	No doy problemas	/	(dan problemas)	Tq1=Actitudes
c.2	(Bueno, Pasivo)	/	Malo, Agresivo	Tq2=Cualidades
Cond.	(+)		(-)	
	"Tranquilo"	/	"Problemático"	Bq=Visión del paciente psiquiátrico

EP2	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond.	"Exclusión"	/	"Integración"	Bq=Relación con la Sociedad
c.1	Mis papás no me reciben	/	(Mis papás me acogen)	Tq1=Familia
c.2	No me dan trabajo	/	(Encuentro trabajo)	Tq2=Trabajo
c.3	No tengo oportunidad de estar con las mujeres ya	/	(Puedo encontrar pareja)	Tq3=Pareja
c.4	Algún día me tendré que ir... arrendarme una pieza en el sur	/	(Volver al hogar familiar,)	Tq4=Vivienda

EP3	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.b	Instituto Psiquiátrico	/	Hogar protegido (forense)	Lugar de reclusión
Cond.	"Control Total"	/	"Libertad parcial"	Bq= Tipo de control
c.1	Encierro, No hay libertad	/	(Más espacio)	Tq1=Espacio
c.2	más o menos	/	(Mejor)	Tq2=Comida
c.3	(Reducido, Pequeño)	/	Más amplio	Tq3=Infraestructura
c.4	(Se aburre)	/	Uno no se aburre	Tq4=Ocio
c.5	(Letargo, inactividad)	/	Hacer manualidades	Tq5=Actividades
c.6	Nos manejan los tiempos	/	(Mayor manejo de sus tiempos)	Tq6=Tiempo

c.7	(encierro, hay poca comunicación con la gente)	/	Hay más comunicación con la gente	Tq7=Contacto con el exterior
c.8	Uno se enferma más al estar con puros enfermos juntos	/	(Interacción con gente es bueno para la Salud)	Tq8=Estado de Salud

EP4	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.b	(Yo)	/	(Otros pacientes)	sujeto
c.1	No metiéndose con los más enfermos que uno no pasa nada	/	La mayoría busca boche por molestar	Tq1=Trato entre pacientes
c.2	Normal no más,	/	Muy dependientes, siempre dependían de alguien	Tq2=Autonomía
Cond	“Relativa dependencia”	/	“Dependientes”	Bq=Autonomía

E.J.1

Bq="Valoración del lugar de reclusión"

	(-)	/	(+)	
Cond	"peor"		Mejor	
	(--)	/	(-+)	
c.b	Cárcel	/	I. Psiquiátrico	Hogar Protegido
				T1=Lugar de reclusión
Cond	"gente mala"	/	"Más tranquilo"	"Mayor libertad"
				T2=Valoración del espacio institucional
c.1	se forman peleas con lanzas de tres metros	/	si uno se altera un poco	
c.2		/	lo estabilizan con una inyección, no puede ni abrir la boca	

EP5	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
Cond	“Principal”		“Secundario”	Bq=Rol del Médico
c.b	Médico especialista	/	(Médico terapeuta, integral)	Sujeto
c.1	Ayuda bastante con las pastillas	/	(No ayuda, no da pastilla)	T1=Tratamientos

EP6	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración

c.1	La gente cuando nombran la psiquiatría se asusta	/	(La gente no teme a la Psiquiatría)	T1=Psiquiatría
-----	--	---	-------------------------------------	----------------

EP7	A (+)	/	B (-)	T Valoración
		/		Percepción del efecto del uso de fármacos
c.b	antes		después	Temporalidad
c.1	Más flaco	/	Engordé	T1=Peso

Paciente2

EP8	A (-)	/	B (-)	T Valoración
Cond	"Rechazo"		"Apoyo"	Bq=Relación con la familia
c.1	Me culpan a mi	/	(no me culpan)	T1= Culpa
c.2	No me vienen a ver	/	(me visitan)	T2= Visitas
c.3	Mi familia me ignora	/	(se interesan por mi)	T3=Interés de la familia
c.4	no quiere saber nada de mi	/	(quieren saber de mi)	T4=Rechazo

EP9	A (-)	/	B (+)	T Valoración
Cond	"Barrera"		"facilitador"	Bq=Rol de los antecedentes al buscar trabajo
	Les mostré la hoja de antecedentes y se cayeron de espalda	/	(les mostré los antecedentes y no me juzgaron por eso)	T1=Tipo de discriminación laboral
c.1		/		T2=Opción de trabajo a posteriori
c.2	Podría irme cuando limpie los antecedentes	/	(podría trabajar teniendo antecedentes)	T3=Bloqueo de opción laboral
c.3	Con antecedentes no me dan trabajo	/	(Los antecedentes no impiden obtener trabajo)	T4=Antecedentes Psiquiátricos y Penales
c.4	ese es el problema	/	(no son un problema)	

Paciente 3

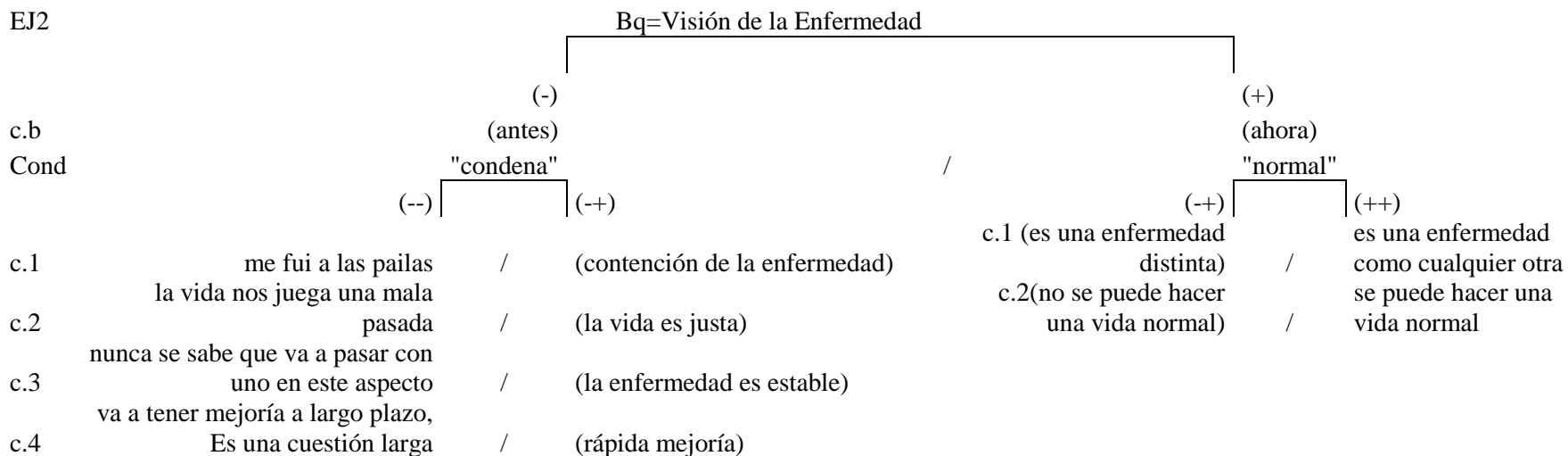
EP10	A (+)	/	B (-)	T Valoración
Cond	"normal"		"anormal"	Bq=Tipo de Enfermedad
c.1	es una enfermedad como cualquier otra	/	(es una enfermedad distinta)	T1= Tipo de enfermedad

c.2	se puede hacer una vida normal	/	(no se puede hacer una vida normal)	T2= Calidad de vida
-----	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------

EP11	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"condena"		"alivio"	Bq=Visión de la enfermedad
c.1	me fui a las pailas	/	(contención de la enfermedad)	T1=Actitud hacia el diagnóstico
c.2	la vida nos juega una mala pasada	/	(la vida es justa)	T2=Visión de la Vida
c.3	nunca se sabe que va a pasar con uno en este aspecto	/	(la enfermedad es estable)	T3=Mantenimiento de la enfermedad
c.4	va a tener mejoría a largo plazo, Es una cuestión larga	/	(rápida mejoría)	T4=Durabilidad de la enfermedad
c.5	(no está sano y no se siente bien)	/	no importa que no esté sano, pero que se sienta bien	T5=Resolución de la enfermedad
c.6	tomar remedios de por vida	/	(La esquizofrenia se sana)	T6=Cronicidad de la enfermedad

EP12	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	(Otros pacientes)	/	(Yo)	T1=Sujeto
c.2	se han enfermado por la familia	/	(La familia ha sido un factor de apoyo y salud)	T2=Factor familiar
c.3	Los cabros no quieren saber nada de la casa	/	Yo voy para allá	T3=Actitud hacia el hogar

EJ2



c.5 (no está sano y no se siente bien) / no importa que no esté sano, pero que se sienta bien

c.6 tomar remedios de por vida / (La esquizofrenia se sana)

EP13	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Peor"		("Mejor")	Bq=Beneficio del tratamiento farmacológico
c.1	me estaban echando a perder		(me estaba ayudando)	T1=eficacia del tratamiento
c.2	como que me querían matar	/	(me quería sanar)	T2=Propósito del tratamiento
c.3	bajoneao, no se puede hacer nada	/	(ánimo, predisposición a hacer cosas)	T3= estado de ánimo consecuencia del tratamiento
c.4	no me daba el ritmo para trabajar	/	(puede trabajar con medicamento)	T4=capacidad para trabajar
c.5	sin remedios no funciono yo	/	(sin medicamentos puede desenvolverse)	T5=Dependencia funcional

EP14	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	los médicos no lo sanan a uno	/	(los médicos pueden sanar)	T1=Capacidad de los médicos
c.2	a uno no lo quieren sanar	/	(los médicos buscan sanar)	T2= Disposición de los médicos
c.3	a uno lo miran como a un perro, na de... así	/	(Trato digno hacia el paciente)	T3=Trato del médico
c.4	si quieren lo sanan a uno y si quieren no lo sanan	/	(trato efectivo y por igual al paciente)	T4=Ecuanimidad

EP15	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	yo pensaba quedarme aquí	/	me voy a tener que ir	T1=Disposición a la integración al hogar
c.2	(Inercia, no hacer nada)	/	Trabajar, hacer algo por la vida	T2=Disposición al trabajo

Paciente 4

EP16	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.b	Psiquiátrico	/	Hogar forense	Lugar de reclusión
c.1	otra mente	/	(misma mente)	T1=Identificación simbólica
c.2	llegan los pacientes de la cárcel	/	pacientes compensados	T2=Tipos de pacientes
c.3	caótico	/	relajao	T3=Ambiente de la institución
c.4	más peligroso	/	(menos peligroso)	T4=Sensación de seguridad

c.5	no te dejan salir	/	uno puede salir	T5=Libertad individual
c.6	encerrado completamente	/	(reclusión parcial)	T6=Nivel de reclusión
c.7	no se puede hacer nada	/	(Se puede hacer cosas)	T7=Libertad de acción
EP17	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Abandono"		"Contención"	Redes de Apoyo
c.1	no me han perdonado	/	(me perdonaron)	T1=Perdón
c.2	casa no tengo donde llegar	/	(tengo casa donde llegar)	T2=Hogar
c.3	no me quieren recibir	/	(me quieren recibir)	T3=Acogida
c.4	me discriminan	/	(me aceptan)	T4=Trato
c.5	me echaron de la casa	/	(me acogieron)	T5=Actitud
c.6	mi mama dejo de venir a verme	/	mi papa me viene a ver	T6=Familia

EP18	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la Enfermedad
c.1	Dios me va a sanar	/	(El médico me va a sanar)	T1=Origen de la sanación
c.2	es hereditaria	/	(Es adquirida)	T2=Origen de la enfermedad
c.3	no supe que por qué me paso esto a mí	/	(se pudo identificar las causas)	T3=Causas de la enfermedad
c.4	cambió mi vida	/	(Vida normal)	T4=Tipo de Vida
c.5	es difícil	/	(Puede sobrellevarse)	T5=Dificultad
c.6	se hace dependiente de los remedios	/	(No hay dependencia de los medicamentos)	T6=Dependencia de los medicamentos
c.7	es para siempre, me lo han dicho	/	(es temporal)	T7=Durabilidad de la enfermedad

EP19	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
Cond	"Reinserción"		"Exclusión"	Bq= Proyecciones post internación
c.1	postular a subsidio habitacional	/	(no postular a beneficios)	T1=Opción a vivienda propia
c.2	trabajar en algo que me paguen	/	acá no me pagan	T2=Remuneración
c.3	terminar el cuarto medio	/	(No continuar con estudios)	T3=Estudios
c.4	buscarme una compañera	/	(quedarme sin pareja)	T4=Pareja
EP20	A	/	B	T

	(-)	/	(+)	Valoración
c.1	Trabajo en las mañanas	/	(No trabajo)	Trabajo T1=Ocupación
c.2	tengo pensión	/	(No tengo pensión)	T2=Obtención de beneficios

Paciente 5

EP21	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.1	es importante pa' mí	/	(me es indiferente)	Visión de la Institución global T1=Disposición hacia el Médico
c.2	pa' mi salud, por el bien mío,	/	(Me hace mal)	T2=Valoración del Tratamiento
c.3	me han ayudado psicológicamente	/	(no me ayudan)	T3=Acción de los funcionarios
c.4	me escuchan	/	(no me escuchan)	T4=Disposición de los funcionarios

EP22	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.b	Hogar	/	Psiquiátrico	Lugar de reclusión
c.1	higiénico	/	(Sucio)	T1=Limpieza
c.2	estoy mejor que en mi casa	/	(Peor)	T2=Comodidad
c.3	se puede pasear	/	No, nada	T3=Libertad de acción

EP23	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	(antes)	/	(después)	Ocupación T1=Tiempo
c.2	salía a pedir a la calle	/	pienso trabajar, juntar plata	T2=Proyección
c.3	no hallo en qué trabajar	/	(encuentro trabajo)	T3=Trabajo
c.4	me desespero	/	(estoy tranquilo)	T4=Estado anímico

Paciente 6

EP24	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración

			Autopercepción
c.1	(Yo)	/	(Ellos) T1=Sujeto
c.2	Estoy sana	/	Esas locas T2=Tipos de paciente
c.3	Estoy normal	/	No son iguales que yo T3=Normalidad

EP25	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Visión de la Institución
c.1	Aquí estoy con los medicamentos	/	(No me dan medicamentos)	T1=Uso de medicamentos
c.2	Con el doctor	/	(Sin doctor)	T2=Acceso a ayuda profesional
c.3	Estoy bien	/	(Estoy mal)	T3=Ánimo en la institución
c.4	(Un lugar como cualquier otro)	/	les da miedo meterse a un... este lugar	T4=Visión externa
c.5	No [es] un hospital	/	Éste es un psiquiátrico	T5=Institucionalidad

EP26	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión del funcionario
c.1	Nos reparten los medicamentos nomás	/	(nos ayudan íntegramente)	T1=Tipo de atención
c.2	Dice que nos hacemos las tontas	/	(creen en nuestro diagnóstico)	T2=Validación de la enfermedad
c.3	Decir pesadeces	/	(Son amables)	T3=Trato del paciente
c.4	Tirar portazos	/	(Son corteses)	T4=Actitudes de las funcionarias
c.5	Están cansadas	/	(Tienen energía en el trabajo)	T5=Disposición al trabajo
c.6	Tremendos gritos	/	(Trato suave con los pacientes)	T6=Actitudes en el trabajo
c.7	Aburridas del trabajo	/	(Poseen ánimo en el trabajo)	T7=Predisposición al trabajo

EP27	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Exclusión laboral"		"Reinserción laboral"	Bq=Perspectiva laboral
c.1	No puedo trabajar	/	(Puedo trabajar)	T1=Posibilidad de trabajar
c.2	Yo creo que no me dan	/	(creo que si me dan trabajo)	T2=Confianza en la posibilidad de trabajo
c.3	No sé si me den trabajo	/	(sé que me pueden dar trabajo)	T3=Imposibilidad de trabajo

EP28	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Médico Villano"		"Médico Héroe"	Médico Tratante
c.1	(Él no me ha ayudado)	/	Él me ha ayudado harto	T1=Ayuda médica
c.2	(No se preocupa por mi)	/	siempre está preocupado por mi	T2=Preocupación
c.3	(Es como cualquier otro médico)	/	Lo miro como a un héroe	T3=Idealización del médico
c.4	(Es normal)	/	Es lo máximo	T4=Idealización del médico
c.5	(No hay porque creerle)	/	Tengo que creerle	T5= Tiene la razón
c.6	(Desconfianza en el doctor)	/	Confío ciegamente en el doctor	T6=Confianza en el médico

EP29	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
Cond	"Abandono y discriminación"		"Apoyo y contención"	Bq=Redes de Apoyo
			(Tengo apoyo, no me siento sola)	
c.1	completamente sola, es como si no tuviera a nadie	/		T1=Sensación de Apoyo
c.2	Pensaban que estaba loca	/	Yo no me sentía loca	T2=Reconocimiento
c.3	es como no tener familia	/	(sentirse en familia)	T3=Sensación de Familia
c.4	no cuento para nada con ellos	/	(puedo contar con mi familia)	T4=Apoyo
c.5	son egoístas	/	(Son generosos)	T5=Actitud de la familia
c.6	Cree que yo le voy a ir a robar	/	(Confía en mi)	T6=Confianza de la familia
c.7	les molesta	/	(no les molesta)	T7=Predisposición Familiar
c.8	soy un problema	/	(No soy un problema)	T8=Percepción de la familia
c.9	se olvidaron de que existía	/	(No se preocupan de mi)	T9=Sensación de preocupación familiar

EP30	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Enfermedad
c.1	Es horrible	/	(Es pasadero)	T1=Actitud hacia la enfermedad

c.2	No sabía que estaba enferma	/	(Reconocía que estaba enferma)	T2=Reconocimiento de la enfermedad
c.3	No podía hacer mi vida normal	/	(Se puede hacer una vida normal)	T3=Calidad de Vida
c.4	Puede volver	/	(La enfermedad no vuelve)	T4=Reincidencia
c.5	Les asusta, les da miedo la enfermedad	/	(Aceptan la enfermedad)	T5=Visión de la familia
c.6	(Sin importancia al uso de medicamentos)	/	Mis pastillas están lo primero	T6=Tratamiento
c.7	Hay que tener cuidado	/	(Hay que despreocuparse)	T7=Atención hacia la enfermedad

Paciente 7

EP31	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
Cond	"no realmente enferma"		"realmente enfermas"	Bq=Tipos de pacientes
c.1	Yo	/	(Otros pacientes)	T1=Sujetos
c.2	(No lloro)	/	Lloran	T2=Actitudes
c.3	(No me agarro a cabezazos)	/	Se agarran a cabezazos	T3=Actitudes
c.4	(No grito)	/	Gritan	T4=Actitudes
c.5	(No peleo)	/	Pelean	T5=Actitudes
c.6	Yo no estoy enferma	/	Hay gente enferma	T6=Visión de enfermedad

EP32	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				MÉDICOS
c.1	Cuando tienen tiempo	/	(Disponible cuando es necesario)	T1=Accesibilidad

Paciente 8

EP33	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	No te escuchan	/	(Te escuchan)	T1=Atención hacia los pacientes
	Uno pide algo y como que se van para otro		(Reaccionan ante los requerimientos del	
c.2	lado	/	paciente)	T2=Capacidad para responder
c.3	Tendrán problemas ellas	/	(No tienen problemas)	T3=Preocupaciones

EP34	A		B	T
------	---	--	---	---

	(-)	/	(+)	Valoración MEDICOS
c.1	ellos	/	(yo)	T1=Sujeto
c.2	lo que evalúan	/	(no evaluó)	T2=Autoridad sobre el diagnóstico
c.3	me ven mal	/	me siento una niña normal	T3=Diferencias de evaluación

EP35	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración Apoyo familiar-Mamá
c.1	es bien preocupada	/	(despreocupada)	T1=Preocupación
c.2	me da las pastillas	/	(no me da las pastillas)	T2=Función en el tratamiento
c.3	me acompaña	/	(no me acompaña)	T3=Apoyo

EP36	A	/	B	Valoración si mismo
	(-)		(+)	
c.1	antes	/	ahora	T1=Tiempo
c.2	ida del mundo	/	(más consciente)	T2=Estado mental
c.3	distraída	/	(despierta)	T3=Nivel de atención
c.4	agresiva	/	(no agresiva)	T4=Actitud
c.5	(andaba mal)	/	ando bien	T5=Estado de ánimo

Paciente 9

EP37	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración Proyecciones
c.1	No tengo donde ir	/	(Tengo donde llegar)	T1=Hogar
c.2	No tengo pa' cuando	/	Pretendo tener	T2=Obtener Pareja
c.3	(Trabajar mal)	/	Puedo trabajar bien	T3=Capacidad de Trabajo
c.4	(No estoy apto para trabajar)	/	Tengo que ponerme las pilas no más	T4=Predisposición al trabajo

EP38	A	/	B	T
------	---	---	---	---

	(-)	/	(+)	Valoración
				Relaciones entre pacientes
c.1	personas (otros pacientes)	/	yo	T1=Sujeto
c.2	(Se llevan mal con la gente)	/	con toda la gente me llevo bien	T2=Relaciones interpersonales
c.3	(Se meten en todo)	/	no me meto en nada	T3=Exposición a conflictos
c.4	se ponen a pelear por cigarros	/	no ando buscando la mocha	T4=Generación de conflictos
c.5	se acercan a mi	/	no me acerco	T5=Tipo de acercamiento
c.6	(Son ofensivas, agresivas)	/	Hay que andar a la defensiva, con cuidado	T6=Tipo de actitudes

EP39	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Espacio Institucional
c.1	Estoy aburrida	/	(Entretenida)	T1=Ocio
c.2	(No me ayuda)	/	Me ayuda	T2=Valoración de la estadia
c.3	Estaría pidiendo, durmiendo en la calle	/	(Obtengo comida, donde dormir)	T3=Comodidades
c.4	Exponiéndome a que me pase algo	/	Estoy protegida	T4=Seguridad
c.5	Tanta protección hace mal	/	(Protección en su medida)	T5=Seguridad

EP40	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Tratamiento
c.1	dan pastillas	/	(recibe otro tipo de tratamiento)	T1=Tipo de tratamiento
c.2	no sé qué será	/	(soy consciente de lo que tomo)	T2=Desconocimiento del tratamiento
c.3	antes	/	ahora	T3=Temporalidad
c.4	me dejaban el rostro como una deficiente mental	/	(rostro normal)	T4=Consecuencia visible del tratamiento
c.5	no podía ni hablar	/	(puedo hablar)	T5=Dificultad lingüística

EP41	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Rol del Médico
c.1	Darnos los remedios	/	(Tienen otro rol además)	T1=Función del médico
c.2	Tratar que la gente esté bien	/	(que la gente esté mal)	T2=Objetivo del médico

EP42	A	/	B	T
------	---	---	---	---

	(+)	/	(-)	Valoración Funcionarias
c.1	Si no fuera por ellas nosotras andaríamos mal	/	(Andaríamos bien sin ellas)	T1=Importancia del funcionario
c.2	Se preocupan de que se tomen los medicamentos	/	(No les importa que se tomen los medicamentos)	T2=Función
c.3	Andan preocupás'	/	(No se preocupan)	T3=Cuidados de las funcionarias

EP43	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la enfermedad
c.1	Me ha costado aceptar la enfermedad	/	(He aceptado la enfermedad rápidamente)	T1=Capacidad de aceptación
c.2	Al principio nunca la acepté	/	(Al principio la acepté)	T2=Aceptación del diagnóstico
c.3	Ahora como que ya... bueno ya	/	(No me he resignado)	T3=Aceptación de la enfermedad
c.4	Hay que tomar los remedios para toda la vida nomás po	/	(El uso de medicamentos es temporal)	T4=Tratamiento
c.5	Es incurable	/	(Posee cura)	T5=Tipo de enfermedad
c.6	es más difícil (la vida)	/	(la vida es normal)	T6=Percepción de la vida
c.7	uno está sola	/	(está acompañada)	T7=Sensación de abandono
c.8	(uno) no tiene apoyo	/	(tiene apoyo)	T8=Redes de apoyo

EP44	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"reinicio"		"continuar"	T1=Ruptura
	Volver a nacer	/	(continuar)	
	Empezar todo de nuevo	/	(seguir igual)	
c.2	Me costó cualquier cantidad	/	(No me costó, fue fácil)	T2=Reincorporación al trabajo
c.3	No encontraba trabajo	/	(Encontré trabajo)	T3=Reincorporación al trabajo

EP45	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la enfermedad
c.1	Yo no les digo que tengo esta enfermedad	/	(Cuento abiertamente de la enfermedad)	T1=Tipo de defensa
c.2	Yo nunca dije...	/	(Dije que tenía esquizofrenia)	T2=Tipo de defensa
c.3	Las personas escuchan esquizofrenia y se espantan	/	(son comprensivas)	T3=Percepción desde fuera
c.4	hay personas que no lo entienden	/	(entienden de que se trata la enfermedad)	T4=Ignorancia de la enfermedad

c.5	fue peligroso (que lo supieran)	/	(fue beneficioso que lo supieran)	T5=Consecuencias
c.6	se aprovecharon de mi	/	(me respetaron)	T6=Actitud
c.7	me pagaban menos	/	(me pagaban lo que correspondía)	T7=Trato a consecuencia
c.8	yo reclamaba	/	(no reclamaba)	T8=Acciones tomadas
c.9	no me pescaban	/	(me tomaban en cuenta)	T9=Respuesta

Paciente 10

EP46	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.b	yo	/	otras pacientes	T1=Sujeto
Cond	"Leve"	/	"graves"	Bq=Autopercepción
c.2	tengo leve	/	(tienen grave)	T2=Nivel de enfermedad
c.3	no me da por matarme	/	(Les da por matarse)	T3=Acciones
c.4	no escucho voces	/	(escuchan voces)	T4=Síntomas de gravedad
c.5	me hago la dormida	/	están despiertas	T5=Método de defensa
c.6	llegué al tiro a esta sala	/	(llegan a la primera sala de mayor gravedad)	T6=Tipo de gravedad al ingresar

EP47	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Relación con funcionarias
c.1	bien	/	(mal)	T1=Tipo de relación con funcionarias
c.2	nos llaman pa' tomar once	/	(no nos avisan)	T2=Control de rutinas
c.3	pa' los remedios	/	(no nos avisan)	T3=Control de remedios

EP48	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Internación
c.1	se siente la soledad	/	(Se siente compañía)	T1= Sentimiento de abandono
c.2	echo de menos mi reloj, mis anillos	/	(no extraña sus pertenencias)	T2=Añoranza de objetos personales
c.3	todo me llevaron para la casa	/	(conserva sus objetos personales)	T3=Desposesión de objetos personales

Paciente 11

EP49	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"castigo"		"premio"	Bq=Simbolización de la enfermedad
	es como llevar una carga muy pesada	/	(no es una carga)	
	es muy maldita	/	(es bendita)	
	un castigo	/	(es una bendición)	
c.2	me cuesta mucho	/	(no cuesta nada)	T2=Esfuerzo
c.3	(vida anormal)	/	volverme a la vida, a mi vida normal	T3=Tipo de vida
c.4	ha sido muy difícil	/	(ha sido fácil)	T4=Dificultad

EP50	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	como rata de laboratorio	/	(paciente normal)	T1=Autopercepción como paciente
c.2	están probando (en mi)	/	(mi tratamiento es el indicado)	T2=Valor de la atención

EP51	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.b	volver a la vida normal		(quedarse vida anormal)	T=Tipo de vida
c.1	va a ser muy difícil	/	(va a ser fácil)	T1=Proyección de reinserción
c.2	me cuesta mucho	/	(no cuesta nada)	T2=volver a la vida normal

EP52	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Percepción del Médico
c.1	Frívolos	/	(preocupados)	T1=Trato
c.2	cortantes	/	(comunicativo)	T2=Comunicación
c.3	en su mundo	/	(comparte en nuestro mundo)	T3=Tipo de relación
c.4	a veces	/	(siempre)	T4=Solucionan los problemas
c.5	están probando	/	(están seguros)	T5=Certeza en el diagnóstico
c.6	no saben	/	(saben)	T6=Conocimiento

Paciente 12

EP53	A (-)	/	B (+)	T Valoración Bq=Condiciones para la atención y tratamiento
Cond	"amenazada"	/	"(con derechos)"	T1=Condiciones
c.1	o entras o no tienes remedio	/	(tienes remedios sin condiciones)	T2=Negación de medicamentos
c.2	si no, no te damos el remedio	/	(te damos remedios)	
c.3	No! Que no quiero!, decía, "no te damos remedio" me decían	/	(tienes derecho a recibir remedios)	T3=Amenazas

EP54	A (-)	/	B (+)	T Valoración Si mismo T1=Trato
c.1	como conejillo de indias	/	(paciente normal)	T2=Utilización para estudios
c.2	me toman como ejemplo para mostrar	/	(trato confidencial)	

EP55	A (-)	/	B (+)	T Valoración Percepción de la enfermedad T1=Percepción del trato
c.1	totalmente discriminada	/	(aceptada)	T2=Tipo de defensa
c.2	no se le puede decir a cualquiera	/	(se puede decir abiertamente)	T3=Tipo de defensa
c.3	secreto total	/	(se puede decir abiertamente)	T4=Tipo de enfermedades
c.4	algunas se pueden quitar	/	(Todas tienen cura)	

EP56	A (-)	/	B (+)	T Valoración Percepción del médico T1=Interés del médico
c.1	se aburren	/	(se interesan)	T2=Cantidad de pacientes
c.2	somos muchos	/	(somos pocos)	T3=Tipo de comunicación
c.3	hay que ser precisos	/	(se puede explicar)	T4=Actitud del médico
c.4	vienen a cortar el queque	/	(te escuchan)	T5=Motivación
c.5	vienen porque tienen que trabajar	/	(por vocación)	

Paciente 13

EP57	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"coercitivo"		"no coercitivo"	Bq=Tipo de trato
c.1	te amarran de los brazos y piernas	/	(te dejan libre los brazos y piernas)	T1=Trato
c.3	te ponen pañales	/	igual estas en tus facultades de ir al baño	T3=Trato
c.4	es frustrante	/	(es llevadero)	T4=Sensación

Paciente 14

EP58	A	/	B	T
	(+)		(+)	Valoración
c.1	Buena	/	(Mala)	T1=Valorización del médico
c.2	Me entiende	/	(No me entiende)	T2=Actitud
c.3	Me comprende	/	(No me comprende)	T3=Comunicación
c.4	Me quiere	/	(No me quiere)	T4=Afecto

EP59	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
c.1	(No recibo pensión)	/	Recibo una pensión	T1=Ayuda del Estado
c.2	No puedo trabajar	/	(Puedo trabajar)	T2=Capacidad de trabajar

EP60	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
c.1	Buenas amistades	/	(Malas amistades)	T1=Relación con otros pacientes
c.2	Bien	/	(me llevo mal)	T2=Trato con los funcionarios

EP62	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Enfermedad
c.1	ahora		antes	T1=Temporalidad
c.2	me dio el bajón	/	(me sentí bien)	T2=Bienestar

c.3	(estoy mal)	/	estaba bien	T3=Salud
c.4	(tomo remedios)	/	dejé de tomar medicamentos	T4=Uso de medicamentos
c.5	No sé qué gatilló en mí (la enfermedad)	/	(sabía qué me pasaba)	T5=Conocimiento de las causas

EP63	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Advertencia"		"Recomendación"	Bq1=Consejos externos de la internación
		/		
c.1	me metió mucho miedo	/	(me ayudó a aceptarlo)	T1=Percepción de médico externo
c.2	que no me trajeran	/	(que me trajeran)	T2=percepción sobre la internación
Cond	"Indecentes"	/	"decentes"	Bq2=Percepción externa de los pacientes
		/		
c.1	Se escupían	/	(No se escupen, gente normal)	T1=Acciones de los internos
c.2	Andaban a garabatos	/	(Se respetan)	T2=comportamiento de los internos
c.3	Fumaban	/	(No fuman)	T3=acciones de los internos

VII.1.2 Anexo: FUNCIONARIOS

Auxiliar 1

EP64	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Apreciación del trabajo en el psiquiátrico
c.1	es difícil	/	(es fácil)	T1=Dificultad
c.2	se acostumbra	/	(no se acostumbra)	T2=Adaptación
c.3	se hace inmune	/	(se afecta)	T3=Adaptación
c.4	hay que tener cuidado	/	(descuidado)	T4=Mecanismo de defensa
c.5	mantenerse al margen	/	(involucrarse)	T5=Mecanismo de defensa
c.6	ve historias fuertes	/	(ve historias suaves)	T6=Experiencia
c.7	es complicado para uno trabajar acá	/	(es fácil para uno trabajar acá)	T7=Dificultad

EP65	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración

				Visión del paciente psiquiátrico
c.1	vuelven	/	(se rehabilitan)	T1=Apreciación del paciente
c.2	no están en sus cinco sentidos	/	(están en sus cinco sentidos)	T2=Capacidad del paciente
c.3	se les ve las actitudes	/	(la enfermedad es imperceptible)	T3=Identificación del paciente
c.4	todos los estratos sociales	/	(es particular a un estrato)	T4=Estrato social del paciente
c.5	se aburren de pagar clínicas	/	(acuden por necesidad)	T5=Motivo de consulta

EP66	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Diferenciación entre médico y funcionario
c.b	médico	/	nosotros (funcionarios)	T1=Sujeto
c.2	viene, los ve y se va	/	estamos todo el día con ellos	T2=Tiempo con pacientes
c.3	(solo apoyo técnico)	/	prestamos apoyo emocional	T3=Tipo de apoyo
c.4	los ve y se va	/	le hacemos actividades y paseos	T4=Actividades

EP67	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Funciones del auxiliar
c.1	tenemos que hacer de todo	/	la labor que deberíamos desempeñar	T1=Labores cumplidas
c.2	somos poli funcionales	/	mono funcionales	T2=Funciones
c.3	harto	/	(poco)	T3=Tiempo con pacientes
c.4	(malo)	/	bueno	T4=Cuidado
c.5	(estamos despreocupados)	/	estamos pendientes	T5=Cuidado

EP68	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Relaciones dentro del sector
c.1	distante, fría	/	(cercana, cariñosa)	T1=Relación entre médico-paciente
c.2	tirante, con roces	/	(afable)	T2=Relación funcionario-gendarme

EP69	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración

Cond	"no resisten"	/	"resistí"	Bq=Consecuencia del tipo de trabajo
c.b	otros funcionarios	/	(yo)	T1=Sujeto
c.2	han sido afectados	/	(me hice inmune)	T2=Implicación
c.3	se van con depresión	/	(me acostumbre)	T3=Se enferman
c.4	se relacionan demasiado	/	(me mantengo al margen)	T4=Defensa
c.5	se cargan de los problemas	/	(me mantengo al margen)	T5=Implicación
c.6	terminan mal	/	(termine bien)	T6=Consecuencias personales
c.7	optan por irse	/	(me he mantenido)	T7=Consecuencias laborales

Auxiliar 2

EP70	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"Distante"	/	"Cercana"	Bq=Tipo de relación con los pacientes
c.1	alejada	/	(cercana)	T1=Tipo de relación con los pacientes
c.2	distante	/	(afable)	T2=Tipo de relación con los pacientes
c.3	lo evito	/	(lo busco)	T3=Actitud frente a los pacientes

Auxiliar 3

EP71	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"arribistas"	/	"humildes"	Bq=Visión del médico
c.1	becados	/	(pagan)	T1=Procedencia del médico
c.2	no tienen educación	/	(tienen educación)	T2=Característica del médico
c.3	pasan por encima de uno	/	(respetan)	T3=Respeto
c.4	no saludan	/	(saludan)	T4=Trato
c.5	vienen de bajos niveles	/	(de altos niveles)	T5=Procedencia socioeconómica
c.6	malos hábitos	/	(buenos hábitos)	T6=Hábitos de los médicos
c.7	medicuchos	/	(buen médico)	T7=Valoración del médico
c.8	de poblaciones marginales	/	(de barrio alto)	T8=Procedencia socioeconómica

EP72	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración

Cond	"discriminadores"	/	(no discriminadores)	Visión de la relación médico paciente
c.1	los tratan mal	/	(los tratan mal)	T1=Tipo de trato
c.2	mientras más pobre más mal lo atienden	/	(atienden a todos por igual)	T2=Discriminación en la atención
c.3	lo marginan	/	(lo acogen)	T3=Actitud observada de los médicos
c.4	"evaden"	/	(lo consideran)	T4=Actitud observada de los médicos

EP73	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Relación entre funcionarios
c.1	son muy cahuineros	/	(son leales)	T1=Problema de relación
c.2	mala	/	(buena)	T2=Valoración de la relación

Paramédico 1

EP74	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión del paciente
c.1	no pueden tener plata	/	(pueden tener plata)	T1=Nivel de autosuficiencia
c.2	son cuáticos	/	(normales)	T2=Anormalidad
c.3	algunos son leves	/	(otros son graves)	T3=Tipos de pacientes
c.4	reacios a hablar (de su caso)	/	(hablan sobre su caso)	T4=Tipo de comunicación
c.5	son dependientes	/	(son independientes)	T5=Nivel de dependencia
c.6	están en otro mundo	/	(están en el mismo mundo)	T6=Anormalidad

EP75	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Bq=Actitud del juez al paciente psiquiátrico
Cond	"discriminador"	/	"imparcial"	
c.1	no tienen criterio	/	(tienen buen criterio)	T1=Criterio del juez
c.2	ven el antecedente psiquiátrico y condenan al tiro	/	(evalúan objetivamente)	T2=Prejuicio del juez

EP76	A	/	B	T
------	---	---	---	---

	(-)	/	(+)	Valoración
				Experiencia en Hospital San José
c.1	Discriminan al paciente psiquiátrico	/	(Atienden al paciente por igual)	T1=Disposición al paciente psiquiátrico
c.2	tienen harta demanda	/	(tienen poca demanda)	T2=Nivel de demanda
c.3	(no se puede entender)	/	es entendible	T3=Comprensión
c.4	no saben cómo evaluar	/	(saben evaluar)	T4=Falta de preparación
c.5	es un cacho	/	(es un paciente con igual derecho)	T5=Disposición hacia el paciente
c.6	todos están inventando	/	(creen en su palabra)	T6=Desconfianza

Paramédico 2

EP77	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Riesgos del trabajo
c.1	enganchar	/	(marginarse)	T1=Peligro de trabajar con estos pacientes
c.2	ya sales de aquí con la cabeza...[baja la cabeza]	/	(sales optimista)	T2=Bajoneado

EP78	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Tipos de Psiquiatría
c.b	(psiquiatría antigua)	/	psiquiatría nueva	T1=Momentos de la Psiquiatría
c.2	terrible	/	(mejor)	T2=Valoración de la psiquiatría
c.3	amarraban por cualquier cosa	/	solo por orden del medico	T3=Métodos utilizados
c.4	(más simple)	/	más complejo	T4=Complejidad del trabajo

EP79	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la enfermedad psiquiátrica
c.1	fuera de lugar	/	(a lugar)	T1=Actitudes
c.2	inadecuadas	/	(adecuadas)	T2=Conductas
c.3	Depende del profesional q lo atiende	/	(es objetivo)	T3=Diagnóstico

EP80	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración

				Orientación del Psiquiátrico
c.1	el conductismo	/	otras técnicas, psicoterapia	T1=Tipo de técnicas psiquiátricas
c.2	(más barato)	/	muy caros	T2=Costo monetario de las técnicas
c.3	se usa	/	no se usa	T3=Utilización de las técnicas en el IPS
c.4	se puede	/	no se puede	T4=Posibilidad de realización en el IPS

EP81	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Atención al paciente psiquiátrico "adentro"
c.1	ahora	/	antes	T1=Temporalidad
c.2	solo la especialidad	/	había unidad de apoyo	T2=Tipo de atención
c.3	manotazos al aire	/	(con rumbo claro)	T3=Objetivos
c.4	no se trata como debería	/	(como se debería)	T4=Atención al paciente psiquiátrico

EP82	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Atención del paciente psiquiátrico "afuera"
c.b	Otros hospitales	/	(Este hospital)	T1=Centros de atención
c.2	es discriminado	/	(es acogido)	T2=Trato hacia el paciente psiquiátrico

EP83	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión externa del paciente psiquiátrico
c.1	los rechaza	/	(los acepta)	T1=La sociedad
c.2	les pagan menos	/	(les pagan lo que corresponde)	T2=Trabajo
c.3	los discriminan mucho	/	(los acepta)	T3=Respuesta de la sociedad
c.4	les tiene miedo	/	(no les tienen miedo)	T4=Reacción de la gente
c.5	piensan que se les pega acá	/	conocer el trabajo que se hace acá	T5=Reacción de la gente con la institución

EP84	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Tratamiento

c.1	antes	/	ahora	T1=Temporalidad
c.2	(fuera del alcance)	/	al alcance	T2=Antipsicóticos de 3ª generación
c.3	si	/	no	T3=Impregnación de psicofármacos
c.4	alejado	/	(integrado)	T4=Relación del paciente con la sociedad

EP85	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión del paciente
c.1	muy	/	(poco)	T1=Nivel de medicación
c.2	en estados <i>confucionales</i>	/	(estado de claridad mental)	T2=Estado mental
c.3	se caen	/	(se mantiene)	T3=Inestabilidad
c.4	pelean	/	(no pelean)	T4=Conductas
c.5	no tienen red de apoyo	/	(tienen red de apoyo)	T5=Redes de apoyo
c.6	muy marginales	/	(buena situación económica)	T6=Condición socioeconómica
c.7	de juzgados	/	(directos del hospital)	T7=Procedencia
c.8	no tienen familia	/	(tienen familia)	T8=Familia
c.9	problemas económicos	/	(buena situación económica)	T9=Situación económica
c.10	sufrieron mucho	/	(no sufrieron)	T10=Niñez del paciente
c.11	fueron abusados, maltratados	/	(fueron queridos)	T11=Situación de violencia
EP86	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Tipo de relación con los pacientes
c.1	(golpear)	/	Acariciar	T1=Cercanía
c.2	(recriminar)	/	consolar	T2=Apoyo emocional
c.3	(castigar)	/	aconsejar	T3=Contención
c.4	(excluir)	/	interactuar	T4=Manera de relacionarse
c.5	(nos tratan con indiferencia)	/	nos dicen tías, mamás	T5=Retribución de los pacientes
c.6	(cero grado de afectividad)	/	un grado de afectividad	T6=Generación de lazos
c.7	(lejana)	/	cercana	T7=Tipo de relación
c.8	(débiles)	/	fuertes	T8=Lazos que se generan

EP87	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Labor del paramédico
c.1	nosotros	/	otros paramédicos	T1=Sujeto
c.2	interactuar	/	(no interactúa)	T2=Interacción
c.3	conocerlos	/	(no tienen que conocerlos)	T3=Cercanía
c.4	saber que los motiva	/	(no tienen que saber que los motiva)	T4=Conocimiento
c.5	hacer contención emocional	/	(otro tipo de contención)	T5=Tipo de contención
c.6	mucho	/	(poco)	T6=Conversación
c.7	observarlos	/	(no es necesario observarlos)	T7=Atención hacia el paciente
c.8	cansador, agotador	/	(relajado)	T8=Tipo de trabajo
c.9	tocar sin guantes	/	(usan guantes)	T9=Trato con el paciente
c.10	de 24 horas	/	(jornada de 8 horas)	T10=Tipo de jornada
c.11	vigilar mucho	/	(no vigilar)	T11=Necesidad dentro de la labor
c.12	(hacemos otras cosas)	/	solo dan remedios	T12=Labores
c.13	tienen nombre y apellido	/	ni siquiera tiene un nombre	T13=Los pacientes que tratan

EP88	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Tipos de pacientes
c.1	antisocial	/	otras patologías	T1=Tipo de patología
c.2	no le interesan los demás	/	(sí les interesa)	T2=intereses
c.3	le gustan las cosas fáciles	/	(no le gustan)	T3=Esfuerzo en la vida
c.4	causan daño	/	(no causan daño)	T4=Acciones
c.5	confusión	/	(no causan confusión)	T5=Acciones

III.3 Anexo: PROFESIONALES

Psicóloga

EP88	A (+)	/	B (-)	T Valoración
Cond	"Normales"	/	"(Anormales)"	Tipos de Personas

c.1	(contención, cariño)	/	Violencia, Abuso	T1=Ambiente familiar
c.2	(tiene para comer)	/	No tienen para comer	T2= Situación económica
c.3	(Con estudios)	/	Sin estudios	T3= Nivel educacional

EP89	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	“Carenciados”	/	“No carenciados”	Bq=Visión del paciente psiquiátrico
c.1	no tienen familia	/	(tiene familia)	T1=Familia
c.2	no tienen casa	/	(tiene casa)	T2=Casa
c.3	no tenían pa comer	/	(tenían para comer)	T3=Comida
c.4	papá alcohólico	/	(padre correcto)	T4=Padres
c.5	violencia	/	(respeto)	T5=Trato
c.6	totalmente carenciados	/	(completos)	T6=Juicio sobre carencias
c.7	no tienen estudios	/	(con estudios)	T7=Estudios
c.8	vulnerabilidad real	/	(fortaleza)	T8=Juicio sobre situación Social
c.9	pérdidas infantiles-infancia carenciada	/	(infancia completa)	T9=Tipo de infancia
c.10	no tienen herramientas	/	(con herramientas)	T10=Recursos
c.11	abuso	/	(respeto)	T11=Trato
c.12	no podían ser normales	/	(podían ser normales)	T12=Juicio de normalidad
c.13	no piensa bien	/	(piensa bien)	T13=Tipo de pensamiento

EP90	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	“Aterrador”	/	“Placentero”	Bq=Visión externa de la institución
c.1	es tétrico	/	(es agradable)	T1=Proyección del lugar
c.2	que da miedo	/	(da confianza)	T2=Sensación que proyecta
c.3	que se les maltrata	/	(se les trata bien)	T3=Proyección del trato a los pacientes
c.4	que el electrochoque les duele	/	(no les duele el electrochoque)	T4=Proyección del mal trato en tratamiento
c.5	pensar lo peor	/	(pensar lo mejor)	T5=Proyección del pensamiento sobre el lugar
c.6	no está muy validado socialmente	/	(está validado)	T6=Validación externa del IPS

EP91	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Visión de la enfermedad
c.1	no se mejora	/	(se mejora)	T1=Mejoría
c.2	se deterioran cognitivamente	/	(se mantiene)	T2=Consecuencia cognitiva
c.3	se deterioran socialmente	/	(se mantiene)	T3=Consecuencia socialmente
c.4	siempre necesita medicamentos	/	(puede dejar de necesitarlos)	T4=Dependencia del tratamiento
c.5	es difícil de diagnosticar	/	(es fácil diagnosticar)	T5=Dificultad diagnóstica
c.6	está multideterminada	/	(está monodeterminada)	T6=Determinación de la enfermedad

EP92	A (-)	/	B (+)	T Valoración
Cond	"Resistencia"	/	"Aceptación"	Bq=Disposición a la enfermedad
c.b	la gente	/	(yo)	T1=Sujeto
c.2	le cuesta tolerar	/	(tolero)	T2=Disposición social a la diversidad
c.3	le cuesta entender la locura	/	(entiendo)	T3=Capacidad de comprensión social
c.4	hay desinformación	/	(me informo)	T4=Acerca de la patología mental
c.5	cuesta entender que hayan hospitales psiquiátricos	/	(acepto la institución)	T5=Aceptación de la Institución
c.6	resistencia social frente a la locura	/	(aceptación social frente a la locura)	T6=Proyección de la aceptación de la locura
c.7	resistencia social a la gente que no piensa bien	/	(aceptación social)	T7=Reacción social a la diferencia

EP93	A (-)	/	B (+)	T Valoración
c.b	paciente psiquiátrico	/	paciente psicológico	Tipos de pacientes
c.2	necesita medicamentos	/	psicoterapia	T2=Tipo de tratamiento
c.3	trastorno mental	/	aprobado	T3=Tipo de Trastorno
c.4	trastorno conductual	/	(no tiene trastorno conductual)	T4=Conducta
c.5	tiene una enfermedad	/	(no tiene una enfermedad)	T5=Nivel nosológico
c.6	necesita trabajo conjunto con psiquiatra	/	(necesita trabajo solo del psicólogo)	T6=Tipo de trabajo necesario

EP116	A	/	B	T
-------	---	---	---	---

	(+)	/	(-)	Valoración
c.1	asimétrica	/	(simétrica)	T1=Relación de poder
c.2	no puede ser cercana	/	(puede ser cercana)	T2=Posibilidad de cercanía
c.3	distancia óptima	/	(cercanía)	T3=relación ideal

EP94	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Distancia profesional en el IPS
c.1	psiquiatra	/	psicólogo	T1=Sujeto
c.2	(no conversa con los pacientes)	/	conversa con el paciente	T2=Tipo de comunicación
c.3	(no toma en cuenta la historia)	/	hace revisión histórica	T3=Método de trabajo
c.4	(no busca la comprensión de los síntomas)	/	busca la comprensión de los síntomas	T4=Orientación

EP95	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Tipo de pacientes
c.b	De clínica	/	De hospital psiquiátrico	T1=Lugar de tratamiento
c.2	tienen mejor red	/	(tienen peor red)	T2=Tipo de red
c.3	necesidades más básicas	/	(necesidades más complejas)	T3=Tipo de necesidades
c.4	no se instala la patología	/	(se instala la patología)	T4=Existencia de patología
c.5	(más fuertes)	/	más frágiles	T5=Fortaleza
c.6	(casos leves)	/	casos graves	T6=Tipo de casos
c.7	más organizado	/	(menos organizado)	T7=Discurso de la enfermedad
c.8	(menos avasalladora)	/	Más avasalladora	T8=Impacto de la enfermedad

EP96	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Diferenciación del trabajo del psicólogo
c.1	psicólogo de clínica	/	psicólogo del Psiquiátrico	T1=Sujeto
c.2	trabaja solo	/	trabaja en equipo	T2=Tipo de Trabajo
c.3	esta solo	/	contención y apoyo	T3= Institución
c.4	(son psicólogos reales)	/	nos psiquiatrizamos	T4=Visión de pares

c.5	(son comprometidos)	/	nos habíamos vendido	T5=Crítica de pares
c.6	(tienen total protagonismo)	/	no tenemos tanta injerencia	T6=Protagonismo del psicólogo en el tratamiento
c.7	atiende en un lugar bonito	/	(atiende en un lugar feo)	T7=Lugar de trabajo

EP97	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Espacio Institucional
c.1	(no se acostumbra)	/	uno se acostumbra	T1=Familiarización
c.2	No es normal	/	(es normal)	T2=Anormalidad del ambiente

EP98	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Sistema de Salud
c.1	es insuficiente	/	(es suficiente)	T1=Política Actual
c.2	no es una prioridad	/	(es prioridad)	T2=Prioridad del tema para el gobierno
c.3	no hay una política integral	/	(política integral)	T3=Tipo de política actual
c.4	no se hacen cargo de la enfermedad	/	(se hace cargo de la enfermedad)	T4=Falencia de la política actual
c.5	no hay una visión a largo plazo	/	(con visión proyectiva)	T5=Mirada política

Enfermero

EP99	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Caracterización del paciente
c.1	distinta	/	(normal)	T1=Percepción de la realidad
c.2	alteración	/	(normalidad)	T2=Ánimo
c.3	dificultades	/	(facilidades)	T3=Relación con otros
c.4	incapacidad	/	(capacidad)	T4=Manejo de Sí mismo
c.5	incapacidad	/	(capacidad)	T5=Autocuidado
c.6	necesita	/	(no necesita)	T6=Internación
c.7	sin	/	(con)	T7=Capacidad monetaria de pago

EP100	A	/	B	T
-------	---	---	---	---

	(+)		(-)	Valoración
c.1	terapéutica	/	(más cotidiana)	Relación con el paciente
c.2	educativa	/	(sin propósito)	T1=Tipo de relación
c.3	(fácil)	/	difícil	T2=Interés en la interacción
EP101	A	/	B	T3=Tolerar
	(-)		(+)	Valoración
				Visión y trato al paciente de los funcionarios
c.1	falta	/	(hay)	T1=Conocimiento de la enfermedad
c.2	prejuicio	/	(juicio fundado)	T2=Juicio del paciente
c.3	discriminación	/	(trato igualitario)	T3=Trato con el paciente
EP102	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Diferencias en la atención al paciente
c.b	hospital	/	clínicas	T1=Lugar de Atención
c.2	mejor	/	(peor)	T2=Calidad de atención
c.3	más	/	(menos)	T3=Centro en el paciente
c.4	colectiva	/	uno solo	T4=Atención del Psiquiatra
EP103	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la enfermedad
c.1	no	/	(si)	T1=Mejoría
c.2	requieren	/	(no requieren)	T2="Yo auxiliar"
c.3	(dependiente)	/	independiente	T3=Evolución natural de la enfermedad
EP104	A	/	B	T
	(+)		(-)	Valoración
				Percepción del tratamiento
c.1	hospitalización	/	régimen ambulatorio	T1=Tipo de tratamiento
c.2	estabilización	/	(descompensación)	T2=Consecuencia del tratamiento
c.3	rehabilitación	/	(inhabilitación)	T3=Posibilidad del tratamiento

EP105	A (+)	/	B (-)	T Valoración
				Observación de los trabajadores en psiquiatría
c.1	especiales	/	(ordinarios)	T1=Características
c.2	loco	/	(normales)	T2=Aspectos en su vida
c.3	interesa	/	(indiferencia)	T3=Por la psiquiatría

EP106	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Visión de los hospitales generales del paciente psiquiátrico
c.1	discriminación	/	(igualitario)	T1=Tipo de trato
c.2	no (mala)	/	(si) (buena)	T2=Atención equitativa para todos los pacientes
c.3	subestimación	/	(sobrestimación)	T3=La sintomatología que presenta el paciente
c.4	no le creen	/	(le creen)	T4=La palabra del paciente
c.5	no	/	(si)	T5=Desconocimiento
c.6	(no)	/	si	T6=Capacitados para atender a estos pacientes
c.7	no lo hacen	/	(si lo hacen)	T7=Acciones de los funcionarios

EP107	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Sistema de Salud
c.1	bajo	/	(alto)	T1=Presupuesto
c.2	no bien	/	(bien)	T2=RRHH
c.3	no	/	(si)	T3=Personal Suficiente

Trabajador Social

EP108	A (-)	/	B (+)	T Valoración
				Capital cultural del paciente
c.1	(bajo)	/	elevado	T1=Capital cultural

c.2	(dificulta)	/	facilita	T2=Realización del diagnóstico
c.3	(no se preocupan)	/	se preocupan mayormente	T3=Autocuidado de salud mental
c.4	(no reconocen)	/	reconocen	T4=Señales de malestar mental

EP109	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Capital económico del paciente
c.1	(menor)	/	mayor	T1=Capital económico
c.2	(inoportuno)	/	mas oportunos	T2=Tratamiento
c.3	(tardíamente)	/	tempranamente	T3=Detección de la enfermedad
c.4	(va al sistema público)	/	va a clínica privada	T4=Tipo de internación

EP110	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
Cond	"mala"		"buena"	Bq=Calidad de vida
c.1	no ocurre	/	(ocurría)	T1=Espacio para uno mismo
c.2	(mala)	/	buena	T2=condición socioeconómica
c.3	(mal)	/	buen	T3=Contexto Laboral

EP111	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Visión de la enfermedad
c.b	Enfermedad mental	/	Salud mental	T1=Estado
c.2	desequilibrio	/	equilibrio	T2=estado físico y mental
c.3	"mala"	/	"buena"	T3=Calidad de vida

EP112	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Tipo de institución
c.b	Público	/	Privado	T=Sistema de atención en salud
c.1	(malas)	/	buenas	T1=Condiciones de infraestructura

c.2	cantidad	/	calidad	T2=Prioridad en la atención
c.3	(estandarizado)	/	individualizado	T3=Tipo de tratamiento

Psiquiatra

EP113	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Caracterización del paciente
c.1	deterioro	/	(conservación)	T1=Lenguaje
c.2	deterioro	/	(conservación)	T2=Capacidad de comunicación
c.3	concretos	/	(abstractos)	T3=Capacidad de razonamiento

EP114	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Factor de género
c..1	hombres	/	mujeres	T1=Sexo del paciente
c.2	abandonados	/	se acogen	T2=Apoyo familiar
c.3	más	/	(menos)	T3=Cantidad en Instituciones Psiquiátricas

EP115	A	/	B	T
	(-)		(+)	Valoración
				Tipo de tratamiento
c.1	(estandarizado)	/	Individualizado	T1=Tratamiento
c.2	(aislado)	/	en equipo	T2=Tipo de trabajo

VII.2 Entrevistas en profundidad

VII.2.1 Anexo: PACIENTES

Entrevista P 1

¿Cuánto lleva aquí?

Llevo dos años, en el hospital estuve 9 meses, y después cuatro meses en el forense, prefiero estar en el hogar que en el hospital

¿Y por qué?

Porque encerrado no más, mucho encierro

¿Y qué otra cosa era diferente?

Las comidas son más o menos no más las comidas, es que estaba a régimen,

¿Estaba muy gordito?

Si estaba más gordo

¿Y en forense cómo era la cosa?

En forense como es más grande, más amplio y no se aburre tanto uno

¿Hay más gente?

Si harta gente igual, como 40 habían donde estaba yo

¿Y por qué, qué hacían?

Hacíamos unas manualidades, hacíamos bandejas de madera y porta-servilletas y cajitas pa'l azúcar y para el té

Ah que entretenido, y esas las vendían?

Si, las vendíamos

En el mismo hospital?

En el hospital si, o si no pa' afuera también las vendíamos, a los... visitas de los pacientes

Y la plata era para ustedes?

Si pa' mí, mitad para comprar materiales y mitad pa' uno, se dividía la plata...

Ah... y su familia lo ha venido a ver?

No, pero igual he ido, a ver a mi hermana aquí en Pirque, mi sobrina me viene a buscar, pa' Pirque sí, me voy por 7 días... así

Ah se va hartito

Si, depende del permiso, y pa'l verano voy pa' Lontué, pa' la séptima región

¿Es de allá usted?

Si, de allá, allá trabajaba

¿Y qué hacía?

Era temporero, curtiaba (cultivaba) tomates, agricultura.... Y también trabajé en la embotelladora de vinos San Pedro, que está en Lontué también San Pedro, sí.

Y de allá se vino a Santiago...

No, es que caí preso yo allá en Lontué y ahí me trasladaron pa' Santiago pa'l hospital y en la cárcel estuve cuatro meses y mientras salía el juicio estuve 9 meses en el hospital y después, fue la sentencia y fueron 600 días, 600 días y me trasladaron al forense y... que a mí me iban a dar el alta, pero resulta que mi familia, mi papás no me reciben, porque fueron a hablar con él, y él... no me va a recibir

¿Y usted por qué cree que no lo reciben?

No... porque me porté mal [risas] culpa mía que me porté mal también, le vendí unas chatarras que tenía y por eso se enojó

¿Y antes de que cayera a la cárcel ya estaba enfermo?

Antes... m... haber yo me enfermé en el dos mil.... No, en el 98', a los 21 años y de ahí cuando estuve de nuevo y me dio la crisis fue en el 2008, diez años después me dio la primera crisis que he tenido, no me dio tan fuerte si...

¿Y del 98 al 2008 estuvo bien?

Si estable si, trabajé, estudié porque saqué la nivelación de estudios, nivelé la básica, pasé a primero

medio, si... y ahí yo trabajaba de jardinero, y limpiando casas, allá la gente tiene casas grandes entonces le limpiaba los patios, los cuartos donde se dejaba la leña, les picaba leña también, si... y también les vendía abono pa' los jardines... tierra de hojas

¿Y qué paso en el 98, qué sintió mal?

Sentí como un sueño, que era un sueño lo que pasaba y era la realidad la que estaba viviendo, pa' mí era un sueño cuando empezó la enfermedad porque en ese tiempo me vine caminando le Lontué a Chimbarongo a pie

Chu y ¿cuánto se demoró?

Dos días [risas]

Y ahí me pillaron los carabineros y me llevaron al hospital de Chimbarongo, ahí estuve como una semana y después me iban a dar el alta y yo me arranqué, me fui por la línea del tren pa' allá hacia Curicó y en Quinta me atropelló el tren y me quebró este brazo [muestra su brazo]

Chuta la cicatriz que le quedó

Y ahí me pusieron platino, si este brazo me quedó pa' atrás así... y yo caí de guata al lado de la línea del tren

Poco le pasó entonces po'

Poco... y ahí me llevó el tren hasta Curicó, paró y me llevaron hasta Curicó y ahí estuve hospitalizado en Curicó también... me arrancaba del hospital también, me fugaba, en los cambios de turno me fugaba, había un radiotaxis cerquita así que me pedía un radiotaxi y me iban a dejar a la casa [risas]

Y su papá se enojaba cuando se arrancaba y llegaba

No... no se enojaba na'

Y en qué cree que le ha cambiado la vida desde que se dio cuenta de su enfermedad

Yo creo que sí, si me ha cambiado la vida, en el sentido físico, porque antes era más flaco y engordé después que caí enfermo y después volví a adelgazar y ahora volví a engordar ese ha sido un cambio que yo sentí...

¿Y en los demás, cambió algo cuando se enfermó, en la forma que lo ven?

No, yo creo que me siguen viendo igual como soy no más porque a la casa que voy en Lontué son unos amigos que me reciben

¿Amigos de la infancia?

Si... de chicos, salíamos a carretear juntos, a la disco... [Breve silencio]

Y entonces... ¿ya cumplió el periodo de condena?

Sí... ya estoy listo

¿Y ha pensado en salir a trabajar, arrendarse algo?

Sí, pero tengo que limpiar mis antecedentes primero dijo la señorita, porque los antecedentes salen manchaos los papeles

Ah entonces no le dan trabajo piensa

No... no me dan trabajo

¿Y cómo es eso de limpiar antecedentes?

Tengo que firmar por dos años parece, es que ahora estoy con el abogado de la corporación, y ahí se limpiarían los papeles

¿Y ahí recién podría buscar trabajo?

Sí, porque siempre se fijan en eso en los antecedentes

Si po, ¿y saca pensión?

Si, si saco pensión de invalidez, la recibo de cuando.... Del 2001 que recibo la pensión yo

Y ha pensado en formar familia, una polola, irse a una casita vivir juntos?

No... [Sonríe]

¿Por qué no?

No sé, creo que no tengo oportunidad de estar con las mujeres ya aunque tuve pololas si en Lontué tuve varias, tuve 8 pololas antes de... hartas pololas

Entonces ¿usted ya se queda aquí no más?

No, yo creo que algún día me tendré que ir de aquí no más yo creo, arrendarme una pieza allá en el sur, son baratas las piezas en el sur

Ah se quiere devolver

Devolver sí, es que Santiago no me gusta... mucha gente

¿Y cuando estuvo internado como fue su relación con los médicos?

Era buena,.... Si con el doctor era buena persona

¿Usted cree que el doctor lo ayudó?

Si, aunque ya venía estabilizado cuando llegué acá porque en la cárcel me daban remedios también, unas pastillas cuadradas, así las pastillas cuadradas no sé cómo se llamaban, entonces cuando llegué acá me vio el médico y me dijo que me iba a dar pocos remedios así que me dan pocos remedios, me dan dos respiridona, una clorpromazina pa' dormir y eso no más.

¿Y siempre ha tomado lo mismo?

Lo mismo si, antes tomaba otra pastilla si, carbodiacepina [no se entiende] cuando estaba en Curicó y me inyectaban modecate, pero después dijo que el doctor acá que no era necesario inyectar modecate porque estaba súper bien

Ah ya estaba estabilizado

Si estaba estabilizado sí.

¿Y en el ambiente cómo se ha sentido?

Era mejor en los hogares, porque uno puede salir a la calle, está más integrado a la sociedad, uno puede ir al supermercado a comprar, a hacer diligencias, a pagarse, podía ir solo yo a veces en cambio en el hospital está encerrado, no te dejan estar en la libertad de salir a comprar... nos manejan los tiempos... no... nada

Y usted cree que la libertad que tenía en el hogar le ayuda

Estar en un hogar, salir pa' afuera... ver gente yo creo que sí... porque hay más comunicación con la gente

Con la gente de afuera

De afuera si... porque estar en un grupo encerrado como que uno se.... Se enferma más yo creo, siento yo que uno se enferma más al estar con puros enfermos juntos sin gente. En cambio en el hogar no po'

Y la gente de afuera usted cree que lo ve distinto por tener esta enfermedad

La gente de afuera yo creo que no, yo a veces les converso y les cuento que soy esquizofrénico y no creen porque una cosa así... no se nota, además que no doy problemas yo, con ningún vecino yo

Oiga y para trabajar usted considera que es más problema lo de los antecedentes que haber estado en un psiquiátrico

Es que yo creo que entraría la desconfianza decir que estuve en un hospital psiquiátrico, y más los papeles de antecedentes, serían esas dos cosas que se juntarían, porque la gente cuando usted le nombra la psiquiatría, la gente se asusta

¿Por qué cree usted que se asusta, qué piensan?

Que puede ser malo, agresivo, si... [Se queda en silencio pensativo]

Pero yo por ejemplo yo ayudo, soy colaborador... a pelar papas, a hacer el aseo pero me gusta ayudar a mí...

Ah... y usted cree que es necesario estar en el psiquiátrico

Yo creo que es necesario porque hay que estar con los especialistas de la enfermedad, es importante pasar por el médico si, por el especialista

Y qué rol cree que cumple el medico

Si... ayudan bastante por las pastillas, por el tratamiento sí, porque dan las pastillas indicadas para la enfermedad, dan lo justo y necesario

Y tuvo otro tratamiento... con el médico o con terapeutas, no sé... conversar...

No, las pastillas no más, cuando llegué de la cárcel a urgencia del psiquiátrico me inyectaron algo pero no sé qué es.

¿Ah porque llegó alterado o algo así?

No si... no llegué alterado ni nada, como llegué me inyectaron no más...

¿Y el tratamiento que recibía en la cárcel era distinto?

No,.. Con pastillas no más, pero no es parecido... es más tranquilo aquí en el psiquiátrico, porque en la cárcel hay agresivos ahí, hay gente más mala que uno, gente que le gusta hacer daño

¿Y en el psiquiátrico?

Yo creo que no metiéndose con los pacientes más enfermos que uno, no pasa nada, porque la mayoría de los casos entre pacientes se buscan boche porque por molestar o muy cargante pa' pedir algo, no saben pedir porque por eso se arman las peleas

En la cárcel igual se forman peleas

Si po pero se usan lanzas, de tres metros con puntas

¿Y en el psiquiátrico no se ve eso?

En el psiquiátrico no se ve eso, si uno se altera un poco y lo estabilizan al tiro con una inyección y no pueden ni abrir la boca... [Risas]

Y cómo me podría describir su experiencia viviendo con esta enfermedad, con la esquizofrenia, cree usted que ha condicionado su vida o es como estar enfermo de diabetes por ejemplo

si... es como ser diabético no más, uno se toma los remedios no más y la vida continúa, no es distinto, depende del grado de esquizofrenia que tenga también,

¿Hay casos distintos?

Si yo creo que sí, porque yo he visto, no casos de aquí pero en Lontué y en Curicó... que se ponían dependientes de la mamá los chiquillos, no se podían.... No iban solos al tratamiento, muy dependientes, siempre dependían de alguien

¿Perdían su autonomía dice usted, como niños?

Claro, así

¿Y en su caso, usted cree que hay como un antes y un después del 98 en que se le diagnostica esquizofrenia?

Yo creo que si igual hay un cambio, tenía 21,

Jovencito

Si po era joven, y ahora tengo 35

¿Y en qué cree que se ve ese cambio?

En que antes por ejemplo era más liberal, pa' consumir alcohol entonces con las pastillas hay que restringir las bebidas alcohólicas

Está chantao'

Si estoy chantao' [risas]

Y en eso no más, no cree que haya habido otros cambios

No, no creo, en eso no más

Y los funcionarios cuando estaba en forense o en el psiquiátrico, usted sentía que lo trataban como enfermo o como niño como decía recién

No... no, normal no mas

¿Considera que han sido importantes en su recuperación?

Si...

[Hay un ruido fuerte]

Ya pos gracias por darse un tiempo para conversar, vaya a ver qué pasó, chao, ¡gracias!

P 2

¿Hace cuánto que llegó acá?

Hace cuatro años, antes estaba en el Salvador en Valparaíso y de ahí me mandaron al Horwitz Barack y allá a médico-forense

Y cómo ha sido el tiempo que ha estado aquí

Bien bueno si

Mejor que cuando estaba en el salvador

Mejor si...

¿Por qué?

Porque allá tenía que hacer más tareas más trabajos más, tenía que hacer el aseo, y ni me regalaban un vaso de agua al menos, lo hacía por un café, unos cigarros pero hacía muchos trabajos terminaba muy cansao'... los pisos... Ahí con agua con rinso después los secábamos... después no hacían pasar la enceradora y ah....

¿Y aquí ayuda un poco?

Si un poco, barro el patio

¿Y qué es mejor acá?

Me gusta el ambiente, es más relajao', hay más tranquilidad y las tías no... en las mañanas nos mueven harto que nos pongamos las pilas, que hagamos el aseo, de repente un reto que casi se me bajan los calzoncillos [se ríe] pero así y todo me llevo bien con las tías con todas, nada más que se taiman y no me quieren dar agua y llega el momento... [No se entiende] entonces ellas mandan yo obedezco, ellas mandan yo obedezco y así y chocamos, y me dan agua y sigo barriendo en la tarde lo que queda después de almuerzo y... la paso bien po'

¿Y cómo ha sido la relación que ha tenido con los demás pacientes?

Buena, si buena si uno tiene un problema lo converso con la persona, yo tuve un problema con el sr Martínez, que él me decía unas bromas pesás y que yo le decía unas bromas pesás también así que... que me disculpara y que no hiciera eso conmigo y ahí le expliqué el problema y quedamos como amigos

... yo estudié la enseñanza básica toda completa en Valparaíso, a enseñanza media en el liceo 5 de Miraflores, eso queda en Viña del Mar y ahí estudié mecánica y después trabajé en distintos trabajos, en el cementerio, al sur, en una conservera, como buzo, me tenía que hacer la descomprensión y todo eso

Ah que entretenido eso

Mucho, mucho, trabajé en un fundo, y ahí cuando supieron que tenía cuarto medio por el puro cuarto medio me dejaron de capataz, sacaba un buen sueldo

¿Y usted qué enfermedad tiene?

Mire, le voy a decir como es esta cosa, resulta que yo me hospitalicé en el hospital del Salvador pero me atendí primero en el hospital Gustavo Fricke y ahí me diagnosticaron alcoholismo y depresión leve, y llegué al Salvador con esa interconsulta y el médico allá me puso sicótico y no sé qué cosa más, en el hospital del Salvador y llegué aquí al Horwitz y aquí me pusieron esquizofrénico y trastorno bipolar y ni me conocía, no me conocía nadie yo era un desconocido aquí y me pusieron esquizofrénico, psicótico y bipolar y estoy tomando unas pastillas, estas pastillas me demoran en hablar y en... conversar, aparte que me faltan los dientes [se ríe] entonces me tienen muy drogado y esas cosas porque yo me las tomo igual, me dan un montón de pastillas y ah... [Hace un ademán de desprecio] ya no estoy ni ahí... el doctor me puso cuanta cosa se le ocurrió y ni me conocían era la primera vez que hablaba con ellos, yo era alcohólico no más, alcohólico, de curao' me quemé las manos, me caí del techo una vez curao' y me quebré el brazo

Si ahí tiene una tremenda cicatriz

Si tengo puras marcas entonces... yo bebía alcohol pero cuando mi madre me metió al hospital en el Fricke, en el Fricke me internó mi madre por el alcoholismo para hacerme un tratamiento, y después me mandaron al Salvador y ahí estuve internado como cinco años sin ningún proceso judicial, sin ningún proceso judicial y mi mamá, mi mamá no quiso que yo saliera ella autorizó que me dejaran internado porque estaba muy alcohólico, muy drogado y después de eso yo salí de ahí, me fui a la casa de mi mamá nos pusimos en la buena, conversamos y me porté bien, pero después de un día pa' otro me porté mal porque me acosté con una vecina y la vecina me demandó por la ofensa al pudor y de ahí me internaron de nuevo en el Salvador, me quitaron la plata de la afp, no saqué ni un peso, pero ya no me molesto ya... y me quito mi platita que me había ganado porque no le quise reconocer la guagua, si tenía dos hijos rubios y yo soy negro como va a ser, tuvo una niña... linda

[Risas]

Si la única... y ahí estuve internado de nuevo en el hospital del Salvador estuve como 7 años ahí aislado, mi madre me iba a ver cada cierto tiempo, estuve aislado, aislado en un cuarto así con barrotes, con barrotes y con rejas una puerta con... de metal, encerrado y mi madre murió en Viña del Mar y yo estaba en Valparaíso cuando murió, y ahí fue la policía de investigaciones y me pidieron declaración y yo le dije que conocía al hijastro de mi mamá que era un... un gallo que se llamaba Pedro Julio, que es el hijo de Pedro Díaz, que era el conviviente de mi mamá, el hijo ese el que pudo haberle hecho daño, en el quinto juzgado de policial local de Valparaíso ahí está la cuestión, ahí quedé sin familia sin nada.. Y mis tíos y mis tías... [Hace un gesto de desprecio] no me vienen a ver, me culpan a mí y yo no tuve nada que ver, yo les puedo mostrar mi hoja de antecedentes

¿Y por qué cree que lo culpan a usted?

Mi familia, porque no saben, porque no me podido contactarme con ellos... porque pensaban que estaba loco, porque mi familia pensaba que yo estaba loco, por las drogas por el alcohol entonces pensaban que me podía haber mandado una embarrá' pero no...

Por su enfermedad entonces ellos como que lo asumieron...

Mi familia me ignora, no quiere saber nada de mí...

¿Y usted está cumpliendo una condena aquí mientras está internado o solo en tratamiento?

No... No, es por ofensa al pudor, es como ofensa a la moral como estaba durmiendo en la calle, por bajarse la ropa y orinar en la calle una cosa así

¿Ah pero por ejemplo si encuentra trabajo, se quiere ir a arrendar puede irse?

Podría irme pero cuando limpie mis antecedentes, ya llevo... no sé cuánto años llevo ya y todavía no se limpian no sé porque las hojas no se limpian, pedí un trabajo el otro día, hace poquito poco menos de 4 meses en unas parrillas argentinas en... donde está el hipódromo, me daban trabajo de garzón, pero como no tengo pinta de garzón y les mostré la hoja de antecedentes y se cayeron de espaldas, ese es el problema, y pagaban como 280 mil pesos...

No le dan trabajo con su hoja de antecedentes

No con antecedentes no, y con lo que pusieron en el hospital en los papeles po pero no se... ¿ya terminamos? Que me quiero ir a comprar unos cigarros

Si estamos listos gracias por todo...

P 3

Cuénteme hace cuánto que está acá

Eh... catorce años y en el hospital judicial estuve como 9 meses...

Y cómo ha sido la relación que ha logrado entablar con los funcionarios en todo ese tiempo

Si... dentro de todas las cosas bien, hay días buenos y días malos pero... como en todos lados no más,

¿Y qué diferencia hay entre el hospital judicial y aquí?

Bueno, a mí me gusta más estar aquí, pero hay otros que no les gusta que prefieren estar en el judicial

¿Si?... por qué?

No, porque según ellos dicen que quieren cumplir su condena no más y de ahí se van pa' su casa, porque no son locos dicen...

Y en todos estos años, ¿todavía tiene relación con sus compañeros de forense?

Si tengo algunas relaciones.... Pero como le dijera yo, son amigos nuevos no de los antiguos y a los chiquillos de antes los he visto también, el Miranda, eh.... [No se entiende], el Mora... ellos se fueron pa' su casa, se fueron de alta, ya no van más al hospital solamente a control, y dentro de los cabros, el Mora estuvo muy bien, estuvo trabajando muy bien y después una vez de descompensó hace como 3 años y lo dejaron dos meses hospitalizado porque no se sentía muy bien, se sentía mal

Ah.., ¿y usted trabaja igual?

Voy... en el hospital... cómo se llama... esta palabra, el que sale a hacer los trámites pagar la luz el agua a los enfermeros, auxiliares, paramédicos todos... eh... estafeta, estafeta soy yo

¿Y le hacen un sueldo?

No ellos me dan, algunas veces ponen ellos la tarifa, algunas veces la pongo yo. [Risas]

¿Y en otra parte ha ido a buscar trabajo, en algo más estable?

Eh no, estuve trabajando acá en la calle México pa' allá y estuve trabajando un mes no más porque el caballero no me tenía contrato era así no más,

¿Y por qué no le hacía contrato?

No se... era medio raro no hacía contratos lo que pasa que el caballero quería... la pega de él... quería que yo le fuera a tirar la cola no más como se dice, que le fuera a ayudar a hacer las cosas que le faltaban no más y si no me mandaba pa' la casa, así después no fui más, me mandaba a llamar pero le dije que no

Ya... y cuénteme ¿cuándo se le declaró la enfermedad?

Yo me enfermé a los 20 años, claro

¿Qué le diagnosticaron?

En ese tiempo me diagnosticaron esquizofrenia defectual, y después con el tiempo me declararon esquizofrénico paranoico... la paranoia

¿Y dónde vivía en ese tiempo?

No en ese tiempo vivía con mi mami, y ahí me dieron unas pastillas que.... Que no podía ni hablar po,

¿En el psiquiátrico se atendía desde los 20 años?

Claro, si, y como se llama... me daban unas pastillas que me hacían súper mal po, me sentía súper mal yo, y sentía que en vez de estar ayudándome, me estaban... me estaban matando a pausas [risas] claro es que lo que pasaba que los remedios eran muy fuertes allá...

¿Y allá veía al psiquiatra cierto, que le daba esas pastillas?

Psiquiatra sí, pero él nos hacía control no más, los remedios los daban los funcionarios

Ah ya... y ¿entonces usted pensaba que el psiquiatra no lo estaba ayudando?

Claro, yo en ese entonces pensaba que... eso, yo pensaba que en vez de estar ayudándome me estaban... me estaban echando a perder más po, como que me querían matar po [se ríe]

Claro... andaba más asustao' yo

¿Y qué piensa usted que deberían haberle dado otro tipo de tratamiento... o con pastillas más suaves?

Claro, yo nunca pensé que... es que el medicamento que me daban me dejaba muy mal y un día el médico me dijo que me quedaban muchas semanas más en el hospital y yo le dije que no sabía porque seguía ahí y le decía que me sentía mal, que cada vez me sentía más mal con los medicamentos, eso yo le decía la verdad no más, que me sentía mal no tenía nada más que decirle,... y después estuve varias veces más hospitalizado, estuve 6 veces en el hospital psiquiátrico, me operaron también, me operaron de la cabeza

¿Qué le hicieron?

Eh, me sacaron un aquí... un pigmento [breve silencio]

Usted cree que le detectarían la enfermedad a los 20 años

O sea a mí me cambiaron la vida porque yo estaba re mal, me sentía súper mal si inclusive yo sentía que me iba a morir

¿Cuándo estaba internado o antes de que le detectarían la enfermedad?

Cuando estaba en tratamiento, antes estaba normal pero igual sentía cosas raras, por eso igual estaba conforme de que me tuvieran en el psiquiátrico porque parece que me estaba portando muy mal, así que le dijeron a mi mamá y ahí... mejor que tuvieran internado. Y después salía de nuevo volvía a recaer llevo 28 años enfermo

, tengo 48 años

¿Y cómo ha sido para usted vivir con esquizofrenia?, ¿es una enfermedad como cualquier otra?

Yo si ahora es una enfermedad como cualquier otra, ya sé qué es lo que tengo, yo sé que si me siento mal o algo así voy a tener que ir de nuevo al médico, pero por el medicamento que estamos tomando, yo y otros cabros algunos, estamos bien, pero es muy difícil el remedio que estamos tomando porque si nos hace mal pa' la sangre no podemos seguir tomando nos quitan ese remedios

y no nos dan nunca más en la vida, tendría que tomar después puro merelin o clorpromazina el cual a uno lo deja mal

¿Y usted cree que ese remedio es lo que lo ha ayudado?

Si, sin lugar a dudas porque este remedio es bueno, es un remedio que uno está despierto inclusive anda como lucido, se puede hacer una vida normal, yo antes tomaba clorpromazina con ese remedio uh uno anda durmiendo todo el día, queda chato uno, queda con sueño bajoneado, no po no se puede hacer nada... calcule que yo trabajé en... fui a buscar trabajo en varios lados, y me quedaba trabajando y yo mismo me salía, yo mismo me salía porque no me daba el ritmo para trabajar, no me daba el ritmo así que obligado a irme pa la casa, y con el tiempo saqué una pensión de gracia,

Usted dice que el remedio era peor que la enfermedad, como el dicho ese...

Claro es como... es que lo que pasa que como es la enfermedad mental es que yo no sé por qué los médicos no lo sanan a uno, inclusive yo he escuchado por ahí que dicen que los médicos dicen por ahí que a ellos les costó mucho estudiar en la universidad como para sanar a un enfermo entonces esa cuestión es *choqueante*,

¿Y eso se dice entre los pacientes?

Claro hay pacientes que hablan esas cosas, y dicen no si a uno no lo quieren sanar flaco no pensí que te van a sanar porque estai hospitalizado y toda la onda y... igual no pasa na' aquí

Usted dice como que los mantienen no más, pero es algo que no se quita...

No lo que digo yo, claro una cosa así que... El enfermo no importa que no esté sano, pero que se sienta bien po... y nada por ejemplo uno puede tener una enfermedad en los riñones que se yo... y tomando agüita se le quita el dolor por ejemplo ya ahí sería bueno, ahí si po pero así como lo hacen los médicos en el hospital esos no son... no son tan pichucaluga los médicos... no

Usted cree que a los médicos no les importa tanto el bienestar del paciente

Exactamente lo miran como a un perro, na de... así

Usted ha sentido que los médicos no lo trataban como a una persona

Si, si, yo he visto hartos médicos, he tenido hartos médicos que son de mala... no sé cómo que a ellos les da... una cuestión de que, como que piensan ellos que si quieren ellos lo sanan a uno y si quieren no lo sanan, yo pienso eso... porque yo lo he visto po,

Esa ha sido su experiencia

Claro es la experiencia de uno, así que bueno, toda la culpa no le hecho a los médicos tampoco, si yo también tendría que decir partes mías que tengo malas, porque me he portado mal también con la cuestión también de andar haciendo cosas que no... que los mismos médicos prohíben a uno que lo haga por ejemplo el alcohol, el médico le dice a uno usted no puede tomar alcohol ni una gota nada y uno va y toma un alcohol y eso después reacciona con el remedio y uno queda mal,

Y cómo lo han ayudado los médicos, solo dándoles medicamentos o ha recibido otro tipo de ayuda, terapia...

yo... yo he conocido médicos, buenos médicos, el doctor [no se entiende] que se fue pal' norte, ese médico me hacía muchos exámenes físicos, que tenía que mover las manos, la cabeza el cuerpo, los ojos, que tenía que mover toda la cuestión unos exámenes pero súper buenos, claro y resulta que a uno lo dejaba bien po, lo mejoraba a uno, ahora yo puedo decir ahora que los médicos son malos o buenos porque ahora, a unos pacientes los médicos le aplican clozapina y la clozapina los deja sanos a pesar que ellos mismos dicen que no les hace bien

¿La clozapina es la misma que toma usted?

Claro la que tomo yo, eh.. yo he visto como tres o cuatro amigos míos que me han dicho no la clozapina es lo mejor que hay y allá en el hospital psiquiátrico conozco chiquillos que vienen de afuera de la calle a terapia y que me dicen que también la clozapina es lo mejor que hay, pero hay otros chiquillos, aparte unos dos o tres que dicen que la clozapina no les hace na que igual se sienten mal, no sé si será verdad que se sienten mal

O que a no todos les hace el mismo efecto

Claro una cosa así tendría que ser, entonces yo les digo “pero cómo te va a hacerte mal si la clozapina es súper buena” y “no flaco pa ti será buena pa mí no, no me sirve esta porquería” yo pienso de repente a lo mejor estarán mintiendo, cómo...

¿Y usted tiene hartos amigos que están enfermos así de cosas parecidas?

Claro amigos sí, conocidos también

¿Todos viven la enfermedad de una misma forma?

No... Una persona que tiene esquizofrenia por ejemplo Van Gogh era pintor y toda la vida y estuvo luchando toda su vida contra la esquizofrenia y nunca encontró el remedio y yo creo que hasta murió sin... sin... estar sano, entonces él tenía otra visión de la vida es una cosa de historia de las personas de comprensión como lucharon ellos con esa cuestión

Y usted cree también que esta enfermedad marcó su vida

Solamente que me fui a las pailas no más, [se ríe] me fui a las pailas con la enfermedad nada más, no tenía ninguna cosa buena, buena así por decir... por ejemplo alguien podría decir ya yo tengo una polola por último y estoy con ella qué se yo y estoy bien, pero mi sueño era otro entonces yo cree que el mañana lo tiene para uno y no po no es así a veces la vida nos juega una mala pasada y bueno accidentes físicos gracias a Dios nunca he tenido...

Entonces usted cree que una enfermedad mental no permite hacer una vida normal

No... no digo así lo que yo digo es que una persona que tenga una enfermedad mental o sea que esté recién así... o sea va a tener recién una mejoría a largo plazo, no es una cosa de un día pa' otro entonces mi madre cuanto preguntó dijo más o menos como cuántos años vamos a tener que esperar para que esté más o menos bien, por lo menos cinco años entonces yo en ese momento ahí... yo me sentí mal esa vez

Entonces ahora usted puede decir que ya pasó y que está bien

Si pero yo no puedo decir nada porque a uno de repente le puede pasar otra cosa entonces, ese es el problema po... bueno con respecto a la enfermedad misma yo ya la tengo más o menos dominada ya, digo yo po, pero no puedo decir nada bueno ni nada seguro porque uno realmente nunca sabe qué va a pasar con uno en ese aspecto

¿Usted cree que la gente los ve distinto a las personas que tienen esta enfermedad?

No si... o sea hay una diferencia pero yo no la tomo en cuenta pa' mí yo soy igual que todos no más, a mí me pasaba antes eso de que le tenía miedo a la gente yo veía dos señoras conversando en la esquina y pensaba ah están hablando de mí y me iban a hacer algo que se yo y después pasaban unos compadres por acá y pensaba como que me iban a hacerme algo, entonces esa era la paranoia y no... Se me quitó la paranoia a mí y también se me acabaron las voces, yo escuchaba voces y ya hartos años que ya no escucho voces...

¿Ah y para eso tuvo tratamiento solo con pastillas o le hicieron electroshock también?

Si electroshock también si

¿Ah con eso se le quitaron las voces?

Mire en realidad no sabría decirle porque donde yo estuve en el judicial porque yo caí... yo estaba en el hospital psiquiátrico y después yo caí en el judicial y en el judicial también escuchaba voces y andaba paranoico, escuchaba voces y andaba paranoico y andaba asustao' y la doctora... me acuerdo que la doctora dijo eh... no se a quien le dijo que me iban a quitar los remedios y me los quitaron todos los remedios y yo después andaba desesperado porque me sentía mal físicamente... si... sin remedios no funciono yo, no sé hay chiquillos que funcionan pero yo no yo sin remedios no... no podría estar normal porque van a pasar uno, dos, tres, cuatro, cinco días al sexto día ya me empiezo a descompensar me siento mal y lo que más tiene uno cuando se descompensa es que anda desesperado pa' todos lados, va pa allá desesperado y se devuelve desesperado

Y eso usted piensa que es por la enfermedad o es como efecto secundario de haber tomado tantas pastillas

Yo creo debe ser por la enfermedad porque el medicamento que tomaba yo también no era bueno y después entonces... un cabro, un amigo me dijo cabro pide que te den clozapina son súper buenas vas a andar bien todo el día despierto y así fue

¿Usted lo pidió?

Claro yo se lo pedí a la doctora yo tomaba pura clorpromazina no más, y de ahí me cambiaron a la clozapina, igual he tenido problemas bueno todos tenemos problemas pero cosas normales no más

¿Y su mamá ha notado el cambio?

Eh si hacen años que notó mi mami el cambio porque hacen años ya que me rehabilité

¿Su mamá es de aquí de Santiago?

Si eh claro si de Santiago, del lado de Franklin

Y lo viene a ver

No, yo voy pa' allá a veces, es que está muy viejita ya mi mami tiene 83 años, entonces yo voy pa allá

¿Y vive sola?

Con mi hermano y mi cuñada y mi sobrino, viven los cuatro ahí y un caballero también que vive ahí...

¿Y usted no ha pensado en volver a vivir con ellos?

No yo pensaba quedarme aquí no mas pero como me van a dar el alta me voy a tener que ir no más, [risas]

¿A usted le gustaría quedarse aquí así para toda la vida?

No tampoco, no, pero más tiempo si, ya lo tengo hablado con la doctora ya yo me voy en diciembre.

Ah le queda poco

Sipo... si

¿Y que piensa hacer?

Trabajar no más, hacer algo por la vida, trabajar pa tener platita

¿Y tener familia, una polola?

Si, si tengo una polola por ahí, [risas] ella es la misma onda que yo, ella está en su casa si, llevamos 9 años

Oh, harto, ¿y el anillo?

No, no hay anillo, [risas]

¿Y no le da un poco de susto volver a la casa, a lo que se va a enfrentar?

No, no le tengo miedo, yo he estado... como le dijera, yo he estado en cosas peores, permiso me voy a fumar un cigarrito

Si adelante

Así que ahora no, me siento bien, estoy agradecido igual de los médicos, los auxiliares todos, porque estuve harto tiempo aquí también

¿Y usted cree que hay cabros que prefieran estar aquí aunque la familia los reciba?

Yo creo que sí, si... porque hay cabros que tienen problemas con la misma familia, yo creo que hay cabros que se han enfermado por... por la familia claro, así que, y es una cuestión larga también si no es una cosa que uno pueda decir... ya y listo no es na así tan corto y al final los cabros no quieren saber na de la casa, incluso yo conocí a un cabro, el Cisternas que un día apareció con unos bolsos y le digo, pa donde vay loco Cisternas y me dice no me voy a la vuelta si a mí no me gusta vivir en casa, me gusta vivir en la calle me dijo, pero Cisternas como te va a gustar la calle, en serio Labra si a mí me gusta la calle me dice y se quedó en la calle, me da pena a mí por el invierno... el verano toda esa onda... así que... yo el único miedo que tengo es que me haga mal la clozapina, porque dicen que la clozapina tiene un efecto secundario que una vez me mando al hospital, porque a mí una vez me pasó y gracias a Dios me salvé... entonces le dicen a uno ya jovencito usted no va a poder tomar nunca más clozapina... entonces dicen que yo he escuchado que la clozapina es un remedio hasta por ahí no más porque tiene efectos l y le puede pasar a cualquiera yo conozco un amigo que le paso y ya no puede tomar nunca más...

Y yo le voy a decir una cosa no hay a ninguna persona que tenga esquizofrenia y no tenga que tomar remedios de por vida, inclusive hay cabros que han dicho no loco si yo estoy súper bien que voy a estar tomando leseras, estoy súper bien, puedo tomarme unos copete... y no les pasa na po

pero después, después les pasa la cuenta, así po... yo lo hice varias... como 4 veces hice eso, pensando que ya que la enfermedad se me había pasado... bueno eso es lo que se... no se más

Ya po muchas gracias por ayudarme.

Ya vale, gracias... chao

P 4

Hola gracias por ayudarme, quisiera que conversáramos un poco sobre tu experiencia internado, qué me podrías contar

Estuve tres años internado en el hospital de Batauco y de ahí 4 años estuve hospitalizado en el psiquiátrico

¿Y cómo llegaste acá?

Porque la Señora Patricia del hospital me mandó pa acá

Y cómo ha ido la relación que has podido entablar con los funcionarios, aquí en el hogar

Si me llevo bien con los funcionarios

¿Y en el psiquiátrico?

Bien también

¿Y con los otros pacientes?

Bien

¿y te gusta estar acá?

Si...

¿Y por qué?

Me gusta mirar tele,

¿Y qué más te gusta?

Recibo visitas yo

Si, ¿quién te viene a ver?

Mi papá

¿Y en el psiquiátrico también recibías visitas?

Si también

¿Y qué es diferente aquí que en el psiquiátrico?

Que en el psiquiátrico es otra mente, llegan los pacientes que vienen de la cárcel y es más, más caótica la situación pero en el hogar es mejor porque aquí es más relajao porque está con pacientes que están compensados

¿En el psiquiátrico es más peligroso?

Sí, es más peligroso

¿Habían peleas?

De repente se armaban peleas

¿Y con los funcionarios nunca tuviste un problema o algo así?

Una vez tuve un problema con un funcionario cuando estaba en el hogar 2 porque quedé dormido y me levanté tarde y no querían darme desayuno [se ríe]

¿Cuándo te detectaron la enfermedad?

A los 18 años tengo 30 años, a los 18 me enfermé

¿Y qué te diagnosticaron?

Esquizofrenia paranoide

Y cómo ha sido para ti vivir con esquizofrenia

Al principio fue cuando más mal lo pasé...

¿Y por qué?

Porque... partí pal norte de Chile

¿Solo?

Con Dios

¿Ah y como lo hiciste, como te devolviste?

A dedo, andaba a dedo,

¿Y tu familia no sabía de ti?

Si po si me desaparecí [se ríe]

Se tienen que haber preocupado harto

Si...

Y ahí tenías 18 años

Si, 18

¿Y cuánto tiempo estuviste y te devolviste?

Dos meses, y me devolví a Puerto Montt, yo tengo familia acá y tengo familia en Puerto Montt,

¿Ah y te vienen a ver ahora acá?

Si mi papá, mi hermano, un tío que tengo,

¿Y tú puedes salir?

Si ha habido ocasiones en que he salido con mi papa a dar una vuelta por el centro pero casa no tengo donde llegar

Y donde tus familiares de acá de Santiago?

No me quieren recibir

¿Ah y por qué, no te llevas bien con ellos?

No si me llevo bien pero es que, donde estuve en la cárcel, caí preso, y ellos ahora me discriminan por eso... vivía en Cerro Navia, en la comuna de Cerro Navia,

¿Y cuándo estuviste en el psiquiátrico te veía un médico cierto?, en qué crees que él te ayudó

En que me dio un remedio muy bueno, la clozapina

Y eso crees que te ayudó a estabilizarte

Si porque yo me hice dependiente de los remedios, no puedo estar sin remedios, pasa un momento que dejo de tomarme los remedios me pongo paranoico y me descompenso

... tú crees entonces que el psiquiatra te ayudó a mejorarte con estos remedios

Si me han ayudado bastante los psiquiatras, los funcionarios

Si... ¿y cómo te ayudan?

Me dan los medicamentos a la hora, nos preparan la comida, todas esas cosas tan pendientes de nosotros

Y cuando te detectaron la enfermedad te internaste al tiro o estuviste un tiempo con tratamiento así...

Estuve internado en Puerto Montt, porque lo que pasa es que yo tomé un bus de Puerto Montt a Santiago y me fui a Cartagena me recorrí todas esas playas, Cartagena, El Tabo, El Quisco, Algarrobo a dedo, y llegué a Casablanca y de ahí de Casablanca me fui pal Norte llegué a Tacna, Perú, después me devolví a Santiago, me devolví y llegué diciendo que era la Ángela Povaliski [no se entiende bien] entonces me dijeron que me había enfermado, y yo pensaba que era la Ángela Povalinski así que llegué a Puerto Montt y me llevaron al hospital y me hospitalizaron allá

Y después volviste a tu casa?

Eh si cuando salí pero me echaron, mi madrastra me echó de la casa y después que me echaron me vine pa' acá pa' Santiago, allá en Cerro Navia que tengo una tía ahí, estuve viviendo ahí, y ahí cometí el delito y me mandaron pa' la cárcel y de la cárcel al hospital psiquiátrico.

Y cuando llegaste acá a Santiago qué hacías, estudiaste, trabajaste...?

No cuando llegué a Santiago lo único que hacía era volarme todos los días no más, eso hacía

Ah te hiciste adicto

Si

¿Y eso por qué crees tú, por las juntas?

No yo nunca le echo la culpa a las amistades porque es uno mismo el que toma las decisiones, empecé a fumar marihuana y cuando me vine pa' Santiago me vine contento porque acá iba a fumar más y de ahí me enfermé y cometí el delito y me fui a la cárcel y después al hospital

Y ahora has podido hacer algo o estas acá internado no más

Trabajo en las mañanas, de lunes a viernes hago lo mismo que hace el Domingo Labra, pero yo hago menos cosas si, por ejemplo él tiene más mente, le alcanza más la mente porque lo mandan pal centro pa diferentes partes pero yo lo que hago es el traslado de documentos, pago cuentas, me

mandan a comprar, eh... las áreas verdes de repente y esas cosas así en el hospital psiquiátrico, desde las ocho de la mañana hasta las 12 del día, pero no me pagan ni uno si

¡No le pagan!

No me pagan, [risas] va mi jefe don Claudio Campos y me da 200 pesos todos los días para mi coca exprés, [se ríe]

¿Y recibe pensión?

Si, gracias a Dios soy jubilado ya, gracias a Dios tengo pensión, estoy contento con mi pensión porque me sirve de hartito, para el cigarrillo, las bebidas, el café, estoy contento con la pensión que tengo

Y qué tienes pensado hacer después de que te den de alta

Lo que pasa es que yo, de mi pensión, hecho dinero al banco, no toda si, me quedo con un billetito en el bolsillo pero con eso tengo pensado postular a una vivienda, al subsidio habitacional para que me den una casita y pueda irme y ponerme a trabajar, en algo en que me paguen, ese es mi proyecto a futuro,

¿Y tú crees que tu enfermedad se pueda interponer en tus planes?

Creo que sí, pero cada día estoy mejor, de repente me vienen crisis pequeñas así como que empiezo a escuchar voces, que la gente habla de mí, que se ríen de mi cosas así, pero después se me quita y me doy cuenta que es parte de la paranoia

Ah te alcanzas a dar cuenta

Me doy cuenta si porque después me recupero y quedo bien de nuevo [sonríe] y cuando me siento bien soy tan feliz, soy tan feliz cuando me siento bien le doy gracias al Señor porque la vida, es muy linda la vida

¿Qué crees que significó en tu vida, tu paso por el psiquiátrico?

Si... [breve silencio] jugaba a la pelota yo en el hospital psiquiátrico tenemos una cancha que está atrás, ahí jugábamos a la pelota y yo era bueno pa la pelota, no porque lo diga yo porque soy yo [risas] es verdad que era bueno para la pelota, ahora ya dejé de jugar porque yo uso lentes y sin los lentes no veo bien, entonces la otra vez estaba al lado del arco y no me di cuenta me llegó un pelotazo en la cara y me volaron los lentes de un pelotazo y no me di cuenta y se le había soltado una patita, entonces no puedo jugar a la pelota sin lentes porque sin lentes no veo bien, si con lentes no se puede jugar a la pelota, no se puede...

¿Y hace tiempo que te viene a ver tu familia?

Mi papa viene... 30... Tenía 24 años cuando llegó porque él trabajaba en el sur, entonces de repente llegó y empezó a venirme a ver casi todos los meses,

Y él está viviendo en Santiago ahora

Si, se casó con otra señora que no es mi mamá,

¿Y cómo te llevas tú con ella?

Bien, si me estima esa señora, y yo igual la estimo

¿Ah que bueno y los vas a ver allá?

No es que yo no puedo ir pa' allá, mi papá no puede llevarme pa allá porque la casa es de la señora de él, eh... más adelante puede ser, puede que me reciba algún día, más adelante pero no sabe nada todavía

Ah, ... ya, ¿Y tu familia de acá, tu tía por qué no la puedes ver?

Porque, simplemente no me han perdonado parece porque no.... Mi mamá venía a verme años atrás pero dejó de venir a verme, mi mamá es esquizofrénica, ella es esquizofrénica también, y entonces estaba pidiéndome plata y mi mamá recibe su pensión, entonces igual estaba pidiéndome plata a mi, entonces yo le dije "sabe que mejor mamá, no venga más a verme"

¿Y ella está internada igual?

No ella vive en la casa de mi abuelita en Pudahuel

¿Ella está en tratamiento también?

Si ella se controla todos los meses, va a buscar sus pastillas, y vive en la casa de mi abuelita en la comuna de Pudahuel entonces, mi mamá empezó a pedirme plata entonces le dije mejor no venga

na' no venga más le dije a mi mamá porque usted sabe que estoy juntando platita pa' tener mi casita a futuro y ahí me di cuenta que no me quería de verdad como decía que era pura boca no más, decía te quiero hijo y no vino más a verme mi mamá, pero a pesar que mi mamá ya no vino a verme la quiero igual, la perdono, en el fondo está enferma también, qué le vamos a hacer cierto?

Si po'... también está enferma, y ¿tienes más hermanos?

Somos cuatro, yo soy el mayor, yo soy el Elias, y después viene la Ester con 28, el Apolo con 26 y el Matías que tiene 12, él vive en Puerto Montt en el Sur,

¿Y a ellos los has visto?

Al Matías lo vi, cuando lo vi, cuando viajé en Junio con mi papá para allá, y ahí fui a ver a mi hermanito y el Apolo vino a verme el día... qué día es hoy?

Martes

Martes, el domingo me vino a ver el Apolo pa' acá porque el Apolo igual viene a verme, el Apolo vive en Cerro Navia, está estudiando y trabajando, está estudiando producción televisiva, y trabaja en el día y estudia en la noche.

Que sacrificado tu hermano

Si po...

¿Y tú quisiste estudiar alguna vez?

Si yo estaba estudiando llegué a cuarto medio iba en la mitad y no fui más a la escuela, tengo tercero medio rendido...

¿Y lo quieres terminar?

Si, si quiero terminarlo algún día cuando salga de aquí y me salga la casa, quiero terminar el cuarto medio y ponerme a trabajar, buscarme una compañera, si Dios me permite todo eso...

Y cómo ha sido tu paso por los hospitales desde que te enfermaste, cómo crees que ha influido en tu vida

Yo creo que más que el hospital, es el paso por los hogares que me ha hecho mejor, porque en el hospital no te dejan salir, estas encerrado completamente, en cambio en los hogares uno puede salir, en el hospital dan permiso para deambular dos horas de lunes a viernes, no se puede hacer nada, lo que pasa es que yo me arranqué muchas veces del hospital, en los cuatro hospitales me arranqué como 16 veces,

Chuta, ¿y cómo te arrancabas?

En el patio interior en forense, me iba pa' la esquina y subía la muralla, por la pared saltaba y me iba

¿Y después como volvías?

Volvía solo, [se ríe] o muchas veces me iba a buscar la ambulancia a la puerta de la casa de amigos, me llevaba la ambulancia... llegue solo varias veces también, una vez me arranque y me fui solo o...pa' Valparaíso y me devolví, pasé mucha hambre y toqué la puerta y me abrió la doctora y me dijo, "Eliás anda a almorzar", "gracias doctora le dije yo"... y ahí de nuevo me encerraban en el hospital y una vez que me arranqué me fui pa' Concepción, con un amigo nos arrancamos y nos fuimos pa' Conce... en ese tiempo invierno po', entonces andábamos y estaba lloviendo y estábamos durmiendo en la intemperie, y como se largó a llover tuvimos que irnos debajo de un puente, anduvimos como una semana así y de ahí nos tuvimos que ir pa' el hospital psiquiátrico de allá a avisar que nos habíamos arrancado del hospital de acá y llamaron al hospital y a mi papá y ahí nos fueron a buscar al hospital de Concepción...

¿Tú crees que esta enfermedad se va sanar algún día o piensas que es para toda la vida?

Yo creo que Dios me va a sanar algún día, yo tengo fe...

Y por qué crees que te pasó esto...

Porque la enfermedad es hereditaria

No pudiste prevenirla

No, no supe porque me sucedió esto a mí, porque cuando uno tiene crisis mentales es triste lo que a uno se le viene por la cabeza,

¿Tú crees que tu vida igual cambio después que brotó la enfermedad?

Si cambió mi vida...

¿Si no hubieras tenido esta enfermedad qué hubiera sido distinto?

Hubiera podido tener un buen trabajo, hubiera podido terminar mis estudios, tener una polola

Y lo de la adicción a las drogas tú crees que fue por la misma enfermedad o...

Eso yo creo que me influyó en parte por haberme enfermado,

Ah en haberte enfermado

Si, la marihuana,

¿Marihuana no más?

Marihuana y copete nada más, yo creo que eso influyó un poco en haberme enfermado

[Silencio]

Ya yo estoy lista pero quieres contarme algo más...

Eh... que puedo contarle...

Para mí es importante saber cómo lo han pasado, cómo se han sentido... qué ha sido cargar con una enfermedad mental...

Es difícil igual lo que uno lleva aquí si... es difícil,

¿Por qué?

O sea con los medicamentos uno anda bien, pero uno se hace dependiente de los remedios,

Y vas a estar así para siempre o lo que dura el tratamiento

Para siempre, yo sé que son pa siempre, me lo han dicho pero yo lo tengo por seguro que va a llegar el día en que Dios me va a sanar

¿Y vas a control?

Si voy a control una vez al mes

¿Y cómo te ha ido?

Bien siempre me encuentran bien, "como estas Elías"... bien doctora estoy bien... Así le digo yo

¿Y tú crees que la gente ve distinto a las personas que tienen alguna enfermedad mental?

Si... sí que a nosotros nos miran como locos... como delincuentes... como

Creas que les tienen miedo?

No miedo, si no discriminación un poco, rechazo por el hecho que... como con los remedios uno anda así... que cuesta modular uno parece que tiene problemas mentales entonces dices ah este es loco, es un sicópata entonces que tienen que alejarse de uno

Como que vas a hacer algo violento

No tanto así pero... como delincuente como... más por haber estado en la cárcel

Tú crees que por eso te discriminan

No yo no me siento tan discriminado porque igual puedo salir hablar con la gente y no me dicen nada pero yo veo por ejemplo en forense...

Ahí tú decías que era más caótico...

Lo que pasa que ahí hay muchachos que, chiquillos que llevan años y años encerrado y nunca han salido pa' afuera y entonces el encierro les hace peor, si po... ya estoy listo?

Si muchas gracias por conversar conmigo...

Ya... Gracias...

P 5

Vamos a grabar desde ahora... hace cuánto que llego acá

Voy pa' los 5 años...

¿Y en el psiquiátrico cuánto estuvo internado?

Un año

Y como se lleva con los compañeros, con los demás chiquillos?

Bien...

¿Y con las tías?

También

¿Y en el psiquiátrico como era el ambiente allá?

Me mandaban a limpiar a los enfermos a un niño que era enfermo, no se podía... no podía caminar bien y tenía la manito mala y yo lo llevaba a bañarse, a otros los afeitaba, ayudaba...

Y con los funcionarios también se llevaba bien, nunca tuvo un problema

No nunca, todo lo contrario me tenían buena ellos a mí...

¿Y con el psiquiatra como se llevaba?

Bien también

Lo considera importante en su recuperación

Si es importante pa' mí porque es pa' mi salud, por el bien mio,

¿Y que enfermedad le diagnosticaron?

Esquizofrenia

Y a qué edad se enfermó

De chico, estuve en el sanatorio EL Peral, una semana, después caí preso y, de ahí me mandaron a... a un lugar... ahí donde dejan a los enfermos y después me trasladaron pa otro lado y ahí estuve hasta que me dieron la libertad y estuve dos años en libertad y quemé mi casa

¿Y vivía solo?

Si po... y bueno, Dios lo quiso así po...

Y cuando se quemó su casa lo llevaron al psiquiátrico de nuevo

Si...

Y esos dos años que estaba en su casa en que trabajaba

Salía a la calle a pedir...

Y ahora como lo hace recibe pensión

Hace poco me notificaron que me la retuvieron

¿Y por qué?

Porque... porque... no sé por qué me la retuvieron

Y que ha significado para usted tener esquizofrenia

Escucho voces

Nunca se le ha pasado

No...

¿Y le gusta más el hogar?

Si,

¿Por qué?

Por lo higiénico... y se puede pasear

¿Y en el psiquiátrico no?

No nada,

Y considera que desde que llegó acá está mejor

Estoy, por un lado estoy bien, porque no he pasado ningún problema desde que llegué, llevo cinco años ya... estoy mejor que en mi casa...

¿Por qué?

Porque no tengo trabajo, no hallo en qué trabajar me desespero

¿Y aquí los funcionarios lo han ayudado?

Si me han ayudado

¿Cómo lo han ayudado?

Me han ayudado psicológicamente, me escuchan...

¿Y el psiquiatra?

También...

¿Cuánto tiempo le queda aquí?

Dos años... pienso trabajar, juntar plata

¿Para qué?

Para lo que quiera yo... pa vender...

[El paciente se queda en silencio y ya no responde más preguntas]

Bueno muchas gracias

Ya de nada...

P 6

¿Cómo llegó acá?

Porque yo sentía alguien que me decía que me cortara, y lo hice. [Muestra cicatrices en sus brazos]

¿Y usted vino voluntariamente o la trajeron?

No, me trajeron

¿Su familia?

No, vecinos, con carabineros... yo llamé por teléfono lo que había hecho... [Hace una pausa pensativa]

¿Y su familia, tiene hijos?

Si, dos [muestra una foto sobre su cama] la niña tiene 7 y el niño tiene 13, se llama Isadora y Kevin.

¿Y la han venido a ver?

No, no me los traen.

¿Y están a cargo de la abuela?

No, de su papá

¿Y cuánto tiempo lleva acá?

Como 10 meses

¿No ha salido desde ese tiempo?

Si he salido, he salido y me he descompensado, me han traído de vuelta... hasta que empezaron a... a hacerme los *electroshock* y ahí con eso me mejoré... bueno yo pienso que me mejoré

Usted siente que está mejor

Sí, me siento mejor, si... más estabilizada sí, no ando escuchando voces, no ando viendo personas ni sombras, ni nadie que se me tire encima, nada de eso

Se siente más tranquila

Sí.. Si

Y el tiempo que le ha tocado estar aquí cómo ha sido su estadía

Bueno y malo

Hay días buenos y días malos como se dice

Si... si

Y porqué, por la relación que tiene con las demás pacientes

No... Acá cada una en su lugar

Le gusta estar más solita

Si solita yo

Y con las funcionarias, no ha tenido cercanía con alguien

Igual, no... no

Y con las chiquillas de aquí al lado conversa algo?

Poco, poco, porque ella fuma mucho, fuma más que yo, tres o cuatro veces más que yo, y ella se va a fumar todo el día, yo no, estoy acostada, estoy leyendo

¿Lee la biblia?

No, el libro mormón

Ahh.... [pausa]

Y cuándo se enfermó, usted cuando empezó a sentirse así?

Chica, chica, a los 7 años... toda mi vida

Y cómo ha sido para usted?

Horrible

¿Y usted se trataba antes?

No, no sabía que estaba enferma yo

Y que empezó a sentir a los 7 años

Un hombre grande, de negro, se me tiraba encima, me hacía gritar, y yo llamaba a mi mamá y a mi papá y ellos venían corriendo y no había nadie, ellos nunca veían nada pero yo si lo veía, y viví casi toda mi vida con ese... con ese ser... horrible

¿y qué le decía su familia?

Pensaban que estaba loca

¿Y usted se sentía...?

No, no yo no me sentía loca pero los demás, todos me decían

¿La llevaban al psicólogo?

No, nunca

¿Y la trataban diferente que a sus hermanos?

No... no, bueno, me dejaban siempre acostada, yo no quería estar acostada, pero yo andaba todo el día atrás de mi mamá, todo el día andaba pegada atrás de mi mamá que no me dejara sola, me sentía protegida.

¿Y su mamá?

No... falleció, falleció hace trece años y mi papa falleció hace ocho años

Y ahí se empezó a sentir peor

Si... [Hace una pausa pensativa]

¿Usted es de Santiago?

No, era de Paine

¿Y su familia sigue allá?

Es como no tener familia mi familia

¿Y por qué?

No... no cuento para nada con ellos

¿Y por qué cree usted que pasa eso?

Porque son egoístas ellos po' porque la gente con plata cree que yo le voy a ir a robar o no sé... el caso es que primero corre su dinero y después al final, si es que se puede... algo

Algo como...

A ellos les molesta... eso yo soy un problema

Y por qué cree que la consideran...

Si ellos me quisieran me vendrían a ver, se enterarían de mi que estoy pasando, me sacarían los fines de semana, estarían conmigo en la semana me vendrían a dejar un... un pan duro... pero nada de eso se olvidaron que yo existía

Y eso usted cree que es por su enfermedad?

Si... si, si

¿y qué otros problemas cree usted que le ha traído su enfermedad?

No puedo trabajar

¿Y por qué no?, ha buscado trabajo y no...

Sí... si trabajaba antes yo, trabajaba en el Hospital, en el consultorio...

En Paine?

No, en Buin, en San Bernardo y después me cambié para acá para Santiago

¿Y por qué dejó de trabajar?

Porque el hombre no me dejaba tranquila... no me dejaba tranquila

¿Y ahora cuando salga, si usted ahora va a buscar trabajo, usted cree que le den trabajo?

Yo creo que no... no, no sé, no sé, no sé si me den trabajo, si no tendría que pedir... el sueldo de invalidez

La pensión

Eso

¿No le han tramitado eso acá?

Es que no sé cómo se hace eso

Tendrá que hablar con la asistente social

Ah, ya... claro

Recién me hablaba que ya se sentía mejor cierto... ¿a usted la trata el psiquiatra cierto?
 Sí... si
Qué ha significado para usted el psiquiatra, para su enfermedad
 El psiquiatra... [Sonríe] sí... Él me ha ayudado hartito, mucho, demasiado, siempre está preocupado de mí
Él la salvó entonces
 Sí... si
Se le llena la cara de alegría cuando habla... ¿por qué?
 Porque yo nunca me imaginé que una persona podría sacarme a ese hombre de dentro de mí
Ah, él ha sido importante para usted
 Sí... yo lo miro así como un héroe, si... es lo máximo
¿Cuántas veces lo ve a la semana?
 Todos los días, si porque él trabaja aquí, es el doctor de acá
¿Y siempre se ha atendido con el mismo?
 No, antes me atendía con otro doctor, pero en otro sector, en el cuatro
¿Ah estaba en el sector 4, y él la ayudaba también?
 No, no era lo mismo, él era un abuelito el de allá, que me miraba mal, él no me creía a veces
¿Pensaba que usted le mentía?
 Sí, no sé, él hacía como mmmm cuando... como desconfianza... si... a veces no me quería ni siquiera levantar de la cama de la desesperación tan grande que tenía, y a él nunca se le ocurrió mandarme a hacer exámenes de... electrosock, solamente el de aquí
Y usted cree que eso ha marcado la diferencia
 Si! Si, si porque cuando llegué de... los primeros días, lo veía... pequeño, pequeño, pequeño, se empequeñecía, y me insultaba así pero despacito...
¿Sin fuerza?
 Si como una cosa así sin fuerza
Usted se veía más grande que él,
 Si, si y empecé a leer la biblia y todo eso y desapareció, se fue y no, no ha llegado para acá, miro pa' todos lados y no hay nadie
Y todo eso con ese tratamiento
 Si, si ya terminó, me hicieron 10 no más no me hicieron 12
Ah entonces encontraron que ya estaba mejor
 Si, si el doctor siempre dice, hay que tener cuidado que este hombre puede volver no sé por qué me dice así
No es entonces como que diga "se mejoró"
 Él dice eso, hay que tener cuidado me dice
Y usted que cree?
 Bueno tengo que creerle no más, por algo lo dice, y me dio permiso para salir mañana, y nadie... es como que no tuviera a nadie, sola completamente sola
A usted dice "no tiene donde salir mañana"
 Es que yo quisiera ir a ver a mis hijos
¿Y ellos viven aquí en Santiago?
 Si viven con el papá y con la mujer que tiene mi marido... [Silencio pensativa]
¿Y en qué consiste el tratamiento con los electros?
 Me acuestan en una camilla, me pinchan aquí [señala la cabeza y frente] tengo que ir en ayunas y de ahí no me acuerdo más yo, yo solamente sé que me acuesto...
¿y no le duele?
 No,
¿Y cuándo despierta?
 Ah no, cuando despierto soy otra, o sea... no-se-ni-como-me-llamo [hace ademán, alarga las sílabas y pone voz de retrasada]

No-o-o-s-e-e, así me despierto

¿Y se recupera de a poquito?

Yo después me acuesto, y chao... no me acuerdo cuando converso, me hablan, me dicen algo y yo no... me pesa la boca, me pesa la lengua me pesa todo...

Sale como cansada...

Si

Y usted entonces diría que está bien, esta lista ya para salir de aquí

El doctor sabrá yo no... yo confío ciegamente en el doctor

¿Y entonces qué le dice el doctor? Tiene posibilidades de salir luego?

Si me está dándome permisos para salir, pero me tienen que venir a buscar po, si no me sacan,

Sipo', porque sola no la dejan salir

Y para dónde voy a ir, no si no tengo idea de andar en el centro yo, me pierdo, no sé...

[Pausa]

Y los chiquillos aquí los funcionarios, cree que tienen incidencia en su mejoría?

No, ellos reparten los medicamentos no más

¿No la escuchan...?

No, no, todo lo contrario, hay una funcionaria que es muy desagradable, muy desagradable, "se hacen las tontas" así nos trata, que nosotras nos hacemos las tontas y empieza a decir pesadeces, da portazos y tremendos gritos, entonces esas nos son formas de tratar a una persona

Y usted cree que las tratan así porque...

Porque somos enfermas... no si yo el otro día la acusé con el doctor y na' que se defendió con lo choreza que es... y estaba esperando que ella dijera algo para tirarme encima

Risas

Si, le iba a contestar de nuevo, le iba a decir, "dígame al doctor po', dígame al doctor lo que usted está diciendo del, él está aquí ahora, o quiere que se lo recuerde"

Y no dijo nada

No, se quedó callá'

¿Y usted por qué cree que las tratan así?

Están cansadas de trabajar, están aburridas, recién estaba conversando con una de ellas, dijo que estaba aburrida, estaba choreá', que está aburrida que se quiere ir pa' la casa, y por qué no se van y le dan el trabajo a otra persona que lo necesite po' fácil

Claro,

Alguien que quiera trabajar y desee trabajar, todos los días los mismos, escuchándolas a ellas que están aburridas, que están choréas, "que me tienen aburrida que..." ah! [Ademán de desprecio] es desagradable escucharlas porque uno es la enferma po'

Se queda pensativa...

¿Y usted piensa que cuando salga pueda hacer una vida normal?

Eso quiero yo po'

Y buscar trabajo y...

Si pero no... quiero cuidar a mis hijos yo, los he echado de menos todo este tiempo que no los he tenido

¿Y ellos saben que usted está aquí?

Si, si saben

Y han conversado...

Están esperando que me mejore

Hablan por teléfono

Si, a veces, ayer por ejemplo llamé por teléfono al niño al teléfono del niño y contestó la mujercita esta, fui y apagué el teléfono, apagué el teléfono y volví a llamar de nuevo y ahí contestó el Kevin, se dio cuenta que era yo, es claro... a mi se me ocurre que esa mujer me habrá hecho alguna mm, algún.... Eh... yo siempre he pensado eso, que me hizo alguna... [Hace ademanes con las manos]

Como brujería algo así...

Mm [asiente con la cabeza] ... si...

y entonces usted se enfermó cuando pasó eso con ella

Sí.

Con ella nunca se han llevado bien

Es que yo no quiero saber de ella, está con mi esposo y mis dos hijos pero qué le voy a hacer yo, si Eduardo no quiere volver conmigo no puedo obligarlo

¿Y usted cuando se casó estaba bien?

Si, si bien, bueno pasaban tiempos que, pasaban tiempos que yo no sentía nada no tenía nada y el hombre se iba se alejaba de mí y después llegaba de nuevo con más fuerza con más ira, con más garabatos, era insolente, atrevido, volvía otra vez lo mismo,

¿Y usted podía hacer su vida normal cuando se sentía así?

No, no me dejaba, me hacía pelear con Eduardo, me hacía pelear al grado que un día partí a carabineros y lo demandé a mi esposo, lo metí preso y lo eché de la casa

¿Entonces usted considera que esto que le ha pasado es como un castigo?

Bueno, de cuando era pequeña de dónde salió, no sé, de cuando era lola de dónde salió, no sé, ahora que estoy vieja se me ocurre a mí que esta mujer, no sé si será, me habrá puesto alguna hechicería, no sé

¿Usted no es vieja, qué edad tiene?

48

No es vieja, se ve joven no tiene ni arrugas

Si...

Y los niños a qué edad los tuvo?

Al niño lo tuve a los 32 y a la niña a los 42

Harta diferencia

Es que yo no sabía que estaba embarazada de la niña, fue una sorpresa, casi me morí

¿Sí? ¿Por qué?

No porque yo no quería tener más hijos, pero después... era mi hija [mira la foto sobre el respaldo de su cama] es muy regalona ella, los dos son regalones, tengo ganas de que mi marido... es que mi marido vendió la casa

¿donde vivían ustedes dos?

Si,

¿Y estaban casados?

Si con separación de bienes

¿Y estaba a su nombre?

A nombre de él.

Ah...

Si y entonces vendió la casa y está esperando que el banco le pague dice que ahora a finales del mes de noviembre el banco le va a pagar la última tercera cuota que le queda y él va a comprarme la casa

Ah para usted

Si y para los niños, porque yo quiero criar yo mis hijos, entonces eso estoy esperando y mejorándome también a la vez

Cree que la ayudó estar acá entonces

Si... aquí estoy con los medicamentos, con el doctor, me están viendo, cualquier cosa y voy atrás de él a decirle altiro, mientras me ven esta enfermedad que tengo, me estoy tomando los medicamentos estoy bien.

[Otra paciente nos invita a "la fiesta"]

Hay fiesta hoy día?

Si...

¿Vienen los chiquillos de los otros sectores?

Si... son los mismos de siempre no más

Ya entonces para cerrar un poco la conversación, quisiera que me cuente un poco cómo ha sido su vida teniendo esta enfermedad, qué hubiera sido distinto, o el trato con las demás personas que influye...

Si, si, bueno yo ahora sé que no soy la única que me pasa esto, aquí la niña que recién pasó pa'allá, ella está todo el día conversando en la cama y riéndose con alguien, todo el día, y discute y entabla una conversación de dos personas, así que yo digo yo, yo no era la única, y ahora sé que estaba en mi mente eso, descubrí que estaba en mi mente

¿Y cómo descubrió que estaba en su mente? El doctor...

Con el electrosock, pero es que después el doctor me dice puede volver el hombre si usted no se cuida no toma sus medicamentos

Claro el doctor le dice eso para que se haga responsable usted de su enfermedad y no abandone el tratamiento

No si no lo voy a abandonar yo, yo mis pastillas están lo primero

Y en el colegio le trajo problemas también

Si, si quedaba repitiendo a veces porque no podía seguir estudiando porque lloraba mucho porque el hombre me seguía hasta el colegio

¿Y pudo terminar el colegio?

Si, tarde pero lo terminé, si, pasé al liceo y estuve varios años que no me molestaba y terminé cuarto medio después estudié en los institutos, estudié contabilidad, estudié algo pa', no sé ni coserme un botón hice un curso de moda, estudié computación, después estudié técnico paramédico, estudié hartas cosas

¿Y ejerció?

Si, todas la que más me aburrió era contabilidad

¿Mucho número?

Si, que desagradable [hace ademán de desprecio] yo quería algo que me gustara a mí y lo que me gustó fue técnico paramédico porque yo di prueba para quedar en universidad y quede porque yo quería ser enfermera no paramédico y llegué muerta de la risa a la casa pero me di cuenta al final que no tenía plata pa' pagar la universidad que valía muy caro y ahí quedé.

Y de ahí me puse a trabajar junté plata me compre un auto, me metí a una casa, nueva, y de ahí después de todo eso encontré al Eduardo

Y el Eduardo sabía de su enfermedad cuando lo conoció?

Se daba cuenta de repente y no quiso nunca creerlo, que yo tenía algo, porque dos o tres veces me descompuse con él y él se ponía a llorar y llamaba a su papá y a su mamá y yo me acostaba me acostaba a dormir y él le decía a su mamá que la Jacqueline se había vuelto loca, él tiene miedo de las enfermedades yo sé que él no me viene a ver no porque él no quiera, sino que porque a él le da miedo meterse a un... a este lugar y verme a mí, loca, pero yo no estoy loca, yo estoy normal, yo estoy sana, le asusta, se asusta con las enfermedades si él tiene que ir a un Hospital o a una casa que la tengan a uno igual no va, le da rechazo le tiene miedo

¿Y usted cree que él considera que usted está loca?

No, no me entregaría a mis hijos

Ah entonces es la gente de acá la que le da susto

Si, si porque este es un psiquiátrico no es un Hospital

Si porque dicen que porque es un psiquiátrico

La miran a uno con, así con... con rechazo no sé... pero qué saco yo con pensar o no pensar, que se hizo que no se hizo si yo no

¿La gente es prejuiciosa?

¡Si! Mucho hay personas que son cobardes al enfrentarse a una enfermedad es porque no saben qué hacer, pero bueno yo creo que Eduardo algún día irá a conversar conmigo después que salga de aquí seguramente irá a conversar conmigo.

¿Ya estamos listas?

¡Sí! Gracias por todo, ¿va a ir a bailar?

No voy a ir a llamar por teléfono
Ah ya, vaya no más yo pensé que iba a ir a bailar con las chiquillas
No, yo no me junto con esas locas
[Risas]
No son iguales que yo, ya chao que voy a ir a llamar.
¡Chao, gracias!

P 7

Hola, podemos conversar un ratito

Si po' a mí me trajeron aquí con puras mentiras, entonces por ende necesito un abogado porque venía por cinco días a hacerme un test psicológico que lo pidió no tengo idea quien fue pero al gallo yo no lo conocía

No le dijeron

No, y me mandaron a hacer un test por cinco días y ya llevo, voy pa'l mes, a mí me sacaron a la fuerza de mi casa a traerme con puras mentiras al juzgado que yo no tengo na' que ver con esa gente,

[Prende un cigarro]

Nosotras lo que más necesitamos es cigarro

Si vi, la otra vez que venga voy a traer

¿Y usted no consigue abogados?

No, yo soy estudiante todavía y no conozco ningún abogado, voy a preguntar igual.

¿Tú tienes hijos?

El mío sí, es lolo ya está solo y tengo harta rabia de estar aquí porque me trajeron con puras mentiras, y ahora pa' salir va a ser lo bueno... porque yo no tengo problemas psicológicos

¿Usted no está enferma?

No, tengo problemas a la tiroides sí, y que me afecta la vista

¿Y aquí se está controlando la tiroides?

Si me están dando remedios, lo malo que lo mío fue como bien fulminante, al tiro fuerte, y me pasaron juntas las dos cosas a la vez, lo de la tiroides y lo de la pelea

A lo mejor el estrés ahí le hizo mal

No pero PDI ahí es muy corrupto, porque yo nunca he robado nunca he andado en problemas y me llevaron hasta a la cárcel a estar po'

Ah ¿y de la cárcel te trajeron para acá?

Si de la cárcel me trajeron para acá porque yo no tengo problemas delictuales, lo que pasa es que parece que me quieren quitar la casa y a mi hijo

Y yo no tengo esquizofrenia... entonces no sé cómo salir de esto imagínate mi hijo está solo

¿Qué edad tiene su hijo?

Tiene más de 15 años, esta solo tengo que darle plata, estaba pidiendo permiso acá quieren que firme un papel notarial para que vayan ellos y yo no lo voy a firmar porque no confío en la justicia

¿Y el niño a cargo de quién está?

Ahora lo está viendo el papá, pero yo quiero salir de acá y verlo yo y mira más encima me tienen amarrada [muestra la cadena con la cual tiene amarradas una mano y un pie] y el tema fue que yo alegué con una jueza y por eso me mandó presa pero ahora no me quieren sacar e incluso la jueza me quiere pasar por loca con puras mentiras entonces necesito un abogado que no se venda.

¿Y usted trabajaba?

Estaba vendiendo sábanas y cobertores pero ahora no tengo plata nada tengo que andar pidiendo pedí pa' la pensión alimenticia pa' sacarla para dársela a mi hijo pero aquí no hacen nada y dicen que está todo en camino pero yo no veo que hacen nada po'.

¿Y usted habla con el psiquiatra?

Yo he hablado con el doctor que me asignaron, le pedí que me saquen esto [señala las cadenas] y que me trate de sacar lo antes posible de acá po'.

¿Y qué le han dicho?

No es mucho lo que me dice, dice que ta' tratando

¿Y cuándo puede hablar con él?

No poco, a veces cuando tienen tiempo...

¿Y cuánto lleva acá... un mes me decía?

No llevo dos semanas y un poco más...

Ah ya ¿y el tiempo que ha estado aquí como ha sido?

Por lo menos aquí para bañarse, uno se puede bañar, las comidas andan más o menos, eh la atención es buena

¿Sí? ¿Con los funcionarios?

Sí, uno que otro que le molesta cuando uno fuma, pero ahí hay una sala de fumadores, Y cuando no nos vienen a ver no hay nada po' no hay cigarros no hay ninguna cosa

¿Y la vienen a ver?

Si me han venido a ver esta semana que pasó pero esta semana no

¿Y quién la viene a ver?

Vino mi hijo a verme po'

Ah que bueno

Si y ahora no puede por problemas de estudio porque sale muy tarde y vive muy lejos allá en Lo Prado

¿Y está recibiendo algún tratamiento aquí?

Se supone que me están dando pastillas para el ojo, que lo tengo muy salido, ¿no? Pero lo tengo rojo, me llevaron al san José... me iban a operar pero yo no quiero, porque la Daniela Campos se operó 4 veces y yo veo que no quedó muy bien y a mí me van a operar una vez no más y voy a la carnicería entonces ese es mi miedo. Y aquí hay gente enferma pero yo no estoy enferma

¿Si usted ve que hay pacientes que son distintos?

Sí... porque a veces lloran, se agarran a cabezazos, gritan, pelean, a veces lloran de puro gusto...

¿Y en la noche la dejan dormir?

Sí, se acuestan temprano aquí... como a las 9 ya tienen que estar acostadas, 9, 9:30, 10. Les encargo el abogado po'

Listo gracias por todo

P 8

Yo estuve dos meses hospitalizada

¿Aquí en el psiquiátrico?

Sí,

¿En urgencia?

No en el 6, entonces me mandaron de nuevo porque tuve que cambiar el medicamento

Ah y donde te lo cambiaron, recaíste

Claro una cosa así, no andaba bien

¿Qué edad tienes tú?

Tengo 25 años

Uh jovencita, y cómo llegaste aquí

Mm, por mis papás yo me atiendo acá tengo esquizofrenia, y la señora ya me ha internado como cuatro veces como que se va al chanco dice que no ando bien y yo encuentro que ando bien

¿Ah tu encuentras que estas bien y le dices tú que te sientes bien?

No hay caso con esa señora

Tú encuentras que no te escucha

No me preguntó nada, le dijo a mis papás así de sorpresa que me tenía que internar

¿Y hace tiempo que te diagnosticaron esquizofrenia?

Sí... a los 14 años

¿Ah ya a esa edad te empezaste a sentir rara?

Claro, estaba ida, ida del mundo así distraída y creo que andaba agresiva
¿No te acuerdas?
 Mi mamá se acuerda bien, pero yo no me acuerdo
¿Y de ahí te trajeron al tiro para acá?
 No, me trajeron y me dijeron que me tenían que hacer un par de exámenes y después de eso me detectaron la esquizofrenia
¿y te acuerdas que tipo de exámenes te hicieron?
 Si uno que tenía que estar despierta toda la noche y después parece que me ponían unas costas en la cabeza
¿Cómo un electro?
 ¡Sí! Parecido
 [La paciente se retira y se pone a bailar en la “Fiesta” luego de un rato vuelve y se reintegra]
Y cuéntame ¿cómo ha sido la relación que tienen aquí con los funcionarios?
 Haber, normal, ni buena ni mala porque de repente uno pide algo y como que se van pa’ otro lado, no te escuchan
¿Y por qué crees que no te escuchan?
 Es que no se... tendrán problemas ellas po, todos tienen problemas
¿Y tu mamá como ha vivido tu enfermedad?
 No mi mamá... ella me da las pastillas y la ha vivido... bien, es bien preocupada, me acompaña siempre a las sesiones nunca me manda sola
¿Te viene a ver igual?
 Si po si ahora estoy esperando que me venga a ver, no ha llegado
¿Y ella pasa al tiro para acá?
 No, me llaman para allá [señala la sala común]
¿Y tienes más hermanos?
 ¡No, no ah! [Se ríe], sí, tengo uno de 17 años
¿Y te llevas mal con él?
 No, o sea a veces, lo normal, lo normal de hermanos
¿Y trabajaste después que saliste del colegio?
 Después del colegio hice hartas cosas, hice un preuniversitario, estudié nutrición dietética
¿Y terminaste?
 No, no terminé
Tú crees que la enfermedad se....
 Se interpuso ahí si... es que pasa que yo no andaba bien en el último tiempo por eso me he internado tanto
¿Y qué sientes cuando dices que no andas bien?
 No es que yo no siento nada, yo me siento una niña normal y ellos los que evalúan son los que me ven mal po, obviamente uno se encuentra bien po
¿Y con el doctor, con el psiquiatra como te llevas con él?
 Súper bien, me esperan un poquito voy a ver parece que llegó mi mamá.
 [La paciente abandona la entrevista puesto que llegaron a visitarla]

P 9

Yo soy Claudia y usted ¿cómo se llama?

Virginia del Carmen Vega

¿Tiene hijos?

Sí, tengo una de 14... de 15 años

Ah... Grande

Si está con mi hermana en Castro

¿Y allá vive usted?

No, yo tenía una pieza acá que arrendaba pero me echaron porque debía plata

Ah ¿y vivía con su hija acá?

No, no... allá, la tuve y se la llevaron para allá porque me volvió de nuevo la enfermedad, y me vino el postparto, yo estaba a punto de morir, yo estaba pa' la embarra', mal, mal, mal en el parto estuve.

¿Le dio depresión post parto?

Algo por el estilo, es que yo tengo esquizofrenia,

Ah ya, ¿y hace cuánto tiempo que le declararon la enfermedad?

Eh, de los 25 años que la tengo, parece que son 17 años ya po,

Si po, ¿y hace cuánto que está aquí?

No me acuerdo, aquí tengo la pulsera a ver si se nota, ya no se nota na' ya po. No si dice Virginia Vega y mi número de carnet nada más

Lleva harto tiempo entonces

Como tres meses,

¿Y llegó directo acá?

Si directo acá, he estado como cinco años, primero en el Barros Luco no me acuerdo cuantos años, dos, tres años, no me acuerdo ya como que la memoria le falla a uno... 3 años, y aquí he estado como cinco veces con esta ya,

Sale y vuelve a entrar

Claro,

¿Y cuando viene de vuelta pasa por urgencias o directo al sector?

Por urgencias y de ahí me traen para acá.

¿Usted vuelve o la traen?

A ver esta vez yo volví sola, porque como andaba... me robaron las pocas cosas que tenía, el bolso hasta con los remedios, estuve una noche caminando por Manuel Montt e Infante de un lado a otro, y esa noche no dormí nada, en tiempos de invierno fue, hacían unos fríos y pa' allá pa' arriba pa' providencia es helado, no ve que está cerca de la cordillera, y yo tiritaba y me alentaba al sol y, me hicieron dormir en un departamento abajo en conserjería, con una estufa, y dormí ahí, y después empecé a machetear cigarros y a pedir plata pa' poder comer y de ahí llegó seguridad ciudadana y me preguntó y el caballero me dijo, uh que penca que tengo que trabajar estos días, si le dije yo, usted tiene que trabajar y yo no tengo donde vivir le dije yo, estoy viviendo en la calle, y ahí me empezó a preguntar... yo le dije tengo dos hermanos carabineros, le dije... uno está en Arica es sargento, y el otro es cabo primero y está aquí en Santiago. Me llevaron a la comisaria y estuve durmiendo cuatro días ahí, de ahí me llevaron al hogar de cristo, pase una noche ahí, y me dieron los remedios mal, casi me morí porque se me aceleró el corazón, parecía que ya se me iba a salir pa' afuera,

¿Taquicardia?

Algo por ahí porque era una cosa desesperante, y al otro día, pedí mis remedios y no me los dieron y me salí de inmediato de ahí y me fui caminando hasta la moneda y ahí me puse a machetear, me hice tres mil pesos y me dieron una cajetilla de cigarros unos peruanitos, después me fui a un motel a dormir y al otro día seguí macheteando pero las voces empezaron a recalcar y llegué acá y estaba la tía Jeanet, y me hizo pasar y llamó a don Enrique y ahí me hicieron entrar y de ahí he estado aquí no tengo donde ir

¿Vivía sola aquí, marido no tiene?

No...

¿Pololo?

Tampoco, pero pretendo tener

Ah en eso está...

Si pero aquí encerrada no tengo pa' cuándo

Y a los 25 entonces me decía usted que le diagnosticaron esquizofrenia?

Si

¿Se acuerda usted cómo fue el proceso?

Si a los 25 años se empezó a esta cosa a desarrollar, yo no entendía que me pasaba escuchaba voces, pero las voces no me decían nada, solamente me pedían ayuda, y pasaba por la gente y me hablaban yo no sé si eran las almas de los espíritus de la gente que me hablaban o no sé, porque nosotros tenemos alma y espíritu, y yo sentía las voces de las almas y los espíritus que me pedían ayuda, y anduve por todo Santiago, y sentía que llevaba esta pierna quebrada, porque caminaba mal, caminaba mal, sentía que tenía las piernas quebradas, y andaba con tacos, con botas con taquitos así, iba caminando igual que una borracha, y era la enfermedad... la enfermedad

¿Ahí ya le habían diagnosticado?

No, no sabía lo que me pasaba, mi mami me llevó al hospital y me llevaron mal porque yo me acuerdo que quebré unas copas donde la patrona de mi mami, porque yo llegué donde la señora Marcela, yo no sé de dónde saqué tanta fuerza, y el señor me puso entre sus piernas y me agarró y me hizo fuerza para que yo no me escapara y de ahí llegó la ambulancia y me inyectaron a la vena y de ahí no me acuerdo ninguna cosa más, pero no fue en ese instante que me declararon esquizofrenia porque volví a caer otra vez al hospital, y no sabían qué tenía, después mi mami habló con la señora Inés del Solar y ella le recomendó a un sobrino que era psiquiatra, don Vicente y él conversó conmigo y le dijo a mi mami, tu hija tiene esquizofrenia, llévala ahí a avenida La Paz, y ahí me trajó por primera vez acá, de ahí estuve dos o cuatro meses

¿Aquí mismo, en este sector?

Si aquí mismo, no me acuerdo si pasé por urgencias,

¿Y qué le pasó a usted cuando le dijeron que tenía esquizofrenia?

No me acuerdo, porque yo estaba tan mal que no tenía idea po',

¿Y ahora que usted sabe y está consciente de su enfermedad, qué es para usted? O encuentra que es lo mismo que tener diabetes por ejemplo.

Yo creo que puedo trabajar bien po, en estos momentos no tengo carnet como para ponerme a trabajar y el asistente social está esperando, o sea, yo estoy esperando al asistente social porque ella dijo que tenía una tía en Franklin y que ella me podía aceptar, y ahora me van a llevar en la tarde pa' allá po', entonces tengo que ponerme la pilas no más

¿Y usted ha trabajado después que le declararon la enfermedad?

Si he trabajado en la empresa de aseo, estuve trabajando en el Alto las Condes, ahí empecé, después en Estación Central, después en el Mall Sports, allá arriba, y de ahí me retiré de ahí y empecé a trabajar de nana, con niñitos de 4 a los 10 meses, chiquititos estaban, [interrumpe una interna] ya ahí lo dejé de 10 meses me dio esta cuestión otra vez, tenía sinusitis más la esquizofrenia, eran dos cuestiones que agravaban porque te duele la cabeza, y me dolía acá atrás y me salían mocos verdes, y de ahí pasé por un proceso que fue hartito... ahora a mí me da risa pero en el momento no me dio risa, porque en el primero de enero de este año, supuestamente yo salí a comprar po, salí con pijama y hawaiana, y me fui en la volá po, me saqué la ropa y anduve desnuda, hasta Manuel Infante anduve desnuda, y le pedía perdón a Dios, pero como hombre, perdóname Dios por ser tan flojo le decía yo, me arrodillaba y le pedía perdón, me subí arriba de una camioneta, menos mal que no le hice nada a la camioneta, si no me hubieran llevado detenida, no sé con qué fin me subí, iba con esta cuestión de que el diablo iba a destruir la tierra, que el diablo venía por mí, al final una patrulla de carabineros me detuvo, pero yo le decía, hermano sácate el chicle, sácate el chicle y era un carabinero, como yo tengo dos hermanos carabineros, yo pensaba que era mi hermano, y el carabinero no atinaba, después yo le decía hermano sácate el anillo, y no sé cómo me metieron adentro de la patrulla después me vi adentro de la comisaría menos mal que me pasaron una cuestión de una carabinera que me tapa todo esto mis partes íntimas, y de ahí llegó un borracho, un agresivo, y yo sentí temor, y lo único que quería era dormir, y decía esta esquizofrenia que me tiene pa la embarrá', y me corrían mocos verdes po, y las amígdalas inflamadas, y ahí me trajeron acá po, porque me puse a gritar y a llorar porque me puse a gritar mi hermano mi hermano, me van a matar acá, y empecé a hablar que todo hacía mal, que la televisión hacía mal, que el celular hacía mal, que el computador hacía mal a la gente, y alguien me escuchó y dijo si tiene razón ella que todo hace mal, tanto computador, no ve que nos da epilepsia, y de ahí me tiraron pa' acá adentro y me mejoré

en una semana, me atendió el doctor González, me mejoré y yo quería volver a trabajar pero ahí fue mi pena porque la señora Isabel pensaría que yo andaba de farra, de parranda, de jarana, porque no fui a trabajar ni el primero ni dos, ni tres de enero,

Ah verdad, del año nuevo

Claro po', y yo la llamé y me dijo Virginia yo no la quiero ver más, chuta dije yo, y ahí le dije, señora Isabel yo necesito el contrato, para que no me cobren acá en el hospital porque me están cobrando, y la señora se le quebró la voz, y me dijo vaya a tal parte, ahí va a estar su finiquito, y esta su plata, su cheque y todo lo demás. Fui, firmé y traje el contrato acá, presenté los papeles y toda la cuestión y no me cobraron nada

¿Y usted considera que el tiempo que ha pasado acá le ha ayudado igual?

Estoy aburrída, me ayuda sí, pero estoy aburrída, me ayuda porque si no estaría pidiendo y durmiendo en la calle y exponiéndome a que me pase algo,

¿Y en su enfermedad, en qué le sirve estar acá?

Estoy protegida, pero tanta protección hace mal po,

¿Por qué no la dejan hacer nada?

No po, eh... yo salgo pa' afuera, salgo a comprar, vuelvo y a veces les digo las tías, tía si no me voy a escapar, a dónde me voy a ir, y se largan a reír, a dónde me voy a ir tía le digo...

Y cómo le gustaría que fuera aquí...

Es que yo le pedí permiso un día al doctor para deambular y no me quiso dar permiso, como no ha venido a verme ningún familiar entonces no dan permiso, y ayer me dieron permiso pa salir a comprar y yo soy pillá porque salgo pa' afuera po' y no tengo permiso, salgo a comprar pa afuera y vuelvo,

¿Y usted cree que el doctor ha influido en su recuperación?

Si el doctor Pacheco sobre todo, la gente aquí como la trata a uno también po,

¿Le gusta como la tratan aquí?

Si, a mí no... es que yo no me meto en nada, no ando buscando la mocha porque aquí hay personas que se ponen a pelear, por los cigarros, por los cigarros son las peleas y yo no me meto en eso, pa que... si fumo sí, pero ando pidiéndoles cigarro a las tías

Se lleva bien con las tías,

Si, así con todos, con el asistente social, con el "pachequito", con el "pachequito" le digo yo, soy patúa, con el Dr. Pacheco, y en general aquí con toda la gente me llevo bien,

¿Y el tratamiento que aquí recibe sabe en qué consiste?

No tengo idea, aquí me dan las pastillas y me las tomo, no he preguntado y lo único que sé es que me dan diazepam lo otro no sé qué será, es que no he preguntado,

¿Pero considera que le hace bien?

Si

Cuál es el rol que cumple el psiquiatra?

Darnos los remedios y tratar de que la gente esté bien po,

¿Si usted se empieza a sentir mal o algo, usted puede hablar con ellos cuando quiera, o tienen horarios o algo así?

No... a veces yo hablo con el Dr. Pacheco, o sea él me habló a mí, por el hecho de que el asistente social me había dejado el papel a mí, pero tenía que, yo me tenía que poner de acuerdo con él, pero llegó y no hablé po

Y su tía no tiene ningún problema en recibirla

No, no porque mi tía... yo nunca la he molestado po, y va a ser primera vez que la molesto no soy de las personas que va a contar la historia infeliz allá, siempre me las he arreglado sola y las veces que he ido pa' allá le digo no tía si estoy bien, o sea una vez le dije que estaba bien pero que estaba pasando por un mal momento, me acuerdo que mi tía me dio un paquete de arroz y no me acuerdo que más me dio. Pero yo no llego a contarle historias allá así hay que terrible no...

Recién hablábamos de las tías, usted encuentra que son importantes, el rol que cumplen ellas...

Si... es importante porque si no fuera por ellas nosotras también andaríamos mal po', ellas se preocupan de que se tomen los remedios, y andan preocupás'... de los remedios, si po

¿Y con las demás pacientes se lleva bien?

Si con todas

Y con las pacientes que llegan, que he observado que llegan algunas en detención, acompañadas de gendarmes,

Si llegan algunas, ahí está una la Alejandra, de una niña que está en el primer dormitorio

No es....

Si es agresiva pero yo no me acerco, todo lo contrario ellas se acercan a mí, pero igual hay que andar a la defensiva aquí, con cuidado pero yo como les digo yo no me meto en na' no ando metía en las mochas ni nada

[Silencio]

¿Cómo ha vivido ese proceso desde que se enfermó?

Me ha costado aceptar la enfermedad porque... ¿por qué a mí?

No tenía antecedentes...

Si tengo antecedentes por parte de mi familia paterna, y por parte de madre tengo antecedentes de epilepsia, un hermano tiene epilepsia el que es carabenero que está en Arica,... Pero al principio nunca la acepté po, pero ahora como que ya... bueno ya...

Se resignó

Sí, porque hay que tomar los remedios pa toda la vida no más po

Ah es una enfermedad de la que no se puede salir

Es incurable

Cómo considera que cambió su vida con la esquizofrenia

Esta enfermedad me cambió la vida po, porque antes de los 25 años yo era feliz, hacia lo que yo quería, salía, y después me cambió todo

¿En qué cambia dice usted?

Porque yo antes, claro salía sí, pero como una lola, salía a fiestas, a las disco a la alameda, después de los 25 años fue un tormento para mí, porque con la enfermedad yo no atinaba a nada, se pone como un pájaro uno, como un pajarito que... no atina a na' y después volver de nuevo, es como volver a nacer, empezar todo de nuevo, pa poder volver a trabajar, empezar aquí a metérselo a la cabeza que tengo que trabajar, tengo que hacer esto, tengo que hacer esto otro pa poder vivir, a mí me costó cualquier cantidad empezar a trabajar

¿Por qué?

Porque... no... busqué trabajo pero no encontraba trabajo iba una sola vez al mes a hacer aseo, pero yo encontraba que me costaba, me costaba hacer, desempeñarme, por ejemplo hacer el aseo, sacudir, limpiar vidrios, barrer la calle me costaba pero lo hacía, como que el cuerpo lo tenía cansado, y no quería hacer nada pero lo hacía, porque tenía que hacerlo por obligación porque me iban a pagar, y después a mi mami la atropellaron y tuve que tomar el lugar de ella en el trabajo, y la señora no era na' muy simpática era media pesaita la señora, porque quería que estuvieran hasta como las 12 de la noche y la una de la mañana acompañándola a ella, y en irme a acostar y tenía que levantarme como a las 7, entonces no po, me acuerdo que no dormía casi nada y a veces me enojaba y partía y me acostaba no más po

¿Y nunca sintió que la gente la tratara diferente por tener esta enfermedad?

Es que yo nunca dije... o sea, a donde yo trabajaba si sabía pero esa señora era jodida, era jodida, bueno viejita también pero hay viejitas que son simpáticas po pero esta señora era peso pesado,

¿Usted no contaba de su enfermedad?

Ella sabía porque mi mami le había dicho que yo tenía esa enfermedad si ella fue la que me llevó donde el sobrino que me viera

Pero el resto de las personas usted cree que la tratan diferente a uno cuanto se trata de una enfermedad mental

Es que yo no les digo que tengo esta enfermedad

¿Por qué?, ¿no le gusta?

Porque no lo digo, es que las personas escuchan esquizofrenia y se espantan po', se asustan

¿Y por qué cree usted?

Porque imagínese lo que pasó con este niño que tenía esquizofrenia y que quemó la Virgen del Carmen y otro que tenía esquizofrenia que no sé qué es lo que hizo que no me acuerdo bien, parece que mató a alguien, a un cura... si po por eso ve, entonces a palabra esquizofrenia la asocian con una persona peligrosa, entonces yo casi nunca lo digo si no que me quedo callada, pero también es un martirio po', un martirio quedarse callada,

¿Por qué lo dice usted?

Porque a mí me gustaría que todo el mundo supiera pero es que... hay personas que no lo entienden, hay personas que sí, pero no todo el mundo lo entiende

¿Siente que es peligroso para usted que la gente sepa?

Puede ser peligroso, de hecho fue peligroso porque donde estuve trabajando se estuvieron aprovechando de mí también, no me pagaban lo que tenían que pagarme, me pagaban menos

¿Y usted cree que era por su enfermedad?

Sí, yo reclamaba pero no me pescaban, total era la loca la que reclamaba

Usted cree que la vida es más difícil para una persona con su enfermedad

Sí, es más difícil porque uno está sola po', no tiene apoyo, yo a mi madre la tengo en un hogar,

¿Es viejita ya?

Tiene 71 años pero ella empezó a trabajar a los 9 años en el campo y ustedes comprenderán que la vida en el campo no es la misma vida que de aquí de Santiago po', es más sacrificado, en el campo se sufre, se tiene que levantar temprano, andar cargada como burra y ella demuestra como 80 años, mi mami sufrió harto por mi enfermedad, porque ella me vio antes que estaba bien, y después verme con pastillas, que yo antes tomaba unas pastillas que me ponían el rostro como deficiente mental, se me caía la cara no podía hablar

Eso le impresionaba a ella

Si po, además luchó hasta el final conmigo, después yo me tuve que hacer cargo de mi misma...

[Golpean la puerta, la entrevistada está encargada de abrir]

Disculpen, es que están llamando

No se preocupe dejémoslo hasta aquí, muchas gracias por conversar conmigo, ¡me ha ayudado mucho!

Ya listo, que le vaya bien.

P 10

Como llegó acá?

Yo vine porque mi hijo me trajo, yo vivo en San Vicente de Taguatagua, pero ahora estoy donde mi hija que vive en Padre Hurtado, ella me viene a ver, me lleva toda la ropa que tengo aquí y me la trae limpiecita, pero pasa después del trabajo de ella, porque trabaja en una automotora

Ah tiene permiso de pasar fuera del horario de visita

Fuera del horario de visita, pero hoy día me llamó por teléfono y me dijo de que no, no iba a venir, pero yo ando limpiecita porque en la mañana nos bañamos

Mañana la dan de alta dijo?

Si mañana

A que bien, y cuánto tiempo estuvo aquí?

Estuve como... estuve primero en urgencias, porque hice una vigilia yo, sola en la casa oré, oré por mis hijos por todos, no ve que dicen que viene un este lunar, entonces no comía ni nada, me preocupó mucho y me caí a este hospital, y no había estado nunca aquí,

Ah es primera vez que está aquí

Sí, pero lo encontré bueno,

[Entra una paciente recién llegada a saludar, una señora de edad avanzada acompañada de dos internas que la ayudan a vestirse y la reciben]

Cómo se lleva con las demás pacientes

Yo me llevo bien con ellas, aquí con ella, con ella también aquí

Y se apoyan entre ustedes?

Si entre todas aquí tratamos mira la abuelita viene llegando y cree que es la cama de ella po, ahí la peinan, ella que está ahí viene de la primera sala y viene pa acá pa juntarse con nosotras, yo aquí me hago la dormida, me hago la dormida si po, porque a mí ya se me acabó el tratamiento, no estoy tomando pastillas ya, solamente pa' dormir me tiene que dar ahora el médico. Pero llegué altiro a esta sala,

Dependiendo de la gravedad la van poniendo de la primera sala en adelante

Si, las más graves en la primera y así pa atrás, a ella [la paciente recién llegada] la van a poner en la primera [tono de lástima] está con pijama todavía y están prestándole calcetas y cosas

Se apoyan harto cuando llega una nueva

Si cuando llegan nuevas, y a ella no, [señala otra paciente] ya no la viene a ver nadie y le ponen pañal

Y cómo ha sido su proceso estando aquí, cómo se ha sentido...

Se siente la soledad po, la soledad y decía por qué estoy aquí no tengo plata ni nada,... y a ella le pasan ropa de aquí del hospital

Le da pena cuando ve a las compañeras así

Si po

Cómo es la relación que tiene con las demás paciente?

Con algunas no más tenemos relaciones, por ser, a mí lo que no me gusta es el desorden, esta taza se la pueden poner allá a la señora, me dan remedios a mí en la noche no más, en el día se transmite no más, con las que se puede conversar, se puede conversar, por ser hay algunas que fuman, fuman aquí mismo, yo no fumo aquí, no fumo ni tomo, no... fuman aquí adentro, y dice ahí no fumar pero fuman igual,

Atrás tienen una sala de fumadores parece o no

Si hay una sala de fumadores

Y con las funcionarias, con las tías como se llevan?

Bien... si... nos llaman para la once, nos llaman pa' los remedios, qué hora es, me toca un remedio a las 3 y no tengo mi reloj, echo de menos mi reloj, me lo llevó mi nieto, me llevó todos los anillos y todo pa' la casa...

20 pa las 3, Tiene nietos?

Tengo bisnietos, es que mi nieto de 18 años tiene una hija, tiene 7 meses ya, no hayo la hora de verla

Ah y la conoce?

Si, la conozco, si yo vivo en San Vicente de Taguatagua, yo vengo a control no más aquí y un día me encontraron mal y me metieron acá, hace dos semanas que estoy acá, pero ya me dio permiso el doctor para ir a la casa de mi hija, y estuve con mi hija almorzando, comimos pollo, cositas ricas y mi hija se... estuve viernes, me fui el viernes y estuve el sábado y el domingo, y este viernes me van a dar de alta...

A la van a dar de alta ya, y por qué llegó acá?

Por.... Porque me tomé los remedios equivocados

Y qué enfermedad tiene?

Eh, todos... todas estamos con... la onda de... [Breve silencio con expresión en la cara de búsqueda de ayuda con la palabra correcta]

Esquizofrenia?

Si, esquizofrenia... pero yo tengo leve, a mí no me da por matarme ni nada, no escucho voces, es que me mandaban a hacer algo que yo no puedo hacer po, porque yo riego jardines allá en la casa, yo riego jardines y me mandaban a pescar tarros fuertes y yo casi me voy de punta entonces me dijo no mamá tú no puedes ayudarme así a regar me dijo, casi te vas por el canal pa abajo

Uh peligroso

Si peligroso, y me trajó a urgencias po, y de ahí de urgencias me trajeron para acá a esta cama, y de ahí no me he movido más, más que ahora el médico me mando a llamar y me tiene que dejar el alta hecha, voy a tener que ir a ver al doctor si la dejó. Yo soy diabética también po

Y aquí le dan pastillas para la diabetes también?

No, me dan postres de diabético no más,

Insulina no necesita?

No ni Dios lo quiera no todavía, es la segunda parte de la enfermedad la insulina, yo todavía no.

Y el doctor, como considera que la ha ayudado?

No... es que aquí el más dolor que a mí me dio es que mi marido no quiso entender y se me murió, por eso soy viuda, soy viuda y no lloré, mi hijo me dijo que me dieron pastillas para que yo no llorara, para que yo no sintiera, cuando lo estaban enterrando, mira si abajo ando toda de negro

Ah por el luto

Ve...

Y hace cuánto que paso?

Se murió en julio, poquito hace unos meses no más, y por esa depresión me vine yo pa' acá y ahí fue cuando hice a vigilia y yo no puedo hacer vigilia no ve que por la diabetes, tengo que comer cada cierto tiempo, aunque sea una galletita un yogurt cualquier cosa, así que aquí estoy po,

[llega una paramédico a llamar a la paciente para que se tome sus remedios, la entrevista queda hasta aquí]

Ya pues que le vaya bien!

Gracias a usted por conversar conmigo un rato.

P 11

Cuánto lleva aquí?

Como dos semanas

Cómo se llama usted?

Rosa,

Y qué edad tiene?

Treinta y... cuarenta, ya cumplí los cuarenta [risas]

Cuesta asumir los cuarenta

Si... si

Tiene hijos?

Si, una tiene 11

Usted no es chilena?

Si... si

Ah es que tiene un acento

Si es que viví muchos años en la Argentina, después me vine para acá y aquí trabajé, conocí mi pareja, mi ex pareja y tuvimos una hija y después nos separamos y cada quien por su lado, yo preocupada por mi hija, siempre, todos los meses, o no todos los meses, mes por medio, le mandaba su mesada, yo le ayudo porque el padre no... no existe, así que y le hacía de padre y de madre para mi hija, bueno y siempre he estado acá internada desde los veinte y tantos años,

Y por qué?

Porque siempre me ha dado depresión, a los veinte y tantos años me dio depresión y de ahí no he podido dejar de tomar mis remedios, de estar yo sanamente, entonces me cuesta mucho volverme a la vida, a mi vida normal

Reintegrarse?

Exactamente, me cuesta, inclusive hoy día me dio un... bajón fuerte, anoche, de anoche que estoy con un bajón fuerte y me estoy superando ahora con todo, me viene como bochorno como dolor de cabeza, como angustia como que quiero llorar, llorar y trato que no me pase eso po

De controlarse

Y no po si yo lloro me hace más mal, me coloco peor estaba bien estos días no había llorado nada pero hoy día amanecí así súper angustiada

El día a lo mejor, medio nublado...

Parece...

Y su hija quien la cuida?

Mi hija la cuida mi tía de San Carlos y ahí vive mi hija está en un internado de monjitas donde me crie yo, así que está bien cuidada y los fines de semana se va donde mi tía, ahí están en familia, ella la lleva de vuelta al internado, está bien en estos momentos pero no sabe por qué yo estoy acá ahora, yo no estoy por una depresión severa, o sea si estoy por una depresión severa pero yo cometí un error muy grande, encendí el departamento y se quemaron otros departamentos y estoy en juicio, de las crisis que me dio, me dio muy fuerte esta crisis y llegué a cometer esa locura que me ha traído... va a ser pa largo

Pero con el tratamiento ya se siente mejor?

Si...pero es que la doctora me está dando una pastilla, después me da dos, después me da una y media y estoy teniendo el sueño muy malo, muy irregular

Le cuesta quedarse dormida?

Me cuesta quedarme dormida, anoche fui donde las tías que no podía dormir, no me concentro en el sueño me cuesta mucho y en la mañana amanecí con decaimiento

Es que no descansa

Exactamente me duelen mucho las piernas, la colita y entonces eso me produce el mal dormir y un malestar, y todo lo que siento y mi cuerpo y mi alma todo, lo escribo, todo lo escribo y después lo hago tira y lo boto a la basura porque esa es la única manera poder relajarse de estar consiente de uno porque a veces a uno se le va la onda

Ha sido difícil para usted sobrellevar esta enfermedad?

Ha sido muy difícil, es como llevar una carga muy pesada

Y en qué lo nota usted?

En todo sentido, en la vida cotidiana, enfrentarme a la vida, trabajar, todo eso entonces me ha costado, ha sido difícil

Trabajaba?

Trabaja bien si... trabajaba bien pero también un poco, la gente también... uno por ser generosa, a veces abusan cierto entonces eso me pasaba a mí y a la vez sufría pero igual luchaba, luchaba porque tenía a mi hija pero ahora al contrario porque ahora no sé cuantos meses me van a tener acá, entonces eso me tiene muy amargada... [Solloza]

Y cuando conversa con el doctor no le dice más o menos cuánto va a estar acá

No, no sé ayer hablé con el doctor y me dijo que iba a ser para largo porque no ha llegado el juicio todavía

Entonces tiene que recuperarse para cuando salga el juicio

Sí, pero va a ser difícil... porque esta enfermedad es muy maldita, muy maldita, un castigo no sé... y como ha vivido toda su vida con eso?

Desde los veinte y tantos si yo fui normal, hasta joven, pero siempre me daban esos llantos, depresión, pero yo no sabía que era depresión, me daban estos ataques de nervios, de pena pero yo no sabía por qué me pasaba esto, no me concentraba en el colegio, me venían ataques de llanto pero de chica si yo no sabía que era lo que me estaba pasando

Nunca fue al psicólogo?

No, nunca fui a un psicólogo, nunca, ahora cuando me paso a los veinte y tantos años me vino una crisis y por eso me fui a la Argentina y allá también me venían crisis y no sabía qué estaba pasando en mí.

Allá tampoco se atendió?

No, iba al médico y me daban pastillas para el colon... pensaban que podía ser el colon, el hígado todas esas cosas pero no pensaban que era depresión que me estaba dando, entonces me tuve que volver para acá y acá en el hospital me descubrieron que yo sufría de depresión,

Y qué le pasa a usted cuando le dan el diagnóstico?

No ahora por lo que hice estoy súper mal, porque imagínate hacer eso... no lo... no la... las consecuencias no las pensé, estaba tan mal psicológicamente y a la vez con mucha pena porque yo luché porque me cuidaran porque me trataran, fui a los hospitales, fui a que me atendieran, me atendieron pero no me dieron la... como te puedo decir, no estoy culpando a los hospitales ni nada por el estilo pero deberían haberme ayudado antes porque yo, si me hubieran atendido antes, mucho antes, a tiempo... yo no hubiera cometido ese crimen que hice, porque imagínate yo quemando algo y no veo las consecuencias, hubiera matado una persona me meten a la cárcel de por vida. Estuve presa dos días, me tomaron, me esposaron y fue muy duro pa' mí, yo no sabía cómo eran los sistemas adentro ni nada de eso, es muy cruel allá eso de estar detenida en prisión, no... no aguanto yo estar ahí es otra vida es muy cruel

Usted pidió que la trasladaran para acá?

Si yo hablé porque me sentía muy mal, que yo estaba con psiquiatra estaba internada que no podía estar ahí porque no era mi mundo

Ellos comprendieron que producto de la enfermedad...

Si me hicieron un juicio allá, y de ahí me mandaron a la casa, y como no tenía casa, me mandaron para acá para el psiquiátrico porque yo andaba mal,

Aquí la acogieron

Acá me acogieron si pero a la vez de mi angustia de mi preocupación a veces hablo cosas, escribo cosas que yo siento en mi interior y esos son papeles que yo voy escribiendo día a día

Le sirve de terapia

Si es una terapia para mí

Y eso se lo dijo el doctor?

No se me ocurrió a mí, yo de mi persona sale, por eso que ando así medio llorando, triste, me siento mal

Y usted cree que las tías acá, los doctores la ayudan en este proceso?

Si... pero como que no se... como que no quiero estar más encerrada, como que quiero irme, quiero mi vida que tenía antes, si porque yo antes igual estaba aquí internada, pero duraba un mes o quince días y estaba bien y me iba a trabajar, pero ahora... [La paciente solloza]

Pero ahora leo, hago todo

La tranquiliza leer?

Me tranquiliza leer, leo la palabra. La estoy leyendo a Dios día a día, pero como que estoy enojada con él también porque por qué me paso esto a mí, como que me siento desdichada de la vida, lo que hice fue tan feo que me siento como un patito feo...

[Llegó otra paciente ofreciendo colonia para la paciente recién llegada, "la abueli"]

Y cuando se siente mal, usted puede hablar con el doctor?

Si, hoy día no me atreví a hablar porque me sentía muy mal y en la mañana puro llanto, pero ahí con mi amigui nos apoyamos, ayer estuvimos cantando en inglés, cantamos canciones, que nos gusta cantar, tenemos un dúo,

Inventan canciones?

No, recordando canciones e inglés, de castellano, y vamos escribiendo.... Pa' pasar la hora del día, canciones de amor

Ah son románticas

Sí, somos románticas y cuando vienen los estudiantes, hemos hecho karaoque, hemos pintado, hemos hecho arte, de todo un poco, reuniones

Y eso les ayuda en su recuperación?

Si eso ayuda, ayuda porque a mantener la mente ocupada y eso es muy bueno porque por ejemplo en estos días no hemos hecho nada y pienso y pienso y pienso, es como un caldo de cabeza

Tiene que buscar cosas que hacer entonces

Sí, si ahora que llegue don Enrique voy a decirle que compremos cositas para adornar para pasar la navidad aquí, para que hagamos algo lindo, que coloquemos adornos, un arbolito, las cosas pegarlas

en las paredes unas campanitas un papa Noel, las botitas, porque voy a estar un poco triste en navidad porque todas las navidades las paso con mi hija,

Y usted cree que esta enfermedad es más difícil de llevar en comparación a otra enfermedad del cuerpo como diabetes por ejemplo, siente que la gente la ve distinto o no?

Sí, sí, es discriminatorio, es discriminatoria la enfermedad sí...

Y cómo cree que influyen los doctores en la mejoría?

Mucho, conversa uno con ellos y le solucionan a veces los problemas pero a veces son como medios frívolos, porque como que son muy cortantes, medio no sé... como en su mundo no más,

Siente que fuera como un trámite o algo así?

Si... yo me encuentro como que fuera rata de laboratorio

Y qué la hace sentir eso

Porque te toman como... te dan pastillas... una, a la otra noche te dan dos, después te dan una y media, anoche me dieron una y amanecí así como descompensada, entonces como vas a andar bien, si ellos no saben, están probando, y me descontrolan el medicamento

[llega la "abueli" un poco descompensada, y la paciente pide terminar la entrevista para ir a verla]

Ya dejémoslo hasta aquí bueno,

Listo, vaya a verla no más, gracias por todo!

P 12

Y por qué llegó usted acá

Es que yo tengo trastorno esquizoafectivo, pero es que me enfermé por mi mamá, porque mi mamá, yo mantengo mi hogar, mi casa, hago todo pago arriendo, todo. Entonces no he pagado ni noviembre ni diciembre los gastos comunes, los gastos generales, comida recibimos de la muni porque somos fonasa a, pero es difícil, yo no quiero vivir así, yo quiero vivir de mi trabajo porque yo estudié

Si, y qué estudió?

Publicidad, y me encanta lo mío, pero al principio estudié como cinco años y después tuve que hacer otras cosas, en una empresa grande, alemana pero después, de ahí salí mal, no por mí, sino por un jefe malo conmigo, porque yo llevaba ocho años, siete años y meses en esa empresa, en ese puesto y ese jefe fue malo conmigo y en seis, ocho meses me fui a pique, me enfermé de los nervios, si yo no tenía nada, y de ahí no me fue nunca más bien en la vida, puros remplazos, que el factor security, que era experta, pero cosas cortas, en buenas empresas, pero cortas

Por qué cree usted que no mantenía los trabajos?

Porque tenía este trastorno esquizoafectivo, y no controlaban la dosis, me daban mucho, me daban poco... y últimamente parece que era mucho, en comparación con acá... [Silencio breve] Oiga y usted de dónde viene?

De la Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Universidad?

Academia de Humanismo Cristiano,

Ah!, ya estamos bien... [risas]

Y ustedes se llevan bien aquí?

Si, con ella somos amiguis, tenemos unos proyectos juntas, pero todavía son castillos en el aire

Ah pero por algo se parte

Si exacto, de ahí se parte,

Y llegaron juntas, cuanto lleva aquí usted?

Yo llevo un mes, y la Rosi como dos o tres semanas, si casi juntas, pero yo las dos primeras semanas estaba volá', pasaba dormida en la cama, no podía nada, ellas me han contado un algo, que un día me caí de la cama, me contó la señora Isabel que ella no pudo recogerme, manso pescao', y me recogió no sé realmente como me recogió [no se entiende] y eso que estaba en la cuna, como cuna dije yo, y es que tenía barandas de cama de hospital, ah sí dije yo, y así solita estuve como dos semanas y estaba en una pieza solita ahí, aislada, pero que estaba consciente, una semana estuve,

pisando tierra firme, o sea más o menos tierra firme porque ando medio patuleca, es que me dio un paro cardíaco a mí, pero me salvé gracias a Dios,

Y para usted cómo ha sido que le hayan detectado esta enfermedad?

Fue terrible, yo estoy así del 2000, doce años, con lagunas no seguidos, o sea de repente estaba mal, tres años, cuatro años mal, dos años bien, y después de nuevo el 2006 y después de nuevo, así como a lagunas, a pasos, pero me dio como cuatro crisis, crisis, recaída, crisis y recaídas, pero esta última fue bonita pero dura eso si ah, dura, dura porque me pasé todas las películas habidas y por haber, me metí hasta gendarmería, y que gendarmería... entre comillas,

La que está aquí

Si las que andan esposadas, que andan con cadenas, le pedí la credencial, el carnet que dijera que son la de la institución porque yo casualmente había estado leyendo folletos, porque soy cachurera, guardo cosas para leerlas después, y después las leo, después, entonces había estado leyendo uno del carnet de identidad y sale un relieve especial como del escudo entonces, yo lo tocaba el carnet y todo

Para ver si era de verdad

Sí, pero el de gendarmería no lo conocía, de adónde si yo no soy delincuente, y entonces ha sido difícil porque no hallaba como salir de aquí o sea, pensaba que podía estar meses aquí, y tengo mi cuenta bloqueada, mi cuenta corriente

Y por qué se la bloquearon?

Yo la bloqueé, yo porque tenía miedo porque no estaba segura donde estaba mi cartera, porque yo salí con mi cartera y un bolso de esos alemanes, no sé si lo ve, de estos ecológicos de género, de esas bolsas largas, largas así que quedan como por acá, entonces llevaba las cositas que yo necesitaba pero no ropa, si no crema, champú, maquillaje como cosas así primera necesidad, primera no ropa entonces salí con eso pero me acordé después [no se entiende] que los carabineros me habían sacado de mi casa porque mi mamá me echó de mi casa, los carabineros me trajeron para acá, así que en alguna parte estarán mis cositas, pero seguras

Y dentro de esos años en que se sentía bien volvía a trabajar, hacía su vida normal?

Claro, claro, pero el 1999 que fue en febrero que me echaron de SIMENS Chile, una empresa alemana que yo no era realmente feliz en las pegas, eran muy cortas, remplacitos chiquititos, en lo que hacía no me quedaba porque había alguien de planta yo no iba a estar quitándole la pega a otro porque si no más, pero yo necesitaba trabajar entonces era complicadísimo y mi papá murió en el 95' y la herencia recién salió, una herencia chiquitita pero suficiente porque menos es más, de diez palitos, salió recién en el 2011, septiembre 2011 si no me equivoco, pero yo esa platita traté de hacerla cundir y ahora tocó gimnasia bancaria

Haciendo malabares

Viendo lo que ofrecen porque tengo cuenta gracias a Dios se me ocurrió como estaba empresa grande, se me ocurrió solo y resultó, como era recepcionista operadora ese era mi cargo me hice una cuenta corriente y como trabajaba con un compañero pero yo era la a cargo eso sí... estaba pensando que a lo mejor podría mandar un currículum, como estamos en tiempos diferentes, diciendo que trabajé en SIMENS pero la verdad no más que la verdad, diciendo que ahora tengo más de estudios que antes, porque en ese tiempo era de un instituto profesional, de 4 años y ahora soy profesional universitaria son dos años más, egresada de la Universidad del Pacífico, entonces podrían darme trabajo en el departamento de publicidad que es mi sueño porque yo entre en esa empresa porque ahí quería trabajar, en una de esas me resulta po', pero igual va el proyecto con mi amiga [le señala con un grito a otra paciente que descansa a un lado]

Qué proyecto tienen?

Un dúo de cantante, con mi amigui...

Usted considera que esta enfermedad es igual que tener otra enfermedad del cuerpo como diabetes por ejemplo, o siente que la gente la mira distinto?

Sí, totalmente discriminada, no se le puede decir a cualquiera, tenís' que decirle a los más amigos,

Es un secreto?

Sí, secreto total, pero algunas tienen solución, algunas se pueden quitar después de un tiempo yo creo,

Que se sane de la enfermedad?

Sí, por ejemplo como la depresión mayor, se sana... porque eso es como decir amargura mayor, te ha ido demasiado mal en la vida siendo una persona normal y buena

Pero vivir sin pastillas dice usted

O sea, con tratamiento largo, que te diga el doctor el momento en que puedes tratar de dejar las pastillas, y si te resulta bueno, si no vuelve al tratamiento y así hasta que algún día te puede resultar bien, opinión mía personal, pero yo no tengo esa, yo tengo trastorno esquizoafectivo

Y eso se puede mejorar?

No lo sé, le voy a preguntar al doctor ahora, yo tuve una conversación hoy justamente con el doctor, pero no le pregunté eso porque se estaba alargando mucho la conversación y no es bueno, se aburren los doctores porque tienen muchos pacientes, somos muchos

Tiene que hablar preciso

Sí, hay que hablar preciso, y eso lo he aprendido [no se entiende]

Cómo?

Con los años lo he aprendido, llevo catorce años en este asunto, estuve en el Hospital Salvador, ahí trataron de... [No se entiende] y no hubo caso, hasta que en el Hospital Salvador parecía que no me querían atender, no me daban horas, y me daban recetas mal emitidas y no me pudieron dar los remedios entonces me enfermé yo.

Y cómo cree que influyen los doctores en su mejoría?

Mucho, pero a veces como que... trabajan porque tienen que trabajar y vienen a cortar el queque no más, como escuchan tantos pacientes,

Como un trámite?

Sí, a mí me pasaba... yo me sentí muchas veces como conejillo de indias, de esos que toman como ejemplo para mostrar cuando estás angustiado y amargado y después te hacen salir, te van a dar la receta que te dan siempre y yo quedo como... [Pone cara de desconcierto]

Mira yo te voy a contar, una vez yo estaba llorando con ataque de angustia, lloraba y lloraba y nadie me paraba entonces mi mamá me llevó al hospital, entonces mi mamá cuando le preguntaron dijo quiero un médico de urgencia mi hija llora y llora y no para de llorar, estaba con angustia y entonces dijo, usted tiene que...

[Interrumpe otra paciente ofreciendo galletitas]

Gracias, entonces le dijeron que primero entrar a hablar con un estudiante de la universidad no sé cuánto, de Chile por decirte una, inventada no sé cuál era, años atrás, y “no!, no quiero” llorando gritaba yo, y me dijeron, si no, no te damos el remedio, no! Que no quiero!, decía, “no te damos remedio” me decían

Se sintió amenazada

Claro, y agresiva así, impositiva, “o entras o no tienes remedio”, o medicamento para que no suene a otra cosa, así que entré y yo lloraba y me hacían preguntas estando llorando... como quince a diez personas, entre diez y quince eran más o menos y después el medicamento lo fuimos a cobrar a la farmacia, hay una parte del hospital que se llama farmacia, donde uno pasa y lo retira, no te cobran nada, es gratis porque soy Fonasa A, pero yo tenía Isapre, Colmena cuando trabajaba en SIMENS, entonces yo sé la diferencia entre tener Fonasa o Isapre porque es muy distinto

Bueno usted sabe que salió una ley de derechos y deberes de los pacientes, y que los estudiantes ya no pueden examinar o ni siquiera entrar a mirar a un paciente sin su consentimiento,

Y de qué año es esa ley

De ahora recién, en octubre del 2012,

Ah no tenía idea, a mí una psicóloga muy buena, yo creo que fue ella porque de como 10 que vi, se me grabaron dos, muy buenos y ella me dijo, nunca pero nunca permitas que alguien te diga que por los medicamentos tienes que hacer cualquier cosa, pero nunca, y esa niña me atendió muchas veces, y me gustaba porque me hacía pensar, no me decía tú tienes que hacer esta cosa y la otra, me hacía

pensar, y me atendió tan bien, de una forma tan decidora que me dio pena cuando se fue, y me avisó dos semanas antes,

[Llega la paramédico a entregar la once, todas tienen que acudir a la sala común a recibir su ración, la entrevista queda hasta aquí.]

Ya nos están llamando, hay que ir para allá, me acompaña o lo dejamos hasta aquí mejor

Valla no más, gracias por todo!

P 13

Y cuánto lleva aquí

Llevó a ver dos semanas... terrible porque te amarran aquí de los brazos así, te amarran las piernas y te ponen pañales, y tu igual estas en tus facultades que te dan ganas de ir al baño y quieres pararte para ir a hacer pipí y no podís, es frustrante ya una semana que no me ponen nada por lo menos

Ah que bueno, y tiene hijos?

No, soy separada, divorciada, [risas] no mentira no tengo,

Qué edad tiene?

36, y usted cuánto tiene?

24, *Y la viene a ver su mamá?*

Sí, todos los días me viene a ver mi mamá, ya está viejita mi mamá, ahora viene a dejarme sábanas porque no tengo

Chuta y no le pasaron aquí sábanas?

No... y me viene a dejar una almohada porque mira esta no es rica... no me gusta, no es de esas almohadas que tú las aprietas y uh...

Es que está nueva...

Voy a tener que pegarle hartito para que se ablande...

P14

Cuénteme hace cuánto que está acá y cómo llego

Yo estoy aquí con una depresión severa.

¿Depresión?

Depresión severa, que me lo dijo la cardióloga cuando yo me atendía en el Barros Luco.

¿Y usted cuánto lleva aquí en el sector, en el hospital?

El lunes cumplí siete días.

Ah lleva poquito.

Si.

¿Y usted había estado antes acá?

No, primera vez.

¿Antes la depresión se la atendía en el otro hospital?

En el otro hospital me atendían y estaba bien y no sé qué gatillo en mí que me explotó la depresión, antes estaba con médico, neuropsiquiatría y medicamentos, y dejé, estaba bien, dejé de tomar los remedios y ahí me vino el bajón.

¿Y porque dejó de tomar los remedios?

Porque me sentía bien, porque tomo muchos remedios, tomo, ..., ..., enalapril para la hipertensión, anti coagulante, ..., paracetamol.

¿Entonces usted considero que era mucho y pensó que se sentía bien?

Me sentía bien, y no quería hacerle daño a mi familia, en cuanto a que ellos dormían en la noche y yo no dormía, estaba caminando, yo no dormía ni de día ni de noche.

¿Tiene hijos usted?

Si tengo dos hijos.

¿Y la vienen a ver, tiene visitas?

Si, gracias a dios ayer me vino a ver mi hija, ella trabaja en la ..., es telefonista y a la vez estudia inglés, y tengo un hijo de..... (voz llorosa)

¿Y cómo se lleva aquí con las chiquillas, con las compañeras?

Bien he tenido buenas amistades, (nose entiende)

¿Y con las tías como se relaciona, con las funcionarias?

Bien.

¿Y usted que hace aquí durante todo el día?

En la mañana nos levantamos, nos duchamos, vamos a tomar desayuno, después nos hacen hacer gimnasia, después salimos al patio, después nos toca almuerzo, después ahí cada una a su pieza la que quiere, si quiere ver tele (nose entiende)

¿Usted nos contaba que tenía como prejuicio por su hija, que no quería traerla ahora piensa lo mismo?

No es que todos cuentan distintas versiones, el médico tratante de la posta le dijo a mi esposo que no me trajera para acá por era peor que se escupían andaban a garabatos que fumaban, peor a mi gracias a dios me respetaron en la pieza uno donde estuve ahora estoy en la pieza numero tres y me respetan.

¿No fumaban donde está usted?

No, no gracias a dios, yo solamente quiero salir sana de acá primeramente para mi señor y para mí primeramente para mis hijos.

¿Se dio cuenta que no era así como decían los doctores?

No, el doctor me metió mucho medio, estuve si dos días en emergencia ahí estuve yo, que yo quería estar ahí sola, incluso yo llore cuando el médico me cambio, para acá, pero después fui viendo que no que la vida tiene sentido, y eso hago todos los días, luchando para salir, hacer ejercicio, tenía una tarea para el día lunes para las tías cuando vengan para gimnasia, hacemos cosas con mostacillas.

¿Y los útiles de aseo se lo tras su familia?

Si, los útiles de aseo, yo lavo aquí la ropa interior y algunos pantalones, pero ayer como vino mi hijo mande que me lavara la ropa interior.

Y aquí la gente que no le llega la ropa la lavan acá no sabe como lo hacen?

No, no sé, la mayoría le mandan a los familiares que se la laven, porque justo ahora usted se van a reír andaba, en el primero piso, en la primera sala y se cayó un calzón

¿Y usted recibe una ayuda económica de su familia o alguna pensión?

Yo recibo una pensión, una pensión de invalidez

¿Ah porque no puede trabajar?

Yo no puedo trabajar, mis hijos me apoyan también gracias a dios pero yo le digo que su platita se la guarden para sus estudios para sus gastos porque ellos tienen que pagar mensualmente lo que estudian, mi hija también está estudiando

¿Cómo es la atención aquí?

Buena bien, mi doctora me entiende, me comprende, me quiere

¿Usted se siente cómoda aquí?

Si, primero una noche, la primera noche todo cuesta, porque es nuevo es un mundo distinto para nosotros tuvieron que amarrarme porque no podía dormir en la noche, me dieron una pastilla para dormir, ahora mis amigas me pintan me hacen trenzas (no se entiende)

VI.2.2 Anexo: FUNCIONARIOS

Auxiliar 1

Gracias por acceder a conversar un rato, cuéntame cómo funciona la cosa aquí

Mal [risas]

Para empezar, cuál es tu labor.

Bueno mi labor es auxiliar clínico, la labor que debería desempeñar yo es... mantener el aseo, traer y llevar cosas y hasta ahí no mas quedaría mi función, pero estamos en el sector público y nosotros tenemos que hacer de todo, claro somos polifuncionales.

¿Por ejemplo?

Por ejemplo cuando faltan técnicos tenemos que cumplir labores de ellos, tenemos que contener pacientes, em... bueno y un montón de cosas más, tenemos que hacer labores administrativas. Por ejemplo ahora hace poco estaba haciendo unos memos para enviar y todo. Claro así uno aquí tiene que hacer de todo acá y estar en contacto hartito con los pacientes, porque el médico viene los ve y... se va, pero el que esta todo el día con ellos, le prestamos apoyo emocional, somos nosotros o sea... nosotros estamos gran parte del tiempo con ellos.

¿Cuáles son sus turnos?

Yo trabajo de día, entro a las 9 de la mañana y salgo a las 6 de la tarde, de lunes a viernes. Si po', o sea todo el día con ellas. Nosotros igual estamos encargados de hacer actividades con ellas, las llevamos al parque para que se recreen un poco, para que no vivan tanto el encierro, y eso más que nada

Compartes hartito con las pacientes

Claro o sea todo. Igual es difícil también en el principio pero uno se acostumbra y ya como que se hace inmune. Por una está escuchando sus problemas entonces ahí uno debe tener como bien clara la película y no involucrarse tanto con la personas

O sea igual tienes un cuidado

¡Claro, claro! Hay que tener cuidado, son cosas que uno va aprendiendo por el camino, porque cuando uno llega a trabajar acá uno no llega ah, no nos hacen como una inducción, o sea uno llega "a los leones" al tiro y sobre el camino uno se va haciendo la experiencia. Yo llevo 4 años trabajando acá y ya uno después aprende a mantenerse al margen (gritos de una paciente) porque uno ve historias bien fuertes acá.

Y que te parece eso, porque aquí tu labor, tu vienes a trabajar de una cosa, pero terminas haciendo otras, eso que te parece.

O sea desde el punto de vista monetario, o sea malo porque hago de todo y por la misma plata, pero al final lo que hago lo termino haciendo las cosas más por cariño. Se va haciendo el ánimo de, ¡ya igual total!... la idea es sacar adelante la pega como sea. Eso más que nada.

Bueno si llevas ya casi cuatro años significa que te has podido mantener en tu labor.

Claro si he visto pasar harta gente por acá, me refiero a compañeros que han estado poquito acá; o sea uno se da cuenta cuando se han ido afectados, se van con depresión igual.

Y afecta mucho la relación...

Claro se relacionan demasiado con los pacientes entonces eh, como que se cargan de los problemas de ellos, y al final terminan mal, con depresión. Eso igual pasa. Así muchos optan por irse, porque por ejemplo existen pacientes que tienen trastornos de personalidad, entonces uno los ve y son como cualquier persona normal, o sea uno dice porque esta acá si está bien. Pero uno al involucrarse con ellos se va dando cuenta de la enfermedad que tienen y una de las características de la enfermedad que tienen es que ellos traspasan sus problemas a las demás personas, ese es como su sistema.

Y ustedes han ido aprendiendo eso en el trato.

Claro en el camino, en el trato o sea yo ahora... es que pasa también algo curioso, o sea la mayoría de los pacientes que hay acá hay son... clientes frecuentes (risas) o sea están un tiempo acá y después vuelven de nuevo y vuelven de nuevo. Entonces ya uno como los va viendo y todo uno ya es como los médicos, les sabe el diagnostico con sólo verlos, con mirar las actitudes que tienen. Ya este tipo tiene esquizofrenia, esta niña tiene trastorno de... y cosas así.

¿Y para trabajar con ellos les hacen capacitaciones?

Mm... no, o sea igual de repente van saliendo la oportunidad de hacer capacitaciones, pero mira yo ya llevo 4 años y cuanto llevaba como 3, ahí recién fui como a la primera capacitación, pero... por eso... yo creo que a la gente debería prepararse más como primero como una inducción o sea

preparar la gente para estar, sobre todo en este sector es complicado para uno trabajar acá, porque las niñas como a veces como vienen medias mal, como que igual se andan, enamoran acá; entonces eso es un problema. Y si tú... o sea yo tengo la experiencia de compañeros que han estado acá y como que no han hecho esa diferencia de paciente y funcionario, entonces se han involucrado más allá con las niñas y se acarrea una serie de problemas. Uno de las primeras cosas que debe estar consiente que no está tratando con una persona que esta con sus cinco sentidos, o sea no se puede cachar si la paciente dice, oye si, estoy pololeando [risas].

Claro es medo complicado eso [risas]

Si, entonces depende del criterio de de cada persona y tratar de aprender de lo que más se pueda... si igual es interesante la psiquiatría, pero por las razones por las que uno está acá; por ejemplo yo estudio pedagogía en inglés, estoy en cuarto año y yo entré acá como para pagarme los estudios o sea ya igual me queda poquito y después de eso me voy a ir; pero la experiencia quedó o sea igual podría haber trabajado en el McDonald por ahí, pero me vine para acá.

¿Cómo ves la relación entre el doctor y las pacientes?

A ver. Mira, aquí nosotros funcionamos con un stand de médicos que son permanentes que son como 3 y los otros van rotando porque están haciendo la practica acá, entonces la relación con los médicos es como más distante porque como ellos están menos tiempo acá, están 4 o 5 meses que deben estar, entonces es como más fría, pero con los médicos estables es como más... como se llama, es como una relación más buena porque aparte como te digo son gente que vuelve, vuelve y vuelve entonces los conocen, porque son pacientes de la casa ya.

¿Y como ves tú el cuidado que tienes con los pacientes?

Es buena igual. O sea incluso va mas allá de, yo creo. Por que como este es un hospital psiquiátrico se tendría que ver lo que es psiquiatría, pero acá la gente viene y también termina atendiéndose de todo, o sea vienen porque tenían una depresión, pero al final terminan mandándolos a, no se po?. Tenía problemas al páncreas, al hígado y terminan viéndole otras cosas. En ese sentido es buena la atención, se preocupan harto de los pacientes respecto de lo que es salud.

Y por lo que me dices no solamente el doctor ayuda en la salud, porque tu igual apoyas mucho eso.

Claro o sea, aquí todos estamos bien pendiente, bien pendiente de la salud de las chiquillas; uno debe estar atento e informarse si ve algún cambio alguna cosa.

O sea podrías decir que es buena la atención que dan aquí porque se preocupan.

O sea si hablamos de una idea general, la atención es súper buena, pero los recursos, a veces se podría hacer más, pero ahí por la escasez de recursos quedamos con las manos atadas. Mira un caso personal, yo antes de trabajar acá, trabajaba en otros sector del hospital, que es el servicio dental y ahí nosotros, igual en ninguna parte atienden a un paciente psiquiátrico, o sea igual lo discriminan. Entonces acá nosotros dentro de lo que podíamos lo arreglábamos, hacíamos extracciones, tapaduras y ese servicio el año pasado se eliminó porque no había recursos; mira sabí, compraron maquinas súper caras, pero no habían insumos para utilizarla, o sea ese material quedo nuevo guardado ahí y nunca se pudo utilizar. Al final el dentista se choreo y se fue porque no.... Mira a veces no teníamos anestesia para los pacientes, entonces no... en ese sentido me refiero yo, o sea las ganas esta todo, pero el recurso falta.

O sea aquí igual hay problemas socioeconómicos aquí

Si, si

Entonces ¿podrías caracterizas a las personas socioeconómicamente, a los pacientes?

¿Caracterizarlos?, o sea aquí, es que acá, los pacientes, pasa algo bien divertido, o sea como este es un hospital público uno podría pensar que llega gente de estrato social bajo acá, pero al contrario, llega más gente de estrato social alto haciéndose pasar como que no tienen plata, o sea como en FONASA A, no se como se lo conseguirán, pero hay gente que tiene medios, que se aburrió de pagar las clínicas y trae a los pacientes acá, y la gente que viene de estrato social bajo, viene por... derivados del COSAM o de la posta los mandan, pero hay hartos pacientes de recursos, que viene de... es que por lo general son gente que ha estado en clínicas y ya se aburrieron de pagar; entonces

como ven que acá es lo mismo que allá y aquí es gratis mejor se quedan acá. Pero como que igual hay harta gente que abusa del servicio.

¿Y ahí la asistente social no tiene nada que hacer? ¿Ella no se da cuenta de los recursos que tienen?

Es que los asistentes sociales funcional de acuerdo los papeles que le traen. O sea no van más allá; si el tipo viene con un informe de la municipalidad de que es indigente, ¡ya! es no más.

¿Y ustedes como se dan cuenta de que realmente esta mintiendo?

Por la visita, cuando lo vienen a visitar familiares. O sea que venga una señoras con chofer ha ver al paciente no creo que tenga pocos recursos [risas]. Claro uno se da cuenta también en el trato, o sea si hay una persona que realmente es pobre y una que no.

¿Ellos traen sus propios útiles de aseo o aquí se les da?

No ellos lo traen, o sea los familiares se lo traen. Bueno y el que no puede se le trata de dar acá, dentro de las posibilidades que hay, onda su champú, sus útiles básicos de aseo. Igual que también funcionamos una guardería que es en base a donaciones, la gente nos hace llegar ropa y a las chiquillas que llegan sin nada se le da ropa.

Y el trato con las gendarmes, las pacientes me contaban que habían gendarmes

Si po' tenemos acá pacientes que están en proceso de ver si están cuerdos o no. Entonces por el tribunal tienen que estar con custodia de gendarmería. Y a veces igual el trato es más tirante pero con los funcionarios que con los pacientes; los pacientes como que no... no hay problema; es más con los funcionarios y a veces hay roces... pero más allá de eso. Antes había más, porque antes tenían que venir las niñas con uniforme y usaban armamento, entonces la gente se asustaba

Si

Igual que también las pacientes estaban encadenadas todo el día, unas cadenas que usan en las muñecas y en los tobillos. Entonces ya todo eso se... ya las chiquillas vienen con ropa de calle y las pacientes están encadenadas en la cama, no salen a pasearse por ahí con las cadenas.

No pero igual están en el día encadenadas?

En la noche

Ah en la noche.

Si en la noche.

¿Y tienen intentos de fuga también?

Si, se han fugado algunas. Entonces cuando las niñas van a dormir se les ponen las cadenas, o sino si salen de alguna de las dependencias fuera de acá del sector también, tiene que salir con las medidas de seguridad. Pero ha cambiado harto como te digo yo. Si al principio si ven a una gendarme así con el uniforme ese, y con pistolas y todo la gente se asustaba, los mismos pacientes, algunas que no comprendían la realidad se asustaban igual.

Bueno creo que estamos bien... muchas gracias por todo.

Ya po' que le vaya bien

Ya gracias, chao que estén bien

Auxiliar 2

Me podría contar cuál es su labor aquí?

Auxiliar

Y qué tiene que hacer?

El aseo, ayudar también a darles el almuerzo, darles las once, ayudar también en trámites administrativos como ver lo memos, ir a buscarlos resultados de los exámenes, ver los implementos para los exámenes, ir a la ropa, ir a buscar materiales a la bodega, eso,

Y el tema del tratamiento de los pacientes con las pastillas, dárselas, repartir o esas cosas no las hacen los auxiliares?

No, eso no, por lo menos del poco tiempo que llevo aquí no me ha tocado

Entonces su labor no es tan cercana con los pacientes

Si más alejada de los pacientes, es muy raro que este yo con los pacientes, soy como más distante y lo evito.

[Llega una paciente y le pide que las llaves para abrir una puerta y tiene que irse, dice que vuelve después]

Auxiliar 3

Buenos días, gracias por acceder a conversar conmigo, voy a prender la grabadora, hace cuánto tiempo que trabaja aquí en el psiquiátrico?

Yo llevo 24 años de servicio

¿Aquí mismo?

No he recorrido diferentes servicios porque lo que pasa es que yo soy muy monienta, yo soy muy... o sea a mí cuando no me gustan las cosas a mí me gusta decir las de frente, entonces yo caigo mal en muchas partes, en muchos aspectos entonces a los jefes no les gusta que uno les diga las verdades porque siempre son los jefes los que tienen que tener la razón entonces, yo vengo del sur, y yo empecé a trabajar cuando existía todavía, la... Como le dijera yo, se trabajaba de sol a sol

Sin jornada laboral

Claro como en los tiempos de la esclavitud, entonces cuando llego acá y me encuentro con otra realidad que na' que ver, por ejemplo lo más chocante que fue cuando fui por primera vez al casino y me encuentro que se están comiendo esos puntitos de uva, esos racimitos que quedan en el campo en las puntas de las varas, y yo los miro y digo, "pero aquí comiéndose eso, si eso se los dan a los chanchos en el campo y aquí se lo comen" ooh, [breve silencio] y entonces eso fue cuando empecé a trabajar en el sector 7

Ah el sector 7 de hombres

Claro, pero era muy... que lo que pasa que aquí llega mucho enfermero y jefe que son becados que no son... no tienen educación... o sea tienen su educación como usted pero lo que pasa es que estudian pero... mire yo le digo esto porque yo trabajo con gente muy rica y gente muy pobre, los dos extremos, yo voy a arreglar jardines para allá pa arriba, lo Barnechea, la dehesa por todos esos lados para allá, y entonces allá a uno nunca lo miran como si, a mí nunca me han mirado así como diciendo que "este es el barrendero" o "ah es el jardinero" o "es lo último que hay" no, nunca me han mirado así,

Y aquí usted ha sentido que lo tratan así

Aquí los profesionales llegan y pasan por encima de uno, no saludan, ni buenos días ni buenas tardes ni hasta luego ni ninguna de esas cosas o sea yo encuentro que son gente que ha estudiado con beca que vienen de bajos niveles o sus padres les han inculcado muy malos hábitos pero la gente para allá pa arriba no son así... ahí hay pancito de pascua con el cafecito sírvase

Gracias

Y entonces, después venir a trabajar aquí con los médicos, porque a los médicos uno tiene que mirarles la cara primero y si está sonriente hay que decirle, "buenos días doctor" [tono sarcástico],

¿Y si no?

Claro, hay que decirle, "señor, buenos días señor" [vuelve a usar tono sarcástico] y pa' allá pa' arriba llega el patrón y me dice "hola Moisés como estái", na' de andar tratándolos de señor, ellos lo saludan a uno, le pagan bien, lo atienden bien, le dan buenas comidas, y aquí uno come puras ensaladas, entonces... pero es gente que tiene plata

¿Por eso es más educada?

Es muy... es mucho... es un choque muy grande, y yo llevo más de 24 años trabajando con esa gente para allá pa' arriba, con los ricos, y 24 años trabajando aquí entonces veo las dos realidades, entonces por eso digo yo que esta gente que llega estos medicuchos estudian con beca o vienen de poblaciones marginales porque yo no puedo pasar por encima suyo y mandarles un estrellón y sin decirles disculpe, o un buenos días por lo menos no' cierto, porque claro en la universidad no le van a enseñar esas cosas pero se las van a enseñar sus padres, en la casa claro los cabros de allá arriba

aprenden de chicos a respetar, allá un cabro chico me dice “hola señor” y yo le tengo que decir “no me digas señor porque yo soy el jardinero no más” [risas] entonces no... Son realidades chocantes

¿Usted cree que hay mucho arribismo aquí?

Uh! Aquí la gente no tiene ni un peso pero se cree el hoyo de queque [risas]

¿Y con los pacientes es el mismo trato?

Si po' con los pacientes también, los tratan mal, si por ejemplo un paciente entre más pobre, mas mal lo atiende, más lo marginan que, “espérese” que “más rato lo atiendo” que “no, mañana que ahora no tengo tiempo”, que “no ahora voy a ir a almorzar” y así pasan los días, pasan los días, pasan los días y al paciente ni siquiera le dan una explicación

¿Y a los familiares también?

Mire, si un familiar es choro, lo atienden al tiro pero si el familiar es sumiso y viene así... [pone cara de afligido] no lo atienden na', entonces Chile, en qué país estamos, que dice que la unión, que Piñera y la otra vieja se toman de las manos, que igualdad para todos, qué igualdad! si aquí vivimos... yo, cuando yo empecé a trabajar, cuando yo era cabro chico y a mi padre le dio una trombosis y quedo postrado, yo tuve que salir a trabajar, yo llegue a segundo medio, apenas, y me pasaban de curso porque yo le trabajaba las tierras a la profesora por eso me pasaban de curso, pero yo llegue a segundo medio sin saber leer ni escribir, yo juntaba las letras e iba deletreando y entonces así empecé a leer solito, ene- e, así aprendí yo

Solo

Solo, me daba por aprender porque todo el mundo sabía leer y yo no sabía leer y pa escribir, uh!

¿Y cómo llegó a trabajar acá?

Cuando llegue por una vecina me dijeron que no podía trabajar aquí porque no tenía educación pero me postularon igual y me mandaron a hacer ese curso de,

¿Nivelación?

Eh, laboral, [breve silencio] no aprendí ninguna cuestión [risas] pero yo educación no tengo

Educación formal dice usted

Claro, no tengo pero yo me doy cuenta de por ejemplo, de los ricos que ellos son tan... ellos están comiendo y te ofrecen, de todo lo que tienen te convidan no como acá que aquí lo único que te dan son estrellones

[Interrumpe una paciente y le pide un pedazo de pan de pascua al entrevistado, del que estamos compartiendo y el entrevistado le da un pedazo y la paciente se va]

Y los compañeros que aquí son muy cahuineros bueno que es la raza también, si nosotros somos indios también

[se interrumpe la entrevista porque llaman al auxiliar desde la puerta y se deja hasta aquí.]

Funcionario Paramédico 1

Hola, gracias por acceder a conversar un rato, tu trabajas aquí y en un hogar cierto?

Si,

[Falla en la grabación 30 segundos ilegibles]

Ah, que allá la administración es mala...

Claro, lo que cambia ahí, es la administración

Ah la de allá... si una persona así echa a perder el grupo, una persona así aburrida... no nosotros no, por ejemplo ese día, el Lucho, que es el chiquillo que está todos los días ahí, eh se fue a pagar con los chiquillos, y entonces yo le dije, porque siempre quieren hacer algo, todos los días están comprando bebida, y producto de eso tienen el colesterol alto, y porque tienen sobrepeso y todo el cuento, entonces la señora Carmen les prohibió, les dijo que dos bebidas no mas, entonces claro, después nos echan la culpa a nosotros no más.

Si, si ese día que fui con la otra niña, nos decían a nosotros que ustedes no los habían dejado ir a comprar más.

Si, y no porque tienen plata cachay, y ahora me dieron al Javier también, tengo dos a cargo yo,

Si porque me dijo... y en todos los hogares se a eso? Lo de los...

No

¿Ustedes no más tienen ese sistema de los apoderados?

Si, nosotros. Los otros hogares no po, los otros hogares no hacen nada... entonces cachay, como los chiquillos no gastan nada, porque tienen comida, tienen medicamento, tienen locomoción, tienen todo y no gastan en nada, se gastan la plata en comprar cosas y útiles de aseo, pero igual ahorran caleta, los chiquillos que tengo yo, tienen como 300 lucas, 500 lucas...

¿En cuentas de ahorro?

En cuentas de ahorro... le abrí una cuenta de ahorro, y un cuaderno a cada uno, y ahí les voy anotando, si van a comprar una bebida... con la boleta y ahí yo se lo anoto y listo, y otro por ejemplo...

Ah entonces ustedes les llevan las cuentas de todo lo que gastan,

Claro, todo con boleta, entonces si quieren sacar las cuentas un día... “ay negrito, préstame el cuaderno para cuadrar” entonces ahí está el cuaderno

Ah ya y tú tienes la plata o quién la tiene...

No, yo, yo tengo la plata y el cuaderno, ellos no pueden tener plata

Y donde manejas tú la plata de los chiquillos

En los casilleros

Ah no te tienes que llevar la plata para tu casa

No po, y aparte de eso, por ejemplo nosotros tenemos cable hace caletas de tiempo, entonces cada uno paga su cuota,

¿Los funcionarios y los pacientes?

Claro, los funcionarios y los pacientes... entonces cada uno nos ponemos con dos lucas... todos los pacientes los que tienen pensión... bueno ahora todos tienen pensión,

Pero había uno que no tenía, el más joven

Ah, Rubén, pero ya sacó ya, si está tramitando, si y el otro día sacó, no sé, de unas imposiciones que él tenía, saco 700 lucas, una cosa así, cachay. Entonces, todos nos ponemos y tenemos derecho todos a ver cable, y además resulta también como terapia para ellos mismos, porque resulta a veces la televisión tan fome que a ellos les gusta ver una película, monitos animados, cualquier cosa...

Claro y los mantiene más ocupados ahí viendo tele...

Si po

Ah y entonces tu decías esa cuestión de que Carmen Gloria les preguntaba a ustedes y al equipo médico qué pacientes podían llevar

La diferencia con los otros hogares es que nosotros tenemos el privilegio de que la señora Carmen Gloria trabaja directamente con nosotros, entonces nosotros seleccionamos a quien nos llevamos, a diferencia de otros hogares, tienen que recibir lo que nosotros le mandemos no más.

Pero ustedes igual los eligen de a uno, no pueden mandar a cualquiera a cualquier hogar...

No po, pero tenemos por ejemplo, tenemos 5 que tenemos que sacar. Por ejemplo el otro día, un caso puntual, teníamos que sacar 3 de acá, que ya estaban sobreseídos, y que necesitaban los cupos porque la UEPI necesitaban sacar de allá porque los estaban apurando, mira esto es una cadenita, del juzgado apuran a la UEPI, porque necesitan mandar cupos para acá, necesitan mandar pacientes, la UEPI nos apura a nosotros que necesitan cupos y nosotros tenemos que apurar a los hogares...

Y de los hogares también tratan de sacar gente, tratan de entregárselos a las familias...

Si po, si Rafa estuviera en otro hogar, lo hubieran echado qué rato, porque ya cumplió y Rafa también se pone medio pesado, porque es cambiante...

Si, si él es como más difícil de tratar...

Si su genio es cambiante, pero Rafa es así, no tienen que enganchar no más...

Pero por ejemplo, cómo se llama el que se va a ir ahora?, no me acuerdo...

El Luis, Luis Peñan...

El que se va a Valdivia...

Si

Él por ejemplo, ustedes tuvieron que seguir a la familia, para ver si están en condiciones de tenerlo y todo...

Si po, si vino su mamá hace poco, se ha hecho un seguimiento con... la asistente social se ha encargado de eso, vino la mamá hace poco, hace un mes más o menos, como hace 20 días... ella está en condiciones...

¿Económicamente y afectivamente?

Si po, aparte que él recibe su pensión, la mamá también está consciente, tiene su casa...

¿Y a la mamá se le prepara sobre los medicamentos, tiene como un entrenamiento e los cuidados?

Si po, pero resulta que cada parte del país tiene un servicio de salud que se llama los cosam, entonces donde no hayan hospitales siquiátricos, se les manda a los cosam, y ahí siguen el conducto regular que tienen que ir a control mensualmente porque cada cierto tiempo, hay unos que tienen exámenes de sangre y los tienen que seguir, sobre todo los que son con *closapina*, son medios delicados y los que no...

¿Y por qué tienen exámenes de sangre?

Por el hemograma, porque son, el medicamento de repente, te mata los glóbulos rojos, o los glóbulos blancos, entonces tienen que hacerle el seguimiento, son pacientes psicóticos,

Y son solamente los de acá o son en todo paciente

Todo paciente esquizofrénico es como el último medicamento es la *closapina*, cachay, si está muy sicótico, y los otros medicamentos no le hacen nada, le ponen lo más fuerte que es la *closapina*, pero tiene sus ventajas y desventajas cachay, entonces hay que hacerle un seguimiento, primero semanalmente por 18 semanas, y después se hace un pase mensual y si no hace ninguna alarma, es porque lo puede mandar cortao', empiezan de media *closapina* y le van subiendo la dosis hasta que el paciente esté en condiciones de estabilización y ahí paran el aumento y le mantienen la dosis y ahí hay que seguir el examen de sangre de por vida.

¿Ah oye y en hogar igual hay gente que tiene como condenas cuáticas?

O sea es que todos son cuáticos, hay unos que son leves y otros que...son todos judiciales..

Eso no es un impedimento para que se vayan a los hogares?

No po, de hecho la mayoría que están en los hogares son por homicidio, por ejemplo Jaime mató al papá y al hermano

Jaimito?!

Si y si tú lo miras así, Jaimito no quiebra un huevo, pero es por su enfermedad... Entonces tú de repente le conversas y Jaimito dice.. Puede ser cierto, no se... pero Jaimito dice que se lo violaron también... no la familia si no unos carabineros y siempre dice con carabineros.. Si tu le preguntas dice "hay que me duele la guata".. Y es por eso, porque queda con esas cosas y siempre habla de Cherry, un amigo que tenía en la cárcel y le hacía bromas...

¿Y ellos todos han pasado por la cárcel?

La mayoría... todos

Es difícil que los traigan aquí directamente al psiquiátrico...

No... Porque tiene que pasar por un caso judicial, entonces todo tiene que estar bajo la custodia de gendarmería...

Mm, Y ustedes igual les preguntan de las condenas que tienen? O sea, tu le pues preguntar por ejemplo a Jaimito...

Si po, si nosotros, es que Jaimito es el regalón de nosotros, siempre le preguntamos por Cherry, que era con el que convivía en la cárcel, viste que siempre hacen como grupitos... pero hay otros casos que los chiquillos como que son reacios a hablar de eso cachay, entonces por ejemplo Luis como que le hace el quite, el Rafa y así cachay... sobre todo los que están como mejor, y se acuerdan de sus cosas, y la mayoría son homicidas, el Domingo también mató al papá, varios po, el Cristian también, el Cristian Montes, el que siempre pide bebida, ese guatón, que tiene así una guata y nos echan siempre la culpa a nosotros de la bebida.

¿Al que lo mandan a comprar pan ustedes?

Si ese...

Ah... él como que la lleva ahí...

Sí, porque es como... es como el más callado, pero siempre pendiente, uno le dice... "Cristian anda a comprarme", y para allá parte... porque sabe que siempre le van a dar algo, entonces ahora tienen la tremenda guata, y es por los dulces, y la bebida, fanático de la coca-cola

El otro día, Javier nos decía que ese paciente lo había llevado a cortarse el pelo... lo pescó y lo llevó... pero ustedes le dijeron o él lo llevó a cortarse el pelo?

No, nosotros lo mandamos... porque se había pagado en la mañana, entonces le dijimos "sabes que vamos a hacer algo a la tarde, querés cooperar o no" porque hay que preguntar, igual hay que tomarlo en cuenta, entonces, ya Javier vamos a hacer algo, ya tío, yo qué tengo que hacer, ponerte con lucas, ya tío ahí me voy a poner. Y después yo le dije tení que ir a cortarte el pelo

Y ellos les preguntan, bueno los que están más cuerdos, más consientes les preguntan, así como, esta es la plata que tengo, cachan como la plata que tienen?

Nosotros le vamos diciendo, porque cachay que de repente quieren exceder de lo que tienen, entonces por ejemplo aunque nosotros les ahorramos la mitad al tiro, que cobran como 74, 72 algunos, entonces le guardamos la mitad, como 20 lucas 30 lucas, entonces les decimos oye te quedan 20 lucas nomás así que no gastí mucho.

Y para qué les ahorran, por qué ahorran? Para que no..?

Em., porque de repente hay algunos que se enferman, por ejemplo el Cristian se hizo exámenes particulares que no son cubiertos por acá y le salen caros, el Jaimito tiene un problema en el pie también le salen caros cachay, el dermatólogo le salen caros

Ah entonces para eso es...

Cremas, y de repente ponte tu hay algunos que no tienen dientes y quieren ponerse dientes

Si casi todos tienen súper bonita dentadura

Si po, m ese esa parte no la cubre el hospital y tampoco tienen convenios, entonces como ellos tienen su pensión entonces, nosotros la ahorramos y cuando le sacamos un presupuesto cuando por ejemplo gastan 30 40, o sea 400 lucas por u ejemplo entonces nosotros ahí los llevamos y los traemos a un servicio dental y les pagamos

Y eso lo ve todo la señora Carmen gloria, ella es como la

Eh claro ella nos da la pauta pa eso está el lucho. Entonces a diferencia de otros hogares le damos más responsabilidad al que está de día que haga todas esas cosas porque él sabe lo que tiene, lo que deja de un día pa otro, entonces porque nosotros por ejemplo vamos un día y después no vamos en dos días más o de repente 4 si hay cambio de turno, entonces se trasapela todo, entonces si el lucho va constantemente él sabe lo que hizo el lunes, para el miércoles el sabe lo que dejó el miércoles pal jueves cachay entonces.

Igual los pacientes nos contaban de ese paciente que murió yo me acuerdo que tu habiai estado cuando murió y le decía que casi fue porque el san José no los quiso atender

Ah sí, si po si yo estaba ahí si se murió ahí

Y de qué se murió ese paciente? De una?

Lo que pasa que ese chiquillo lo, lo metieron al san José primero, como una semana antes más o menos

(Se escuchan gritos)

La rosita? Jeje está la mamá dice siempre grita buscando a la mamá...

Lo llevaron como una semana antes que falleciera, en el san José porque estaba con obstrucción para defecar toda esa cuestión y estaba con neumonía y en el san José tiene esa discriminación para el paciente psiquiátrico

Porque como tienen tanta demanda igual es entendible como tienen tanta demanda porque tienen ese problema que no saben cómo evaluar un paciente psiquiátrico, porque nosotros como estamos todos los días con ellos, y 12 horas de repente 20 horas con ellos, porque hacemos 12 horas aquí y 12 horas en el hogar hacemos 24 cachay, entonces sabemos cuando el chiquillo esta simulando y cuando es real

Ah y ellos piensas como que..

Entonces el médico por ejemplo de visita, o externo común y corriente no sabe eso no sabe si esta simulando

Y ellos asumen que todos están simulando

Claro para ellos el paciente psiquiátrico es un cacho y que todos están inventando cachay

Mm si po y ustedes lo llevan cuando saben que ya es verdad

Entonces a ese paciente lo dieron de alta y no lo trataron por el problema que tenía intestinal, que tenía obstrucción para defecar, entonces se fueron por la otra parte, la parte pulmonar con radiografía. Entonces lo dieron de alta, estuvo como una semana en el hogar y empezó a hincharse un día, cachay, le dijimos a los cabros como a las 4 de la tarde entonces se empezó a hinchar mucho y lo trajeron al consultorio, del consultorio lo trajeron altiro al san José entonces ahí llegue yo, porque llego el cambio de turno entonces y llegue como a las 20 pa' las 9 a la 8 30 al hogar a la hora que teníamos que llegar entonces me dijeron y estaba ahí el compañero que me dijo sabi que llevaron al Roberto al consultorio y ahora está en el hospital y entonces, ah ya yo voy dije yo y el san José tiene dos trash que son como las salas de pre emergencia te pasan a uno después al otro depende de la gravedad entonces nosotros pasamos al uno haciendo controlan los signos vitales todo lo pre ambular y ya po tomar signos vitales, la temperatura la presión, pulso y todo y ahí el doctor yo le dije sabe doctor este paciente lo trajeron y me dijo ah sí me acuerdo y qué le pasó, el mismo problema le dije yo que empezó a hincharse y yo le dije sabe que está mal y no me pescó po y yo dije ah este.. y que mas que le podía decir yo po si tampoco podía decirle nada, entonces yo me corrí igual pal segundo trash a la mala así me metí igual , así y el compadre comenzó a eructar a cada rato a tirarse como flatos así porque resulta que era tan lo obstruido que estaba que empezó como a devolver y yo le preguntaba a cada rato caso si quería ir al baño, si quería ir al baño y ese no hablaba nada si no le hablabai estaba todo el día así, no hablaba na'. Y, ya po, y como uno ya conoce a los chiquillos yo mas encima le echaba tallas po y yo nunca pensé que se iba a morir, yo le decía oye Roberto y te gustan las flores o no? Así po y , la madera de qué color te gusta le decía yo, empecé a tontear así y me dice sabe tío quiero ir al baño, querí ir al baño ,si no pero hacer solo pichi nomas, a ya, pedí permiso, lo llevé al baño y me devolví con él y después de un rato me dice ahora si quiero ir al baño y o siempre ando con estas toallas, papel de estas toallas nova cachay, entonces

¿Pañuelos desechables?

Pañuelos desechables y cachay que, en el baño se destapó po, se destapó , me gastó todo el papel y cuando salió , salió pálido, sudoroso, salió mal, oh yo ahí la vi, y uno ya cacha cuando cambian de color, y salió sudoroso con los pantalones a medio subir y se lavo las manos y todo y yo le dije oye wn hay mujeres aquí súbete los pantalones, entonces se sienta así, y va había una enfermera entonces yo le dije, porque son puras chiquillas ahí, entonces yo le dije sabe que al paciente psiquiátrico todavía no lo atienden, estaba en el primer trash pero está mal le dije yo y va a empezar a convulsionar y la chiquilla me iba hablando y me decía no si, todavía esta, y sabi que termina de decirme eso la mina cuando miro yo al compadre lo miro así y empieza a convulsionar así con esos ataques como epilépticos así ya eso es convulsionar así me mira la mina y parte corriendo y trae altiro una camilla, pero estuvo un minuto, un minuto y medio ahí convulsionando así fuerte, y todavía no llegaba la camilla y pasaron como 4 minutos y yo le tome pulso, le tome presión y no tenía, y ahí tocaron el timbre, toco el timbre y ahí todos los doctores a recuperación cachay igual que en las películas llegan todo y ahí lo llevan pa adentro y empiezan las operaciones le empezaron a hacerle masajes resucitación no fueron capaz, le dieron media hora de masajes y no fueron capaz, el paciente ya iba muerto, ya entro muerto si pasaron más de cinco minutos

Y tuviste que, eh llamar a Carmen gloria la señora Carmen gloria

Claro en eso que lo entraron yo llamé al marco y hable primero al hogar y llame al Marco y el Marco no me creía y el Marco pensaba que lo estaba webiando porque si salió caminando, si salió caminando y después en esas condiciones, así que ya po entonces ahí el marco empezó a buscar el numero del hermano por mientras y lo llame

Ah tenía familia Jacinto

Es que nosotros los tenemos en un cuadernito cachay, cada uno tiene sus parientes entonces nosotros los tenemos en un cuadernito con sus familiares, con el inicio, con el tratamiento con el inicio de llegar a hogares entonces em, en eso después llamé a la jefa y claro, ya me dijo ella me avisai cualquier cosa me tai llamando, ya le dije yo y yo llame porque ese era el conducto regular , avisar cachay pero yo sabía que no iba a volver y salió después la enfermera no la doctora y me dijo sabe que ya llevamos 15 minutos uy no pasa na, no se le dije yo usted sabe doctor usted sabe, no seguir intentando nomas así como que no sabía que había muerto si ya había muerto y después cuando ya falleció la doctora me hizo pasar, y sabi que le sacaron un kilo, se le devolvió un kilo de fecas por la boca, por la boca cachay, entonces como que se ahogó con lo mismo cachay y a donde le hacían el masaje para tratar de sacarle a flote cachay no, no hubo caso y se le devolvió todo

Cuando llegaste tú decirle tú a los chiquillos a los pacientes o no

Eh, no le dijimos o sea es que, los chiquillos se acuestan temprano como a las 11 y media

Ah temprano en todo caso y se quedo solo el paciente, bueno si ya, ya.

No lo que pasa es que ya no es paciente de nosotros, desde que ingresa a un servicio de urgencia, nosotros los acompañamos para dar la información más completa porque ellos son dependientes ellos no pueden decirle por ejemplo me duele aquí siendo que la pierna fracturada es la otra cachay, los pacientes psiquiátricos son así, necesitan de una compañía y así con judicial, no los puedo dejar solo como Jaimito yo no lo puedo dejar solo porque me llega a mi no solamente de aquí si no de... puedo irme hasta preso mas así si se pierde una ficha psiquiátrica forense, ya po entonces, el paciente desde que ingresa a un servicio de urgencia ya no es mío, por ejemplo si se cae, aunque este yo con el no es mi responsabilidad, el de ellos y tampoco puedo participar

Y tu teni que aclararle que es psiquiátrico y que es forense igual porque no es lo mismo

Y ellos lo pueden traer pa acá cuando por ejemplo donde está la unidad de apoyo

No es lo mismo, Si, por ejemplo cuando el paciente va con problemas pulmonares, necesita respiración y hay que ponerle oxígeno, nos dicen ustedes tienen cómo ponerle oxígeno, sí, ah ya, les vamos a mandar este y este (no se entiende) Uno ve y dice a ya, apoyo, entonces uno va y dice tiene cupo? Si, ah ya entonces la enfermera cortina y los manda bien pa acá.

Y entonces los que trabajan tiene bono por trabajar allá

Tenía, lo quitaron

Pero a ti te lo quitaron o a todos

A todos, a todos pero eso es como mas institucional, porque que el bono estaba, el problema que el hospital se chorreó toda la wea, jeja no pero eso debería estar pero a veces se chorreó todo, se chorreó la plata del entorno laboral, se chorreó la plata del bono de nosotros, la plata del aniversario del 3 de octubre, que este año no se hizo nada entonces todas esas platas están perdidas pero no es por una cosa que no llegue solo que el hospital no lo reparte, entonces es como el chiste de la droga, hay escuchado ese chiste, ya es el mismo chiste entonces cuando nosotros vamos a reclamar así, no tocamos na, pero por el camino se pierde todo pero la plata está, está como todas las cosas.

Y eso supuestamente les toca a ustedes y a los de la UEPI, y a los de la de los niños, Mm

Salvo urgencia, el de urgencia es independiente, urgencia es por ley distinto tiene otros privilegios a nivel nacional, y es como por riesgo. El de nosotros no es el que tiene gendarmería, ellos son de alto riesgo el de nosotros es de mediana complejidad.

Oye y cuando pasan esas cosas, que un paciente se va, se muere o se va de la casa, los otros pacientes los echan de menos, se acuerdan, o no, como es

No... o sea, algunos si es que sabís que por lo general, otros no se dan ni cuenta, o sea si tú les preguntai' dicen sí... si tío, pero si tú por ejemplo le preguntai a Jaime, "Jaimito como estuvo el desayuno en la mañana", "hay no se" dice, "por qué, qué no te gusto", y "que comiste en la mañana" y no se acuerda, no se acuerda

Ah como que viven en otra realidad

Claro, están en otro mundo, porque son cosas muy puntuales en la vida que como que los marcan cachai, como por ejemplo que mató a la mamá o al papá o al hermano cuando vivía por ejemplo en Talca, que estuvo en la cárcel y esas cosas como que lo marcan esa memoria le queda grabado y de

ahí pa' delante no cachan na', y también hay que tener en cuenta que a la mayoría de estos pacientes le hicieron electrochoque cachai que son golpes fuertes entonces a algunos les queda la memoria en blanco. Por eso de repente hay talleres pa' enseñarles a leer de nuevo o cosas, que vienen de al frente (se refiere a la Unidad de Sobreseídos ubicada frente al Hospital Psiquiátrico) ahora no sé cómo se va organizar eso sí porque no hay personal, ahí hay una terapeuta,

Ah y si hay un paciente que quiere hacer esas cosas como lo puede hacer, pide no más que se le incluya?, porque hay un paciente que me comentaba que también quería aprender a leer, el Domingo decía, y también el más joven, Ruben dijo que también quería pero que le habían dicho que ya no tenía neuronas una cosa así

[se ríe] no... claro tienen que hablar para que la Señora Carmen Gloria vea como se puede hacer, no lo que pasa con el Ruben que como es más joven, es cabro todavía entonces de repente lo agarramos pal leseo no más pero, lo que pasa es que es más cabro entonces... como que tu sabí quien realmente va a seguir con eso permanentemente y quien no, entonces pa que vas a darle un cupo a una persona que realmente lo va a perder

Pero el Ruben decía que no lo querían dejar, cuánto tiene de condena, tu sabes cuánto le queda por cumplir aquí

Al Rubén le dieron hartito, le quedan como tres años todavía,

Igual no es tanto si es joven

No, si el Ruben todavía es cabro no más

Y quién estaría listo con la condena de ellos y con la enfermedad

El Lucho, Huiscañan que se va a su casa a fin de año

Y el paciente que trabaja

El Rafa, está listo qué rato, lo que pasa que el Rafa por su carácter y por su enfermedad ha estado en varios hogares y lo han echado de todos los hogares por conflictivo, entonces en el hogar nosotros somos los únicos que lo estamos aguantando pero es por un tema de la señora Carmen porque lo tenemos cortito, cachai por ejemplo el Rafa tiene su pieza, se llevó un deco del cable pero lo tiene que pagar, cumple con los horarios

Es más independiente

Es independiente chachai pero varios podrían ser más independientes cachai por ejemplo el Ruben pero no le da mucho si es re flojo también, uno nota quien puede hacer algo y quien no, el Cristian por ejemplo si tú dices "Cristian ayúdame a hacer esto" te ayuda, saca dos sillas y se va, a diferencia del Domingo, el Domingo no cacha pa donde va la micro nada, pero si tú le pides algo puede estar todo el día trabajando, y Jaime también

Y El paciente, Luis dijo que estaba por violencia intrafamiliar pero no creo que le den una condena solo por eso

No, si es así, lo que pasa es que no todos aunque la mayoría viene por homicidio o algo así pero también hay varios que vienen por causas super estúpidas pero los jueces cuando se les presenta el antecedente psiquiátrico, que tiene una enfermedad o ha estado internado se ponen el parche antes de la herida y condenan al tiro, no tienen criterio y los hacen pasar por todas esas cosas... ya listo?

Que me tengo que ir a trabajar

Si muchas gracias

Funcionaria Paramédica 2.

Buenas tardes, gracias por acceder a esta entrevista, le recuerdo que puede estar tranquila que nada de lo que me diga llega al Hospital, es sólo para mi tesis, ni el señor Ruiz ni nadie.

[Se ríe] ya

Entonces empecemos, cuénteme cuál es su labor?

Bueno mi labor es, yo soy técnico paramédico y las labores que tengo son obviamente técnicas, administro medicamentos em... orales e intramuscular. Em... estoy preocupada del aseo, del confort de los pacientes que no pueden hacerlo por sí mismo que casi siempre son la mayoría de cuando llegan, porque llegan muy dopados o en estados confucionales muy grandes. También

tenemos labores distintas al común de los paramédicos, porque tenemos que interactuar con el paciente y conocerlo un poquito más allá de... del... tenemos que romper una barrera porque tenemos que llegar a saber que lo motiva, sabiendo que lo motiva nosotros podemos comparar la conducta inadecuada que él presenta. Eso es mayormente la labor que se realiza acá. Hacemos contención emocional, conversamos con ellos mucho.

¿Tiene una relación como más directa?

Claro es cercana, porque cuando llegamos a ver que los motiva podemos... a veces un cigarro, entonces nosotros le decimos, te ofrecemos un cigarro y tú ocupas la cuchara para comer, por ejemplo, si esa fuese su conducta inadecuada.

¿Es una relación más allá como del técnico paramédico?...

No es distinto, es observación, tú tienes que observarlo, tú lo llegas a conocer por una mirada y sabes que algo va hacer, que algo está mal. Que si... si él está psicótico y dice que la comida está envenenada, yo pruebo su comida y como del plato del, para que él vea que la comida no está envenenada.

Ya...

Son cosas así. Indudablemente el ser humano, aunque tú no quieras uno arma lazos, lazos que no se ven pero son fuertes. Y ahí uno tiene que estar con los profesionales para no “engancharse” como le dicen, con los problemas de ellos, porque uno no se los va a solucionar los problemas, entonces el trabajo es de observación las 24 hrs. Y es muy cansador, muy agotador. Las mujeres presentan, em... porque yo trabajo con hombres y con mujeres, pero las mujeres presentan características que no las presentan los hombres, que es ser histéricas que viene del útero. Entonces todas esas cosas uno... es como que tú ya sales de aquí con la cabeza... [baja la cabeza] entonces a veces el paciente está llorando y se quiere matar; y tú solamente tomándole la presión, aunque no lo necesite prestarle esa atención y decirle quédese acostado, tomarle los signos vitales y decirle que todo estará bien, ellos se tranquilizan.

Ahora se usa cuatro tipos de contenciones para calmarlo, la que más usamos es la verbal, hablar con él. Después esta la farmacológica, que son sus medicamentos que ellos toman; después está la contención ambiental.

¿Y de qué se trata la contención ambiental?

Cuando él no quiere tomarse sus medicamentos, entonces vamos todos, como, como que la vamos a hacer algo, sino (risas). En el día, sobre todo en los días de semana somos muchos acá, somos como 8, entonces vamos todos y nos ponemos al lado. ¿Te vas a tomar los remedios? (ademán de amenaza...risas) y como por último, en extremo, la contención física que tiene que ser sólo autorizada por el médico. Eso es cuando lo amarramos; pero lo que más se utiliza es lo verbal. Gracias a Dios yo llegue a la psiquiatría nueva, porque hay compañeras antiguas que me cuentan que antes era terrible, lo amarraban por cualquier cosa, entonces el trabajo es mucho más complejo, yo no se lo puedo explicar, pero de eso se trata. Tú tienes que tocar y sin guantes, porque tienes que acariciar, consolar, aconsejar y siempre con las antenitas bien prendidas, por ejemplo si yo voy a una paciente y le digo, mejórese por sus hijos, y ella la fijación que tiene es que no quiere tener sus hijos, entonces no puedo ir por ese lado (risas).

Claro un poco de tino.

Por eso siempre hay que ver que lo motiva; entonces es conocer a la persona, interactuar y se forma una relación que nació de los pacientes hacia nosotros que nos dicen tíos, o que nos dicen mamá; y eso nació de ellos. Hay algunos profesionales que se enojan porque ellos lo llaman así, pero eso nació de ellos y eso es porque hay un grado de afectividad. Bueno esa sería más que nada la labor que se realiza aquí, que es harta, las 24 hrs. Ya que hay que vigilar mucho, en especial en la noche en especial por los intentos de suicidio, por la psicosis, porque hay que pensar siempre que ellos no están bien, se caen, están muy medicados, se confunden, se meten en la cama de otros entonces ocurren peleas tan sencillas como que una se equivocó de cama o de sala y está en la cama de otra, entonces uno tiene que estar ahí siempre, y esa es la labor que uno hace.

¿Cómo encuentra la atención médica que se entrega acá?

Bueno a mí me parece, más que buena, pensando que es un hospital público, que hay muy poco recurso, que hay muchas cosas que nos gustaría hacer y no las podemos hacer porque el sistema no lo da. Porque el hospital al ser instituto, por una orden ministerial, atiende solamente la especialidad. Entonces si alguien le da una neumonía nosotros tenemos que derivarlo a otro hospital y allá el paciente psiquiátrico es discriminado, entonces no podemos lograr la atención que deseamos, antes en este hospital aquí se sacaban radiografías, aquí había una unidad de apoyo en medicina, había un sector de neurocirugías donde se operaba a los pacientes, pero ahora que el hospital es instituto, solamente se ve la especialidad y todo lo demás se tiene que derivar. Entonces ahí nosotros nos sentimos que estamos tirando manotazos al aire porque no alcanzamos a ver al paciente como se debería ver, y lo que se usa acá, lo que yo observo, es que se usa el conductismo, los médicos mejoran la conducta inadecuada y le dan de alta, porque hay otras técnicas, psicoterapia, pero eso es muy caro, entonces aquí no se hace, lo que se hace es mejorar la conducta que está mal, porque una depresión, el querer matarse es una conducta inadecuada, porque uno no, no se hace daño a sí mismo uno se baña, se lava las patitas, se abriga, uno se quiere, entonces la paciente que se quiere matar es una conducta inadecuada. A veces tú estás en la calle y miras a una persona y ves que anda con una ropa de invierno en verano o que de repente se pone una camisa encima de una chaqueta, tu bueno dices, esa persona es loca, porque hace conductas que no son adecuadas. De eso se trata en verdad la enfermedad psiquiátrica, está caracterizada por eso, por hacer cosas que están fuera de lugar en una sociedad y es eso lo que se hace acá, porque hay muchas otras técnicas, aunque también depende de cada médico, de hecho tu a veces hay un paciente que no tiene... supongamos el doctor González y lo trata de tal forma y le da una cierta cantidad de medicamentos y de repente vuelve la paciente a ser hospitalizada y la toma la doctora Loreto y ella le da otros remedios, porque depende también del profesional que lo va atender, eso es lo que hemos observado, a grandes rasgos es eso lo que se hace, porque el sistema no da para más. Porque si se le hiciera psicoterapia tendrían que estar... regresión, mmm no se hay tantas tendencias en la psiquiatría.

¿En qué consiste la psicoterapia? En un tratamiento psicológico.

Cuando el psiquiatra... como lo que sale en las películas, el psiquiatra te sienta en un sillón y conversa contigo, una hora mínimo y trata de conocerte para entenderte pero acá no se puede los pacientes son muchos y los profesionales son pocos, entonces el doctor viene habla 5, 10 minutos con el paciente le da sus medicamentos, después ve si se le paso la psicosis con el anti-sicótico y así. Y cuando ya lo ven que está bien, por ejemplo una señora que tenía unos enanos dentro de la oreja, cuando ya no tienen los enanos dentro de la oreja se va para la casa porque se le paso; también nos han pasado tallas, por ejemplo hubo una vez una paciente que fue hospitalizada por mucho tiempo porque veía la virgen; y claro la doctora le hablaba y le decía ¿cómo está? Y le respondía, muy contenta, muy feliz, sobre todo porque veo a la virgen. Entonces la doctora colocaba, paciente psicótica sigue viendo a la virgen y continúa con alucinaciones visuales. Y quedo mucho tiempo así, de que la paciente seguía viendo la virgen y de repente le pregunta la doctora ¿Dónde ve la virgen?, allí doctora en el cerro, ahí está la virgen. Pero en la noche se ve mejor, porque está más iluminada (risas). Entonces es tanto lo que uno se cierra, que si la doctora se hubiese dado el tiempo detener una psicoterapia, de conversar con ella y preguntarle, ¿y donde la ve? ¿Está aquí? ¿Está sentada junto a usted? No hubiese estado la paciente todos esos meses hospitalizada aquí y se hubiese sabido que la virgen que veía esa la que está allá en el cerro. Son cosas graciosas que han pasado acá, pero el sistema no da para más.

Bueno en realidad mi crítica es buena, porque yo trabajo aquí por una opción mía, porque una como técnico paramédico puede trabajar en cualquier lado, pero me siento comprometida con la institución, con el trabajo que se hace.

Y ese trato que tienen ustedes con los pacientes es como un programa, las capacitan, tienen como reuniones con los doctores o fluye el trato...

Tenemos reuniones con las doctoras cuando uno engancha con una paciente que mmm. Que no tiene red de apoyo, que uno ve que realmente uno no le va poder solucionar en realidad los

problemas, que se va a volver a la casa y va a volver a lo mismo, me entiendes tú. Una paciente que llega llena de piojos, que es alcohólica, drogadicta y aquí tú la tienes, la tratas, la rehabilitas y en realidad ella se va a ir y vive en un sector marginal y ahí no tiene ninguna red a apoyo, no tiene a nadie y ve que va a volver a lo mismo, entonces ahí uno como que se siente que... [Además de desgano] ahí uno entonces le levanta el ánimo... y el trato es siempre tiene que ser especial, y el paciente psiquiátrico cuando se siente agredido te agrade, sino no. Y eso aunque esté psicótico si tú lo tratas bien, le hablas despacio él va bajando el tono y se va calmando; contención verbal.

¿Ve aquí problemas socioeconómicos en los pacientes, en los familiares?

Mucho, mucho. La gente que está llegando ahora, es muy marginal, porque el perfil de los pacientes cambió, la gente que llega ahora es muy marginal, es gente que viene derivada de juzgados, sin red de apoyo, no tienen familia, se ven abandonos también.

(Bulla, suena el teléfono del sector 2)

¿Qué facilidades o dificultades observa frente al cuidado de la salud de los pacientes?

(Entra una paciente y pregunta si puede contestar)

¡Conteste!... ¡que dificultades!

Claro o qué facilidades.

Bueno también la facilidad que hay ahora es que hay muy buenos medicamentos y también en el sistema de salud nacional se ha incrementado al AUGE el primer brote de la esquizofrenia, entonces acá hay una unidad de adolescentes. Lo que implica que un adolescente que va a tener su primer brote, está al alcance de él los anti-sicóticos de última generación, entonces va poder llevar una vida lo más normal posible, va a poder trabajar, reintegrarse a la sociedad, porque en años anteriores el paciente psiquiátrico estaba alejado de la sociedad. De hecho este sector del hospital está al otro lado del río Mapocho, donde aquí no había nadie, porque a ellos lo alejaban. Ahora integrarlos a la sociedad, de su trabajo, de hecho la gente sabe que tiene un compañero esquizofrénico, que trabaja con el... mmm la familia puede optar, como le digo, a lo último que llega en anti-sicóticos. Porque antes un paciente con 40 años con esquizofrenia tiene una forma de caminar característica, se le caía la saliva, porque los anti-sicóticos eran el doble y producían toda esa cosa que se llama "impregnación". Ahora no, entonces esa es la facilidad. Dificultad, por más que se quiera el paciente psiquiátrico no es reintegrado a la sociedad, la sociedad los rechaza, si ellos trabajan les pagan menos, aunque sean ingenieros o tengan la profesión que tengan los discriminan mucho, la otra dificultad grande que hay son los problemas económicos, que los pacientes no tienen sabanas, velador, porque los recursos no están.

Bueno la mayoría de la gente le tiene miedo, solamente a la palabra psiquiátrico, quizás ustedes entraron y se le tiraron a pedir cigarros, a mí me gustaría más que la gente se preocupara de conocer el trabajo que se hace acá y la clase de seres humanos que trabajan aquí. Porque muchas veces se dice que aquí les pegan y la verdad que no es así, y también lo que nos perjudico muchísimo fue la reforma procesal penal, porque nos mandan personas malas, que le hacen daño a los verdaderos enfermos psiquiátricos, les roban, les pegan...

Y a usted le complica trabajar con estas personas, no se le hace fácil...

No po' bueno el antisocial también es una patología, pero al antisocial no le interesa a los demás, solamente ellos. De hecho por eso hay unas personas que están presas 20 años y salen y vuelve a matar de la misma manera, y eso es porque no le interesa, él no va a trabajar un mes para tener un sueldo, le gustan las cosas fáciles, entonces los que llegan acá tienen esa característica de antisocial y causan daño, confusión, y... y eso a nosotros nos perjudicó y aquí si el juez mandó y manda más que el médico, que el director del hospital. Yo he visto a médicos irse detenidos por negarse a recibir los pacientes que mandan... y eso sería a grandes rasgos, si más adelante logran hacer conocer lo que se hace acá, que es diferente, porque en otros hospitales tu das remedio das remedio y eso es todo el día y vas mirando suero, vas mirando heridas, curaciones y... ese es el paciente de la hernia, el paciente perforado, el baleado, el de la masa encefálica... ni si quiera tienen un nombre, en cambio acá tienen nombre, tienen apellido, sabemos que bailan... la enfermedad que más se ve se llama trastorno de personalidad, que no significa que se creen Napoleón (rizas) sino

que significa que su forma de relacionarse con el mundo es muy conflictiva, porque en la niñez sufrieron mucho, fueron abusados maltratados

VI.2.3 Anexo: PROFESIONALES

Enfermero

Gracias por acceder a conversar un rato, la tesis a grandes rasgos usted ya la conoce, ya habíamos conversado, por lo que puntualmente en esta entrevista me gustaría que me contara sobre la relación que establece con el paciente, como observa que se da esta relación con los funcionarios y los otros profesionales, y cómo describiría al paciente que entra en el psiquiátrico

Listo démosle no más

Dígame qué significa o que implica trabajar con pacientes psiquiátricos

A ver, para mí en lo particular no hay ningún significado distinto al trabajo que se tiene con un paciente no psiquiátrico ya, eh, porque si desde un punto de vista yo estableciera alguna especificidad estaría de alguna manera segregando o discriminando me entiendes, entonces por eso personalmente creo que no tiene un significado distinto eh, desde el punto de vista del trabajo de la enfermería nosotros o que debemos hacer es ayudar a paciente a satisfacer sus necesidades que producto de una enfermedad cualquiera no es capaz de satisfacer, por lo tanto, si yo tengo presente esa concepción teórica no debiera haber mayor diferencia o un significado distinto

¿Y cómo describiría al paciente que llega al psiquiátrico?

El paciente, a ver, yo trabajo en hospitalización por lo tanto el sesgo va a estar dado por eso cierto, por el paciente que se hospitaliza, ahora el paciente que llega a hospitalización es un paciente que es una persona que tiene alterada la salud mental ya, por lo tanto desde ese punto de vista es un sujeto que llega con una percepción de la realidad distinta, con una alteración en el ánimo, o con dificultades en la relación con los otros, así como a grandes rasgos ya, por lo tanto eh, es un paciente, una persona que tiene un incapacidad de manejo ambulatorio de sí mismo, tiene una incapacidad de su propio autocuidado

Por eso la internación

De ahí surge la necesidad de internación

Y en relación a factores más externos como por ser un hospital público, existe un perfil por así decir del paciente

A ver nosotros recibimos pacientes que son pacientes cuya situación previsional, o sea por ser hospital público, la situación previsional de nuestros pacientes es una situación previsional especial son pacientes FONASA que la mayoría son pacientes FONASA A o FONASA B que son pacientes que no tienen capacidad monetaria de pago, por lo tanto esa es una gran característica que está dada en los hospitales públicos y especialmente y aquí sí que hay que hacer una diferencia, de los hospitales psiquiátricos, es muy raro que nosotros tengamos pacientes ISAPRES y particulares, tenemos pacientes FONASA C o FONASA D que son pacientes que por su capacidad de pago tendrían que pagar pero son los menos.

Y por qué cree que sucede eso

Claro que la gente que tiene un potencial de pago de mejor calidad por decirlo así buscan mejores alternativas en términos de hotelería, yo diría que más que... yo pongo el énfasis en eso por qué, porque si uno hiciera un análisis del punto de vista de la calidad de la atención dada por eh, los profesionales que trabajamos acá y el personal técnico y auxiliar que trabaja acá, claro nosotros eh, el enfoque para la atención de un paciente que requiere hospitalización es mucho, es de mejor calidad, está mucho más centrado en el paciente, que el paciente que se va a una clínica, porque en la clínica lo va a atender en general un solo psiquiatra, aquí la atención es colectiva donde hay varios psiquiatras que están viendo el mismo paciente,

¿Se trabaja en equipo?

Claro,

Y sólo será por esto que usted decía de optar por mejor hotelería y no tiene que ver con la carga simbólica o conceptual que tiene estar dentro de un psiquiátrico y no en una clínica por ejemplo

Me imagino, puede ser, evidentemente que tiene que ver con eso, o sea no es lo mismo decir “estoy en el psiquiátrico” que decir, “estoy en la clínica San José” que es una de las clínicas más caras en psiquiatría, o “estoy en la clínica oriente” o “estoy en la Ñuñoa” en fin

¿Hay una carga emotiva en este hospital?

Hay una carga emotiva para la sociedad en general, tiene que haberlo, yo... la opinión que yo dé es una opinión sesgada, yo llevo 30 años trabajando acá entonces tiendo a ver la psiquiatría de manera distinta

¿Y cómo es la relación que se establece acá entre los profesionales y el paciente, que lo hace especial dentro de su particularidad, la relación entre funcionarios y paciente, es distinto?

Bueno, el énfasis, evidentemente que el motivo de consulta que requiere la hospitalización de un sujeto es por problemas de la salud mental, no cierto, por lo tanto el énfasis nuestro va a estar dado en cómo abordar y ayudar a solucionar los problemas de salud mental que está amenazando al sujeto, tendiendo presente eso, la relación, el fuerte de la relación o el fuerte de nuestra intención en la atención del paciente va a estar centrado en la interacción ya, a nosotros nos interesa interactuar terapéuticamente con el sujeto, de manera que nuestra interacción sea terapéutica para el paciente ya, aquí no le vamos a solucionar problemas médico quirúrgicos ya, o sea no le vamos a solucionar un problema de una operación o de un neumonía o de, no, donde también hay interacción pero en esos casos hay una cosa más técnica, del punto de vista... o más centrada en el procedimiento, acá está más centrada en la interacción, por lo tanto desde ese punto de vista es que yo tengo que estar muy atento a cómo es la interacción con el sujeto, este sujeto, con este sujeto A yo me voy a relacionar de ésta manera, con el B de otra, con el C de otra, teniendo presente que hay distintas patologías psiquiátricas no,

¿Dependiendo del paciente es la relación que se produce?, como que prácticamente la relación que se establece es parte del tratamiento

La relación, a ver el tratamiento en psiquiatría se dice que tiene tres variables, una variable farmacológica, una psicosocial y una familiar ahora yo diría que desde mi punto de vista y desde mi experiencia, eh inicialmente el fuerte va a estar dado a lo farmacológico ya, pero cuando yo le doy medicamentos a un sujeto, me estoy relacionando con él, igual tengo que establecer una relación con él, lo tengo que llamar por su nombre, probablemente le voy a hacer algún comentario a propósito de la cotidianidad que se va dando en la relación con el sujeto, por lo tanto, ahí hay una interacción y yo ahí tengo que tener presente que la interacción tiene que ser terapéutica, teniendo presente que hay una cosa de base que es un tratamiento farmacológico, después viene el otro aspecto del tratamiento psiquiátrico es la, es el tratamiento centrado más en lo psicosocial, donde una vez que el paciente se estabiliza yo, eh, incidental o formalmente voy a hacer educación en relación a su patología, en relación al tratamiento que está llevando, en relación a cómo se relaciona con la familia y por otro lado, el otro variable que tiene que ver con el tratamiento psiquiátrico es la familia, a la familia inicialmente yo le voy a dar espacios de catarsis porque probablemente el fenómeno de la hospitalización para un grupo familiar constituye un estrés importante entonces y ese estrés provoca angustia en fin, entonces yo le doy un espacio de catarsis, en este espacio de catarsis yo solamente escucho no más y después de a poco en la medida en que el paciente, que la familia se va tranquilizando también le voy haciendo intervención educativa que esté centrada en el manejo del paciente que esté centrada en la casa, o cuando vuelva a la casa, los remedios, en fin...

Como prepararlos para que continúen el tratamiento

Claro,

En relación a lo que hablaba recientemente, la particularidad del funcionario no profesional está dada más por la cotidianidad con los pacientes, más que los profesionales, usted cree que esto le da una característica particular a este funcionario,

Bueno, aquí hay una cosa, me voy a salir un poco, no sé si me voy a salir o no pero bueno yo soy un poco así desordenado también por la vida eh, para trabajar en psiquiatría hay que tener

características especiales así como para trabajar en pabellón, así como para trabajar en la urgencia ya, nosotros, para trabajar en psiquiatría, estamos las 24 horas del día en contacto con enfermos mentales o sea personas que tienen una alteración en la percepción de la realidad o personas que tienen trastorno del ánimo en fin, entonces éstas personas ya sean auxiliares técnicos o profesionales, desde mi punto de vista, la particularidad que deben tener es que también deben tener algún aspecto loco en su funcionamiento, porque o si no, es difícil tolerar la interacción las 12 horas, las 24 horas y el tiempo que signifique estar en contacto con una persona que ve una realidad distinta y a la cual permanentemente hay que estarla confrontando con ese hecho, no sé si me entiende, entonces esto que tu preguntas es válido no solamente pa' los psiquiatras, pa' los enfermeros también es válido pa' los técnicos y pa' los auxiliares, a lo mejor los auxiliares de servicio o tanto porque el auxiliar de servicio llega acá a lo mejor porque no tiene mucho donde elegir en qué otro lugar puede trabajar pero, estamos en una situación de pleno empleo en el país, por lo tanto la gente tiene más posibilidades de elegir en donde puede trabajar, pa' a gente que no tiene una formación técnica o profesional entonces la gente que llega acá es porque realmente le interesa, y le interesa por N razón, por una razón no se po', porque tuvo algún momento de su vida un familiar enfermo mental, por un asunto de curiosidad, en fin siempre hay algo

Y usted como enfermero coordinador del servicio se tiene que hacer cargo igual de todo éstos funcionarios... [Interrumpe]

A ver, mi función como enfermero de la unidad que es una unidad de hospitalización de corta estadía de mujeres que tiene 35 camas, mi función en síntesis es administrar, yo soy administrador, el tema es qué lo que administro y ahí es donde se abre una tremenda caja de pandora por qué, porque administro eh, la relación que hay, mi relación que tengo con los pacientes, mi relación con el personal técnico que está a mi cargo, administro la relación que tienen los técnicos o los auxiliares entre ellos, administro la relación que hay entre los, aunque usted no lo crea, la relación que hay entre los psiquiatras y los pacientes, administro y coordino la relación o los procedimientos que se generan desde una decisión del profesional psiquiatra, administro y coordino la atención que dan los otros profesionales ya sean los asistentes sociales o psicólogos, entonces es una función y por supuesto tengo que administrar la relación que se da entre los pacientes, entre los pacientes y sus familiares ya, en el fondo yo lo defino así como no es una, es idea mi pero yo lo defino así como casi, eh un ingeniero del comportamiento ya, porque además tengo que ver, como administrador puro tengo que ver y sostener que la unidad funcione o sea, que estén los elementos necesarios para el trabajo, o sea nosotros acá también hacemos tratamiento inyectable, entonces tenemos que ver que esté la jeringa, que esté el algodón, que esté el alcohol. Nosotros estamos inmersos en una institución que funciona en base a protocolos, que esté los protocolos, que la gente cumpla con los protocolos, eh, que tenga, que el sistema de turnos esté claro para todos, que todos sepan que días tienen que venir a trabajar y qué pasa cuando no vienen a trabajar, como suplo esa función.

Dentro de este gestionar de relaciones, ¿ha observado que exista algún tipo de prejuicio o de discriminación entre el personal para el paciente?

Mire, yo creo que más que prejuicios, o no sé si es más o menos que prejuicios, el tema yo creo que tiene que ver em, tal vez más falta de conocimiento, como que deben ahondar un poco más en algunos aspectos, yo creo que y cómo me doy cuenta de eso, yo no creo que haya prejuicio lo que si hay un cierto, bueno a lo mejor es prejuicio no se ahora que lo estoy pensando, es que en la práctica, eh un paciente viene entra a la sala del personal y toma la tasa de un funcionario, y se toma el té que está ahí, entonces llega el funcionario y dice "ah me tomaste la tasa, y pesca la tasa y la lava" como si la enfermedad se pudiera transmitir o fuera contagiosa ya, entonces tal vez esa es una manera también de prejuicio o de, pero un prejuicio mal concebido, o de algún grado de discriminación, pero eh como si reitero, como si la enfermedad mental se pudiera contagiar, no sabemos a lo mejor sí, pero hasta el momento la base científica no ha demostrado que se pueda transmitir la enfermedad mental a través del contacto de objetos ni a través de la vía aérea, nada entonces...

¿Y entre el resto del personal médico, por ejemplo médicos que no sean parte del psiquiátrico?

Bueno yo creo que la discriminación de los hospitales, en los hospitales generales hacia los pacientes psiquiátricos sí, eso es una evidencia, de eso hay evidencia lamentablemente a diario casi sobre todo en los servicios de urgencia donde nuestros pacientes muchas veces son discriminados ya, eh entonces llega un paciente del psiquiátrico, o con antecedentes psiquiátricos o que está en su casa pero es un paciente psiquiátrico, la atención que se le da no es la atención que se le da a una persona sin antecedente psiquiátricos y eso es algo que se ve permanentemente

¿Y esta discriminación es hacia el paciente hospitalizado en el psiquiátrico, o para el paciente que fue alguna vez internado o incluso alguien que haya tenido alguna vez un tratamiento psiquiátrico?

Si, cómo de doy cuenta ahí si no me atrevo a opinar puntualmente por esta pregunta porque no tengo la evidencia pero de los pacientes que se encuentran hospitalizados en psiquiatría hay discriminación ya, o con pacientes que están en alguna otra institución psiquiátrica eh, nosotros tuvimos lamentablemente una situación muy compleja hace un tiempo atrás, hace poco tiempo atrás con un paciente que estaba en un hogar protegido del psiquiátrico, que es un paciente que hace una apendicitis, que no es detectada, que no es detectada porque a lo mejor hubo una subestimación, se subestimó la sintomatología del paciente, sabiendo, habiendo sido atendido en dos ocasiones por dos médicos distintos, no le creen o no son capaces de buscar con otros ojos la sintomatología en un paciente que está con fármacos y que tiene una percepción de la realidad distinta entonces no se dan cuenta que el paciente tiene una apendicitis y entonces finalmente pasa a ser peritonitis y el paciente fallece por una perforación del peritoneo, y eso probablemente no habría pasado si hubiera sido atendido de manera mucho más, si hubiera sido atendido de una manera mucho más integral.

Y esto cree usted que se produce también por desconocimiento de la enfermedad o derechamente por una estigmatización del paciente psiquiátrico.

A ver, yo creo que difícil hablar de desconocimiento porque los médicos que trabajan en la urgencia o en otros hospitales que no sean de psiquiatría y los otros profesionales ya sean enfermeros, todos tienen una información en psiquiatría, o sea tienen una cosa de pregrado, en pregrado tienen que pasar por acá o en cualquier otra institución, entonces se les forma en, por lo tanto deberían saber que los pacientes psiquiátricos o que están con tratamiento con grandes dosis de fármacos tienen una manera distinta de presentación pa' algunas enfermedades

Tiene que ver con...

Probablemente hay otras variables que están presentes yo no sé, puede ser que el Bernout (síndrome relacionado al estrés en el trabajo) en los servicios de urgencia sean un elemento muy gravitante que hace que no sean capaces de visualizar a las personas distintas y no sean capaces de pesquisar los síntomas de manera mucho más minuciosa

Usted cree que el personal de salud chileno no está realmente preparado para tratar este tipo de pacientes

Es que teóricamente y técnicamente sí, pero no lo hacen, y no lo hacen por qué, pienso que probablemente son personas que deben tener cierto grado de Bernout entonces al estar con síndrome de Bernout no van a ser capaces de eh ver las personas que son distintas, que se presentan de manera distinta es como, no se po' no se estoy tratando de pensar algún ejemplo, es como si llegara alguien de otra raza y no me doy cuenta que tiene cianosis porque es un negro, yo tengo que saber darme cuenta que los negritos a pesar de ser negritos igual van a presentar cianosis, que es la falta de oxigenación en los tejidos

Ah claro, y para terminar, sobre el sistema de Salud Mental en Chile ¿usted cree que está preparado o se hace cargo de alguna manera de la complejidad de la problemática del paciente psiquiátrico?

A ver yo, a ver evidentemente pasa por un tema presupuestario, del presupuesto general del país para la salud no es un presupuesto muy abultado ya, y dentro del presupuesto que se le entrega a salud, el presupuesto que se le entrega a la salud mental no es algo que sea muy, no me acuerdo del porcentaje exacto, pero es un porcentaje no sé 7 %, 5% del total del porcentaje de salud, estoy especulando no sé cuál será pero esa la relación, no es muy alta, entonces si nos ceñimos solamente a esa variable por supuesto que estamos muy por debajo de nuestros requerimientos, en nuestros

requerimientos dicen que, para darte un ejemplo bien concreto, que para una unidad de corta estada como esta, de 35 camas deberían haber mínimo dos enfermeros universitarios y debiera haber por lo menos un paramédico por cada 5 pacientes, en esta unidad hay un enfermero y tenemos en teoría un técnico por 10 pacientes, ya, estamos por debajo, un indicador que no lo estoy dando yo de forma antojadiza si no esto es, lo que la autorización sanitaria exige o exigiría para que las instituciones psiquiátricas funcionen

Una cosa entonces es lo que la política exige y lo que realmente se puede cubrir...

Tal vez en algunos aspectos estemos relativamente bien, pero en otros aspectos, en lo que tiene que ver con el recurso humano no estamos bien, ya, ahora no todas las, no en todas las instituciones se da lo mismo, hay instituciones, hay servicios de psiquiatría que están adosados a hospitales generales donde la proporción del personal para el paciente psiquiátrico es mejor ya, pero no son todos los servicios

Son excepciones

Son excepciones y son servicios que son muy pequeños, 25 camas, acá nosotros tenemos 263 camas de corta estada ya, y tenemos para, 263 camas solo en corta estada y solamente para corta estada tenemos 8 enfermeros, no creo que tengamos teóricamente el personal suficiente para la atención necesaria.

Así también trabajarían en permanente estado de presión

Claro y el estado de presión estaría dado por, uno solamente por el índice, tantos pacientes, tantos recursos humanos pero también está dado porque igual, ese es otro aspecto que quiero señalar porque la gente, la población, la sociedad está más exigente, entonces la gente nos exige hacer cosas que eh, eh no exige cosas por qué, porque existe la ley de deberes y derechos que funciona a partir del primero de octubre del 2012, y en esa ley de derechos y deberes hay un montón de cosas que no concuerdan con la realidad, ya, entonces cómo respondemos a las demandas de la población, a las demandas de los familiares cuando vienen y exigen ciertas cosas que nosotros no podemos dar, entonces dicen no pero si en la ley de derechos y deberes de los pacientes dice esto, ves...

Por último según su experiencia trabajando también en un hogar protegido, usted cree que la rehabilitación en un hogar funciona mucho más que de los servicios?

O sea, ya las personas que están en hogares protegidos son personas que ya no requieren estar en la institución, en un hospital psiquiátrico, ya ese gran paso de salir desde el hospital a un hogar es, ese gran cambio ya es rehabilitado de por sí, o sea decirle al paciente tú te vas a r a vivir a un hogar, y en ese hogar donde hay mucho menos gente, el hogar va a funcionar en base a ciertas normas que están dadas a nivel ministerial y que le va a permitir al paciente estar inserto en la comunidad por qué, porque desde el hogar él va a poder salir a la plaza, o va a poder ir a comprar al supermercado sin tener la necesidad de tener que cumplir con cierta reglamentación tan estrictamente como lo es en el hospital, para salir del hospital tiene que tener un permiso que el doctor tiene que evaluar si está en condiciones de salir o no, en el hogar no, en el hogar los pacientes tienen la opción de salir, avisando pero pueden salir, salen van a comprar a la esquina y vuelven,

¿Y usted cree que se podría tratar, la estabilización de la enfermedad en un régimen como el del hogar?

No, no, no, no, para que exista una rehabilitación psicosocial, integral tiene que haber un terreno fecundo que parte desde la institución psiquiátrica, llámese hospital psiquiátrico, o sea, a un sujeto enfermo mental yo no lo puedo rehabilitar sin que antes se haya estabilizado del punto de vista de su enfermedad

¿Y la estabilización solo se puede dar en hospitalización cerrada?

Solo en hospitalización como ésta. Eso es lo que yo he visto, hay autores no me acuerdo cuales que dicen que sí, de hecho hay experiencias que se han producido en España básicamente que dicen que las descompensaciones se pueden manejar en la comunidad en los mismos hogares,... no de acuerdo a mi experiencia no, cuando un paciente de un hogar se descompensa requiere hospitalización,

¿El hogar sería un paso intermedio a la reinserción?

Se supone que, el hogar es un espacio intermedio entre el hospital y la familia o el grupo de referencia, entonces, eh pero en la práctica se da que hay muchos pacientes que se van al hogar pero no tienen familia, no tienen grupo de referencia entonces quedamos trancos en eso, el paciente está en el hogar, está rehabilitado o ya tiene un nivel de funcionamiento del cual se podría ir a su casa a su familia o integrarse a un grupo de referencia para él, pero no puede porque no hay, no existe familia,

Y él no podría irse solo...

Se han dado casos, pero la evolución natural de la enfermedad en psiquiatría, o sea, existe lo que está descrito como la evolución natural de la enfermedad, cualquier enfermedad, entonces de acuerdo a eso va a haber personas que se recuperan y se van de alta y pueden vivir de manera independiente sin mayores dificultades, pero también se ha visto de acuerdo a este flujo de la evolución de la enfermedad, se ha visto que hay personas que llegan a un nivel de recuperación que no les permite vivir de manera independiente, por ejemplo hay pacientes residentes de hogares que eh, en un ejemplo bien concreto, reciben su pensión asistencial que les da el Estado pero no son capaces de manejar ese dinero, ni van a ser capaces, reciben ese dinero que son 80 mil pesos mensuales, reciben ese dinero y se lo pueden gastar en dos días, entonces requieren de un yo auxiliar en este caso, que les maneje el dinero, de manera que les dure por lo menos hasta el próximo pago, entonces los pacientes que están en hogares igual son personas que no evolucionan hacia una mejoría, probablemente muchos de nuestros pacientes de esquizofrenia estoy hablando, no van a evolucionar a una mejoría del 100% siempre van a quedar con un defecto, pero ese defecto a veces puede ser un 10%, 20% ya... me entiende...

*Claro, ya pues muchas gracias, disculpe que me haya excedido un poco en el tiempo,
Ya po, no se preocupe,*

Psicóloga

Buenos días, gracias por acceder a conversar conmigo, lo central de la tesis se encuentra en la representación social que se tiene del paciente psiquiátrico, para lo cual me gustaría que comenzara contándome como observa que son las relaciones sociales que se dan en este espacio, en el día a día con el paciente

Ya, eh, bueno yo creo que como en todo grupo humano se establecen relaciones que son más formales y otras relaciones que son como más informales ya, voy a hablar primero como de los profesionales” o del profesional etcétera, y la relación con el paciente es una relación que igual es asimétrica en términos en que es uno el que los va a ayudar a ellos y les va a dar como la indicación en relación a lo que le está pasando, ya entonces ahí es donde se hace el diagnóstico, donde se hacen también como sugerencias de tratamiento ya entonces en ese sentido yo como psicóloga más como que le informo al paciente qué es lo que tiene y también tengo un rol como más activo en cómo poder ayudarlo ya, acerca del problema pueden tener o sea ya ahí los problemas pueden ser como muy amplios, eso depende como de la patología que tenga cada paciente ya, y ese encuadre es lo que sucede acá, y el paciente se sienta ahí y yo estoy acá y le explico más o menos, le explico cuáles serían los objetivos de la intervención psicológica, etcétera, y los médicos también por su lado, ahí la relación yo creo que es también como mucho más asimétrica, en el sentido de que ahí está como el tema de los medicamentos, ya entonces como que se ciñe como mucho más a explicarles los síntomas y diagnosticarle los síntomas y explicárselos ya y el paciente ahí también está como en una posición más receptiva, más pasiva, porque hay otro que le está explicando lo que a él le está pasando me entiende?

Ya sí,

Ahora también se dan, bueno también las diferencias entre el rol del psiquiatra y del psicólogo, es que el psicólogo tiene que conversar con el paciente, conversa con él más allá de los síntomas, se hace como una revisión de historia y lo que se busca también es como la comprensión de esos síntomas

Ah ya,

Eso, entonces eso es lo que ocurre como el instancia formal ya, ahora igual los pacientes a uno lo ven acá entonces claro, ahí se produce también como otro tipo de, en el pasillo cuando uno llega y todo entonces claro, las pacientes también como que buscan otro tipo de contacto

Un contacto más cercano?

Como mucho más cercano, y es ahí donde uno tiene que ir manejando el tema de, el tema de los límites,

No puede ser tan cercano?

No puede ser tan cercano, claro, o sea tienen que entender que en el fondo, los pacientes tienen que entender que este es un hospital que, en el fondo es porque ellos están mal, porque es por una razón que ellos llegaron a estar hospitalizados entonces no pueden pretender como que uno vaya a ser amigo, o que saliendo de acá, independientemente del lazo que se genere, como que uno los vaya a visitar a la casa me entiende? Entonces hay una cosa que es como de encuadre, o sea en psicología se habla de eso, de encuadre ese es el concepto que en el fondo es mantener como una distancia óptima que permita trabajar con los pacientes poder estar involucrado pero al mismo tiempo no estar como lejano me entiendes?

Si, eh qué implica para usted trabajar con pacientes psiquiátricos, o dentro de un hospital psiquiátrico más allá de dedicarse por ejemplo a la clínica o consultas particulares, qué es como simbólicamente trabajar en un psiquiátrico

O sea, primero estas trabajando en un hospital ya, trabajar en la consulta es sumamente, es distinto, eh porque en el fondo también los pacientes que llegan a la consulta o que se tratan de manera privada también tienen en general una mejor red, una mejor situación socioeconómica entonces por lo tanto tienen necesidades como más básicas y todo como que ahí no se instala la patología como desde ahí, me entiendes mientras que acá hay pacientes que no tienen familia, que no tienen casa son como pacientes como mucho más, como mucho más carenciados

Vulnerables?

Claro es así como la vulnerabilidad hecha así como concreta, como real me entiendes entonces los pacientes que consultan como en la consulta están como metidos en otro tipo de rollo, igual hacen depresiones, igual algunos inclusive pueden tener esquizofrenia y todo pero el discurso o la enfermedad se articula como en otro sistema, es un sistema que está un poco más organizado, mientras que los pacientes que llegan acá son como más frágiles ya, como mucho más carenciados y en ese sentido a mí me resulta interesante no solo por la clínica, bueno acá llegan casos graves, casos que implican también mucho el trabajo en equipo que eso es lo otro ya, que en el fondo uno en la consulta, uno está solo, uno está aislado se va un paciente, llega el otro, claro trabajas con un psiquiatra, pero el psiquiatra no está al lado tuyo ya, entonces en cambio acá para los casos graves, o sea para todos los casos que llegan acá tú tienes como la contención y el apoyo no solamente de la institución como “hospital” sino que también tienes como “el equipo”

Y marca la diferencia que ellos estén reclusos acá, el internado a diferencia del paciente que va a la consulta

Claro lo que pasa que el paciente que está internado es el paciente que está agudo entonces que no puede seguir su tratamiento de manera ambulatoria no puede estar en su casa, es decir como que la enfermedad traspasó todos los niveles como de contención que se le puede brindar afuera

Y eso tiene que ver con lo que decías anteriormente de las redes de apoyo, que son pacientes que están mucho más vulnerables

Claro están más vulnerados porque en el fondo no tienen familia, algunos no tienen estudios como que no tienen herramientas, entonces claro cuando se instala la patología psiquiátrica o mental es como mucho más en estas personas es como mucho más avasalladora

Podríamos decir entonces que la red de apoyo puede marcar la diferencia en que termines internado

O sea no sé si es determinante pero si te influye mucho porque tienes que pensar que aquí si tú haces un, si tu analizas la historia de cada uno, ves pérdidas infantiles, ves situaciones de abuso negligencia aparte de los padres, entonces claro son sujetos que como que estuvieron tan

carenciados desde muy chicos que obviamente el camino era, no podían ser normales, ya o sea y desde que no tenían pa' comer, o a lo mejor tenían pa' comer pero el papá era alcohólico y violencia entonces claro como desde muy chicos, no con todas las condiciones para que se pudieran desarrollar emocionalmente, psicológicamente y cognitivamente como un del todo bien, entonces si bien, no del todo las personas que no tienen red van a hacer una patología psiquiátrica, porque no es así si no estaría todo esto lleno pero si es un factor que incide de hecho se piensa que en la patología psiquiátrica la determinación es biopsicosocial, me entiendes, o sea está la biología, está lo psico que es como lo interno, y lo social que en el fondo es como todo el entorno, me entiendes

Y sobre el paciente que entra aquí por provenir de este mundo como dices, tiene características particulares

O sea sí, pero no en términos de violencia si tú me dices, porque por ejemplo si tú me dices un paciente de la clínica de urgencia de San Carlos de Apoquindo, también va a hacer una agitación y va a ser súper grave y todo, o sea el tema de la agresión, el tema de la violencia y todo como que depende del cuadro psiquiátrico que tenga tiene que ver más con la enfermedad que porque en el fondo tuvieron una vida más, eh como con más carencias por eso yo te decía que no toda la gente que lo dejaron abandonados los padres van a hacer esquizofrenia por ponerte un ejemplo o van a hacer una depresión o van a ser violentos son algunos los que en el fondo desarrollan ciertos síntomas, pero que también en el fondo esos síntomas se inscriben dentro de lo que es un diagnóstico que tiene más que ver con la enfermedad

Y frente a esto mismo, como piensas que la gente desde afuera observa o mira al paciente psiquiátrico

Desde afuera a la gente le cuesta mucho tolerar, o sea entender la locura así en términos gruesos o sea “hospital psiquiátrico” tú ves que me preguntan “ah tú ves los más locos” no y acá en el sector tu das cuenta que si hay pacientes que están psicóticos pero que hay otros que no están precisamente psicóticos, hay gente que tiene depresión pero no está psicótica pero hizo un intento de suicidio y las personas que tienen intento de suicidio tienen una indicación de hospitalización

¿Por protección?

Por protección claro, me entiendes entonces yo creo que hay una desinformación acerca de lo que es la patología mental, en ese sentido bueno, es muy poco el recurso que hay para la salud mental y al servicio público ya, y en general a la gente le cuesta entender lo que es el concepto de locura o el que existan hospitales psiquiátricos, hay como una nebulosa porque la gente piensa que el hospital es tétrico como que da miedo, como que la gente está muy dopada, como que se les maltrata, como que se les hace electroshock y les duele, entonces es como, es como... de alguna manera como pensar lo peor en relación a la locura y en relación a la psiquiatría entonces no es algo que esté como muy validado, así como socialmente y en ese sentido claro, la psiquiatría igual tiene poco años en relación a otras especialidades de la medicina, la psicología también, tiene muy pocos años, en relación a otras disciplinas, en relación a otras carreras, pero siempre lo que yo noto es que hay como mucha resistencia así como social frente a lo que es la locura, frente a lo que es la persona que no piensa bien,

Y entre los mismos psicólogos, existe una discriminación ante los psicólogos que optan por un psiquiátrico

Si, mira te voy a poner un ejemplo de la vida misma ya, cuando yo hice mi práctica acá en el hospital, y bueno de ahí es mi relación con el hospital, yo hice mi práctica acá y después postulé y me quedé trabajando acá, y mis compañeros hicieron la práctica en los consultorios de la universidad ya, que en el fondo es cuando ofrecen terapia como a muy bajo costo, pero los pacientes tienen que cumplir un perfil, y uno de los perfiles era que fuera un paciente psicológico, que quiere decir eso, que no fuera un paciente psiquiátrico, porque un paciente psiquiátrico necesita medicamentos y se necesita trabajar en conjunto con un psiquiatra

Cuál era la diferencia entre paciente psiquiátrico, y paciente psicológico

El paciente psiquiátrico es aquel que tiene un trastorno mental, conductual, tiene como una enfermedad ya y que se tiene que manejar con fármacos y también con otras intervenciones que es

también la psicoterapia, por ejemplo, mientras que un paciente como psicológico solamente no necesita... está como aporreado pero tiene las herramientas suficientes para pensar sobre sus problemas, beneficiarse de una psicoterapia pero no necesita psiquiatra no necesita fármacos no hay ningún diagnóstico ni trastorno ansioso ni depresivo, entonces claro estos compañeros atendían en este consultorio de la universidad ya, que son otras condiciones, o sea es un lugar bonito, tienen convenio con instituciones, gente que trabaja ya, me entiendes entonces claro llegaban allá y en general los motivos de consulta eran como más, o sea no es que eran más simples porque también eran pacientes complejos pero como que no están teñidos como por síntomas psiquiátricos entonces ellos pensaban, o sea ellos creían que en el fondo como ellos hacían realmente intervenciones psicológicas y la gente que nos venimos al psiquiátrico que queríamos trabajar con patologías más graves y todo, como que nosotros nos habíamos psiquiatrizado, un poco como entre comillas como que nos habíamos vendido me entiendes, entonces claro, si existe como diferencia entre...

¿Es como mal visto?

No sé si mal visto pero como que sienten que uno no está haciendo realmente psicoanálisis por ejemplo porque no se puede

Y a qué cree que se debe eso, porque también se puede ver como que su trabajo en el psiquiátrico es como mucho más comprometido o está más en la práctica, más fuerte

Claro, no sé yo creo que tiene que ver con el sistema de creencias

Como que el psicólogo no tiene

Como que no tendría tanta injerencia y que el psiquiatra es más prevalente cuando acá uno trabaja como súper en conjunto,

Sobre la enfermedad, como que cuesta un poco definir cuándo se trata de una enfermedad psiquiátrica

Psiquiátrica es cuando hay un conjunto de síntomas observables ya, y que todos esos síntomas configuran un trastorno mental, un trastorno conductual etcétera, pero hay síntomas,

Por ejemplo

Ansiedad, nivel de ansiedad, depresión, angustia, oscilaciones del ánimo,

Una depresión por ejemplo puede no ser una enfermedad psiquiátrica?

No, una depresión es una enfermedad, ahora si tu amaneciste un día triste, eso no quiere decir que tienes depresión, o sea para que sea depresión propiamente tal tiene que cumplir ciertos criterios como sumar una cantidad de síntomas, como para que se arme el trastorno me entiendes, porque si no todos habríamos estado deprimidos alguna vez, entonces esa es la diferencia, psiquiátrico es cuando hay síntomas observables en la clínica y tu entrevistas al paciente y te das cuenta que hay síntomas por ejemplo en cuadros depresivos tiene a parte de la tristeza estar como más bajo, por ejemplo lloran mucho, están muy angustiados, sienten los pensamientos más lentos, están más pesimistas, pierden la capacidad para poder disfrutar las cosas, entonces son una serie de síntomas que si tú los agrupas haces el diagnóstico de depresión y si una persona tiene ya depresión de nada saco tenerlo aquí y hacerle sesiones si en el fondo lo que necesita son antidepresivos y una vez que se estabilice ahí ya es posible como el trabajo psicológico porque si no la persona no puede pensar, o sea si uno de los síntomas es que el pensamiento va más lento, le cuesta cachar las cosas de qué le vale que yo le esté hablando si el pensamiento está yendo más lento, o sea como neuronalmente las cosas no están funcionando bien,

Por eso dices que se necesita el trabajo en conjunto con un psiquiatra o neurólogo

Exactamente, es el trabajo en equipo

Y desde el punto de vista del sistema de salud mental, que algo comentaba antes, cree que se hace cargo de la problemática del paciente psiquiátrico

El sistema de salud que hay es insuficiente, yo creo que no es una prioridad, no es una prioridad y lo que hay es insuficiente, no hay una política para la salud mental, por ejemplo lo del auge, que se incluyeron depresión, y se incluyó esquizofrenia primer brote y todo, por ejemplo la esquizofrenia es una enfermedad que es de curso crónico, siempre la persona una vez diagnosticada con

esquizofrenia y que ha tenido como una sucesión de brote psicótico, siempre va a necesitar antipsicótico, siempre

No es una enfermedad de la cual se mejore

No se mejora, lo que si tu logra es manejar que la persona no este con el cuadro agudo, es decir que no tenga alucinaciones, que no tenga delirios, pero la enfermedad sigue un curso, y que aunque en ausencia de esos síntomas, igual la persona se empieza a deteriorar cognitivamente, socialmente, entonces siempre necesita medicamentos, pero el auge no cubre para toda la vida, cubre solo el primer brote, me entiendes entonces claro qué pasa con el paciente que brotó a los 19 años, que es cuando se descubre en la mayoría de los casos, pero qué pasa cuando después cuando ya tiene 30 años y es dependiente de los fármacos, o sea no se hacen cargo de la enfermedad

¿No hay seguimiento?

No se hacen cargo de la enfermedad pero tampoco pueden seguir entregándole medicamentos claro. Ahí hay un vacío con las enfermedades psiquiátricas que además son difíciles de diagnosticar porque están como tan multideterminadas, por tanto factores, porque en el fondo es como la mente del sujeto es distinto como si te duele el estómago y te tomas algo y desapareció y chao no más, entonces acá no hay políticas públicas a largo plazo, más integradas, y lo que hay es insuficiente, no hay muchos recursos tampoco, no se contrata más personal en todo nivel desde más técnicos, más psicólogos, más psiquiatras o por ejemplo mejorar los honorarios de la gente para que no se vayan porque lo que pasa que en otros lugares claro ganan el doble entonces cuál es el sentido de quedarse acá si la vida sigue y uno tiene que pagar cuentas y tiene que vivir me entiendes

¿Marca una diferencia ser trabajador del sector público?

Si o sea así como de lo que me cuentan a mí así informalmente, no entienden por qué trabajo acá porque es un trabajo muy pesado ya, aparte que no es tan bien pagado entonces que el costo beneficio no se ve entonces “qué haces ahí todavía” y también las condiciones como de autocuidado para la gente que trabaja acá no se dan mucho,

¿Cómo?

Por ejemplo las condiciones físicas, la infraestructura no... no está pensada para la gente que trabaja en salud mental que también está sometido como a mucho estrés, hay veces que acá, o sea uno como que igual se acostumbra y se olvida un poco que trabajas en un psiquiátrico, y de repente llega una paciente que sea como mucho más destructiva y que grite mucho entonces ahí uno dice chuta en realidad este ambiente no es normal me entiendes.

Claro, eso muchas gracias

¿Te sirvió?

Si muchas gracias

Qué bueno ya.

Apuntes entrevista psiquiatra¹

Temas a considerar en la entrevista:

1. Tratamiento que llevan los hogares, tanto psicosocial como farmacológico.
 2. Sobre cómo tratar con los pacientes.
-
1. Los hogares forenses se encargan de aquellos pacientes que carecen de redes de apoyo.

¹ La entrevista del Psiquiatra como del Trabajador Social fueron transcritas como apuntes como un acuerdo de confidencialidad puesto que existe una prohibición de la dirección a dar entrevistas cuyo objetivo no van en directa relación con la atención al paciente, y la prohibición de revelar

información tanto de los pacientes como del trabajo en el interior. Ante la imposibilidad de realizar una nueva entrevista fuera del Instituto por el tiempo y la disposición, se resolvió utilizar dichos apuntes.

En relación a las redes sociales, se acogen más a las mujeres dentro del grupo familiar, en cambio los hombres tienden a ser abandonados, es por esto que se aprecian una mayor cantidad de hombres en las instituciones psiquiátricas.

Se realiza un tratamiento individualizado, tomando cada caso del paciente de forma aislada y focalizada, en cuanto a trastornos o patologías que constituyen enfermedad.

Lo primordial radica en la capacidad que tenga el paciente de enjuiciar su propio delito, es decir, si decide hacerlo o no.

Decisión de imputabilidad se hace en un equipo de tratamiento. Se hace lo que se le llama, “peritaje”, también se hace en equipo, generalmente compuesto por psiquiatras y psicólogos, en donde se investiga al paciente desde su gestación.

2. Los “chiquillos”, la mayoría presentan un deterioro del lenguaje, deterioro en su capacidad de comunicación, se recomienda conocer el delito y además la enfermedad de cada uno para evitar la descompensación de los pacientes al hacer las entrevistas. Recomienda un proceso de devolución de las problemáticas en un lenguaje concreto, la mayoría son personas más bien concretas, de formas acotadas, no se recomienda usar preguntas abiertas, debido a que tienen dificultad de pensamiento abstracto y de ilación de ideas

En cuanto a terapias ocupacionales, el psiquiátrico cuenta con programas de esa naturaleza, principalmente en los hospitales, dicese talleres de rehabilitación, que sin embargo, debido a los escasos recursos con los que cuenta el hospital, se debe hacer una priorización de los pacientes más aptos para ellas. (Jóvenes con mayores proyecciones, por ejemplo)

Dentro de estos programas, el sistema de hogares protegidos se cuenta como una terapia psicosocial propiamente tal. Es por esto que a aquellos pacientes que se encuentran en dichos hogares, no se les incluye generalmente en terapias ocupacionales o alternativas de rehabilitación.

Apuntes entrevista Trabajador Social

En el tema de la enfermedad propiamente tal nosotros nos paramos, por lo menos desde la institución, entendemos la enfermedad mental todo aquello que este alejado de una buena condición de salud, no solamente salud mental, sino que también arraigado a lo que es la salud física, por tanto miramos este esquema desde una mirada un poquito más integral. Cuando estamos hablando de un estado de buena salud mental o enfermedad mental en este caso es cuando hablamos de un estado de desequilibrio entre la parte física y también de la parte emocional y eso a la larga cuando comienza también a empezar a desarrollarse y a no a tratarse puede desencadenar ya en una enfermedad mental, por eso hablamos de un estado de desequilibrio.

Yo creo que tiene que ver con las exigencias y los ritmos de vida con lo que uno está viviendo actualmente. O sean una buena calidad de vida debería requerir de un espacio por ejemplo para uno mismo, cosa que actualmente ya no ocurre, eso por un lado, una buena condición socioeconómica, las condiciones sociales que tienen la personas, cuál es el contexto con el que se enfrenta en lo laboral, más que nada son los dispersores con los que uno está afrontándose.

Por eso aquí, el sistema hogares, como terapia de rehabilitación, se basa en conceptos como rehabilitación social (que se basa, a su vez, en el concepto de discapacidad), de reinserción social, y el de convivencia (que dice relación con la calidad de vida desde sus parámetros.); sin embargo, no

se encuentran claramente definidos dichos conceptos, por lo que no existe un consenso ni uniformidad de maneras de obtener o alcanzar tales propósitos.

Existe también una diferencia entre los pacientes que dice relación con el origen socioeconómico del cual provienen, es decir, en cuanto al capital económico y capital cultural. Aquellos pacientes que provienen de un entorno que posee un capital cultural relativamente elevado, se facilita enormemente la realización del diagnóstico, reconocen más fácilmente las señales, se preocupan mayormente por los aspectos psicológicos de la persona.

Así como también, aquellos pacientes que poseen un capital económico mayor, tienden a recibir tratamientos más oportunos, lo que permite detectar la enfermedad tempranamente y conseguir su compensación, dado la posibilidad que el capital económico les otorga para el acceso a clínicas de internación privadas.

El sistema público, hay que entender que sucede también en lo público por tanto las condiciones que eso contiene no necesariamente un servicio de hotelería muy bueno, la calidad de la atención puede que sea buena, los profesionales también que sepan mucho, porque muchas veces se repiten los profesionales de lo público en lo privado, pero las condiciones en la infraestructura no es siempre lo bueno, las políticas están orientadas a un programa que es más abierto, a más cantidad de personas que a programas más personalizados, creo que también eso puede ser una debilidad. Ahora en lo privado a veces uno paga por el servicio tanto lo que uno paga que la atención de hotelería que sea buena profesionales y programas que sean individualizados y eso ya marca una diferencia. Y por otro lado también en el otro sistema que es privado que está orientado a otra clase de lo... social también se paga para además para que no se publique.

En cuanto a los programas de tratamiento psicosocial que reciben los pacientes, tiene que ver con la tipificación que surge del “juicio de realidad”, puesto que en relación a esto es que son considerados sujetos de beneficio o sujetos de derecho (con deberes), es decir, si son considerados actores o protagonistas de su proceso de recuperación, que tiene que ver con escuchar lo que tienen que decir.