



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO  
ESCUELA DE ANTROPOLOGÍA

**Institucionalización en psiquiatría forense. Percepción  
desde el equipo de trato directo de la Unidad de  
Cumplimento de Medida de Seguridad del Instituto  
Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak**

Estudiante: Julio Paredes Garcés

Docente : Guillermo Brinck Pinsent

Tesis para optar al grado académico de Magister en Antropología

**Santiago 2018**

## **Dedicatoria**

A mis hijas Amanda y Valentina por llevarme al sitio más vertiginoso, dulce y  
Hermoso de mi vida, la paternidad.

A mi compañera, Katherine quien está a mi lado en cada locura que emprendo, en  
cada desafío, derrota y triunfos de mi vida. Quien me hace mejor hombre y persona.  
A quien admiro, respeto y amo.

Este trabajo sería imposible sin vuestra compañía y amor. Esta aventura está  
Dedicada y pensada en ustedes, mis amores.

## **Resumen**

La presente investigación aborda la percepción del proceso de institucionalización que viven los trabajadores de trato directo que se desempeñan en la psiquiatría Forense de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad en el Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Se explora la cotidianidad de su ejercicio laboral y la interacción con los pacientes de la dicha unidad desde una perspectiva etnográfica y cualitativa, procurando observar las implicancias de la institucionalización que viven los pacientes en la subjetividad y desempeño laboral de los trabajadores de trato directo. Se da cuenta del sistema de diferencias que configuran el campos social de la Unidad, donde concurren relaciones de poder que interfieren en las dimensiones técnicas y profesionales, principalmente en la conformación del equipo interdisciplinario, y se concluye que estas condiciones afectan de forma directa a los equipos, configurando rasgos de Institucionalización que interfieren en la dinámica interna del equipo, obstaculizando el logro de los objetivos de la unidad y frustrando las expectativas de los profesionales que la componen.

## **Palabras claves**

- **Psiquiatría Forense**
- **Institucionalización**
- **Poder-Instituciones Totales**
- **Subjetivación**
- **Trabajadores de trato directo**

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Palabras claves.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo I: Problema de Investigación.....</b>	<b>13</b>
1. Problema de Investigación.....	14
1.2. Pregunta de investigación.....	19
1.3. Justificación y Relevancia.....	20
<b>Capítulo II: Objetivos de Investigación.....</b>	<b>21</b>
1. Objetivos de Investigación.....	22
1.1. Objetivo General.....	22
1.2. Objetivos específicos.....	22
<b>Capítulo III: Marco Metodológico.....</b>	<b>23</b>
1. Enfoque Epistemológico.....	24
2. Enfoque de Investigación.....	24
3. Método de Investigación.....	26
4. Estudio de Caso.....	26
5. Unidad de Estudio.....	27
6. Universo de investigación.....	28
7. Muestra.....	28
8. Técnicas de recolección de información.....	29
9. Posición del Investigador.....	31
10. Plan de Análisis.....	31
11. Análisis de contenido.....	32
12. Árboles de Categorías.....	35
13. Criterios de validación.....	41
<b>Capítulo IV: Marco Teórico.....</b>	<b>43</b>
1. De lo Normal y Anormal.....	44

1.1.	Concepto de Salud.....	46
1.2	Salud Mental.....	47
2.	Enfermedad y mirada Antropológica.....	49
2.1.	Enfermedad Mental ¿Descubrimiento científico o Invento Injustificable?.....	53
2.2.	Antropología y Enfermedad mental.....	54
3.	Institucionalización e Instituciones Totales.....	57
3.1.	El concepto de Institucionalización.....	58
3.2.	Institución total.....	59
3.2.1.	Elementos que considerar en la Institucionalización.....	60
4.	Psiquiatría y Psiquiatría Forense.....	65
4.1.	Concepto de Psiquiatría.....	65
4.2	Psiquiatría Forense.....	65
<b>Capítulo V: Marco Referencial.....</b>		<b>68</b>
1.	Antecedentes relacionados a la salud mental .....	69
1.2.	Epidemiología psiquiátrica en Chile.....	70
2.	Políticas Internacionales y Plan Nacional de Salud Mental.....	72
2.1.	Declaración de Caracas.....	72
2.2.	Principios de Brasilia.....	73
2.3.	Plan Nacional de Salud Mental.....	74
3.	Instituciones de Salud Mental en Chile.....	76
4.	Antecedentes Históricos de la Psiquiatría Forense en Chile.....	82
<b>Capítulo VI: Presentación de los Resultados.....</b>		<b>84</b>
1.	Antecedentes Institucionales.....	85
1.1	Antecedentes de lugar que acoge el estudio. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak .....	85
2.	Servicio de Psiquiatría Forense.....	86
2.1	Internaciones Judiciales en el Servicio de Psiquiatría Forense.....	87
2.2.	Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad.....	88
2.3.	Pacientes que ingresan a la UCMS.....	91
2.4.	Programas de Atención de UCMS.....	95

<b>Presentación y Análisis de Resultados.....</b>	<b>97</b>
1. Llegada a la Psiquiatría Forense como área de trabajo.....	97
<b>1.1.1.</b> La biografía y su influencia en la elección vocacional.....	97
1.2. Prejuicios de los trabajadores de trato directo frente a la salud mental y psiquiatría.....	100
1.3. Definición del campo de la Psiquiatría Forense.....	101
<b>1.3.1.</b> Definición desde la experiencia práctica.....	101
2. Rutina y cotidianidad en la UCMS.....	105
<b>2.1.1.</b> Rutinas del equipo de trato directo de la UCMS. Dinámicas relacionales y/o laborales entre los miembros que componen el equipo de trato directo de la UCMS.....	112
<b>2.1.2.</b> Elementos distintivos del quehacer de los trabajadores de trato directo de UCMS.....	115
<b>2.1.3.</b> Particularidad de la Unidad.....	118
2.2. Normativa de la UCMS.....	120
2.2.1. El incumplimiento de la Norma.....	122
3. Conflicto e Institucionalización.....	128
3.1. Molestia de los pacientes en la UCMS.....	130
4. Efectos de trabajar en la UCMS.....	132
4.1.1. Gratificación de trabajar en el área.....	132
4.1.2. Repercusión en la vida personal.....	134
5. ¿Trabajo en Equipo?.....	135
<b>5.1.1.</b> Exigencias desiguales a los integrantes del equipo.....	138
<b>5.1.2.</b> Desigualdad de exigencia por género.....	140
<b>5.1.3.</b> Conflictos ético-políticos.....	141
<b>5.1.4.</b> Acerca del poder entre trabajadores de trato directo.....	147
<b>5.1.5.</b> El poder de los trabajadores de trato directo hacia los pacientes.....	150
5.2.1. La necesidad de la interdisciplinariedad.....	152
5.2.2. Espacios de esparcimiento de la UCMS.....	153
5.3.1. La identidad de los miembros del equipo.....	154
6. Vínculo entre la UCMS y el Instituto Psiquiátrico. Percepción y estigma.....	156
6.1.1. Diferencias de desempeño entre la UCMS y unidades del Instituto psiquiátrico....	157
6.2.1 El peladero del Horwitz.....	159

6.2.2	UCMS República independiente, Estigma de ser trabajador Forense.....	161
6.3.	Anestesia emocional de los trabajadores de la UCMS.....	162
7.	Infraestructura y su impacto en las labores de la UCMS.....	164
7.1.	Los de arriba y los de abajo: Espacio físico y relaciones del equipo.....	167
7.2.	Representación personal del espacio físico de la UCMS.....	169
7.3.	Isla sin medida de seguridad.....	171
7.4.	Zona de confort/riesgo permanente.....	172
7.5.	Libertad contenida, esperanza anestesiada.....	172
8.	Psiquiatría forense y su significación para la praxis laboral de los Trabajadores de Trato directo de la UCMS.....	173
<b>Capítulo VII: Reflexiones finales.....</b>		<b>175</b>
1.	Reflexiones y Hallazgos de la investigación.....	176
<b>Bibliografía.....</b>		<b>182</b>
<b>Anexos.....</b>		<b>189</b>
<b>Índice de Cuadros e Imágenes</b>		
	Cuadro N 1: Principales Patologías del Servicio de Psiquiatría Forense.....	18
	Cuadro N°2: Estadísticas de Delitos presentes en la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad.....	18
	Cuadro N° 3: Dotación de Personal Instituto Psiquiátrico.....	86
	Imagen N° 1: Ubicación de la UCMS dentro de la Institución.....	89
	Imagen N° 2: Unidad de Cumplimiento de Medida de seguridad.....	90
	Imagen N° 3: Ciclo legal en el campo de la Psiquiatría Forense.....	91
	Imagen N° 4: Principales delitos cometidos por pacientes de la UCMS.....	92
	Imagen N° 5: Situación legal del paciente al interior de la UCMS.....	93
	Imagen N° 6: Redes Familiares de los pacientes de la UCMS.....	93
	Imagen N° 7: Diagnósticos Psiquiátricos de la UCMS.....	94
	Imagen N° 8: Personal Profesional de la UCMS.....	94
	Imagen N° 9: Puntos ciegos de la UCMS.....	110
	Imagen N° 10: Zona de fugas en la UCMS.....	124
	Imagen N° 11: Ubicación geográfica de la UCMS respecto del Instituto Psiquiátrico...	160

Imagen N° 12: Frontis y Patio interior de la UCMS.....	165
Imagen N°13: Imagen de piezas y baño exterior de la UCMS.....	166
Imagen N°14: Oficinas de profesionales y separación en planta baja de la clínica y dormitorios de pacientes vista desde abajo.....	168
Imagen N°15: Mural y huerta que se desarrolla en patio interior de la UCMS.....	170

## Introducción

Según Berger y Luckman, los mundos de vida están contruidos a partir de las experiencias de los sujetos en sus interacciones diarias. De esta manera se van configurando espacios que son únicos en cuanto a sus dinámicas y estructuración de sus significados. La psiquiatría forense no es diferente a lo antes descrito. Este campo de acción posee un amplio recorrido histórico, al igual que las prácticas o intervenciones que allí se llevan a cabo. Historia que ha contribuido a que los imaginarios colectivos hayan ido construyendo diversas imágenes de este lugar, inclusive algunas que estaban fundamentadas sobre un prejuicio que sobre un dato fehaciente. Los prejuicios socialmente contruidos y personalmente aceptados juegan en una confrontación interesante.

La presente investigación se desarrolló en el Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. Esta es una unidad que trabaja con personas que se han visto enfrentadas a conflictos con la justicia, orientando su quehacer en dos grandes áreas de atención. Por una parte se aborda la evaluación de individuos que presentan alguna enfermedad mental, a objeto de realizar pericias que determinen si al momento de cometido un ilícito actuó afectado por su patología de base. La otra área de intervención apunta a la atención en sistema de hospitalización con aquellas personas que, habiendo cometido delito, son sobreseídos, por estimar el tribunal que, de acuerdo a la investigación y evaluación, debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal<sup>1</sup>. En ésta última área es donde se centrará la investigación, concretamente, la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad (en adelante UCMS).

En este contexto, esta investigación se propone relevar la percepción sobre el proceso de Institucionalización que viven los trabajadores de trato directo que se desempeñan

---

<sup>1</sup> Título I DE LOS DELITOS Y DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE EXIMEN DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL, LA ATENUAN O LA AGRAVAN Art. 10. Están exentos de responsabilidad criminal: 1°. El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón

en la psiquiatría Forense y en la UCMS, tomando aspectos característicos de la cotidianidad de su ejercicio laboral y la interacción con los pacientes de la dicha unidad, procurando observar si las implicancias de la institucionalización que viven los pacientes tienen alcance en los trabajadores de trato directo.

Estas condiciones afectan de forma directa a los equipos. Pese al escenario complejo, los trabajadores de trato directo que se desempeñan en esta área tiene la característica de ser versátiles. Se trata de un mundo de vida que está lleno de complejidades, tanto por el área que se trabaja (la enfermedad mental) así como también los efectos que van teniendo en los mismos funcionarios, van desafiando cada día su quehacer que está lleno de particularidades que es a consecuencia de la fusión del mundo legal y la salud enmarcado en una institución total. Sin dudas estas características van configurando rasgos de Institucionalización. Por lo tanto, resulta interesante revisar cuales son las estrategias, si es que las hay, para poder movilizarse en este campo de acción laboral y permanecer en él.

Por otro lado, están los encuentros y desencuentros que se pueden generar con la institución psiquiátrica y todo el potencial que puede llegar a imponer en las decisiones manifestando su amplio poder. Esto puede generar conflictos a niveles ético-políticos. El conflicto es un elemento propio de este espacio. Pero lo usual es que no se perciba fácilmente.

En las instituciones psiquiátricas se encuentran distintos actores, y por lo tanto, se enfrentan diversas visiones de mundo, prácticas laborales, códigos éticos y disciplinas, lo que entrega un rasgo que a su base genera tensiones. Esto puede provocar diferencias de las cuales podemos apreciar los conflictos interpersonales, de valores y prioridades. A menudo, el conflicto más difícil de resolver es el que se relaciona con la diferencia de valores y ejercicio del poder.

Se supone que el conocimiento que poseen los trabajadores de trato directo los lleva a asumir pequeñas cuotas de poder. En las sociedades que otorgan un gran precio a

los conocimientos de los expertos y que tienen igualmente una estructura desigual, la rareza o el monopolio implica dos tipos de recompensas independientes: por una parte, la ventaja sobre los mercados de los servicios o del trabajo, por otra, un estatus y privilegios en la jerarquía de los empleos e incluido un rango en la burocracia. Este es el caso de quienes ostentan el poder en este tipo de institución, que se encuentra validado y asumido como parte de la cultura institucional. Sin embargo, las características de estas instituciones totales pueden afectar el ejercicio laboral de los trabajadores de trato directo generando merma en sus pautas conductuales y finalmente en su calidad de vida.

En definitiva, en esta investigación nos interiorizamos en la cotidianidad de la UCMS desde la experiencia de los trabajadores de trato directo, para observar y comprender sus códigos de manera de visualizar el conflicto ético político y relevar como la institucionalización afecta sus condiciones laborales en un campo tan desconocido en el marco de lo público, como lo es la psiquiatría forense.

En el transcurso de esta investigación se propone las siguientes preguntas al lector, de manera que pueda orientar su recorrido: ¿Qué ocurre cuando el actuar laboral se desarrolla en la psiquiatría forense?, ¿Cuáles son las principales problemáticas ético-políticas que afrontan en este espacio?, ¿Cómo conviven con la complejidad de la psiquiatría forense en una institución total? Y finalmente ¿Cómo se manifiesta la institucionalización en sus trabajadores?

En breves líneas se llevará al lector a introducirse en las motivaciones que mueven a realizar esta investigación contada desde sus propios actores. En la primera parte se mostrará el problema de Investigación y la justificación de este, para posteriormente dar paso a los objetivos y propuestas de investigación.

En segundo lugar, se mostrará el planteamiento metodológico trabajado en el marco de esta investigación, argumentando su elección en términos de coherencia y pertinencia de acuerdo a los objetivos planteados.

En la tercera parte se dará cuenta del Marco teórico que permita introducir un lenguaje que permita poder comprender el marco de la psiquiatría forense y la institucionalización.

Posteriormente se dará a conocer desde el marco referencial la institución y otros datos que permitan contextualizar el lugar y campo de acción escogido, de manera que quede claro al lector cuales son las principales características de la UCMS y que la hacen propicia para que sus actores sean parte del trabajo de campo de la investigación.

Luego se dará paso al análisis de datos, donde se presenta la producción académica lograda a partir de la experiencia relatada desde los propios trabajadores de trato directo de la UCMS. Donde se organiza en Categorías y sub categorías que logran dar cuenta de esta experiencia. A su vez se presentarán las categorías emergentes que los mismos entrevistados fueron elaborando y que enriquece la propuesta de este trabajo y la respuesta a la pregunta de investigación planteada.

Finalmente se dará paso al capítulo que corresponde a las reflexiones y hallazgos encontrados en la investigación, dando cuenta de nuevas preguntas que permitan ampliar el tema de la institucionalización en trabajadores de trato directo de la psiquiatría forense y profundizar en futuras investigaciones. No obstante es importante mencionar que es intención del investigador dar a conocer un campo de acción de las ciencias sociales diferente y escasamente abordado en nuestro país, donde las características particulares que caracterizan a la UCMS y la a la Psiquiatría Forense hacen necesario generar reflexión en su quehacer para que pueda significar un aporte y contribuir a la calidad de vida de quienes ejercen labores en dicha institución y en consecuencia, mejorar condiciones para quienes va dirigida la intervención, los pacientes que allí residen.

# Capítulo I: Problema de Investigación



## 1. Problema de Investigación

Las patologías vinculadas a la salud mental son un problema presente en la población chilena. Según Vicente (2012), una de cada tres personas sufre de algún problema de salud mental en algún momento de su vida, principalmente asociado a trastornos ansiosos y depresivos (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn, & Torres, 2002), por otra parte Kohn desarrolla una comparación entre las patologías psiquiátricas de Chile y América Latina donde señala que si bien Chile se encuentra en la media con los países de la región, nuestro país duplica la tasa regional en la prevalencia de distimia (trastorno del ánimo) donde se observa una prevalencia del 8% en comparación a un 3,5% en América Latina, y abuso o dependencia de drogas ilícitas donde la prevalencia es de 3,5% versus 1, 6% en América Latina (Kohn, y otros, 2005). A esto se suman las estadísticas presentadas el año 2013 por el Ministerio de Salud de Chile donde indica que un 21,67% de la población adulta reporta haber recibido un diagnóstico médico de depresión alguna vez en su vida (Ministerio de Salud de Chile, 2013), lo que sumado a los datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico del año 2011, en Aceituno y otros(2012) que indica que la tasa de suicidio en Chile ha aumentado un 55% entre el año 1995- 2009 (Aceituno, Miranda, & Jiménez, 2012), demuestra la importancia y prevalencia de esta problemática en nuestro país<sup>2</sup>.

Ante este escenario adverso, se debe señalar que los pacientes psiquiátricos acceden a un tratamiento que posiciona los aspectos farmacológicos por sobre el ámbito psicosocial, necesario en el proceso de rehabilitación. "...Los pacientes con trastornos mentales no tratados corren un riesgo mayor de menoscabo del funcionamiento del sistema inmunitario, comportamiento deficiente en materia de salud, incumplimiento de los regímenes médicos prescritos y resultados desfavorables de las enfermedades" (OMS; 2001, pág: 10). Toda esta realidad se hace más compleja cuando nos

---

<sup>2</sup> "Se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales. El impacto de las enfermedades mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también financieros". (Minoletti & Zaccaria, 2005, p. 346)

adentramos en la psiquiatría forense, área fundamental de esta investigación. La psiquiatría forense comparte todo el aspecto clínico de la disciplina psiquiátrica, no obstante, se entremezcla necesariamente con el ámbito judicial, que contempla procurar el cuidado del orden normativo e institucional de la conducta humana en sociedad. Más específico aun como "...el conjunto de normas que regulan la protestad punitiva del estado, asociado a hechos, estrictamente determinados por la ley, como presupuesto, una pena o medida de seguridad o corrección como consecuencia, con el objetivo de asegurar los valores elementales sobre los cuales descansa la convivencia humana pacífica." (Ortiz; 2006, pág. 1).

Las denominaciones "legal" y "forense" se emplean en muchas ocasiones, indistintamente, siendo la más utilizada la de Psiquiatría Forense, cuando se trata de asuntos relacionados con la administración jurídica. Por su parte la American Borrad of Forensic Psychiatry (AFBP) y la American Academy of Psychiatry and The Law (AAPL) definen la Psiquiatría Forense como una subespecialidad de la psiquiatría en la que un peritaje científico y clínico se aplica a aspectos legales en contextos legales que abarcan materias civiles, penales, penitenciarios o legislativo (Carrasco, 2005).

La psiquiatría forense presente desde 1877 en nuestro país, cuando por primera vez ingresa a la "casa de orates" (nombre otorgado inicialmente al Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak) un paciente con problemas judiciales, este sólo fue el inicio de un proceso que se ve culminado legalmente en el año 1927 cuando se promulga el decreto N ° 68, "...dice relación con la creación de pabellones especiales para el funcionamiento de asilos de temperancia y enfermos que se hallaren sometidos a la acción de la justicia."(Ortiz; 2006, pág. 3). En el año 1940 comienza formalmente el funcionamiento del departamento judicial del "manicomio nacional" (nombre posterior otorgado al instituto psiquiátrico) con un cupo nacional de 140 personas, este pabellón en el año 1985 debe ser destruido debido a los efectos del terremoto ocurrido en Santiago en marzo de ese año. En el año 1993 es creada la comisión salud justicia, a raíz de la necesidad de evacuar de los recintos penitenciarios del país a 140 personas sobreseídas por ser declaradas "dementes". Estas personas son ubicadas en un departamento denominado "enfermos mentales crónicos", el cual se encontraba bajo

la modalidad del modelo asilar, "...por lo que los individuos declarados inimputables (sin responsabilidad penal al cometer el hecho) ingresaban a este único departamento judicial, sin que existiese un plan de rehabilitación y reinserción social, egresando en muchos casos sólo por su fallecimiento...los cupos sanitarios destinados a recibir a los enfermos mentales que cometían delito, no permitía generar nuevas vacantes para los enfermos mentales que se encontraban en los recintos penitenciarios, modelo mantenido hasta los años 90." (Ortiz; 2006, pág. 3).

En base a la nueva reforma psiquiátrica, que busca erradicar el concepto asilar de la psiquiatría hacia un concepto comunitario, la situación comienza a variar, por lo que los hospitales psiquiátricos dejan de realizar ingresos en sus camas de pacientes crónicos, destinándose solo 40 camas para todos los pacientes judiciales en el año 1998, por lo que se comienzan a generar grandes listas de espera, situación que incentiva la creación del sistema nacional de psiquiatría forense que cumple la función de otorgar tratamiento a personas que habiendo cometido un delito no tienen las facultades mentales para poder cumplir una sentencia judicial, por lo que son consideradas sobreseídas, es decir, el tribunal que lleva su causa estimó de acuerdo a la investigación y evaluación, debía eximirlo de responsabilidad penal de acuerdo al Art. 10 N° 1 del Código Procesal Penal<sup>3</sup>.

Si bien la mirada de estado, radicada en el Plan Nacional de Salud Mental, indica que los tratamientos psiquiátricos deben ser llevado a cabo en los medios comunitarios de cada sujeto, la psiquiatría forense por su carácter legal imposibilita esta idea fuerza de la psiquiatría comunitaria, toda vez que el cumplimiento de las sentencias de medida de seguridad obliga al sujeto a permanecer una buena parte del tiempo del tratamiento en un régimen cerrado. En tal sentido sus vidas y tratamientos se llevan en rutinas claramente establecidas y solitarias. Está situación favorece a la generación de

---

<sup>3</sup> Título I DE LOS DELITOS Y DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE EXIMEN DE RESPONSABILIDAD CRIMINAL, LA ATENUAN O LA AGRAVAN Art. 10. Están exentos de responsabilidad criminal: 1°. El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón

individuos altamente dependientes y temerosos de la realidad externa, claramente viendo mermado su tratamiento que está centrado en lo farmacológico.

De esta manera se comienza a generar el concepto de la institucionalización. Manicomios, loqueros, hospicios, son los nombres para llamar en lenguaje popular a los Hospitales psiquiátricos. Lugares de internación, confinamiento y reclusión para “enfermos mentales” demasiados alborotadores y/o incontrolables para la sociedad. Estas son instituciones frecuentemente estigmatizantes, aisladas geográfica y socialmente. Para comenzar a hablar acerca de los efectos que produce el habitar dentro de un Hospital Psiquiátrico, es necesario contextualizar acerca de las características que poseen las instituciones totales. Estas instituciones son socialmente validadas y se les delega la función de recibir a personas que por su condición de salud se les considera “distintos”. El aislamiento y la conceptualización de la otredad se hacen praxis en estas personas.

Bajo esta premisa, los pacientes del Servicio de Psiquiatría Forense son de estrato socioeconómico bajo (Servicio de Psiquiatría Forense, 2007) además se presume que los diagnósticos son tardíos, toda vez que existe desconocimiento de las familias y comunidades en materias de salud mental. Junto con esta variable es importante mencionar, que la mayoría de ellos provienen de un contexto que no les permite tomar y dar continuidad a un tratamiento psiquiátrico adecuado y que responda a las reales necesidades del sujeto. Es por esta condición de origen que los pacientes se ven en ocasiones obligados a permanecer por más tiempo del que corresponde en el Servicio Forense al no disponer de los medios económicos para mantenerse por sí mismos, sumado esto a que un gran porcentaje de ellos no cuenta con redes familiares de apoyo en el proceso de rehabilitación, ya que muchos provienen de familias multiproblemática y/o están imputados o fueron sobreseídos por delitos que tienen que ver directamente con daños a la familia (Servicio de Psiquiatría Forense, 2007). Otro factor a considerar es la precariedad existente en la red de salud mental, pese a que el modelo se basa en una lógica comunitaria, la oferta para este tipo de paciente es precaria. Dentro de este perfil podemos encontrar las siguientes patologías que se dan

en el Servicio de Psiquiatría Forense, concretamente en la Unidad de Cumplimiento de Seguridad son:

**Cuadro N 1: Principales Patologías del Servicio de Psiquiatría Forense**

<b>Esquizofrenia</b>	<b>46</b>
<b>Alcoholismo</b>	<b>9</b>
<b>Retardo Mental</b>	<b>3</b>
<b>Daño Orgánico Cerebral</b>	<b>9</b>
<b>Epilepsia</b>	<b>14</b>
<b>Trastorno Delirante</b>	<b>6</b>
<b>Trastorno de Personalidad</b>	<b>3</b>
<b>Psicosis de Base Orgánica</b>	<b>3</b>

**Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, 2014.**

Así también es posible evidenciar los delitos que existen se distribuyen en:

**Cuadro N°2: Estadísticas de Delitos presentes en la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad**

<b>Parricidio</b>	<b>9%</b>
<b>Homicidio</b>	<b>26%</b>
<b>Robo</b>	<b>11%</b>
<b>Delitos Sexuales</b>	<b>9%</b>
<b>Delitos de Lesiones</b>	<b>14%</b>
<b>Incendio</b>	<b>6%</b>
<b>Maltrato de Obra a Carabinero</b>	<b>6%</b>
<b>Homicidio Frustrado</b>	<b>9%</b>
<b>Desacato</b>	<b>6%</b>
<b>Amenazas</b>	<b>3%</b>
<b>Porte Ilegal de Armas</b>	<b>3%</b>

**Fuente: Estadísticas Unidad de Sobreseídos, Servicio de Psiquiatría Forense. Elgueta 2012**

Pese a ser un servicio clínico, su vinculación con el área jurídica dificulta el poder llevar a cabo una intervención que mire lo comunitario. El marco jurídico pone énfasis en la disminución de la peligrosidad, por sobre la rehabilitación, entregando medidas de seguridad para tratamiento que deben cumplirse en centros cerrados con las medidas de seguridad de un recinto penitenciario, por sobre uno clínico.

Con las características antes descritas es que esta investigación toma el concepto de instituciones totales no tan solo en sus efectos a los pacientes allí atendidos, si no que más bien a los profesionales que allí se desempeñan. La institucionalización, en consecuencia, no es exclusiva para quienes reciben el tratamiento, sino que también para quienes lo implementan. Como señala Erwin Goffman, “Una Institución total puede definirse 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, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (GOFFMAN; 2004, p.: 13). Quienes trabajan en este ámbito dedican gran parte de su vida cotidiana para desempeñarse al interior de estas instituciones, por tanto los efectos de la rutina y el aislamiento son posibles de encontrar en quienes son parte del equipo de trato directo, en una lógica reflexiva interesante de poder rescatar en instituciones con características tan particulares como la Unidad de Cumplimiento de medida de Seguridad.

## **1.2. Pregunta de investigación**

A partir de lo anteriormente dicho es posible plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo influye el carácter totalizador de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad y la situación de institucionalización en el desempeño laboral, la identidad profesional y la subjetividad del equipo tratante?

### **1.3. Justificación y Relevancia**

Esta investigación busca mostrar un espacio relevante de la salud mental y que no se ha explorado desde su cotidianidad. Esto refiere a presentar la Psiquiatría forense y los alcances en sus trabajadores. Conceptos como institucionalización hacen eco no solamente en quienes están dentro de estas unidades como pacientes, sino que también a quienes día a día desarrollan su accionar profesional dentro de lo que Goffman llamaría institución total.

Esta investigación se encuentra dirigida a la sociedad en su conjunto donde actualmente existe poca información acerca de las patologías psiquiátricas y más aún de la psiquiatría forense, primando en ella el sentido común. Además de lo anterior, existe desconocimiento acerca de estos mundos de vida registrados desde sus propios actores, lo que entregaría un lenguaje fidedigno de lo que ocurre al interior de estas instituciones, propiciando el desarrollo de trabajos etnográficos que permitan dar cuenta de esta realidad país.

Desde el punto de vista práctico, este estudio ofrece el desarrollo de una sistematización reflexiva la cual es derivada de un proceso de praxis basada en las experiencias de sus actores. Se establece así la posibilidad de construir un espacio para el acercamiento y despliegue de diversas disciplinas a la temática, las cuales en mutua convivencia lograrán establecer modos cercanos de intervención disciplinaria, ya que otorga datos relevantes para la mayor profesionalización de carreras que se interesen en trabajar en el área de la Psiquiatría Forense.

Este estudio posee gran importancia desde el punto de vista de los procesos de reinserción social, toda vez que, al mostrar la psiquiatría forense, deja en evidencia un mundo que es desconocido, pero que sin embargo va en franco aumento. Así también busca dar espacio a sus propios actores, donde destaca la percepción de los profesionales, quienes hablan de sus propias experiencias, aspecto relevante para poder comprender sus principales nudos críticos y los efectos que va generando la institución en ellos, considerando la particularidad del lugar donde confluye la psiquiatría y el marco legal.

# Capítulo II: Objetivos de Investigación



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

# **1. Objetivos de Investigación**

Para la presente investigación se establecieron los siguientes objetivos:

## **1.1. Objetivo General**

- Dar cuenta de las principales características del efecto de la institucionalización en el proceso de subjetivación y en el ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

## **1.2. Objetivos específicos**

- Señalar los elementos distintivos de la institucionalización en el marco de la Psiquiatría Forense desde la perspectiva del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Identificar las principales dificultades que genera la institucionalización en el desempeño del ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Caracterizar el proceso de subjetivación en el contexto del ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Describir los efectos de la institucionalización en la conformación de la identidad del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.
- Caracterizar la infraestructura de la UCMS y como está impacta en la institucionalización y sus efectos en la conformación del espacio cotidiano (relaciones sociales, distribución espacial) del equipo trato directo.

# Capítulo III: Marco Metodológico



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## **1. Enfoque Epistemológico**

Esta Investigación se posiciona desde la fenomenología toda vez que propone una interpretación de los hechos humanos y sociales con un proceso participativo en la solución de los problemas, donde se valorizan los aspectos contextuales y situacionales, indagando en la profundidad, atendiendo a la complejidad; su carácter heurístico y la posición del investigador que va a actuar de acuerdo con sus propios conocimientos y creencias por lo cual no se puede exigir objetividad y neutralidad absoluta. Estudia la relación que hay entre los hechos (fenómenos) y el ámbito en que se hace presente esta realidad (psiquismo, la conciencia).

Por lo tanto, este enfoque busca articular la práctica social dentro de un contexto dado, por ello debe captarla como un todo unificado, no puede fragmentarla, no puede dividirse en variables dependientes e independientes (Heidegger, 2000). Lo que vemos no es el objeto en sí mismo, sino cómo y cuándo es dado en las acciones intencionadas y finalmente poder establecer las relaciones que existen y poder lograr la comprensión de estos espacios (Echeverría, 1997).

Este enfoque resulta el más adecuado, ya que se interioriza en la comprensión del contenido del discurso de los propios sujetos, finalidad que se aprecia en esta investigación, la cual busca la obtención de conocimiento desde los profesionales de la psiquiatría forense, en la interpretación de su discurso, apreciaciones y formas de comprender la realidad. Por lo tanto, facilita la propuesta de investigación que aquí se plantea.

## **2. Enfoque de Investigación**

Para esta investigación se trabajó con el enfoque cualitativo. Par este enfoque la teoría constituye una reflexión en y desde la praxis; intenta comprender la realidad, describe el hecho en el que se desarrolla el acontecimiento; profundiza en los diferentes motivos de los hechos; y el individuo es un sujeto interactivo, comunicativo, que comparte

significados y su mundo de vida (Pérez, 1998). Así, el objeto básico de estudio es el mundo de la vida cotidiana, tal como es aceptado y problematizado por los individuos. Finalmente, no se busca la explicación o la causalidad, sino la comprensión desde la voz de los profesionales involucrados en los mundos de vida de la salud mental<sup>4</sup>, en el marco de la psiquiatría forense y el impacto de ésta en su actuar y vida profesional.

La investigación cualitativa consiste en “descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables, además incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos” (Watson-Gegeo en Pérez, 1998. p46).

Para Taylor y Bogdam (en Pérez,1998), los elementos más significativos de la investigación cualitativa son: que es inductiva; se trabaja desde una perspectiva holística, se interactúa con los informantes de manera natural; se intenta comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas; se suspenden las creencias, perspectivas y predisposiciones del investigador; todas las perspectivas son valiosas aspectos que se hacen pertinentes en esta investigación que habla desde las percepciones de los actores involucrados en los mundos de vida de la salud mental y psiquiatría forense<sup>5</sup>.

Es pertinente a esta investigación, toda vez que se busca la particularidad de la experiencia de los profesionales que trabajan en la Unidad de cumplimiento de medida de seguridad y desde allí poder generar un espacio de reflexión en torno a la institucionalización y como ésta última les afecta.

---

<sup>4</sup> Cuando se busca que los actores de la salud mental sean quienes manifiesten sus experiencias, se pretende que sus experiencias de vida sean quienes finalmente hablen y sustenten la información proporcionada, a fin de que sea cercano a las realidades que allí se manifiestan. “La idea de que la realidad no es jamás exterior al sujeto que la examina, que existe una relación entre el sujeto y el objeto” (Pourtois y Desmet; 1992: 23).

<sup>5</sup> Alonso indica que es importante lograr la interpretación “de como los diversos sujetos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales” (Citado en Delgado y Gutiérrez; 1995: 226), solo de esta forma el acercamiento con la realidad será fiel, aún más cuando la investigación apunta a un campo como la salud mental y psiquiatría, desconocido en lo práctico e interpretado desde la fantasía.

### **3. Método de Investigación**

La presente investigación se basó en el método etnográfico. Este método cambia la concepción positivista e incorpora el análisis de aspectos cualitativos dados por los comportamientos de los individuos, de sus relaciones sociales y de las interacciones con el contexto en que se desarrollan. Por lo tanto "La investigación etnográfica constituye la descripción y análisis de un campo social específico, una escena cultural determinada (una localidad, un barrio, una fábrica, una práctica social, una institución u otro tipo de campo, sin perjuicio de la aplicación de otros métodos y técnicas de recolección, síntesis y análisis. La meta principal del método etnográfico consiste en captar el punto de vista, el sentido, las motivaciones, intenciones y expectativas que los actores otorgan a sus propias acciones sociales, proyectos personales o colectivos, y al entorno sociocultural que los rodea" (Martínez, 1994, p. 10).

Este método es adecuado toda vez que se desarrollará trabajo de campo, que consiste en el desplazamiento del investigador al sitio de estudio, el examen y registro de los fenómenos sociales y culturales de su interés mediante la observación y participación directa en la vida social del lugar; y la utilización de un marco teórico que da significación y relevancia a los datos sociales (Martínez, 1994). En este sentido, la etnografía no es únicamente una descripción de datos, sino que implementa un tipo de análisis particular, relacionado con los prejuicios, ideología y concepciones teóricas del investigador, atinente y coherente con el propósito de investigar la institucionalización en profesionales de la psiquiatría forense.

### **4. Estudio de Caso**

La investigación se presentará un tipo de diseño de Estudio de Caso. Un estudio de caso es un método empleado para estudiar un individuo o una institución en un entorno o situación único y de una forma lo más intensa y detallada posible." (Castillo, s.f.). Pérez Serrano (2001), considera que el estudio de caso sitúa su atención en las características de una unidad individual (...) y consiste en probar a través de un

examen intensivo y análisis en profundidad diversos aspectos de un mismo fenómeno<sup>6</sup>. Dicho de otra forma, estudia el problema en todos sus aspectos y propiedades de manera de encontrar soluciones pertinentes y poder proponerlas. Y finalmente aporta a esta investigación su carácter heurístico ya que tiene como fin la comprensión exhaustiva posibilitando el descubrimiento de nuevas significaciones, que en ocasiones puede conducir al resurgimiento de ideas, conceptos, tópicos pueden llevar al replanteamiento del fenómeno estudiado, mostrando otras aristas de la realidad que el investigador no ha podido apreciar y que para esta propuesta se vuelve un aporte por abrir espacios de un contexto social de la Psiquiatría Forense, concretamente de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad.

## **5. Unidad de Estudio**

Corresponde a la delimitación concreta en donde se realizará la investigación, tomando ciertas características según las exigencias de la propuesta. La selección de las fuentes de información para el trabajo de terreno queda sujeta a la relación que hay entre el perfil y composición de las mismas. Para este caso el número no es un factor relevante si no que la saturación de la información que entregaron las personas que participaron de la investigación y que sea atinente al tema trabajado. Para ello se escogió como unidad de estudio el discurso y experiencia de Profesionales de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak. La institución porque corresponde a un centro referencia nacional en cuanto a psiquiatría forense se trata en cuanto a historia y calidad del servicio.

---

<sup>6</sup>Una descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o unidad social. Los estudios de casos son particularistas, descriptivos y heurísticos y se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos" (Pérez, 2000, p. 85).

## **6. Universo de investigación**

Para esta investigación se consideró relevante poder contar con el Servicio de Psiquiatría Forense, en particular con la experiencia de los profesionales de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad, toda vez que se trata de un centro de referencia nacional especializado en el área temática de la Psiquiatría Forense. A su vez son importantes en la conformación de la muestra pues su desempeño cotidiano es de vínculo directo con los pacientes de la unidad, por lo tanto, tienen un conocimiento acabado del funcionamiento institucional. Cuenta con 24 profesionales distribuidos en psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

## **7. Muestra**

Para esta investigación se optó por un muestreo no probabilístico de tipo intencional o de conveniencia: Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo por obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Sirve para establecer dentro de la muestra participantes lo más diferentes posible, para revelar la amplitud de variación y diferenciación en el campo. Sirven para representar la complejidad del fenómeno estudiado, localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades (Mayol, 2014). "La selección es aquí la menos rigurosa; no se funda en ninguna consideración estratégica ni se rige por alguna intención teórica derivada del conocimiento preliminar sobre el fenómeno, sino que depende básicamente de la accesibilidad de las unidades, la facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas" (Martínez, 2012)

También puede ser que el investigador seleccione directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tienen acceso. Para la muestra se seleccionó a 12 trabajadores de trato directo en la institución y que corresponden a la Unidad de

Cumplimiento de Medida de Seguridad. De este grupo se desprende 7 Técnicos de enfermería de nivel superior y 5 profesionales.

Esta unidad corresponde a la que recibe a los pacientes que deben cumplir medida de seguridad establecida por un tribunal de garantía al interior de un recinto psiquiátrico, dada su condición de salud (este aspecto se detallará en profundidad en el Marco Referencial de esta investigación). Por lo tanto, los trabajadores de trato directo y los profesionales seleccionados son de primera línea en cuanto a la temática a abordar.

## **8. Técnicas de recolección de información**

Para precisar el tema de investigación se propone realizar las siguientes técnicas de investigación:

- **Entrevista Semiestructurada**

Consiste en una conversación que el investigador sostiene con informantes claves de la unidad en evaluación. El objetivo es obtener información sobre la perspectiva del entrevistado respecto de determinados temas. Se trata además de un tipo de entrevista no estructura, debido a que no existe una pauta de preguntas rígidas a realizar a los entrevistados, pero si un eje central manejado por el entrevistador. (Anguera en Delgado, 1994, p140).

La ventaja de utilizar esta técnica radica en la posibilidad que tiene el entrevistado de responder con sus propias categorías, la posibilidad de conocer la experiencia humana subjetiva ya que aporta una mejor comprensión sobre el modo en que las personas conciben el mundo, lo que sin duda nutre y fortalece la información obtenida para los fines de esta investigación. Es pertinente a esta investigación, pues permitió rescatar la experiencia desde el discurso de los entrevistados, explorando aquellas dimensiones en la que se presenta la institucionalización en su praxis profesional, para así analizar desde las categorías propuestas por la investigación y las emergentes.

Se llevaron a cabo 12 entrevistas, todas ellas cuentan con la aprobación del Instituto psiquiátrico y de los propios entrevistados, quienes manifestaron su deseo de participar en un consentimiento informado. Los discursos que entregaron los participantes fueron de suma importancia, toda vez que aportaron sus vivencias respecto de su vínculo con la institución, entregando directrices que poco a poco permitió responder la pregunta de investigación planteada por el entrevistador.

- **Observación Flotante**

Consiste en una observación interna o participante-activa, en permanente “proceso lanzadera”, que funciona como observación sistematizada natural de grupos reales o comunidades en su vida cotidiana, y que fundamentalmente emplea la estrategia empírica y las técnicas de registro cualitativas (Anguera en Delgado, 1994, p144).

El rol del observador consiste en: implicarse en actividades concernientes a la situación social a estudiar, y observar a fondo dicha situación (doble propósito); incrementar su atención (estado de mayor alerta); observar de ángulo abierto, es decir, ampliada por el propósito añadido de estudiar los aspectos culturales tácitos de una situación social; experiencia desde dentro y desde fuera de escena, (desde la doble condición de miembro y extraño); exploración de la introspección natural como instrumento de investigación social (introspección aplicada); y el registro sistemático de actividades, observaciones, introspecciones, etc. (Valles, 1997).

La técnica de observación es especialmente apropiada cuando: no se sabe mucho sobre los fenómenos que hay que estudiar; hay grandes diferencias entre el mundo de los miembros y los ajenos; el fenómeno se oculta a la luz pública. Se plantea además que esta técnica es adecuada, sobre todo en estudios exploratorios, descriptivos y aquellos orientados a la generación de interpretaciones teóricas (Jorgensen en Valles, 1997).

La observación permitió dar a conocer como se aprecia la institucionalización en profesionales de la Unidad de cumplimiento de medida de seguridad, desde su propio

campo de acción, estableciendo sus dinámicas, elementos simbólicos, etc., que dan cuenta de los objetivos de esta investigación.

Aunque en este caso se trata de un contexto de difícil acceso, el hecho de que el investigador pertenezca a la institución abrió las puertas al espacio y a los entrevistados y que la experiencia transmitida por los entrevistados no fuera ajena tanto en su interpretación y aquellos elementos nuevos que pueden aportar al que hacer de los propios trabajadores de trato directo.

## **9. Posición del Investigador**

Es importante señalar, que el investigador forma parte del equipo de trato directo de la UCMS. Por lo tanto ocupa un lugar dentro de la estructura organizacional de la Institución donde se realiza el trabajo de campo. Esta posición permite generar reflexiones cercanas que logren dar cuenta de los aspectos de la cotidianidad que influyen en la Institucionalización de los trabajadores de esta unidad. La posibilidad de establecer una estructura metodológica, permite resguardar los posibles sesgos que pudieran aparecer por parte del investigador.

Considerando el elemento etnográfico, la experiencia y experticia en el área forense por parte del investigador, permite un relato e interpretación más cercana a los eventos que acontecen durante el desarrollo del trabajo de campo, favoreciendo el desarrollo de material académico fehaciente y sustentado tanto en elementos de la praxis como técnicos propios el contexto trabajado.

## **10. Plan de Análisis**

Al analizar los datos obtenidos mediante las técnicas antes mencionadas, se buscó comprender cómo se manifiesta la institucionalización en la vida de los profesionales de la unidad de cumplimiento de medida de seguridad, para eso el análisis de datos

debe ser una búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos; constituye uno de los momentos más importantes del proceso investigativo. Es trabajar la información obtenida, organizada en unidades manejables, sintetizarlos, buscar regularidades o modelos entre ellos, descubrir que es más importante y que va a aportar a la investigación (Latorre y González, 1992).

## 11. Análisis de contenido

En esta investigación se optó por el Análisis de Contenido, que lo entenderemos como “un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo la producción de un meta-texto analítico en el que se presenta el corpus textual de manera transformada. (...) o, dicho de otro modo, ha de concebirse como un procedimiento destinado a desestabilizar la inteligibilidad (claridad, transparencia) inmediata de la superficie textual, mostrando sus aspectos no directamente intuitivos y sin embargo presentes. El análisis de contenido está destinado a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. Esta herramienta proporciona conocimientos, nuevas intelecciones y una representación de los hechos (Díaz y Navarro, 1998). El análisis de contenido es empírico, es inducido por la presencia de un investigador; posteriormente, posee un análisis en profundidad de textos de un modo descriptivo.

El nivel analítico sirve como filtro frente a interpretaciones que pueden mal lograr los resultados, en la interpretación de los resultados se consideró el binomio texto – análisis, es decir la interpretación a la luz de un marco teórico que apoye el nivel interpretativo de lo que se está investigando<sup>7</sup>. Mientras que la interpretación busca definir y explicar el significado de un hecho o un fenómeno que los protagonistas le dan a su conducta desde su propia perspectiva<sup>8</sup>. En esta investigación se trabajó la

---

<sup>7</sup> Cerda (**Op.cit**), plantea respecto a la interpretación como tal, que el acto de interpretar, consiste en el hecho de atribuir a una cosa cierto significado o que sirve para explicar éste, pero también es sinónimo de explicar, traducir, descubrir o quizás parafrasear

<sup>8</sup> Naghi (2005), afirma que la interpretación de datos consiste en dos etapas: la primera, en la revisión del proceso de investigación, que se centra en la revisión de todos los elementos que participan en la investigación y que son

información obtenida en áreas temáticas, categorías agrupando la información en matrices cualitativas y así lograr un análisis más profundo.

Díaz y Navarro (1998), establecen una división semiótica señalando tres niveles: el sintáctico, el semántico y el pragmático; en donde el análisis de contenido debe contener estos tres niveles, porque se trabajan textos de lenguaje verbal escrito, donde se encara el nivel sintáctico que es la forma o superficie del texto que involucra planes alfabéticos, fonológicos y morfológicos (distinción de palabras, nombres, adjetivos, frases delimitadas por puntos). El análisis debe establecer unidades significativas de estos niveles: sintáctico, semántico, pragmático, considerando que las “unidades de análisis” son el contenido o elementos de la comunicación en que se centra el análisis. Las “unidades de registro” son relevantes para el análisis, porque forman una porción aislada y separada del contenido del corpus textual, siendo un tipo de segmento textual claramente discernible por procedimientos sintácticos, semánticos y pragmáticos; permitiendo reducir la información, lo que optimiza su tratamiento ajustando la información a los objetivos de investigación.

Estas unidades pueden ser una sola palabra o un término, se debe tomar la frase entera en que la palabra o término aparece, esto corresponde a “la unidad de contexto” o marco interpretativo que define el sentido de la unidad de registro.

Una definidas las unidades de registro y de contexto sobre las que se va a realizar el análisis, continúa la codificación de datos que son el conjunto de unidades de registro detectadas en los textos y que se encuentran en sus unidades de contexto. El concepto de codificación se usa para referirse al proceso de categorización de las respuestas de las entrevistas, en donde los datos brutos son transformados en categorías que permiten la descripción precisa de las características importantes del contenido, es

---

fundamentales en el proceso de análisis para integrar, relacionar y establecer conexión entre las diversas categorías, así como posibles comparaciones. Segundo, en la explicación de los resultados, que consiste en exponer en forma minuciosa todo el contenido de la recogida de información y resultados, a través de presentaciones que sean tan simultáneas como puedan lograrse, focalizadas y ordenadas sistemáticamente de modo que puedan contestar a las preguntas de investigación.

decir permiten generar conceptos que ayudan a comprender los elementos sustanciales de la investigación y de los discursos de los sujetos.

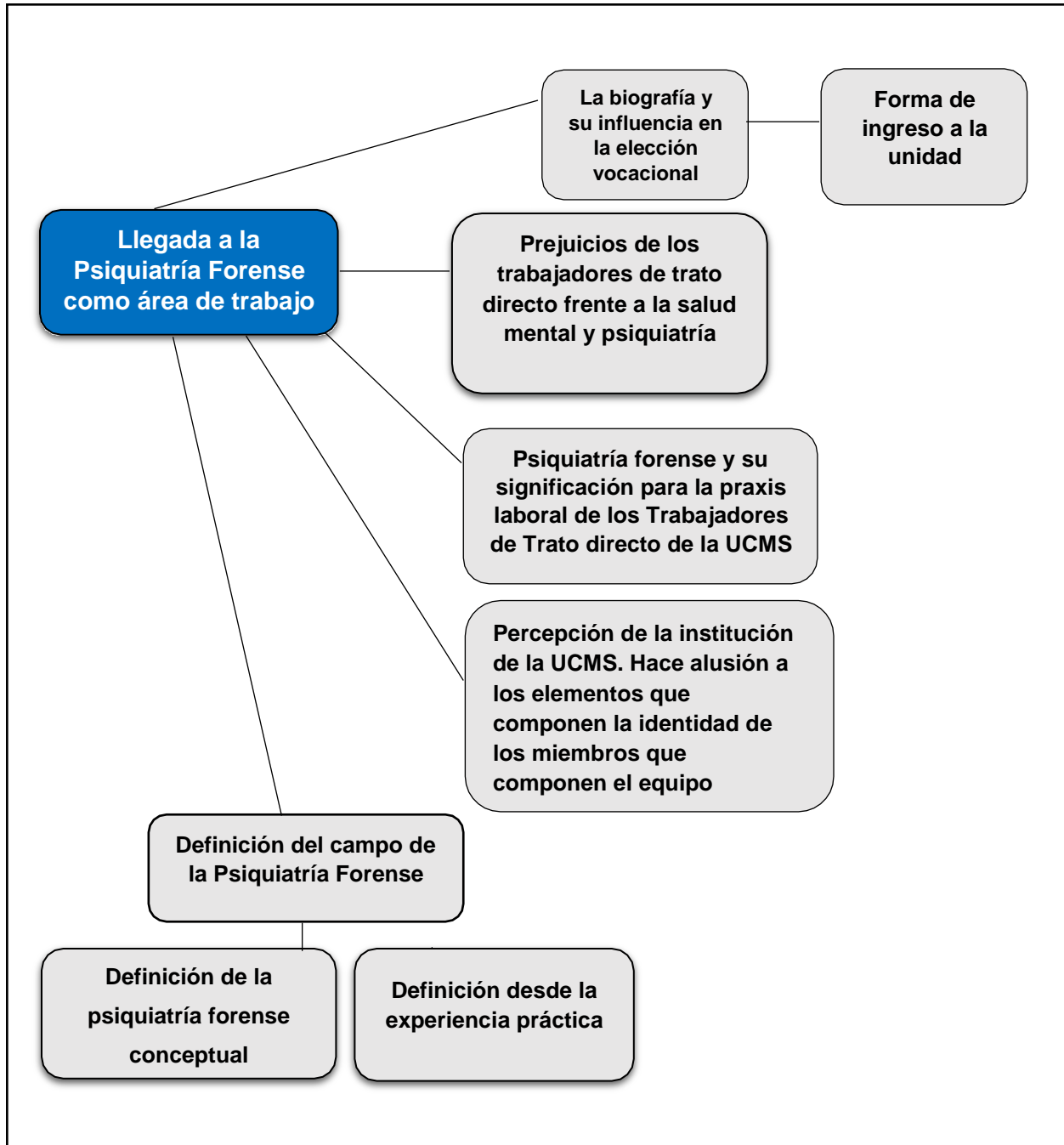
La categorización es la clasificación de las unidades de registro (ya codificadas e interpretadas en sus unidades de contexto), la categorización de la información se usa “cuando no se busca reconstruir un discurso social en su conjunto y globalidad, sino más bien rescatar temáticas, ideas y sentires que se encuentran presentes en las narrativas recogidas” (Echeverría; 2004, p. 4)

En este estudio, el corpus de entrevistas generado a partir de las técnicas especificadas más arriba arrojó las siguientes categorías emergentes que, en conjunto con nuestras categorías de análisis tomadas del marco teórico, permitieron el análisis y la presentación de los resultados para dar cuenta de un contexto y un proceso de institucionalización en el equipo de trato directo. A continuación, se presentan los árboles de categorías.

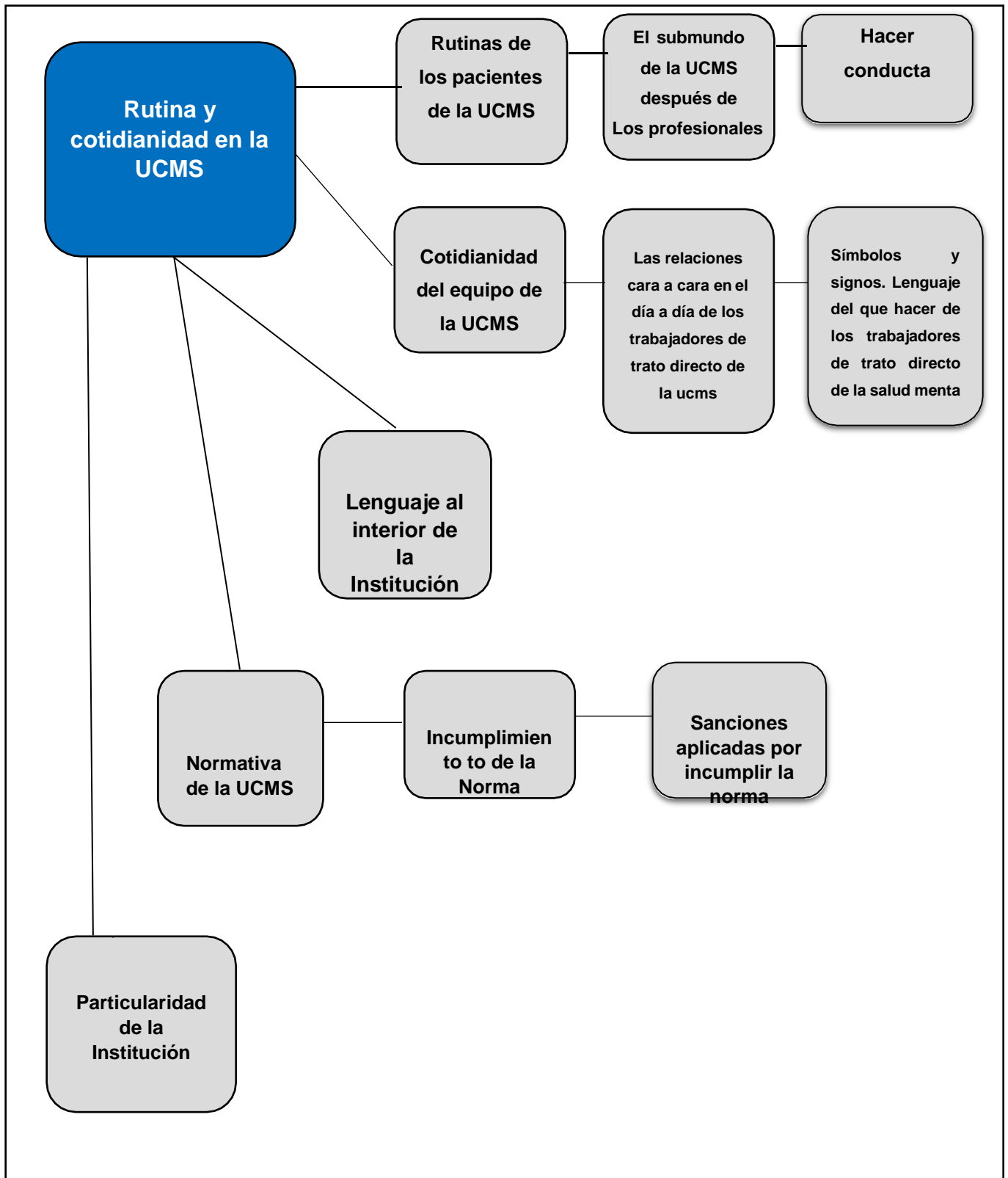
## 12. Árboles de Categorías

En esta investigación se organizó la información en los siguientes árboles de categoría

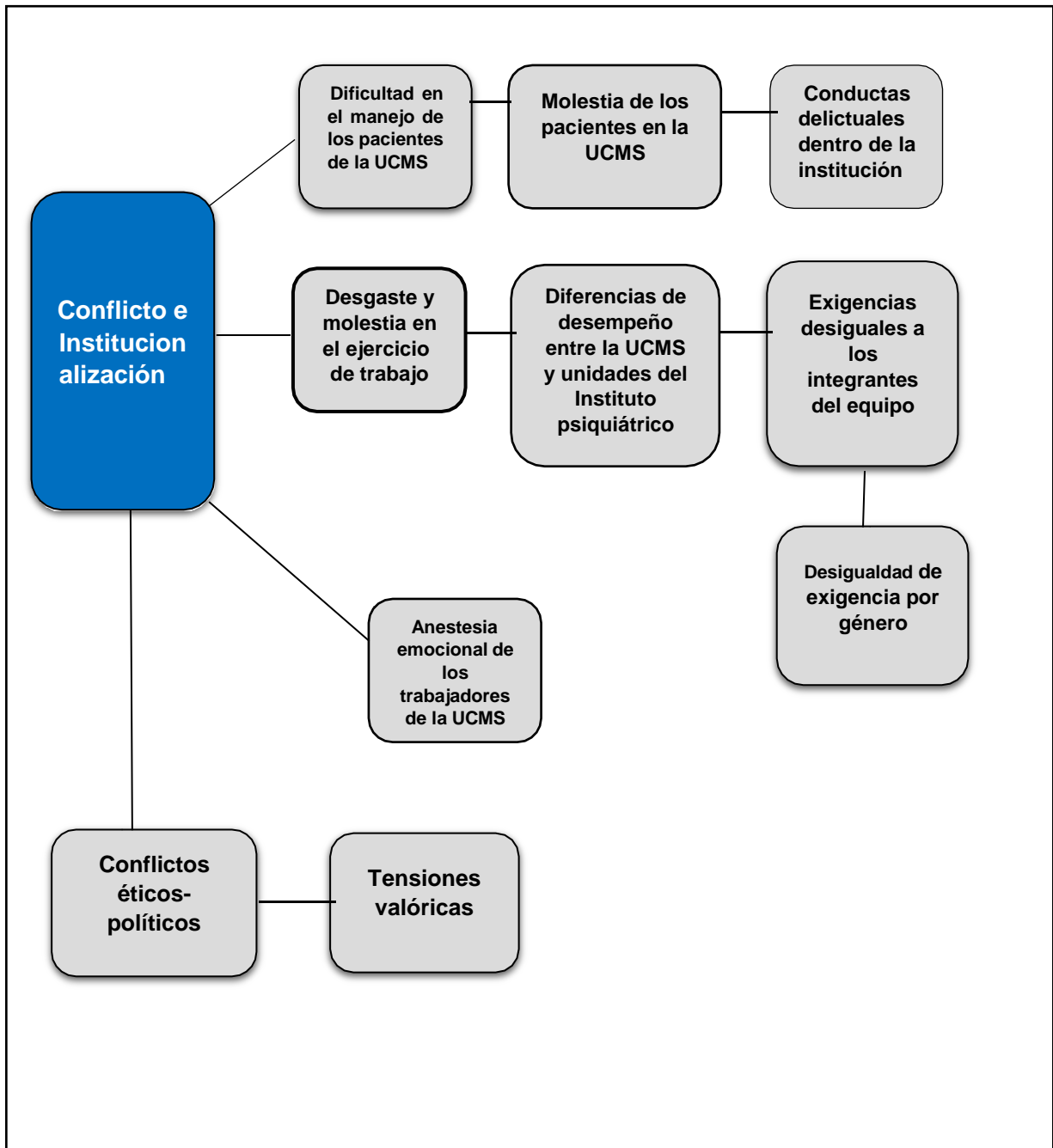
- Llegada a la psiquiatría Forense como área de trabajo



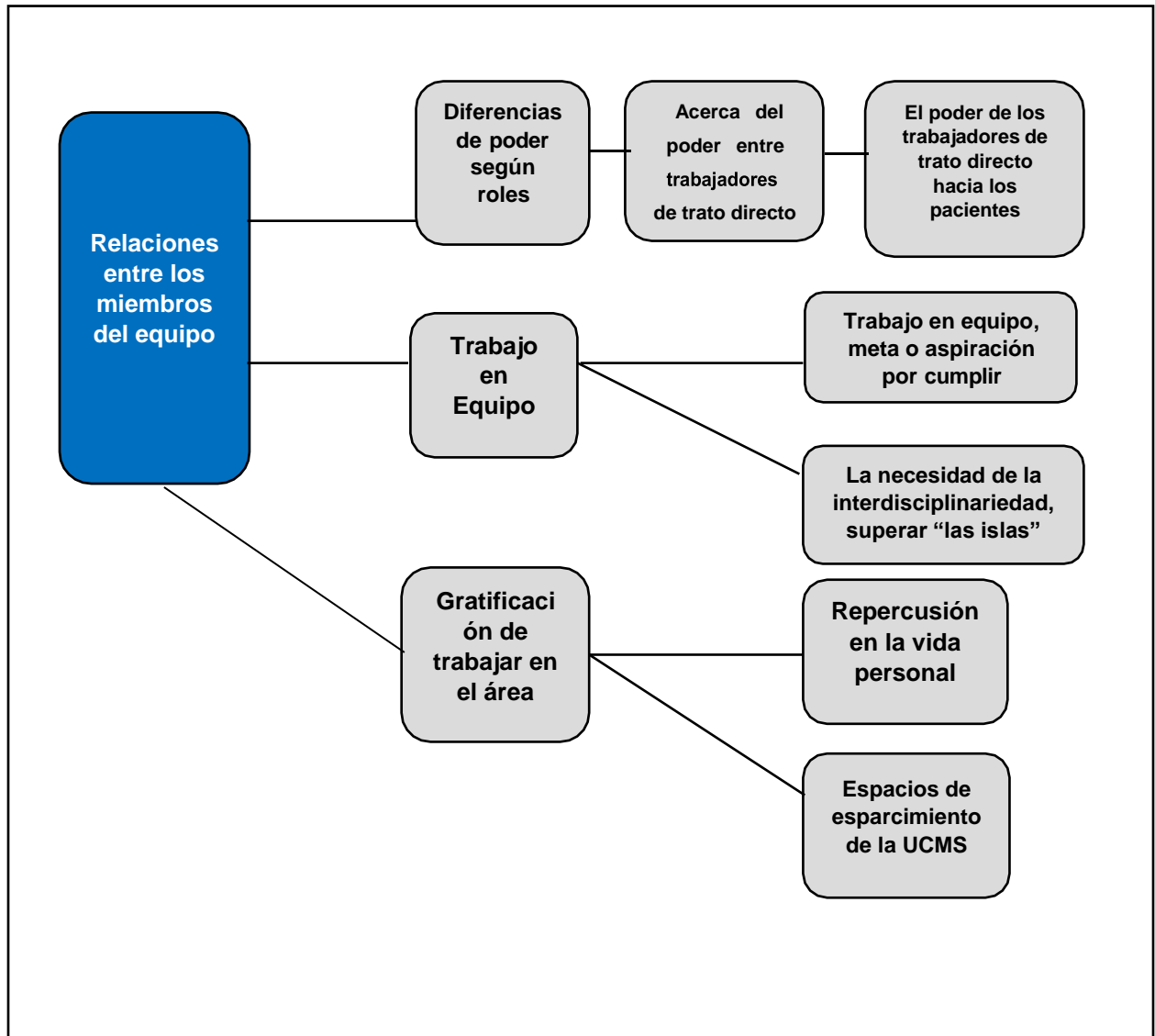
- Rutina y cotidianidad en la UCMS



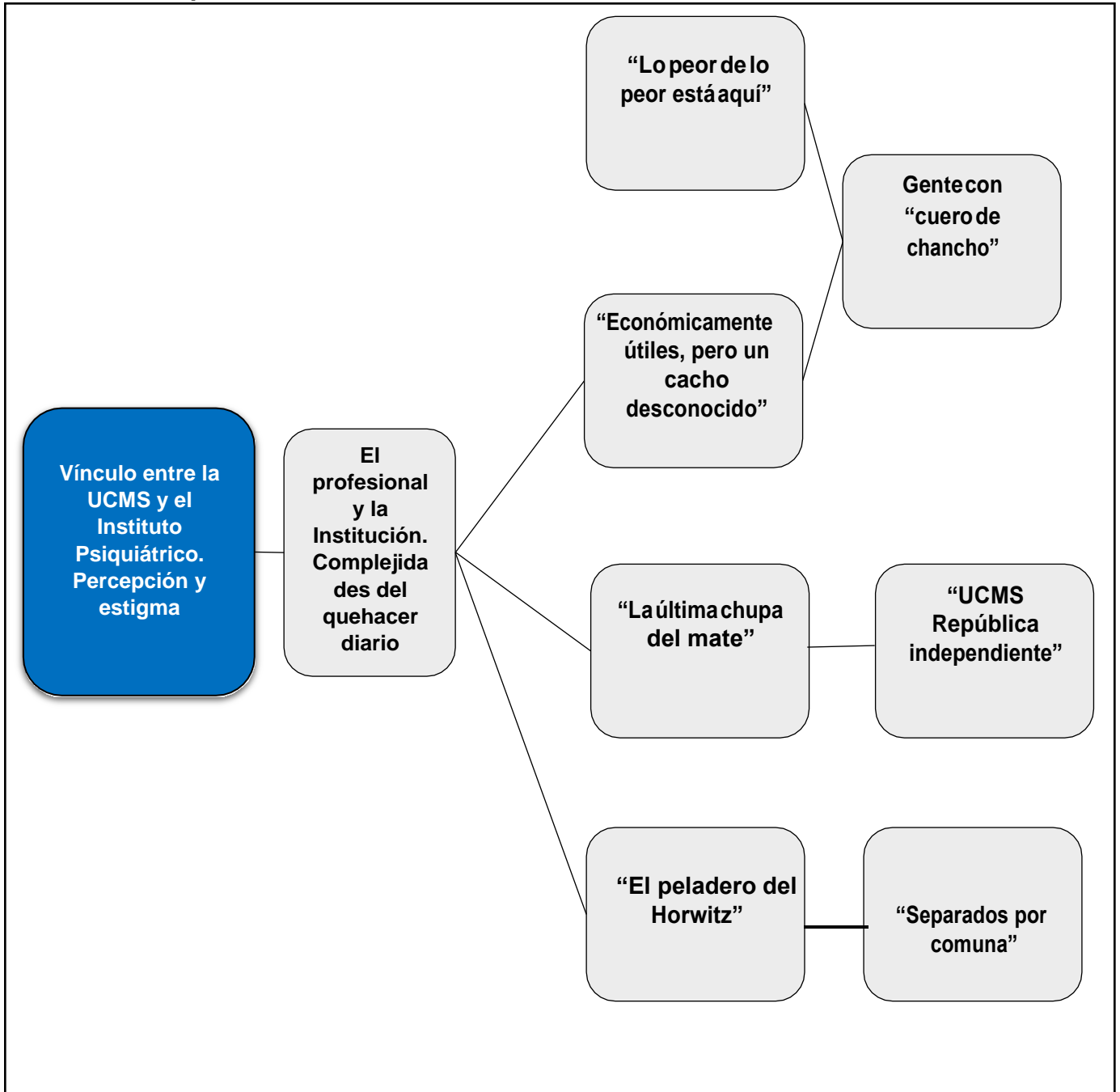
- **Conflicto e Institucionalización**



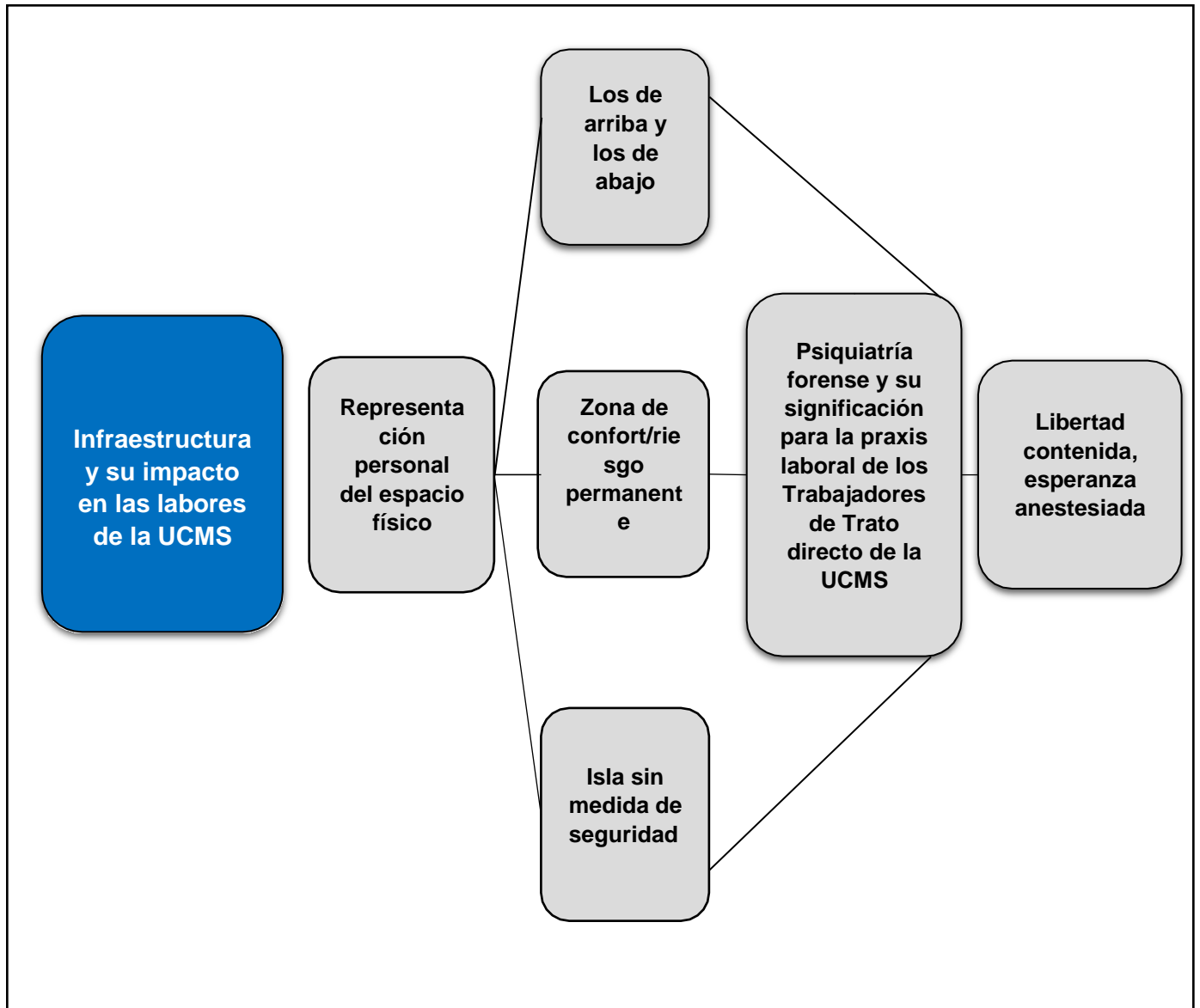
- **Relaciones entre los miembros del equipo:** Hace referencia a las relaciones existentes entre las personas que componen el equipo, marcadas por ser pares o con distinto estatus



- **Vínculo entre la UCMS y el Instituto Psiquiátrico. Percepción y estigma:** dice mención a la relación que existe entre la UCMS y el Instituto Psiquiátrico



- **Infraestructura y su impacto en las labores de la UCMS: dice relación a la percepción que tienen los trabajadores de la infraestructura de la UCMS**



### **13. Criterios de validación**

Como criterio de validación se utilizó la triangulación,

De las estrategias de triangulación existentes se utilizará el tipo metodológico. La triangulación dentro de métodos es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable o el uso de dos o más medidas cualitativas del mismo fenómeno en un estudio, en esta investigación se trata de los métodos de las técnicas de investigación:

- **Revisión bibliográfica:** Se trabajará con textos que trabaja el tema de las profesiones, ética de la convergencia y mundos de vida, como antecedentes que estructurarán el marco teórico de esta investigación, que a su vez definirán los puntos de análisis. Es decir, a través de reflexiones teóricas, se buscó sustentar los resultados obtenidos por el investigador.
- **Entrevista en Profundidad a expertos del área:** Importa que la información entregada por las fuentes de información sean las que corroboren los objetivos planteados. Es fundamental que la praxis misma sea que muestre los principales resultados, y que estos contrastados con los antecedentes teóricos recabados, de manera de generar un proceso reflexivo a partir de los protagonistas de esta investigación, en ese sentido la entrevista en profundidad logra dar cuenta de la experiencia de los sujetos a través del discurso. Todos estos antecedentes fortalecidos con entrevistas a referentes de la psiquiatría forense que respaldaron los objetivos de esta investigación.
- **Observación:** esta técnica permitirá mostrar a los protagonistas en sus espacios cotidianos, antecedentes que se podrán cruzar con los datos bibliográficos, contenidos obtenidos con las entrevistas en profundidad. La praxis será quien hable y avale o bien refute. Se observarán los diversos espacios de la institución a fin de poder captar las dinámicas sociales que allí ocurren.

Se utilizaron tres criterios para asegurar la calidad de los datos, estos son:

Fiabilidad: Este criterio apunta a la validez interna de la Investigación, es decir que la investigación pesquise lo que en realidad se busca pesquisar. Para lograr lo anterior se realizará una triangulación entre la teoría, las entrevistas y las observaciones realizadas. Esta palabra clave se utiliza para denominar la combinación de métodos.

Autenticidad: Este criterio apunta a asegurar que la recolección de datos sea auténtica, real y fidedigna. Esto se asegurará a través de la aplicación de entrevistas similares a los sujetos

Ética: Este criterio apunta a que existe un acuerdo entre el investigador y el sujeto de estudio, es decir, asegurar la existencia de una transparencia en la información que se entregue y se reciba. En el caso de la investigación que se realizará, los entrevistados deberán conocer y aprobar el fin último de la investigación.

# Capítulo IV: Marco Teórico



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## 1. De lo Normal y Anormal

La dicotomía entre lo normal y lo anormal, y el impacto que esto genera en la construcción conceptual con la cual se define y recrea el ámbito de lo social, es un tema relevante en antropología y las ciencias sociales. Desde Benedict podemos preguntar “¿Hasta qué punto estas categorías están culturalmente determinadas, o hasta qué punto podemos nosotros, con seguridad, considerarlas como absolutas? (Benedict, 1934). En tal sentido podemos entonces señalar que lo que se considera como “anormal” son formas de ajustes para el funcionamiento social y por lo tanto están dentro de las pautas culturales.

Y es que llama profundamente la atención el cómo las construcciones sociales de tipologías de “normalidad” son capaces de filtrar conductas, acciones e inclusive sujetos, elaborando sistemas de control o disciplinamiento, como propone Foucault, para que lo anormal se reincorpore a un status quo. Sin embargo, lo que resulta anormal en una cultura u orden social establecido puede no serlo en una organización social distinta, como diría Benedict: “la facilidad con la que nuestros anormales funcionan en otras culturas. Cualquiera sea el tipo de “anormalidad” que elijamos como ilustración” (Benedict, 1934). Y estas conductas que son consideradas anormales en otros grupos sociales no representan desviaciones ni peligros para su funcionamiento.

Esta misma reflexión puede ser llevada al área de la Salud mental y psiquiatría, toda vez que las denominadas patologías cuentan con un tratamiento desde lo médico como respuesta elaborada, lo que corresponde a un enfoque biopsicosocial. Nuevamente Benedict aporta una reflexión frente a lo antes dicho: “Las más notorias de estas “anormalidades” son el trance y la catalepsia. Aun un místico muy leve es aberrante en nuestra cultura. Pero la mayoría de los pueblos han considerado que manifestaciones psíquicas extremas resultan no sólo normales y deseables sino también propias de individuos altamente valorados y dotados” (Benedict, 1934). Cada sociedad proporciona valor al tipo de conducta esperada y que ha construido y ha quedado de manifiesto que lo que es considerado anormal puede ser valorado y tendrán un rol preponderante en la organización. En tal sentido no se dispone de

conductas universales, las normas no son equivalentes en toda la humanidad. Y es que cada sociedad define sus pautas de comportamientos aceptables.

La normalidad, como concepto y repercusión en el espacio de lo práctico, se define de acuerdo a lo que establezca cada cultura. “Es un término para el segmento socialmente elaborado del comportamiento humano en cualquier cultura; en tanto la anormalidad es un término para el segmento que una civilización en particular no usa” (Benedict, 1934). Hablar de “lo normal” es una variante de lo que se considera como “el bien”. Tiene relación con lo que lo que socialmente se ha acordado como adecuado. En contraste, los sujetos que en sus acciones dejan entrever que no congenian con el tipo de comportamiento esperado en esa comunidad son llamados desviados. En consecuencia, es posible señalar que la mayor parte de los individuos son moldeables por las normas que conducen su conducta. Los denominados como anormales, serán pocos en número y existirán apreciaciones, estrategias y tratamientos para encausar su comportamiento.

Desde la psiquiatría los conceptos de normal y anormal nos muestran que “la normalidad y anormalidad se plantean como una cuestión de grados sin diferencias cualitativas, sino sólo cuantitativas, y donde todos estamos expuestos en mayor e menor medida a transitar de un extremo al otro” (Caponni, 2013, pág. 17).

La propuesta de otras corrientes muestra que, tanto la antropología cultural, la sociología y la anti psiquiatría, coinciden en manifestar un concepto de enfermo o enfermedad que entra en contradicción con la medicina, interpelando la forma de elaborar diagnóstico y claramente el tratamiento. Proponen que estas condiciones son parte de una crisis general de los valores y debilitamiento las instituciones bajo la premisa de adoctrinar lo distinto.

Aplicando estos conceptos al área de la salud se debe tener en consideración el impacto y relevancia social, sobre todo a lo que la psiquiatría respecta. Para desarrollar la idea, Ricardo Caponni entrega un punto de vista sustentado desde la fenomenología, señalando procesos y ordenamientos de la mente indicando que “la sintomatología psíquica serán las alteraciones del vivenciar, las que adquieren su

nombre propio y constituyen la psicopatología, y su semiología se hará a través del propio método fenomenológico” (Caponni, 2013, pág. 14). Para este autor las condiciones de la vida cotidiana y el estrés al que se está expuesto constantemente es un factor decisivo a la hora de presentarse una enfermedad, lo que se denomina psicopatología.

Para Caponni, situándose desde la fenomenología, el comprender lo que es considerado normal-anormal y salud-enfermedad, siempre será una elaboración de carácter subjetivo y que los criterios que son usados para clasificar están arraigados en la propia cultura, “Debemos aceptar que el acto de determinar lo normal y lo anormal es siempre un juicio, o sea una operación valorativa y por lo tanto subjetivo, fundada sobre una diferencia cualitativa y no cuantitativa” (Caponni, 2013, pág. 24)<sup>9</sup>.

En consecuencia, “lo anormal es despreciado porque no es como todos, no corresponde al promedio, escapa a la norma, a la medida, y cuestiona asuntos delicados que la sociedad no está dispuesta a revisar porque intuye que corroe sus cimientos” (Caponni, 2013, pág. 27). “La anormalidad sería una patología de la libertad que impide la expansión de la existencia, del existir, “ex - sistere”, del ser del hombre” (Caponni, 2013, pág. 30).

### **1.1. Concepto de Salud**

El concepto de salud surge de la capacidad del ser humano para discernir y expresar, valiéndose del lenguaje, esta puede partir de la diferencia de un estado de bienestar o malestar, en la actualidad el concepto está alejado del que se tenía de en épocas ancestrales, el cual se asociaba principalmente con la enfermedad. (Guerrero & León, 2008).

---

<sup>9</sup> Esto busca señalar que el componente social es vital para el diagnóstico clínico y a su vez como influirá en el tratamiento, por ello Caponni indica que “la evaluación tiene siempre un componente subjetivo, y su valor de verdad proviene del consenso que se logre por parte de los psiquiatras que han observado el fenómeno” (Caponni 2013, pág. 14).

Históricamente el término salud ha estado en discusión debido a las diferentes posiciones; este se asocia a la cultura y valores que poseen las múltiples sociedades, pero así también este término ha dependido de la época y los avances tecnológicos y médicos a los que se han ido enfrentando estas sociedades.

Durante mucho tiempo se creyó que la salud era solamente la ausencia de enfermedad, es decir si no hay enfermedad hay salud, sin embargo, esto limita a pensar solo en elementos biológicos, cuando en realidad existen otros factores que involucran la totalidad de este concepto.

Para organizaciones internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) este concepto no solo implica un estado de bienestar biológico, si no que otros elementos que conjugados dan como resultado lo que llamaremos Salud integral. La cual es definida por la OMS como “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 1946, pág. 100), así mismo la OMS amplía este concepto “Salud es el estado de adaptación diferencial de los individuos al medio en que se encuentran”. Por lo tanto, uniendo ambas definiciones podemos decir que la salud es un estado de completo bienestar, entre los factores físicos, mentales, sociales y medioambientales.

## **1.2. Salud Mental**

El concepto de Salud Mental encuentra sus orígenes en el movimiento de Higiene Mental, concepto desarrollado en el año 1908 por el psiquiatra estadounidense Clifford Beers, quien publicó un libro basado en su experiencia personal llamado “mind that found itself”. Este movimiento se basaba básicamente en mejorar las condiciones de atención de las personas con algún trastorno mental, donde se considerarían tipos de trastornos mentales leves y también se realizaran labores preventivas. (Bertolote J., 2008).

Con la creación de la Organización Mundial de la Salud entre el 11 y 16 de septiembre de 1950 se celebró el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, desde ese momento comenzó un cambio en la terminología, siendo remplazado poco a poco el término de higiene mental por el de salud mental, concepto que se define como: “Una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico”. (Bertolote J. M., 2008, pág. 144).

Algunos psicólogos clínicos definen el concepto de salud mental como “La ausencia o resistencia a la enfermedad mental” (Serrano, 2002, pág. 213) Esta definición no abarcaría el concepto de salud mental en su totalidad, ya que salud mental no sólo se refiere a la ausencia de enfermedad, si no a distintos factores, como es mencionado en la definición actual de la Organización Mundial de la Salud, la cual define la salud mental de forma más amplia como: Salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Además, agrega, la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las Tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

A pesar de los esfuerzos de los expertos, sigue siendo un concepto de difícil definición, ya que es un concepto en gran medida valorativo, pero en la actualidad muchos de los autores concuerdan que salud mental no solo debe referirse al bienestar psíquico si no tomar en cuenta factores físicos, mentales y sociales.

La OMS en su libro "Informe de Salud Mental en el mundo" (2001) reconoce esta dificultad para definir el concepto de salud mental, manifestando que "Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales" (OMS, Informe Sobre la Salud en el mundo, 2001, pág. 5).

Se puede afirmar que salud y enfermedad mental representan un problema de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social. Ambos conceptos como se mencionó anteriormente tienen una carga valorativa, que pueden ayudar a entender porque las percepciones de normalidad y enfermedad varían de una cultura y sociedad a otra. (Alvaro J. L., 2009). El énfasis en la salud mental contemporánea se encuentra en alejarla de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad. (Bertolote J. M., 2008).

## **2. Enfermedad y mirada Antropológica**

Todas las sociedades tienen necesidad de sentido, establecer acuerdos en cuanto a su visión de mundo. Tomando los conceptos usados por Lévi Strauss en la "Introduction a l' Oeuvre de Marcel Mauss" (1950). La enfermedad es una categoría, una interpretación, luego una construcción social y, como tal, variable en el tiempo y contextos.

La cultura proporciona una visión de mundo, visión que a su vez es compartida, de esta forma sus conocimientos prácticos y actitudes permiten obtener la representación de lo que implica la cuestión de la salud y de la enfermedad, que claramente tiene arraigada una visión del mundo y praxis social. En consecuencia la enfermedad y la salud están presentes en todas las sociedades. Esto nos permite comprender que cada grupo se organiza usando medios materiales, pensamiento y elementos culturales para comprender y dar respuesta a lo que compete a las enfermedades (Langdon EJ, 2010), las define y crea sus tratamientos.

Cada sistema cultural posee concepciones simbólicas del concepto que se tiene sobre la salud y la enfermedad. Es decir, las culturas poseen conceptos sobre lo que es estar enfermo o sano. Se debe considerar que estas clasificaciones y conceptos de salud y enfermedad, no son universales (Langdon EJ, 2010). También atribuyen al origen de la enfermedad causas “místicas”, donde los tratamientos se orientan al estado espiritual, que interactúa con lo físico, allí se establece tratamientos para sanar el cuerpo.

Podemos encontrar en los trabajos de Augé (1983), Fainzang (1986 y 1989) y Sindzingre (1983) que llevaron a cabo en varias etnias africanas, un énfasis en el estudio de la enfermedad, como una forma para conocer y adentrarse en los sistemas de interpretación y funcionamiento de la praxis social de las culturas. Los conceptos involucrados en esta forma de mirar lo social, "cuerpo", "enfermedad", "salud", comprenden elaboraciones colectivas y es allí donde se debe centrar la atención, observando e interpretando el sentido junto a las personas que las utilizan, “tratando de entender cuáles son las estrategias sociales en los procesos de mantención y recuperación de la salud” (Pereira, 1993:p3) En términos específicos y tomando planteamientos de Foucault, las enfermedades cobran valor y materialidad cuando la cultura la reconoce como tal (Foucault, 1988, pág. 83). Así mismo como en los planteamientos de Foucault, es el cuerpo al que se somete, se revisa y se califica. La enfermedad asume particular importancia en la práctica cotidiana de lo social, toda vez que irrumpe en los parámetros establecidos de normalidad, amenaza la estabilidad, el orden social, la continuidad de la vida de los seres humanos. Se transforma en una amenaza y un desafío, pues hay riesgo de alteración en la organización social que exige una interpretación de la nueva situación y una definición de las acciones que permitan reponer el equilibrio original.

En la sociedad occidental, se le considera a la “salud” como un valor y esto está profundamente arraigado a conceptos morales, religiosos y científicos. A estos postulados se deben agregar prácticas e interpretaciones que buscan garantizar que los individuos crezcan, se alimenten, se defiendan y perpetúen el grupo, como se indicó anteriormente, que el orden y “normalidad” no se vea interferida.

Es una construcción social, toda vez que en ningún momento de su vida el individuo concibe su corporeidad de un modo exclusivamente personal, es decir no lo trae incorporado, si no que más bien es socializado, se entrega desde la madre que lo alimenta y le impone cuidados de higiene, después por la educación familiar, escolar y social (Sournia, 1992). En consecuencia, el miedo a la enfermedad conduce finalmente a las culturas a que busquen los mecanismos disponibles y que consideren mínimamente fiables para evitar tales peligros (Pereira, 1995), tales como la ciencia, la religión y el esoterismo. “La primera, es la ciencia médica experimental que tiene el racionalismo como fundamento filosófico y epistemológico, reconociendo únicamente la razón como fuente de conocimiento” (Pereira, 1993, pág. 18 y 19). La religión por su parte recurre a elementos tales como la fe, “investida en la divinidad y en la posibilidad de la concesión de la gracia al enfermo que reza, cree y sufre, dedicando actividades, creencias y sacrificios a esa misma divinidad que todo puede, incluso perdonar y sanar” (Pereira, 1993, pág. 18 y 19). El esoterismo por otro lado se caracteriza por “el modo de pensar y de sentir, común a los visionarios, a los chamanes, a varios tipos de curadores y a otros agentes de un saber, que se revela sistemático y ordenado, de acuerdo con instrumentos teóricos capaces de interpretar el mundo (gnosis) y de actuar sobre él, de acuerdo con reglas reveladas a los creyentes y defendidas de miradas profanas (hermetismo)” (Pereira, 1994, pág. 12)<sup>10</sup>.

Es importante considerar que la medicina, como ciencia, tolera las curas religiosas que se verifican en el ámbito de la iglesia católica o protestante, pero desprecia o minimiza las que tienen lugar en el campo de otras creencias minoritarias, especialmente las teorías y prácticas esotéricas que considera como inexactas, peligrosas y reducto de charlatanes. La medicina occidental poderosa y agresiva interviene la enfermedad directo en el cuerpo humano. Para eso ha desarrollado la especialización como una forma de pensar y organizar el mundo; divide un problema en partes para estudiar,

---

<sup>10</sup> Estos tres sistemas de explicación y tratamiento de las enfermedades se diferencian en su intencionalidad y forma de abordaje y repercusiones de este concepto en el orden social. “La religión y el esoterismo pretenden tener la exclusividad de la capacidad de respuesta a la pregunta “¿por qué?”, que el enfermo se coloca cuando busca integrar la enfermedad en su proceso vivencial y entender su sentido o aprender la lección. La ciencia médica se desinteresa de estas cuestiones ontológicas o metafísicas, ya que los datos con que trabaja son de otro orden y la explicación pasa por la revelación del nexo de causalidad existente entre fenómenos considerados como teniendo, la misma naturaleza” (Pereira L. S., 1995).

separada a cada una de ellas en una suerte de reduccionismo (Pereira L. S., 1995). Por su parte las llamadas "medicinas sagradas", como las denomina Claudine Brelet-Rueff (1975), son la chamánica, se basan en conocimientos y experiencias milenarias (Pereira L. S., 1995).

Un elemento importante a considerar dentro de la conformación de las enfermedades refiere a no solo a mirar desde la vereda biológica, en tal sentido tomar en cuenta que las relaciones sociales y su complejidad, puede encarnar síntomas, signos y finalmente en terapias (Taussig, 1995). Las enfermedades son más complejas a lo que consideramos como "cosas reales". La objetividad del medio social conforma una representación en la medicina que está compuesta por axiomas culturales. Es preciso señalar que el sentido que se le atribuye al cuerpo y al yo va a cambiar según el periodo histórico y el contexto que rodea a las diversas culturas. En una cultura basada en el capital, se aprecian rasgos de dualidad, tanto de cosa como de mi ser, cuerpo y alma (Taussig, 1995).

La ciencia, en cuanto a las enfermedades nos pueden explicar el cómo, pero no él por qué; es decir porque ocurre en este momento y no en otro, en tal sentido en la etiología de la patología habitan simultáneamente aspectos físicos, morales y sociales. La enfermedad es una relación social y el tratamiento por lo tanto debe encarar esas áreas. Es importante tener en cuenta que los hechos materiales no están separados de los valores o de sus contextos sociales. De tal manera no podemos comprender la conformación del yo sin el rasgo de estar de manera indisoluble unido con otros sujetos y a su vez con la naturaleza. Este último se puede ver ejemplificado en las implicancias de padecer una patología psiquiátrica. Por lo tanto no hay sociedad en la cual la enfermedad no tenga una dimensión social, donde confluyen los elementos de percepción individual y simbólica social; y porque en cuanto a la percepción de la enfermedad y de su cura, ella no se puede satisfacer con una respuesta basada en la intelectualidad, la enfermedad está anclada en el cuerpo que sufre y que interactúa con su medio social.

## 2.1. Enfermedad Mental ¿Descubrimiento científico o Invento Injustificable?

Dentro de la Historia de la Salud, existen dos posturas radicalmente diferentes acerca del origen de las patologías mentales. Por un lado, se encuentra la postura de la psiquiatría tradicional o psiquiatría dura y por otro aparece la figura de la anti psiquiatría, las cuales presentan alternativas de tratamiento de las enfermedades mentales radicalmente divergentes.

Históricamente ha predominado la postura psiquiátrica en torno a la enfermedad mental, la cual se populariza de la mano del afamado psiquiatra Eugen Bleuer (1919), quien acuña el término de esquizofrenia para nombrar a la anteriormente denominada (por el psiquiatra Kraepelin [1856-1926]) *Dementia Praecox*. El cambio etimológico del término es explicado por Bleuer por las siguientes razones, "...consideró que el término era dañino para los pacientes, debido a que la palabra *dementia* tenía una connotación de deterioro que no correspondía a lo que realmente ocurría con este síndrome" (Huneeus, 2005, p. 15). Posterior a este cambio, este autor elabora un modelo de esquizofrenia, el cual es utilizado aún en nuestros días. Así mismo, de este modelo base se han desprendido diversas modalidades de tratamientos y modelos "Terapéuticos".

Ahora bien, es importante hacer la pregunta acerca del origen de estos descubrimientos y de las bases del modelo de Bleuer. Parte de la respuesta a esta interrogante, configura la base de las críticas realizadas a la psiquiatría tradicional, por parte del modelo anti psiquiátrico.

Para el antipsiquiatra Thomas Szasz, los postulados de Bleuer y Kraepelin, en torno a la enfermedad mental, no son más que un invento, ya que no entran dentro de la categoría de descubrimiento científico, puesto que no existe evidencia empírica que demuestre la existencia de las patologías psiquiátricas.

La premisa básica de esta postura es las patologías psiquiátricas, son una creación basada en la autoridad médica y no en un descubrimiento médico. Se puede decir

incluso que es el resultado de una decisión política y ética y no de un esfuerzo empírico o científico

Este hecho, a su vez se encuentra reforzado en la certeza de que muchos de los síntomas descritos de las enfermedades mentales, no son propios de una enfermedad, sino que tienen relación con tipos de comportamiento, se puede aseverar entonces que si estos síntomas por separado no son propios de una enfermedad juntos no constituyen una enfermedad en sí. Ahora bien, avances científicos y medicina basada en la evidencia demuestran la presencia de algunas patologías psiquiátricas con presencia genética, pero que a su vez requieren de la relación dialéctica con el ambiente para su aparición.

## **2.2. Antropología y Enfermedad mental**

Como se ha mencionado anteriormente de que el hecho de padecer una enfermedad va a tener en sí misma una connotación social y cultural, podemos señalar que “el padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. El malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción” (Kleinman, 2007, pág. 3).

El poder generar una definición de trastorno mental continúa siendo un problema para la psiquiatría y la psicología. Podemos decir que se trata de comportamientos que se han considerado "anormales" y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (Ruiz, 1996).

En la actualidad se usan dos manuales para la clasificación de la enfermedad mental, el DSM V y el CIE-10<sup>11</sup> y para ellos la enfermedad mental como tal es de carácter

---

<sup>11</sup> La CIE (Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud), cuyo origen se remonta al siglo XIX, se estableció con el propósito de clasificar como referencia internacional las enfermedades para fines de salud pública (OMS, 2007). Por su parte el DSM-V señala el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales (Alarcón, 1995). Menciona y considera la importancia que tienen los factores étnicos y culturales en cada trastorno clínico, sus síntomas y su curso (American Psychiatric Association, 1994), de manera tal que se pueda observar el impacto del contexto cultural en el sujeto enfermo (Romero, 2010).

universal, pero frente a esta afirmación se debe tener en consideración que va a estar cruzado por la visión particular y relativa de cada uno de los interventores y el medio social que le rodea. Se debe tener en cuenta que lo que hoy se entiende por enfermedad mental no es lo mismo que lo que se entendía años atrás, ni tampoco lo que entienden otras culturas (Romero, 2010, pág. 5).

A la hora de establecer un diagnóstico o historial clínico, es importante poder mirar y adentrarse en los mitos, las leyendas y las historias clínicas de los pacientes, toda vez que constituyen narraciones, pues cuentan e interpretan un acontecimiento que ha ocurrido dentro de un tiempo, un espacio, que está lleno de significado y símbolos (Cortes, 2005) y por ello la experiencia del enfermar se convierte en una realidad clínica diferente (Romero, 2010).

Según lo antes señalado, podemos decir que en las distintas culturas las explicaciones sobre las enfermedades mentales se han modificado según el periodo histórico, desde el modelo natural donde la enfermedad sería la consecuencia de la interacción del cuerpo con agentes patógenos y al sobrenatural, donde este trataría de entidades externas que invaden la persona como castigo a la trasgresión de normas sociales relacionado con la divinidad.

Queda este modo, en la relación de la Antropología con la Enfermedad Mental podemos encontrar distintas etapas:

a) Etapa Pre-literaria. Las trepanaciones o perforación de cráneos prehistóricos indican que desde los primeros tiempos hubo intentos por buscar, analizar y tratar las enfermedades mentales, donde se consideró una probable identificación con el cerebro como órgano rector de los procesos mentales (Pérez, 2004).

b) En la etapa Clásica se apuesta un modelo biológico. El Mundo árabe, Grecia como en Roma las enfermedades mentales son atribuidas a fallas de carácter orgánico. (Pérez, 2004).

c) Durante el siglo IX y X: Quiebre del modelo natural y regreso al modelo explicado desde lo sobrenatural. Estas enfermedades se tratan con exorcismos e institucionalización.

El periodo de mayor complejidad inicia el año 1484 cuando Inocencio VII en la encíclica *Summi Desiderantes Affectibus* 'exhorta a todos los clérigos a utilizar todos los medios a su alcance para detectar y eliminar la brujería'. Hasta 1782 en que tiene lugar la última ejecución por brujería se producen 300 años de persecución hacia personas que padecen una patología psiquiátrica (Pérez, 2004).

d) Durante el siglo XVII- XIX, en pleno periodo de la Ilustración se vuelve a un modelo basado en la biología y la influencia más potente de la medicina.

- Pinel a finales del siglo XVIII es quien con más fuerza lo reintroduce y promueve una reforma psiquiátrica proponiendo el concepto de "tratamiento moral".

- Con Kraepelin el 'modelo natural' se adapta al discurso científico y pasa a 'modelo biomédico'. Seguirán Bleuler, Jaspers, Schneider culminando con la introducción de los neurolépticos en 1950 como tratamiento farmacológico (Pérez, 2004).

e) En el periodo de 1965-1975 da a lugar a un nuevo quiebre del modelo biomédico. Aparece el movimiento antipsiquiátrico, en el que es decisiva la aportación de la antropología, toda vez que el origen de la patología psiquiátrica estaría alojado en la construcción social (Pérez, 2004).

Existen cuatro pilares del movimiento que crítica al modelo biomédico que define la enfermedad mental:

- Antropólogos defensores del Relativismo Cultural que se relacionan con la psicología desarrollando la corriente Personalidad y Cultura. Desde allí emanar los postulados de Ruth Benedict y Margaret Mead cuestionando y tensionando la universalidad de las costumbres sexuales y de los conceptos de normalidad/anormalidad. También hallamos a Malinowski cuestionando la universalidad del complejo de Edipo (Pérez, 2004).

Otra corriente es la de Antropólogos Psiquiatras. Destaca Gregory Bateson que postula la teoría del Doble Vínculo que explicaría el origen de la esquizofrenia (Pérez, 2004). En cuanto a la Corriente política, en Francia encontramos al filósofo francés Michael Foucault que en la “Historia de la Locura” indica que la psiquiatría como una entidad de disciplinamiento de la sociedad. En Italia Franco Basaglia con la creación del partido político Psiquiatría Democrática y la promulgación de la Ley de Desinstitucionalización (Ley 180) en 1978 (Pérez, 2004). En cuanto a la Corriente anti psiquiátrica norteamericana, tiene su máximo exponente en Tomas Szasz y sus textos La fabricación de la locura (1972) y El mito de la enfermedad mental (1976) (Pérez, 2004).

En 1975 se radicaliza el modelo biomédico. De este núcleo surgen las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), replicados posteriormente por la Organización Mundial de la Salud que crea y actualiza una clasificación similar (C.I.E.). El aspecto psicosocial y cultural se vuelve un antecedente de contexto para la construcción del historial clínico del “paciente”, generando el modelo biopsicosocial (Pérez, 2004).

### **3. Institucionalización e Instituciones Totales**

Para el contexto de esta investigación, se adoptó el concepto de Institucionalización toda vez que por las características de este campo de intervención, el de la psiquiatría, es la categoría adecuada para describir teóricamente y posteriormente analizar la información recolectada durante el trabajo de campo. Durante los últimos siglos los hospitales psiquiátricos han sido considerados como la forma más adecuada para alojar y atender las necesidades de personas que padezcan alguna enfermedad mental ya sea de larga estadía (donde la tendencia y los marcos legales apuntan a que estás no pueden seguir funcionando) y modelos comunitarios actuales, de puertas abiertas, donde existe corta y mediana estadía, proporcionando tratamientos ambulatorios, donde se cierran las unidades de larga estadía, la psiquiatría forense

cuenta con un escenario más complejo. Sumar el escenario legal proporciona lo que Goffman denomina como institución total, donde la cotidianidad del paciente está condicionada a rutinas estructuradas. A su vez el hecho de cumplir una Sentencia de Medida de Seguridad a causa de un delito condiciona la libertad del sujeto, escenario propicio para desarrollar conductas de institucionalización. Esta condición, no solo afecta a los pacientes que están internados en el recinto, sino que también a sus trabajadores.

En tiempos anteriores estas instituciones han contribuido para mantener aislada aquella conducta que socialmente se ha determinado como desviada, entregando tratamiento. Como señala Mary Douglas: “Las ideas de contaminación en la vida de la sociedad actúan en dos niveles, uno ampliamente instrumental, otro expresivo. En el primer nivel, el más evidente, nos encontramos con gente que trata de influenciar el comportamiento de unos con respecto a otros (...) De igual manera el orden ideal de la sociedad es custodiado por peligros que amenazan a los transgresores” (Douglas, 1973, pág. 15). Cada sociedad en su marco de organización y regulación, establece normas de funcionamiento, frente a esta situación la desviación de la conducta es clasificada en cada organización social teniendo a disposición las instituciones para intervenirla y controlarla.

### **3.1. El concepto de Institucionalización**

Una posible definición hace referencia a “organismo instituido para desempeñar una función de interés público; particularmente de enseñanza o de beneficencia” El diccionario María Moliner (2007) indica también que estas instituciones poseen lineamientos de carácter públicos, en tal sentido, proporcionan una función social de carácter educativo o de atención a las necesidades básicas de los individuos (García, 2015), servicio que ha sido validado socialmente. Sin embargo, hay un punto relevante, que no queda de manifiesto en este escrito y hace relación a la dinámica interna de las mismas, o bien de los efectos que dichos entes pueden tener sobre la vida diaria de los individuos (García, 2015), aspecto fundamental que buscó mostrar esta

Investigación. La Coalición Europea para la Vida Comunitaria propone la definición de institución como “cualquier lugar en el que las personas son aisladas, separadas y/o obligadas a vivir juntos. Una institución es también cualquier lugar en el que las personas no tienen, o no se les permite, ejercer un control sobre su vida y sus decisiones del día a día” (García, 2015. Pág. 9).

Se puede decir que se trata de un sistema estructurado, organizado, con protocolos de funcionamiento, que se traducen en códigos, políticas, formas y hábitos conductuales que elaboran una especie de guía de acción, aplicables a las actividades de la vida diaria de sus miembros.

### **3.2. Institución total**

El concepto de “institución total” de Erving Goffman (1961) propone que las instituciones son un sistema totalizador donde los sujetos que lo componen son agrupados por una condición que los hace semejantes. Estas personas están separadas de la sociedad. Sus vidas son reguladas por un conjunto de normas y estructuradas en un conjunto de rutinas en un régimen cerrado y estructurado.

Se debe tener en consideración que se trata de instituciones a quienes se les ha proporcionado el poder de controlar y abordar a parte de la población cuya conducta o condición escapa de estándares establecidos, por lo tanto, las instituciones además de desempeñar una función social (de carácter educativo, normativo, social o de atención a las necesidades básicas del individuo), establece a priori una serie de pautas de comportamiento a través del sistema de normas y reglas que las conforman (García, 2015).

En definitiva, lo que el autor plantea son aspectos que se aprecian en el stress que puede sufrir la persona en un primer momento, una vez que es ingresado a la institución lo que provocaría dificultad en la adaptación, al funcionamiento interno, hecho comprensible pues el individuo se encuentra con un entorno diferente al suyo; implica además debe seguir normas de otros. En otras palabras, su cotidianidad, su

mundo de vida, se transforma. “Cuando ingresa un interno viene con una cultura de presentación, o sea con sus hábitos que tenía afuera. Enfrenta otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación, o sea no puede volver al mundo exterior y sus hábitos anteriores” (Goffman, 1972).

El impacto que tienen la institución total se aprecia inclusive en la esfera cognitiva, como apreciamos en la siguiente definición: “La institución es el conjunto de formas y estructuras sociales instituidas por la ley y las costumbres, regulando nuestras relaciones, nos preexiste y se impone a nosotros, se inscribe en la permanencia. Cada institución, tiene una finalidad que la identifica y la distingue.” (Kaës, 2002, pág. 22). Se introduce en la subjetividad de cada uno de los sujetos, estructura y genera símbolos mediante la ley y la normativa, introduce un lenguaje articulado, mediante la disposición y los procedimientos de adquisición de los puntos de referencia identificatorios (Kaës, 2002).

### **3.2.1. Elementos que considerar en la Institucionalización**

En el estudio del proceso de institucionalización se deben considerar diferentes elementos que son vitales a la hora de estructurar un sistema complejo en su funcionamiento e impacto en quienes se encuentran insertos en él, ya sea como paciente o como trabajador. Para tal efecto, en el trabajo de Michael Foucault se puede ilustrar y a su vez aplicar a la experiencia que esta investigación quiere mostrar.

- **Los cuerpos dóciles**

La idea de intervenir en los sujetos y su voluntad se puede apreciar en los escritos de Foucault, el autor expone el ejemplo “del soldado” que a comienzos del siglo XVII es a quien se le reconoce como un cuerpo apto, según determinadas características (vigor, valentía, buena marcha, cabeza erguida, estómago levantado, etc.) como posible de manipular. En la segunda mitad del siglo XVIII: el soldado se ha convertido en algo que se fabrica, a quienes se les enseña hábitos, posturas y movimientos siendo

puestos a prueba al momento de obedecer las órdenes de superiores. Hubo entonces, en el curso de la edad clásica, un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Cuerpo que se manipula, que se da forma, que se educa, que obedece. Un cuerpo dócil que puede ser sometido, utilizado, transformado y perfeccionado. Lo anterior se comienza a desarrollar según una escala de control donde se pretende inspeccionar a los sujetos como partes funcionales (Foucault, 1975). Por lo tanto, estos métodos imponen una relación de docilidad-utilidad.

- **El arte de las distribuciones**

La disciplina exige a veces la clausura y esta consta en el encierro obligatorio, para así de esta manera poder controlar y mantener en orden a las personas que se encuentran en su interior. En este espacio se desarrolla la clausura, en términos de una localización o división en zonas, y por consiguiente provoca que cada individuo se maneje en un su lugar determinado. De esta manera no se da espacio a las colectividades. Estos lugares sirven para responder a la necesidad de vigilar, para romper con las comunicaciones que pueden ser potencialmente riesgosas para el statu quo (Foucault, 1975).

- **El control de la Actividad**

La vigilancia se hace mediante diferentes métodos, como por ejemplo, el empleo del tiempo, en donde se establece ritmo para obligar a realizar determinadas ocupaciones y regular los ciclos de repetición. Así también es la elaboración temporal de los actos, es decir, un programa en donde está todo controlado dentro de un espacio.

- **La Organización de la Génesis**

Desde este punto se busca controlar el espacio, las actividades. Estas se dividen en las siguientes normas:

- La primera es dividir la duración en segmentos;
- La segunda consta en que se deben organizar los segmentos antes mencionados, de acuerdo con un esquema analítico;

- La tercera, busca dar fin o inicio a los segmentos temporales, que indiquen si se ha alcanzado el nivel esperado, garantizar la conformidad del aprendizaje, y diferenciar las dotes de cada persona;

- La cuarta consta de dar una serie de la serie, lo que quiere decir, entregar a cada uno una serie según el nivel en el cual se encuentran.

Cabe destacar, que con este método se capta la actividad de cada individuo en el tiempo, en donde el poder asegura el control y garantiza el uso del tiempo de los individuos es vital para disciplinar.

- **La Composición de Fuerzas**

La disciplina logra articular las fuerzas para hacerse eficaz. De esta manera el cuerpo se convierte en un elemento que se puede mover, colocar y articular por sobre otros.

Un punto especial de la composición de fuerzas es lo que Foucault denomina como el “examen”. Constituye un foco que permite normalizar, calificar, clasificar y castigar. El poder disciplinario se manifiesta de modo invisible ya que los sometidos son los que tienen que ser vistos para mantener sujeto al individuo disciplinario. El examen sitúa un campo de vigilancia para hacer una acumulación documental, por lo que constituye un “poder de escritura” dentro de la disciplina. Al ser el individuo analizable se le es reducido a rasgos específicos para poder estudiarlo individual o comparativamente. También, el examen al tener técnicas documentales hace y estudia a cada individuo como un caso establecido para un poder determinado. El poder produce realidad, ámbitos de objetos y rituales de verdad; el individuo y el conocimiento son resultado de esa producción (Foucault, 1975).

- **Los medios del buen encauzamiento**

Se habla sobre aquellos medios para intentar que la sentencia y el modo de llevarla a cabo sean lo más correctas posibles permitiendo vigilar al individuo a la vez que se intenta “reformular”, puesto que es una de las funciones del poder disciplinario, en síntesis, la función de “enderezar conductas”. El ejercicio de la disciplina supone un dispositivo que vigila, lo que llevó en la época clásica a construir “observatorios”, el

esquema de la clausura y del encierro se sustituye por la vigilancia. En una palabra, normaliza. Aparece a través de las disciplinas el poder de la norma (Foucault, 1975).

- **El Panoptismo**

Hace referencia figura arquitectónica que cumple la función de vigilar y controlar. Se sitúa en la periferia, tiene forma de anillo, en el centro hay una torre donde se encuentra el personal de seguridad cuya función es vigilar a los presos, pacientes, etc., alrededor de la torre el edificio está dividido en celdas o secciones, es decir, se invierte el principio del calabozo, o más bien de sus tres funciones que son encerrar, privar de luz y ocultar, no se conserva más que la primera y se suprimen las otras dos. La visibilidad es una trampa, de ahí el efecto del panóptico: inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Estamos no en la sociedad del espectáculo sino de la vigilancia, se llega a los cuerpos en profundidad, se persigue el adiestramiento minucioso y concreto de las fuerzas útiles. El poder se ejerce por entero, de acuerdo con una figura jerárquica continua, en el que cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido entre los vivos, los enfermos y los muertos (Foucault, 1975).

Por lo tanto, para esta investigación el concepto acuñado por Goffman se aplicó en el contexto de lo forense, pero no tan solo a nivel institucional, si no que de una parte importante de quienes componen la estructura de este sistema, los trabajadores de trato directo. Para tal efecto se usó la siguiente definición de instituciones totales: La institucionalización, en consecuencia, no es exclusiva para quienes reciben el tratamiento, sino que también para quienes lo implementan. Goffman señala “Una Institución total puede definirse 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, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (Goffman; 2004, p. 13).

Las instituciones totales tienen dentro de sus rasgos “Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares y sin un plan racional amplio. La característica central de las instituciones

totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad... las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución.” (Goffman, 2004, p. 13). Esta situación puede afectar enormemente la vida de las personas que allí habitan, sin contar el hecho de que no solo deben soportar el encierro, sino que además poseen escaso contacto con el exterior, misma situación en el campo de forense.

Foucault señala “el enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran como el templo de la muerte. La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agravan el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de hospitalismo anterior a su definición. En efecto. Ninguna enfermedad de hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad” (Foucault, 1990, p. 119), se puede observar claramente que los efectos de la institucionalización y en general las prácticas institucionales de atención al paciente psiquiátrico muestran los efectos que ocasiona en su calidad de vida, lo interesante es que no solo ocurre en ellos, sino que también en quienes se desempeñan allí. Todas las situaciones en que a personas se las prive de libertad o se las excluya del mundo social afectan enormemente sus condiciones tanto emocionales como psicológicas y físicas. Mismo efecto ocurre en quienes les cuidan y proporcionan cuidados.

## **4. Psiquiatría y Psiquiatría Forense**

### **4.1. Concepto de Psiquiatría**

La presente tesis se encuentra directamente relacionada con la Psiquiatría Forense. Cabe destacar que esta área ha sido poco explorada a la luz pública. El concepto de Psiquiatría viene del griego *psiqué*, alma, y *iatría*, curación y es la rama de la medicina que se especializa en la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Según diferentes modelos, su acción puede desarrollarse en un hospital (psiquiatría hospitalaria), en la atención primaria (psiquiatría ambulatoria) o en la comunidad (psiquiatría comunitaria). La psiquiatría suele adoptar un modelo médico para afrontar los trastornos mentales, pero corrientemente considera tanto los factores biológicos, como psicológicos, socio/culturales y antropológicos. El tratamiento, por su parte, adopta la indicación de psicofármacos, pero también la indicación de psicoterapia, Terapia Ocupacional e Intervención Social.

### **4.2. Psiquiatría Forense**

Es importante mencionar que por gran parte del siglo XX la psiquiatría forense es comprendida como una actividad de psiquiatría aplicada a lo referente al marco legal (Dredsner, 2010). “La psiquiatría introducida en el derecho, que comúnmente se denomina psiquiatría forense, es la aplicación de la psiquiatría a cuestiones legales y con fines legales”.

La psiquiatría legal y forense es una subespecialidad de dos especialidades oficiales, la medicina legal o forense y la psiquiatría. Pero como tal, no está reconocida oficialmente. El tronco original de la medicina legal, también denominada sinónimamente como judicial o forense, que surgió hace siglos, cuando en la práctica legal se requirió la presencia de médicos en algunas de sus aplicaciones, nació como auxiliar del derecho, con carácter insustituible, sin la cual no se concibe una recta Administración de Justicia (Carrasco, 2005, p.69). Las denominaciones “legal” y

“forense” se emplean en muchas ocasiones, indistintamente, siendo la más utilizada la de Psiquiatría Forense, cuando se trata de asuntos relacionados con la administración jurídica, que son la mayoría, y empleando el término calificativo de “legal” para otros asuntos con menor relación con los tribunales, como ocurre con referencia a cuestiones contempladas en las leyes administrativas, regulación ética, etc. En el mundo anglosajón las referencias terminológicas son de forma amplia, psiquiatría y ley y más específicamente Psiquiatría Forense, consideraba a la psiquiatría y el derecho como un campo más amplio, más general que la Psiquiatría Forense, si bien la denominación no supone en la práctica diferencia, quedando incluidas ambas en la misma categoría.

Por su parte la American Board of Forensic Psychiatry (AFBP) y la American Academy of Psychiatry and The Law (AAPL) definen la Psiquiatría Forense como una subespecialidad de la psiquiatría en la que un peritaje científico y clínico se aplica a aspectos legales en contextos legales que abarcan materias civiles, penales, penitenciarios, o legislativo. Otra definición señala que la psiquiatría legal y forense se entiende también como: “La proyección y aplicación de la ciencia psiquiátrica, de sus conocimientos y fundamentos en todos aquellos casos en los que existen implicaciones jurídicas” (Carrasco, 2005, p70).

Durante el siglo XX, en Chile se entendía la psiquiatría forense ligada a las labores periciales desde el Servicio Médico Legal. En ese contexto una definición señala: “la psiquiatría forense se ocupa de la patología neuropsíquica de los individuos que transgreden la legislación del país y constituye la aplicación del derecho a la psiquiatría clínica. Tiene por objeto práctico establecer el estado de las facultades mentales de aquellos individuos, delimitando el grado de responsabilidad penal y capacidad civil” (Pasmanik, 1980). Por lo tanto, sus áreas de competencia se manifiestan en el ámbito penal y civil, tribunales de familia, justicia militar, tribunales laborales, así como en el ámbito penitenciario, administrativo y reglamentario (Dresdner, 2010). En este sentido podemos señalar que: “la psiquiatría forense articula el campo de la salud mental con el campo del derecho, ejerce como ciencia auxiliar del poder judicial y se encarga de

la salud mental, evaluando, diagnosticando y brindando un tratamiento integral a toda persona en conflicto con la ley, sea adulta o menor de edad” (Dresdner, 2010, pág. 22)

En el marco de esta investigación, el ámbito de lo penal de la psiquiatría forense se adecua al campo de acción en el que se mueven los actores que participan de esta investigación.

El ámbito penal de la psiquiatría forense refiere a “rol auxiliar (...) con el sistema judicial, al poner su ciencia, arte y experticia, al servicio de los tribunales en tareas de asesoría técnica de los magistrados en evaluaciones de infractores de la ley y/o víctima de delitos. Las tareas forenses específicamente están referidas a las evaluaciones de capacidad para ser sometido a juicio la imputabilidad y la peligrosidad” (Dresdner, 2010, pág. 23)

# Capítulo V: Marco Referencial



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## **1. Antecedentes relacionados a la salud mental**

Si bien la salud mental es un tema de suma preocupación por las repercusiones reales que tiene en la vida de las personas, recibe un bajo aporte para gastos en salud, 2.13% (Minsal, 2015) del presupuesto total de salud. Nos encontramos con la falta de recursos apropiados destinados en materias de salud mental. Por un parte, los recursos no se encuentran distribuidos de manera equitativa y a esto se une el estigma y la discriminación que siempre ha rodeado a la enfermedad mental y las repercusiones en la calidad de vida de los sujetos.

Desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se señala que los trastornos mentales y neurológicos configuran el 22% del total de enfermedades en América Latina y el Caribe. (Rodríguez; Khon; Aguilar-Gaxiola, 2009)

Los estudios epidemiológicos demuestran el complejo escenario de las enfermedades mentales. En 1990, las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban el 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe, en el año 2002 esa carga había ascendido a 22,2% (Rodríguez; Khon; Aguilar-Gaxiola, 2009, pág. 6). Durante los últimos 20 años, se estimó la prevalencia media de este tipo de los resultados de esta investigación indicaron cifras de las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico (Rodríguez; Khon; Aguilar-Gaxiola, 2009, pág. 9)

Sin embargo, la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo compleja. Este debe considerar que existe un porcentaje no determinado de personas que no reciben atención o que no se ha identificado un diagnóstico de estas características. Se debe tener en consideración que la transición epidemiológica y los cambios en la composición de la población acentúan más la brecha en la atención en América Latina y el Caribe.

## 1.2. Epidemiología psiquiátrica en Chile

La OMS sitúa a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo (Vicente, 2016). La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos (Vicente, 2016).

Más de un millón de chilenos sufre de ansiedad y cerca de 850 mil padecen depresión. Así lo demuestra el informe de la Organización Mundial de la Salud, que mide la prevalencia de trastornos de salud mental en el mundo. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2010 muestra que un 17% de la población chilena mayores de 15 años presenta sintomatología depresiva significativa (en el caso de las mujeres, el 25%) (Minsal, 2015). Uno de los más altos a nivel mundial.

Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico y un 22,2% ha tenido uno durante el año 2015. Los trastornos de ansiedad lideran la prevalencia, le siguen la depresión mayor y trastornos por consumo de alcohol. El 38,5% de quienes han sido diagnosticados reciben algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria (Vicente, 2016).

Tanto en niños y adolescentes, la prevalencia de los trastornos psiquiátricos es de 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de ansiedad y disruptivos (Vicente, 2016).

“La Superintendencia de Seguridad Social, ha establecido que más un tercio de las licencias médicas dicen relación con dificultades del ánimo o trastornos emocionales. Sus principales causas son estrés laboral, trastornos de ansiedad y ánimo, entre otras. El 2015 se cursaron más de 277 mil licencias, según datos de la propia institución. Las licencias de este tipo corresponden al segundo mayor gasto entre aquellas que son tramitadas” (Rehbein, 2017).

En Chile, de acuerdo con el estudio de carga de enfermedad del 2008, los trastornos neuropsiquiátricos generan se presentan en todos los grupos etarios, representando un 30,4%. En nuestro País, la causa específica más relevante para todos los grupos

etarios se encuentra en el trastorno depresivo unipolar, que alcanza el segundo lugar con el 4,5% del total; la dependencia al alcohol ocupa el cuarto lugar con el 3,4% (Vicente, 2016).

Entre los hombres, la dependencia al alcohol es la segunda causa de patologías psiquiátricas. Para las mujeres los trastornos depresivos tienen el segundo lugar, los trastornos de ansiedad el tercero y las agresiones llegan al cuarto (Vicente, 2016). La esquizofrenia se encuentra también entre las 20 causas más importantes. El peso de los trastornos psiquiátricos específicos es aún más grande cuando se examinan solo aquellos que están presentes entre los 10 y 59 años de edad (Vicente, 2016).

Un estudio realizado a fines de la década pasada presentó la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra nacional representativa de niños y adolescentes chilenos entre 4 y 18 años de edad. La muestra alcanzó a 1.558 niños y adolescentes, con una tasa de respuesta de 82,4%. La tasa de prevalencia para todos los trastornos fue de 38,3%. El grupo de diagnóstico de más prevalencia fueron los trastornos disruptivos (14,6%), seguido por los trastornos ansiosos (8,3%) y los afectivos (5,1%). Los trastornos por uso de sustancias en niños y adolescentes tienen una prevalencia de 1,2%. Por otro lado, los trastornos alimentarios y esquizofrénicos fueron relativamente raros en cuanto a su aparición (Vicente, 2016).

La percepción de la disfunción familiar estuvo significativamente asociada con cada categoría de trastorno psiquiátrico, y la estructura familiar se relacionó con la salud mental de niños y adolescentes. Con excepción de los trastornos por consumo de sustancias, los niños que vivían con solo un progenitor tenían tasas de trastornos psiquiátricos significativamente más altas. La psicopatología de los padres, pero no los trastornos de ansiedad o por consumo de sustancias, fue un factor de riesgo para los trastornos afectivos y disruptivos.

## **2. Políticas Internacionales y Plan Nacional de Salud Mental**

### **2.1. Declaración de Caracas**

Sin lugar a dudas desde la Declaración de Caracas constituye un avance en lo que respecta a la formulación de políticas públicas en ámbito de la salud mental, para Latinoamérica y ciertamente en Chile. Esta conferencia se desarrolla el 14 de noviembre de 1990, convocada por la Organización Panamericana de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en la cual participaron representantes diversos países de América Latina, entre ellos Chile (OPS; OMS, 1990).

Esta Declaración se torna como base para la implementación de una nueva atención psiquiátrica comunitaria para América Latina. En esta Conferencia se discutió la necesidad de la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Se declara lo siguiente:

1. La reestructuración de atención psiquiátrica, ligada a la atención primaria de salud y en los marcos de los sistemas locales de salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad,
2. La reestructuración de la atención psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico de la prestación de servicios,
3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben salvaguardar la dignidad de las personas y los derechos humanos y civiles; estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados; y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario,
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales y que promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento,

5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe apuntar a un modelo comunitario que propicie la internación psiquiátrica en hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamente esta reestructuración,

6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta conferencia, se comprometen mancomunadamente a abogar y desarrollar en los países, programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos. En consecuencia instan a los ministerios de salud y de justicia, a los parlamentos, los sistemas de seguridad social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación, a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la región (Declaración de Caracas, 1990).

Proponiendo el mejoramiento de la atención a los pacientes, desde una mirada integral de atención, dejando a un lado las practicas aisladoras y asistenciales del modelo hegemónico de los servicios que estaba brindando la psiquiatría, abriendo camino para la inclusión de la comunidad, de sus derechos humanos y la integración de la familia, con el fin de disminuir el estigma social asociada a los problemas de salud mental y apuntar hacia el mejoramiento de la calidad de vida (Declaración de Caracas, 1990).

## **2.2. Principios de Brasilia**

Posterior a la declaración de Caracas, en noviembre de 2005, se lleva a cabo Brasil “Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”. El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de Salud Mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares. El objetivo, evaluar los desarrollos producidos

desde la Declaración de Caracas en el año 1990, espacio en el cual se reflexionó sobre los logros y desafíos aún pendientes de la Salud Mental en el continente. No obstante a esto, la Conferencia reitera el llamado a la protección de derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales, y a la necesidad de establecer redes de servicios comunitarios, con atención integral e interdisciplinaria, con especial participación de usuarios y familiares en estos servicios de salud mental, debido al alto grado de discapacidad psicosociales que generan estos trastornos psiquiátricos (OPS; OMS; Ministerio de la República Federativa de Brasil, 2005).

Un aspecto característico de esta Conferencia es que se incorpora como desafíos para los servicios de salud mental, aspectos culturales dentro de la problemática, y a su vez referencia en lo que respecta a la vulnerabilidad psicosocial, que conlleva tanto a pueblos indígenas como a la población urbanizada del continente. Además de la demanda en aumento de estos servicios, debido a problemas de consumo de alguna sustancia de alcohol o drogas, o a los diversos tipos de violencia que presenciados en la población, como nuevos escenarios que complejizan la salud mental y el desarrollo de patologías.

En síntesis, esta conferencia hace un llamado a todos los participantes a trabajar en la implementación de pilares y criterios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos a fin de fortalecer la atención en salud mental en conjunto con todos aquellos recursos humanos, participación activa de usuarios y familiares en conjunto con la comunidad. (OPS; OMS; Ministerio de la República Federativa de Brasil, 2005).

### **2.3. Plan Nacional de Salud Mental**

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y, sin duda, las condiciones de la vida moderna, especialmente en las grandes ciudades, son algunos de los factores asociados al hecho de que las enfermedades mentales hayan llegado a ser frecuentes, junto a los accidentes y las enfermedades crónicas. Las enfermedades no transmisibles

vinculadas a estilos de vidas, entre ellas, muchos trastornos mentales, constituyen ahora el principal desafío para lograr mejorías en morbilidad y en la calidad del mayor número de años de vida.

Las enfermedades mentales aumentan su prevalencia y son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población a la que sirve, ha venido desarrollando acciones dirigidas a la salud mental, especialmente a partir de 1990, durante el gobierno democrático que sucede a la dictadura militar.

A punto de finalizar este decenio, el Ministerio asume la responsabilidad de iniciar un cambio significativo en este campo de la acción sanitaria, de la forma más participativa y consensuada posible (MINSAL, 2000). El Plan Nacional de Salud Mental se fue elaborando desde 1999, recogiendo los avances y la experiencia acumulada, principalmente en esta última década. La propuesta surge desde un gran número de profesionales, técnicos, usuarios y sus familiares, expertos de las sociedades científicas, de colegios profesionales, entidades financieras de Salud.

Como un aporte al desarrollo humano del país, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, tiene el propósito de: “Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Minsal, 2000).

El soporte organizativo es el modelo de redes, en que los servicios están articulados en una red responsable de una población y un ámbito geográfico definidos, cuyo eje es el Equipo de Salud Mental y psiquiatría ambulatoria e integra equipos multidisciplinarios en cada dispositivo de la red.

### **3. Instituciones de Salud Mental en Chile**

A través de la historia de Chile la salud mental y psiquiatría ha pasado por tres etapas históricas que la definen, la primera de ellas comienza en la época colonial y termina coincidentemente con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. Ese período se caracteriza al igual que en todos los países del mundo occidental por grandes instituciones asilares, de ahí recibe el nombre de etapa asilar. En este periodo la locura que es vista como un estado demoníaco, un castigo divino que se enfrenta como describe el doctor Garafulic (2002) “con encierros, cadenas, exorcismos, la superstición, la ignorancia, el temor o fanatismo”, esta etapa también fue llamada prepsiquiátrica ya que los que “enfrentaban a los insanos eran los carceleros, las brujas, los inquisidores los sacerdotes y, ocasionalmente , los que ejercían el arte médico, eran los que se enfrentaban “clínicamente” con los insanos, los que hacían diagnósticos de un ingenuo y absurdo empirismo y los que efectuaban crueles y agravantes cuando no pintorescos tratamientos, o un encadenamiento y eterno encierro que duraba hasta la etapa de la obscuridad”. (Escobar, Medina, & Quijada, 2002).

Para el doctor Juan Marconi (1973) esta etapa “producto de una sociedad chilena dominada por la clase terrateniente, con estructura feudal, esta etapa asilar concibe la asistencia como un simple y prolongado secuestro del paciente demente o psicótico desde el conglomerado social” (Marconi, 1973, p. 17).

En esta etapa las instituciones de salud mental se caracterizaban por las pésimas condiciones en que se encontraban las personas recluidas, el hacinamiento, la falta de higiene y alta mortalidad; el establecimiento destinado a personas con enfermedad mental que se fundó en 1852 en el barrio Yungay de Santiago, la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles fue construida con 272 Plazas para ambos sexos, ya en 1894 llegó a alojar a 897 personas llegando a tener 3420 asilados en 1932. (Escobar, Medina, & Quijada, 2002).

“Para permanecer un solo día más al frente de infelices, mis semejantes, hacinados cual inmundos cerdos en un rincón de la República y en peor estado que los más infames criminales” (Carta de renuncia como miembro de la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos del señor Juan Ugarte el año 1854). (Escobar, Medina, & Quijada, 2002, p. 63)

En ese período según Minoletti y otros (2010) es común encontrar escritos de psiquiatras que reclaman sobre las pésimas condiciones del establecimiento de calle Yungay, pero a pesar de estas denuncias las autoridades de la época no tomaron mayores decisiones políticas para mejorar las condiciones de vida de las personas internas, es hasta el año 1894 que se tomó conciencia de estas condiciones empezando la construcción del Manicomio Nacional. Lamentablemente el año 1898 tras una decisión política inesperada, se volvió a postergar las necesidades de las personas con enfermedad mental pasando el inmueble destinado al Manicomio Nacional a manos del Ejército de Chile. (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, 2010).

En la década de 1920 a 1930 la Casa de Orates experimentó transformaciones conceptuales y organizacionales profundas que llevaron a transformarse en una mezcla de manicomio y hospital psiquiátrico, comenzando a diferenciarse distintos servicios para responder a poblaciones con necesidades diferentes. Es en esa misma época que se inició la discusión en Chile sobre la nueva política de creación de instituciones psiquiátricas agrícolas, idea proveniente de países vecinos como Argentina, Uruguay y Brasil; el año 1928 en Santiago, en el fundo El Peral se creó el Open Door, el cual tuvo una corta existencia como colonia agrícola, pasando gradualmente a ser también una institución asilar, con recursos insuficientes para ejercer ese rol, como tampoco para tratamientos y rehabilitación.

Para la psiquiatría la segunda etapa de la salud mental en Chile comenzó con la introducción de nuevas formas de tratamiento, en el contexto de una sociedad chilena que ve intensificada la industrialización, según Marconi (1973) “paralelamente al dominio de la clase burguesa emergente, se moderniza el asilo, la Casa de Orates cambia su nombre y parte de su estructura interna toma el carácter de Hospital

Psiquiátrico, en 1953... Esta etapa concibe la asistencia como tarea nacional, sin sectorización, incorporando técnicas psicoterapéuticas y psicofarmacológicas que permiten la atención externa de casos seleccionados de neurosis y alcoholismo. ” (Marconi, 1973, p. 18).

En esta etapa la psiquiatría y la salud mental se inserta dentro del modelo hospital céntrico, con la transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos y la instalación de servicios de psiquiatría en hospitales generales, es así como en el año 1954 se creó en el Hospital del Salvador un Servicio de Medicina Psicosomática y psiquiatría social, que incorporó un equipo multidisciplinario en un Hospital General, además de esto se avanzó en el estudio y control de los problemas asociados al consumo de alcohol creándose en el año 1957 el Primer Programa de Control y Prevención del Alcoholismo, por el Servicio Nacional de Salud.

Cabe destacar que los servicios de pacientes con enfermedad mental crónica se mantienen en instituciones con asilares.

Ya desde fines del '60 se inició una orientación mundial hacia una psiquiatría comunitaria, la introducción masiva de tratamientos farmacológicos y evidencias de la necesidad de atención psiquiátrica, comenzó a romper el esquema institucional de hospitales para pasar a plantear el desafío de traspaso del eje de los programas desde la estructura institucional hacia la estructura de masas, intracomunitaria quedando las instituciones como elementos de apoyo y coordinación técnica.

El año 1966 el Servicio Nacional de Salud presentó el Primer Programa Nacional de Salud Mental y el año 1968 se inició en el área sur de Santiago el Programa Intracomunitario de Salud Mental, centrado principalmente en el alcoholismo y que contempla una pirámide de delegación de funciones. En el vértice de la pirámide se encuentra el psiquiatra y en su base la población que debía ser educada en problemas de salud mental. La pirámide contempla como intermediarios técnicos en salud mental, profesores, sacerdotes, entre otros agentes comunitarios. (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, 2010)

El gobierno de la Unidad Popular, 1970–1973 contempló medidas programáticas sobre problemas de alcohol, en 1971 se promulgó el reglamento para la administración y de Fondo Especial Destinado a la Rehabilitación de Alcohólicos como parte de la ley de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

El año 1973 se produjeron profundos cambios políticos y sociales en Chile tras el golpe militar, la salud no es la excepción: se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y la descentralización y municipalización de la Atención Primaria.

En ese contexto de transformaciones administrativas y de financiamiento de la salud, “no hubo espacio para definiciones sanitarias que expresaran la voluntad política de la autoridad de mejorar significativamente las condiciones de salud mental de la población o la oferta de servicios. 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, Rojas, & Sepúlveda, 2010, pág. 143)

En ese período destacan intervenciones en salud mental dedicadas específicamente a apoyar a las víctimas directas de la represión política y sus familiares. Es el caso de los Equipos de Salud Mental de 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), entre otros.

Al término de ese periodo se publicó el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 1989/1990, que recoge experiencias anteriores, sin cuestionar las insuficiencias existentes. Este plan no alcanzó a ser implementado, al producirse la transición desde el gobierno militar al democrático. (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, 2010).

La última etapa, de tipo ambulatorio/comunitario ya con más de 20 años de desarrollo y aún vigente, está basado en una amplia inclusión de la salud mental en la Atención Primaria, donde se atiende a la mayoría de las personas con trastornos mentales, la descentralización de la atención de especialidad, de preferencia en centros de salud mental comunitaria; la participación de las personas, familias y sus organizaciones en los procesos de tratamiento y la creación de una serie de dispositivos y programas comunitarios que permitan a las personas con trastornos y discapacidades más severas vivir y ser incluidos en la comunidad.

Con el retorno a la democracia comenzaron lentamente a tomarse diversas medidas que aumentaron la inversión en infraestructura, mejoramiento de la coordinación de redes y de las competencias técnicas de sus equipos. Al mismo tiempo las autoridades del Ministerio de Salud mostraron una sensibilidad mayor hacia aspectos psicológicos y sociales de la salud, pasando la salud mental a tener la prioridad más alta que en cualquier otra época de la historia de Chile.

Gracias a esto por primera vez se constituyó un equipo multidisciplinario a cargo de salud mental en el Ministerio de Salud, se conformó una red nacional de profesionales encargados de salud mental, con representación en cada una de las secciones de los servicios de salud y apoyo político para postular a proyectos de salud mental a fondos de cooperación internacional. (Minoletti, Rojas, & Sepúlveda, 2010)

Surgieron cuatro programas que hicieron más visible la salud mental en los Servicios Nacionales de Salud: Salud Mental en Atención Primaria, Reparación Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS), Red de Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) y Prevención del Alcohol y Drogas (“Quiero mi Vida sin Drogas”).

Por otra parte, las políticas de salud mental en toda América fueron impactadas por la Declaración de Caracas (1990), reunión convocada por la Organización Panamericana de Salud, donde se concluyó que es necesaria una reestructuración de la atención psiquiátrica lo que implica una revisión crítica del rol hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico, salvaguardando los derechos humanos de los enfermos y propendiendo su permanencia en el mundo comunitario (Organización Panamericana

de la Salud, 1990), esto sirvió de base para la formulación de las políticas y el Plan Nacional de Salud Mental en octubre de 1993.

El Plan Nacional de Salud Mental (1993) puso en marcha procesos de transformación de la atención en salud mental y psiquiatría, con aprendizajes de nuevas intervenciones psicosociales y asignación de recursos frescos. Por primera vez se implementaron Hogares Protegidos, centros diurnos, programa de rehabilitación psicosocial, hospitales de día, centros de salud mental comunitarios, comunidades terapéuticas y equipos de rehabilitación para dependencia de sustancias. Las agrupaciones de familiares de personas con discapacidad mental florecieron a lo largo del país y comenzaron a hacer sentir sus voces por mejores servicios para sus familiares.

En el año 1998 tras una demanda interpuesta contra el Ministerio de Salud y el director del Instituto Psiquiátrico Horwitz por no trasladar a 120 personas sobreseídas a causa de una enfermedad mental y que se encontraban en un recinto penitenciario, transgrediendo así sus derechos humanos; se precipitó una crisis institucional, ya que el Instituto Psiquiátrico no contaba con las condiciones ni recursos para hacerse cargo de estas personas. La crisis finalmente se solucionó con la elaboración de un Plan Nacional de Psiquiatría Forense y las bases para un nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. (Minoletti, A; Rojas, G; Sepúlveda, R, 2010)

El año 2000 se publicó y entró en vigencia el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que en sus 13 años de implementación ha tenido un gran impacto en el sistema público consolidando la transformación del modelo de atención centrado en hospitales a otro centrado en la atención primaria.

El año 2006 con el inicio del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), hoy, Garantías Explícitas en Salud (GES) se integraron tres patologías de salud mental Esquizofrenia, Depresión y Consumo perjudicial y dependencia del alcohol y drogas a los cuales se sumó desde julio del año 2013 el Trastorno Bipolar (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2013), esto marca un nuevo hito importante en el desarrollo de la salud mental y psiquiatría en nuestro país, logrando en estas

patologías un acceso y calidad de tratamiento con equidad, centrado en el modelo de la psiquiatría comunitaria, donde la inclusión de las personas que padecen enfermedad mental es transversal. Por otro lado, este punto se encuentra guiado desde el enfoque de derechos. El posicionamiento del sujeto como centro de cualquier acción, ejerciendo deberes y derechos ciudadanos, formando parte importante de lo social.

#### **4. Antecedentes Históricos de la Psiquiatría Forense en Chile**

La historia de la psiquiatría forense en Chile se remonta a 1877, periodo en el cual ingresa el primer paciente con problemas judiciales a la “Casa de Orates”, actual Instituto Psiquiátrico. En 1927 se promulga el decreto N° 68, que dictamina la creación de “pabellones especiales para el funcionamiento de asilos de temperancia y enfermos que se hallaren sometidos a la acción de la justicia” (Ortiz, 2007, p3). En 1940 comienza a funcionar el Depto. Judicial en el Manicomio Nacional. En 1972 se crea el departamento de crónicos. En 1993 se crea la “comisión salud- justicia”, conformada por la Subsecretaría del Ministerio de Salud y Justicia, a raíz de evacuar de los recintos penitenciarios a las personas declaradas “locos o dementes”, de acuerdo al artículo 10 N° 1, del Código Penal. Cabe mencionar que paralelamente, el Servicio Médico Legal, institución dependiente del Ministerio de Justicia, desarrolla la Psiquiatría Forense como organismo auxiliar del poder judicial, cuyo rol se centra en la realización de pericias psiquiátricas en el contexto de juicios civiles y del crimen. Por otro lado, los servicios de atención pública, pertenecientes al Ministerio de Salud reciben a las personas que padecen una enfermedad mental y que han cometido delito, cuya sentencia ha decretado que deben permanecer en un recinto hospitalario (Ortiz, 2007, p 4).

La existencia de un Depto. de Enfermos Mentales Crónicos para recibir aquellos portadores de enfermedad mental con problemas judiciales, se encontraba enmarcado en el contexto de un modelo asilar, sin que hubiese un programa de rehabilitación y reinserción social, egresando en muchos casos sólo por su fallecimiento (Ortiz, 2007,

p4). Este modelo se mantuvo hasta los años 90. A fines de los 90 surge en Chile la necesidad de crear un Plan Nacional de Psiquiatría y Salud Mental, que permitiese erradicar el concepto asilar de la psiquiatría hacia una mirada más comunitaria. En el marco de esta reforma, los hospitales psiquiátricos dejan de realizar ingresos en sus camas de pacientes crónicos, porque en 1998 se destinan 40 camas para los pacientes que se encuentran sobreesidos por la justicia, lo que se tradujo en una amplia lista de espera de cientos de personas con patología mental que residían en recintos penitenciarios. A fin de otorgar una respuesta a esta problemática nace el Sistema Nacional de Psiquiatría Forense (Ortiz, 2007, p4). Así ve su nacimiento el Dpto. 2 Judicial del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, actual

# Capítulo VI: Presentación de los Resultados



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## **1. Antecedentes Institucionales**

Antes de dar paso a la presentación de resultados es importante contextualizar la Institución y Servicio donde se llevó a cabo la investigación. Para ello se hará una presentación del lugar y sus principales características para luego dar paso a la información obtenida desde el trabajo de campo.

### **1.1. Antecedentes de lugar que acoge el estudio. Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak**

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es una Institución Pública que depende administrativamente del Ministerio de Salud, específicamente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, mientras que en el ámbito jurídico depende de la Ley 19.937, “la cual modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”.

Es un establecimiento hospitalario que otorga atención psiquiátrica de mediana y alta complejidad a los usuarios del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Se encuentra ubicado en Avenida La Paz N° 841, Comuna de Recoleta, mientras que el Servicio de Psiquiatría Forense se encuentra ubicado en Av. La Paz N° 850, Comuna de Independencia Ubicada en Santiago de Chile.

El perfil de la demanda asistencial en el Instituto Psiquiátrico contempla que el 58% de los consultantes en el Servicio de Urgencia y el 62% de los egresos proceden de otros Servicios de Salud, con lo cual se puede concluir que existe una brecha de atención en Psiquiatría y Salud Mental de Mediana y Alta complejidad en el resto del país (Barak, 2017). La población que comprenden las 8 comunas que integran el Servicio de Salud Metropolitano Norte bordea los 800.000 hab.

La dotación de personal del Instituto se detalla a continuación:

**Cuadro N°3: Dotación de Personal Instituto Psiquiátrico.**

MÉDICOS LEY 19.664	89
MÉDICOS LEY 15.076	16
QUÍMICOS FARMACÉUTICOS	6
ABOGADOS	3
ADMINISTRADOR PÚBLICO	1
ADMINISTRATIVOS	102
ARQUITECTOS	1
ASISTENTE SOCIAL	18
AUXILIARES	135
BIBLIOTECARIOS	3
CONTADOR AUDITOR	1
EDUCADOR DE PÁRVULOS	2
ENFERMERA/O	29
INGENIEROS	13
NUTRICIONISTAS	4
PSICÓLOGOS	33
TÉCNICOS DE PÁRVULOS	10
TÉCNICOS EN ALIMENTOS	13
TÉCNICOS NIVEL SUPERIOR ENFERMERÍA	152
TÉCNICOS PARAMÉDICOS	74
PSICOPEDAGOGO	1
TERAPEUTAS OCUPACIONALES	14
OTROS TÉCNICOS	15
KINESIÓLOGO	1
PERIODISTA	1
TECNÓLOGO MEDICO	1

Fuente: Plan Estratégico 2015-2019, Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

## **2. Servicio de Psiquiatría Forense**

El Servicio de Psiquiatría Forense, es una unidad perteneciente al Instituto Psiquiátrico y se encuentra ubicado en la comuna de Recoleta. Trabaja con personas que se han visto enfrentadas a conflictos con la justicia orientando su quehacer en dos grandes áreas de atención: la evaluación de individuos que presentan alguna enfermedad mental a objeto de realizar pericias que determinen si al momento de cometido el ilícito actuó afectado por su patología de base; y la atención en sistema de hospitalización a aquellas personas que habiendo cometido delito son sobreseídos por la misma razón.

En su objetivo general la unidad busca: “Desarrollar actividades periciales y de atención clínica en el área de la salud mental, a las personas que presenten algún tipo de conflicto con la justicia; en forma eficiente y coordinada intra-institucional y con la Red Nacional de Psiquiatría Forense”. Cuenta con objetivos generales uno de los más importantes es: colaborar con la atención en el área de Salud Mental a personas que se encuentren cumpliendo condena y que presenten patología psiquiátrica severa.

Se destaca que el nivel de intervención corresponde a mediana complejidad, es decir, donde son acogidos aquellos pacientes que requieren internación, pudiendo ser tratados en un medio menos custodial con tiempos de hospitalización a mediano plazo, siendo derivado posteriormente a su familia o bien a hogares protegidos, debiendo continuar sus controles y tratamientos en el Servicio de Psiquiatría Forense y/o coordinarlos con la red asistencial correspondiente a su domicilio cuando son derivados desde provincia (Servicio de Psiquiatría Forense, 2006, p1).

### **2.1. Internaciones Judiciales en el Servicio de Psiquiatría Forense**

A esta unidad llegan pacientes con dos tipos de internaciones judiciales. Este aspecto, también demarca el perfil del tipo de paciente.

1. Internaciones Provisionales, el Art. 464 del Código Procesal penal indica “durante el procedimiento, el Tribunal podrá ordenar, a petición de algunos de los intervinientes la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurrieren los requisitos señalados en los art. 140 y 141, y el informe psiquiátrico practicado al imputado señalare que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hiciere temer que atentará contra sí o contra otras personas” (ORTIZ, 2007, p14). En consecuencia, en dichas hospitalizaciones es el juez competente quien determina el lugar, el tiempo de internación y los requisitos de egreso, debiendo ser acatadas por el médico.

2. Sentencias de medida de seguridad. El Código Procesal Penal, en el libro cuarto, Título VIII, párrafo 4 Art. 481, sobre la duración y control de las medidas de seguridad,

indica: “las medidas de seguridad impuestas al enajenado mental sólo podrán durar mientras subsistieran las condiciones que las hubiesen hecho necesarias, y en ningún caso podrán extenderse más allá de la sanción restrictiva o privativa de libertad que hubiera podido imponérsele o del tiempo que corresponde a la pena mínima probable, el que señalado por el tribunal en su fallo”, es decir de acuerdo al delito por el cual se le ha procesado.<sup>12</sup>

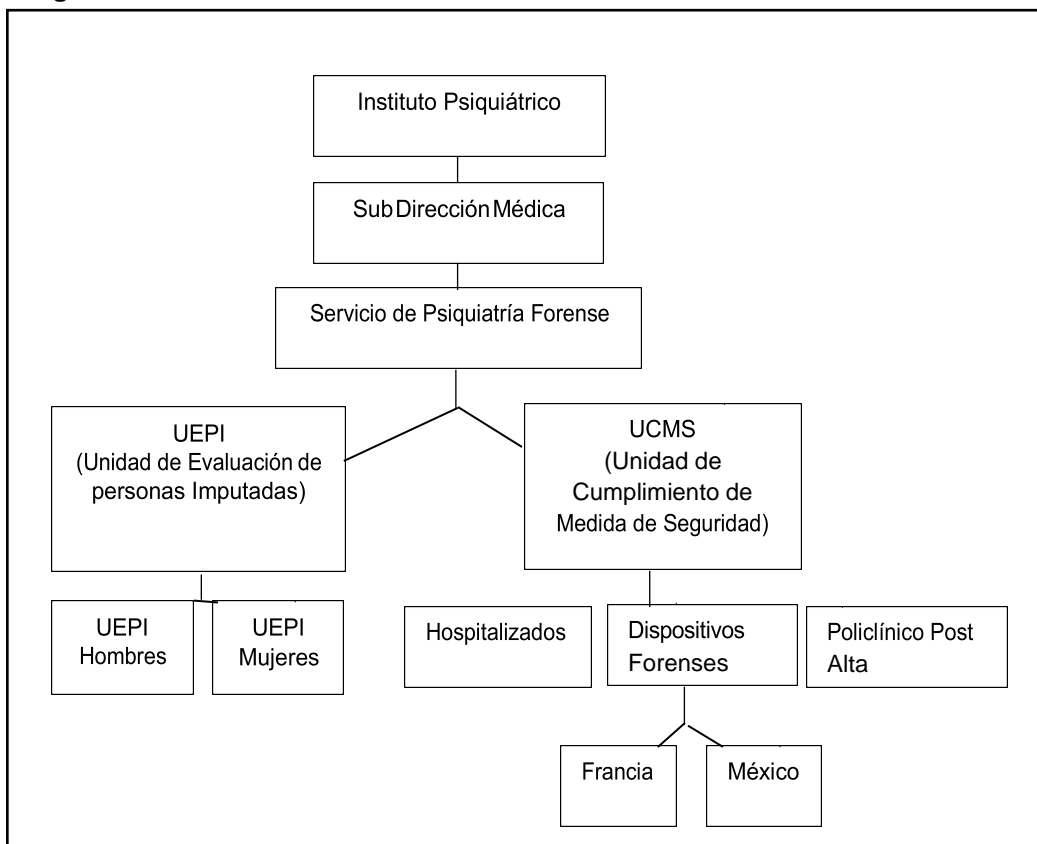
## **2.2. Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad**

La UCMS es un centro de referencia nacional, por lo cual los pacientes de todo el país pueden llegar a este centro, si un tribunal de garantía así lo determina. Se ubica dentro del organigrama del instituto Psiquiátrico de la siguiente forma:

---

<sup>12</sup> Es importante definir ciertas figuras de la legislación chilena, que caracteriza al sujeto de intervención y las posteriores acciones a desarrollar. Adicionando las definiciones establecidas por el Código Penal, considerando que siempre se habla de paciente psiquiátrico. Estas figuras legales son: a) Sobreseídos: Antiguo Sistema. Toda persona que, habiendo cometido un delito, es eximida de responsabilidad penal por los Tribunales de Justicia de acuerdo al artículo 10 n° 1 del Código Penal (loco o demente en el momento de la comisión del delito). Art. CPP 691, 693. Esta definición se aplica a los mayores de 18 años. En el nuevo sistema, toda persona que, habiendo cometido un delito, es eximida de responsabilidad penal por los Tribunales de Justicia de acuerdo al artículo 10 N° 1 del Código Penal. Sentencia de Medida de Seguridad; b) Imputado: Toda persona respecto de la cual se realiza una investigación de un delito criminal, simple delito o falta por su presunta participación en éste en calidad de autor, cómplice o encubridor. Art. 458, 464, 465. En el Código Penal chileno aparece como: las circunstancias que eximen de responsabilidad criminal Art. 10. Están exentos de responsabilidad criminal: El loco o demente, a no ser que haya obrado en un intervalo lúcido, y el que, por cualquier causa independiente de su voluntad, se halla privado totalmente de razón; c) Condenado, Toda persona a quien, habiendo cometido un delito, se confirma su responsabilidad penal por los Tribunales de Justicia y éstos ordenan la aplicación de la sanción legal correspondiente. Para efectos de esta línea de trabajo se entenderá a condenados cumpliendo pena en régimen intramuros (cárcel) art. 482. Ya habiendo definido las figuras legales de nuestra legislación pasamos a definir brevemente los programas de intervención que se desarrollan en este centro.

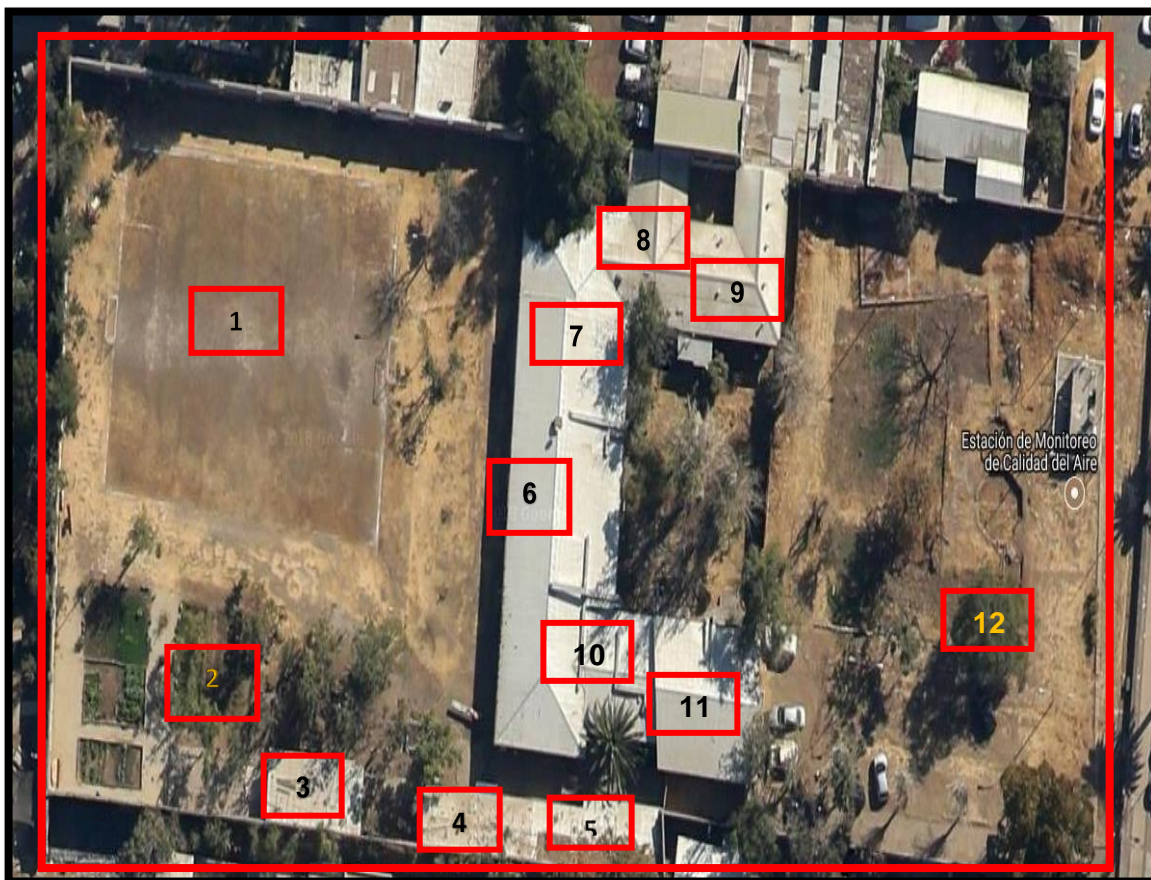
**Imagen N° 1: Ubicación de la UCMS dentro de la Institución**



Fuente: Elaboración propia, 2018.

Esta se encuentra ubicada en Avenida la Paz 850, comuna de Independencia.

Imagen N° 2: Unidad de Cumplimiento de Medida de seguridad



Fuente: <https://www.google.cl/maps/@-33.4223288,-70.6508188,164m/data=!3m1!1e3>

En la imagen se aprecia la distribución territorial de lo que comprende la UCMS. En ella se aprecia la cancha que usan los pacientes para jugar fútbol (número 1), el sector del huerto (2), los baños y duchas que están fuera del recinto (3), los casilleros donde los pacientes guardan sus pertenencias (4), el comedor y la zona de descanso del personal clínico (5), los dormitorios de los pacientes distribuido en 4 piezas para diez personas (6), el comedor de los pacientes (7), los baños y duchas (8), las salas de terapia ocupacional y la zona que se usaba anteriormente para aislamiento (9). En el número 10 se ubica la clínica, donde se almacena y se suministra los fármacos, junto al cual se encuentran las oficinas del equipo profesional (11) y luego está el antejardín (12), que alberga una zona de huerto (trabajada por los pacientes con el terapeuta ocupacional) y los estacionamientos. Este terreno no es propio del Instituto psiquiátrico, sino que está cedido en comodato por la Universidad de Chile, por lo que

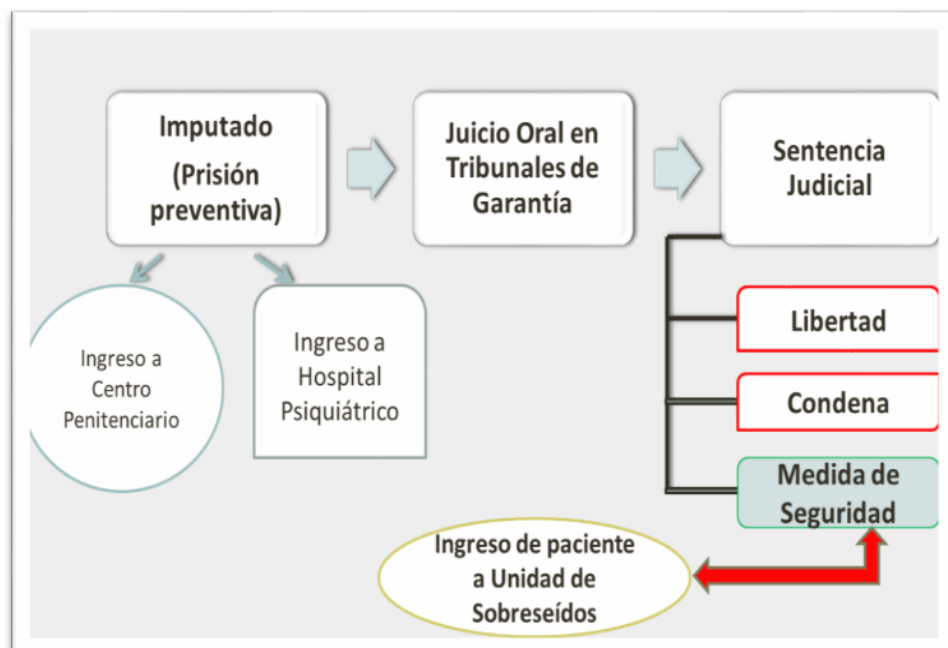
ampliar infraestructura es complejo y solo contempla reparaciones de orden de estructura. Este es el lugar donde se llevó a cabo el trabajo de campo de esta investigación.

### 2.3. Pacientes que ingresan a la UCMS

La institución cuenta con 40 camas disponibles para Hombres mayores de 18 años. En lo que respecta a Mujeres sólo con medida de seguridad ambulatoria o en sistema semicerrado (hogar). Además, el paciente debe ser Judicialmente sobreseído y por lo tanto una Medida de seguridad activa. El promedio de edad de los pacientes hospitalizados es de 42,9 años, entre los 29 y 75. Los pacientes que ingresan a la UCMS provienen de las siguientes instancias: Tribunales de Garantía, UEPI, Policlínico Post-Alta u Hogares Protegidos Forenses.

En la siguiente imagen se muestra cómo se lleva a cabo el ciclo legal del paciente que ingresa al circuito forense, para finalmente llegar a la UCMS.

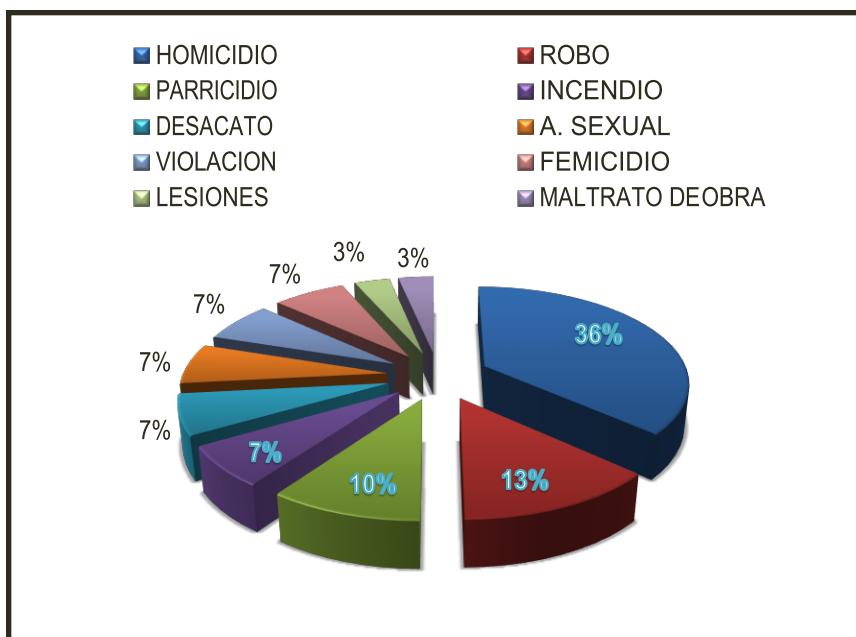
- **Imagen N° 3: Ciclo legal en el campo de la Psiquiatría Forense**



- **Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015**

Los principales delitos cometidos por los pacientes que ingresan a esta unidad son los homicidios, parricidios y los robos, entre otros:

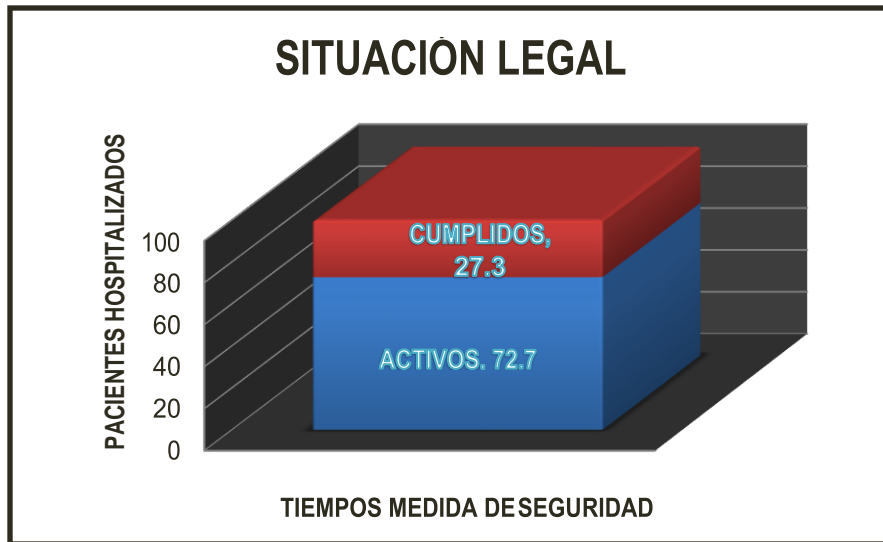
**Imagen N°4: Principales delitos cometidos por pacientes de la UCMS**



**Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015**

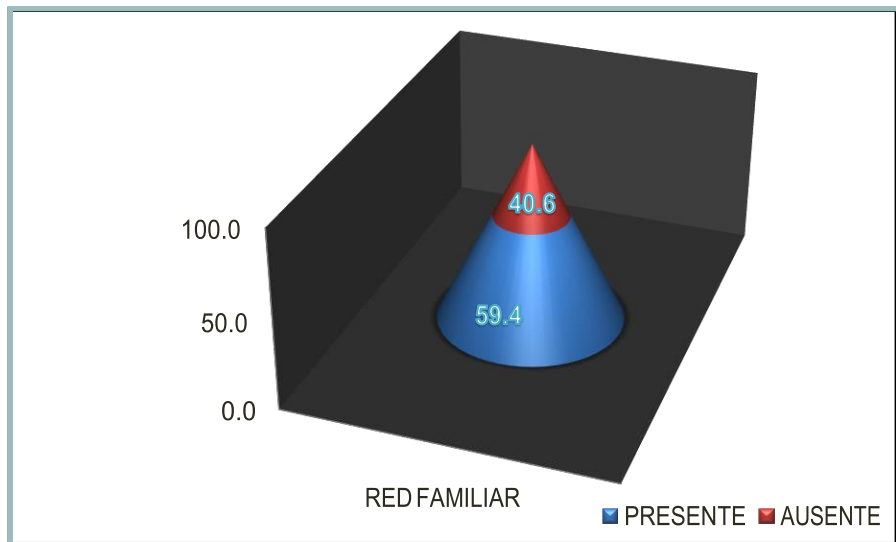
Esto quiere decir la característica legal del paciente al interior de la unidad se aprecia que hay un alto número de pacientes que cuentan con una medida de seguridad vigente. Sin embargo, aún prevalece un número no menor de pacientes que pese a tener su medida de seguridad cumplida, no cuentan con red familiar de apoyo que pueda responsabilizarse de sus cuidados.

Imagen N° 5: Situación legal del paciente al interior de la UCMS



Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015

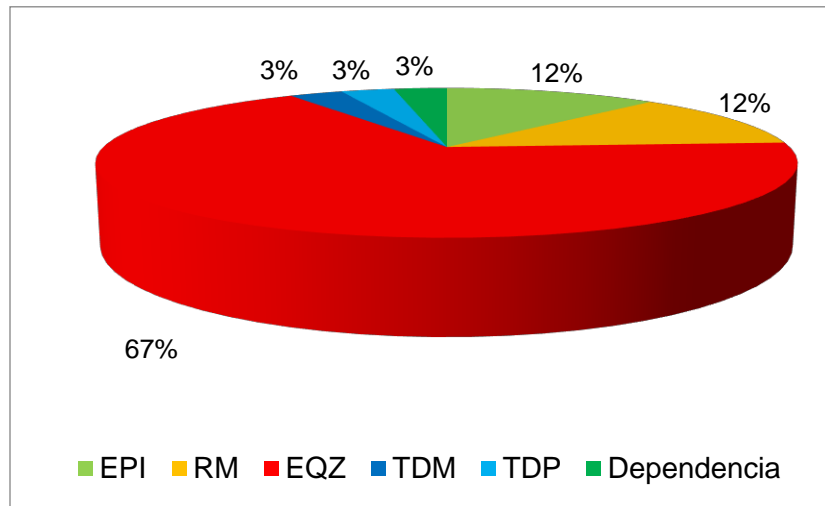
Imagen N°6: Redes Familiares de los pacientes de la UCMS



Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015

En consecuencia, se aprecia que el tiempo de permanencia oscila entre aquellos menores a 60 días y los 20 años. Los Principales diagnósticos médicos se distribuyen de la siguiente manera:

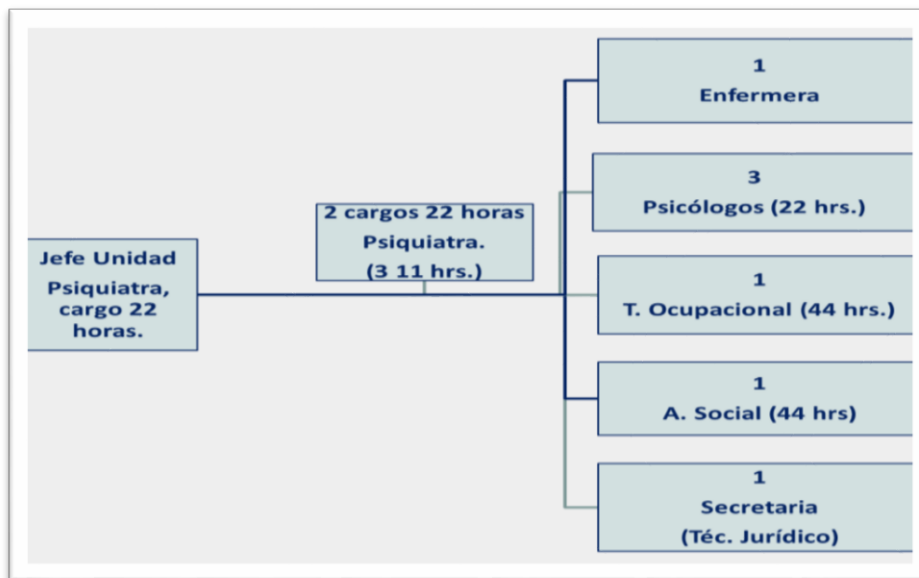
**Imagen N° 7: Diagnósticos Psiquiátricos de la UCMS**



**Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015**

Finalmente, la distribución de personal se aprecia de la siguiente manera:

**Imagen N°8: Personal Profesional de la UCMS**



**Fuente: Servicio de Psiquiatría Forense, Reunión Clínica 2015.**

## **2.4. Programas de Atención de la UCMS**

### **Hospitalizados**

Sistema de atención de referencia nacional clínico con un enfoque bio-psicosocial a pacientes derivados desde Tribunales de Garantía, de la Unidad de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI), de Poli Post-Alta y Hogares Protegidos Forenses para el cumplimiento de una Sentencia de Medida de Seguridad y/o Estabilización de su Patología de Base.

Requisitos para ingreso en Hospitalizados

- Personas mayores de 18 años
- De sexo masculino
- Sentencia de medida de seguridad, que haya sido emitida por Tribunales
- Disponibilidad de cupo

### **Dispositivos Forenses**

Se entenderá por Dispositivo Forense como una instancia residencial alternativa y transitoria, para personas con enfermedades psiquiátricas graves que han cometido delitos violentos y representan un peligro para la sociedad y para sí mismos; en cuya razón se ha aplicado la sentencia judicial de una Medida de Seguridad de Internación en un recinto hospitalario. Este dispositivo está dirigido específicamente a aquellos pacientes que cuya peligrosidad ha disminuido y conservan las habilidades psíquicas y cognitivas, que les permitiría vivir de manera independiente y que, por lo tanto, su permanencia en una unidad hospitalaria de internación estricta implicaría un mayor deterioro de sus capacidades sociales y labores. Su traslado y estadía en estos dispositivos comunitarios, significaría el inicio del proceso de reinserción familiar y/o social y/o laboral previo al término de la sentencia.

El objetivo de un dispositivo forense es fortalecer la autonomía de sus usuarios, de tal forma que, al momento de su egreso, hayan adquirido o potenciado rutinas de autocuidado y autogestión que permitan su vida en sociedad de manera independiente o parcialmente dependiente.

### **Poli Post-Alta**

Atiende pacientes en forma ambulatoria que fueron acogidos en su red familiar o social, los que han sido dados de alta del sistema de hospitalización, de Hogares Protegidos Forenses y/o aquellos que los tribunales de garantía ordenaron tratamiento en forma ambulatoria.

#### Protocolo de Ingreso

- Mayores de 18 años
- De Sexo femenino y masculino
- Solicitud de tratamiento ambulatorio desde tribunales de garantía
- Estar en condiciones clínicas que permitan su manejo en forma ambulatoria
- Pacientes derivados de los diferentes programas de la Unidad de Sobreseídos

Para términos de esta investigación, el trabajo de campo se llevó a cabo en la UCMS, concretamente en el programa de pacientes hospitalizados.

## **Presentación y Análisis de Resultados**

En el presente capítulo se darán a conocer los principales resultados de esta investigación dividido en dos apartados. Por un lado, se presentarán las categorías de análisis que se usaron, donde están las construidas a partir del investigador y por otro lado aquellas categorías emergentes desde el mismo discurso de los participantes del trabajo de campo. Esta información se entrelazará con la información obtenida a partir de la observación participante realizada en el recinto.

Es importante señalar que el trabajo de campo contó con la aprobación del comité de apoyo a la docencia del Instituto Psiquiátrico y con la aplicación de consentimiento informados de los participantes (revisar anexos).

### **1. Llegada a la Psiquiatría Forense como área de trabajo**

#### **1.1.1. La biografía y su influencia en la elección vocacional**

Uno de los primeros puntos donde se encontraron coincidencias en los entrevistados es el origen de la elección de su ejercicio laboral. A partir del análisis de la información podemos decir que las relaciones familiares, de amistades y vínculos cercanos influyen en la elección vocacional de los entrevistados. Estos vínculos van dejando huellas en la forma de comprender la realidad de la persona, por lo cual se vuelven relaciones significativas y de gran influencia.

*“Yo creo que tienen mucho que ver las influencias familiares a la hora de decidir no sé si uno está libre a la hora decidir. Me acuerdo de cuando estaba entre filosofía y psicología. Bueno, había personas muy significativas y de ambientes cercanos que eran como modelos a la hora de elegir. Me acuerdo en aquel momento una amiga de mi madre que era psicopedagoga que eran cosas muy ligadas a la psicología y bueno me gustaba mucho estar con ella. Esas cosas*

*creo que influyeron mucho a la hora de decidir, bueno trabajar con otros, ayudar a otros”  
Psicólogo. Hombre.p3*

Algunos de los entrevistados comentan que su incorporación a esta área de trabajo se debe a una “tradicción familiar” toda vez que tantos padres, hermanos, etc., se han desempeñado con anterioridad en el instituto psiquiátrico. Sus experiencias familiares y personales se han construido desde la infancia en esta institución; sus relaciones cara a cara y comprensión de la realidad han ido incorporando cada experiencia vivida en el hospital psiquiátrico. El contacto directo con la institución y la psicopatología provocan una aceptación de este tipo de vida en estos y estas trabajadores.

*“Mi papá, mi mamá, trabajaban acá, mi papá se jubiló hace más de 20 años y mi mamá poco menos, pero bueno...siempre he estado en contacto con... más que nada con psiquiatría ¿no?, ni clínica ni con otra especialidad. Solamente en psiquiatría me sentía cómodo” TENS, Mujer. p41*

Se aprecia el elemento intergeneracional de los trabajadores de estos campos de acción, se identifica que otros familiares ya se han desempeñado en este campo, instalando una puerta de entrada para otros cercanos, familiarizando el desarrollo de su ciclo vital al alero de esta institución. Y este último punto resulta interesante de poder analizar, toda vez que la mayor parte del tiempo permanece en la unidad, incluyendo festividades, feriados, etc., a causa de sus turnos. En ese periodo están monitoreando y custodiando a los pacientes. Gran parte de la historia de los trabajadores entrevistados se desarrolla al interior de la institución, instalando pautas y estructuras conductuales a su rutina cotidiana. Esta característica se aprecia fundamentalmente en los trabajadores de trato directo que corresponde a los Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (de aquí en adelante TENS) y Auxiliares de enfermería, quienes se encuentran en la mecánica de turnos rotativos.

Tanto sus círculos familiares y trabajadores de trato directo han estado en diálogo permanente con la salud mental y psiquiatría, sin que los entrevistados se percaten; se vuelven experiencias “cotidianas”. Otro grupo de los entrevistados señala que su

ingreso a la salud mental fue un encuentro azaroso, en donde primó la necesidad de encontrar un empleo por sobre desarrollar la experiencia profesional en salud mental. Llegamos al concepto de “biografía”, en donde importan los aspectos vivenciales e históricos del sujeto que contribuyen al desarrollo de su proyecto de vida. Estos aspectos van contribuyendo a construir todo lo que concibe como realidad<sup>13</sup>. Este aspecto es sustantivo, cuando se revisa la experiencia que tiene cada entrevistado al vincular su crecimiento al alero de la institución, constituyendo en algunos casos, como la alternativa más cercana y conocida de campo laboral, pues de alguna forma el hacer lo conocen y les hace sentido, por lo tanto, les proporciona seguridad.

Al poco tiempo de permanecer dentro de la Institución, los entrevistados comienzan a identificar o a reconocer la naturalización de prácticas “aletargadas” que favorece el desarrollo de prácticas que escapan a la norma. Dentro del concepto de institucionalización está la naturalización de conductas como parte de la dinámica de funcionamiento de las instituciones totales, lo que se ve traducido en las prácticas de quienes comparten ese espacio, que inclusive siendo transgresoras pueden pasar desapercibidas, pese a que pueda haber mecanismos de investigación y sanción, por lo tanto se desarrolla la naturalización de dichas práctica en este espacio laboral.

Otra parte de los entrevistados, llegan a esta institución como primer espacio de trabajo, quedándose de manera permanente en la institución. Con una trayectoria de más de 30 años construyen una identidad laboral al alero de un campo complejo como la psiquiatría forense, institucionalizando prácticas y perfiles de accionar.

*“Yo empecé con un reemplazo a distintas unidades por licencias maternales. En ese tiempo el contexto social no favorecía mucho, así que estos reemplazos eran oportunidades. Luego se dio la posibilidad acá, que lo llamaban el departamento judicial. Me entrevista el médico a cargo y quedé y de ahí no me fui más. Así que mi experiencia laboral es de larga data aquí en*

---

<sup>13</sup> No se debe olvidar que “es el ámbito en el cual el hombre participa continuamente, en formas que le son al mismo tiempo inevitables y pautadas” (Shutz & Luckmann, 2001, p. 25), es decir todos los grupos sociales y experiencias sociales de los sujetos suman a la construcción de su experiencia.

*este servicio, más de 30 años. Estoy tranquilo y en lugar donde la movilidad o cambios son lentos” Terapeuta Ocupacional. Hombre. p10*

Resulta llamativo que en un campo tan complejo se permanezca por un periodo largo de tiempo. Se aprecia que ya hay costumbres arraigadas y que trasladar o cambiar de trabajo significa salir de un área de confort.

*“Llevo tanto tiempo acá, que para cambiarse es muy difícil. Llevo una vida acá, es lo que se hacer. Trabajo tranquilo, nadie te molesta, lo que no es bueno ni malo, porque da espacio para malas prácticas. Pero estoy acostumbrado acá, afuera me tengo que reinventar y no estoy para eso. Más vale diablo conocido que por conocer” TENS. Hombre. p16.*

## **1.2. Prejuicios de los trabajadores de trato directo frente a la salud mental y psiquiatría**

Un tema de importancia es el de los prejuicios que tienen los trabajadores de trato directo previo al ingreso a la institución psiquiátrica. Sus percepciones se encuentran cruzadas con sus experiencias de vida, formación académica, sin dejar de mencionar las representaciones sociales que a lo largo de sus vidas han estado presentes. Lo común es que los conocimientos de los trabajadores de trato directo sean especializados, pero en lo que respecta a salud mental y psiquiatría, señalan que al inicio sus conocimientos son nulos. En sus respuestas hacen mención al “temor a lo desconocido” como un factor considerable y que se encuentra totalmente vinculado a la ignorancia en el tema.

Se trata de un encuentro de mundos de vida en trabajadores de trato directo que confrontan prejuicios y creencias sobre un tema que no se condice necesariamente con este espacio de realidad.

*“Sí, sí porque de... en realidad el miedo es por no conocer, es un desconocimiento, ¿y por qué?, porque a nivel social siempre hay una... un rótulo con respecto a la enfermedad mental... Y un puesto en la sociedad que es el aislado, el escondido, el, el que no hay que*

*mostrar. De hecho siempre están muy lejos en hospital, lejísimos, que no se vayan a ver”  
Asistente Social. Hombre. p41.*

Finalmente, para los trabajadores de trato directo quien ingresa a esta área debe tener en cuenta que se trata de un lugar complejo, donde va a confrontar su historia y construcciones sociales con el espacio en que va a trabajar.

En síntesis, podemos hacer alusión a que se replica el hecho de que esta institución produce temor y rechazo más por su representación simbólica que por ser efectivamente un lugar de riesgo. Se hace cargo de un tema sensible y de sujetos que escapan a los estándares de normalidad instalados por la cultura. Podemos decir que se replica el comportamiento de rechazar lo desconocido y constituirlo como otro peligroso. Alberga pacientes de patologías graves además de la connotación judicial, lo que equivale a un doble estigma, que como se aprecia en el discurso de los entrevistados, no es exclusivo de los pacientes, sino que también repercute en la formación de identidad de estos trabajadores del área de la psiquiatría forense.

### **1.3. Definición del campo de la Psiquiatría Forense.**

Este punto es relevante para poder apreciar como la línea temática de la psiquiatría forense, distintiva dentro del campo de la psiquiatría, se instala a la hora de identificar la materia objeto de trabajo por parte de los entrevistados. En el discurso se aprecian dos líneas argumentales que dan cuenta de la Psiquiatría Forense desde la mirada conceptual y otra desde la sistematización de la práctica. Esto también habla de cuáles son los elementos que logran identificar que son propios de la psiquiatría forense en el lenguaje y la conformación de subjetividad en el que hacer de los trabajadores de trato directo de la UCMS.

#### **1.3.1. Definición desde la experiencia práctica.**

En primer lugar, están quienes no logran elaborar una respuesta conceptual, ciñendo hacia una perspectiva evaluativa respecto de su experiencia de trabajar en esta área,

lo que permite poder obtener lo que representa este campo disciplinar para los sujetos. Visto de esa forma, singularizan la psiquiatría forense desde su experiencia práctica viéndola como una constante tensión. Señalan que este campo implica trabajar con pacientes que han cometido delito. Esto trae consigo repercusiones como conductas carcelarias por parte de pacientes y familiares de estos, las que se manifiestan en el contexto hospitalario.

*“mmm la psiquiatría forense, como decirlo, no sé lo que dice un libro, pero sí que son pacientes que han hecho algún un delito y que tienen que pagar su deuda con la sociedad y que a nosotros nos toca cuidarlos, porque son pacientes, no delincuentes, y ahí igual se les sale cosas caneras pero es parte de esta institución” TENS Hombre, e3p18*

Se aprecia en el relato que, dentro de las conductas carcelarias, han vivido la experiencia de agresiones a funcionarios e incluso entre pacientes. Este elemento es transversal a todo trabajador y se traduce en sensación de inseguridad sobre todo en la zona de clínica, que es la que se encuentra mayoritariamente expuesta en tanto trato directo a pacientes se refiere.

*“pensar que los pacientes forenses no saben lo que le está ocurriendo es un error, son capaces de identificar dinámicas. Debemos considerar que varios de ellos vienen de una vida difícil donde han debido sobrevivir a la adversidad, por lo tanto, pese a que su nivel de instrucción es limitado, saben leer códigos en donde acomodan su conducta. Con los profesionales son respetuosos, pero con el personal de clínica existe mayor horizontalidad e inclusive mayor agresividad” Psiquiatra. Mujer.p7.*

Sin embargo, recalcan que no se trata de que la peligrosidad y violencia sea un a priori en estos pacientes, si no que deja en evidencia el fracaso de un modelo en el área de Salud mental, toda vez que no se desarrolló estrategias de prevención que apuntarán a psico-educar para que justamente no se llegue a un diagnóstico tardío y a la comisión de un delito. Atribuyen entonces que la psiquiatría forense es un tema complejo que la vocación de servicio público es razón suficiente para permanecer en la institución, pese a sus carencias. Se hace hincapié en que un aspecto positivo y característico del área forense es la escasa rotación tanto en ingresos y egresos de los pacientes, toda vez que su tiempo está determinado por una medida de seguridad determinada por un

tribunal de garantía. Es positivo porque permite conocer a los pacientes. Sus conductas se hacen cada vez más predecible (esto está mediado por el tipo de diagnóstico con el que cuente el paciente), la rutina y pautas conductuales están tan estructuradas que permite conocer al sujeto por sobre el diagnóstico. Esta condición está cimentada en la posibilidad que proporciona el tiempo de estadía. Sin embargo, se señala que esta misma característica tiene un componente negativo, puesto que no es tan solo al paciente que se le reconoce como sujeto en su cotidianidad, sino que también a quien trabaja en la unidad. Los pacientes forenses logran reconocer a quienes trabajan en el lugar, sus características y dinámicas. Por otro lado, se señala que incluso la conducta de los pacientes cambia según quienes estén en la unidad, desarrollando ajustes y negociaciones.

*“Es bueno y es malo, bueno porque conocemos a los pacientes. Van rotando súper poco, o sea están harto tiempo dependiendo el delito, por lo mismo los conocemos, sabemos cómo son y nos permite anticipar en caso de...pero por otro lado ellos también nos conocen, saben de la rutina de nosotros y la saben hacer” TENS, hombre.p3.*

Y en este punto se comienzan a evidenciar las particularidades de la institución, sobre todo en los juegos de roles. Cuando se indica que los pacientes van reconociendo a los integrantes del equipo, refiere a que también saben con qué miembro del equipo pueden obtener beneficios. Su conducta es distinta con la parte del equipo profesional, quienes son los que se contactan directamente con los tribunales de garantía, se evidencia mayor amabilidad y uso del lenguaje adecuado al contexto de entrevista. En cambio, con los TENS y auxiliares, aparecen los elementos de la jerga delictual (coa) además de conductas que transgreden la norma de comportamiento llegando al insulto. Estas conductas son las que aluden los TENS como complejas de manejar y que tensionan su quehacer.

La permanencia de los pacientes así como la de los miembros del equipo cooperan con la rígida y jerárquica organización institucional para la generación de un sistema y una dinámica social que se expresa en las diferencias expresivas que hemos indicado: la presencia/ausencia de un representante de cierta categoría (profesional) redefine la situación e impone un modo de relación (lenguaje formal/coa), lo cual indica desde un

inicio, que el dispositivo técnico tanto terapéutico como legal se desenvuelve en un marco social que excede las definiciones explícitas y consientes del Hospital y del equipo, más allá de la misión institucional, las metas del servicio, las definiciones disciplinares o los saberes técnicos involucrados, los cuales sin embargo forman parte de este sistema jerárquico de Distinciones. Como hemos dicho, hay entrevistados que logran elaborar una definición conceptual de la psiquiatría forense, entendida como la unión de dos disciplinas: el campo legal y la psiquiatría

*“es la mezcla de la ciencia médica, desde la psiquiatría y la ciencia jurídica, entonces la conjunción de los aspectos legales y los elementos técnicos, para mi configuran la psiquiatría forense” Psicólogo, Hombre.p1*

Esta unión disciplinar se emplazaría en aspectos evaluativos y a su vez de intervención posterior al proceso de aplicación de la medida de seguridad.

*“dentro de lo que implica la psiquiatría forense, también se debe considerar el aspecto pericial, de las investigaciones que se realizan y lo que conlleva la intervención y cuidados de nuestros pacientes una vez que la ley determina su sentencia, en este caso su medida de seguridad” Psiquiatra, Hombre.p2*

Mayoritariamente la elaboración de estas definiciones es llevada a cabo por la parte del equipo profesional, donde se evidencia mayor posibilidad y orientación hacia la reflexión por la formación académica en el área, pues sus cargos incorporan este elemento como vital para comprender la cotidianidad de lo forense. Este punto genera ruido en la otra parte del equipo, los TENS, toda vez que señalan que la formación en el área forense para ellos también es de vital importancia, pero que sin embargo no se les ha proporcionado. Esta falta de formación puede ser abordada desde un punto de vista técnico, como una falencia o una debilidad de la institución, pero también puede ser considerada desde un punto de vista etnográfico, como proponemos aquí, puesto que, en este contexto, es la prerrogativa respecto de este saber el que refuerza la distinción jerárquica entre el equipo profesional y el resto del equipo.

## **2. Rutina y cotidianidad en la UCMS.**

Siendo una institución hospitalaria y una unidad legal, su carácter total se expresa en la organización y reglamentación absoluta de los tiempos, los espacios, las actividades y las categorías de personas involucradas. La repetición de las actividades se despliega en dos escalas: el día y la semana, no existiendo mayores variaciones durante el año. Estas están definidas por disposiciones reglamentarias y arquitectónicas ya indicadas.

La semana está marcada por aquellos días en que hay visitas, Los lunes y jueves son las visitas de familiares de 14.00 a 16.00.- el horario y días se encuentra hace poco tiempo instalado y responde a medidas tomadas cuando se infringieron normas por parte de familiares y pacientes (ingreso de drogas) lo que llevó al equipo a limitar los lugares y tiempos de visita permitiendo una mejor supervisión puesto que estas no que se distribuyen por todo el recinto. El elemento a considerar es la vigilancia conductual.

La rutina diaria inicia a las 6.00 de la mañana con lo que referente al aseo y confort de los pacientes. A las 7.00 se entrega la primera ronda de medicación. A las 8.00 se realiza la entrega de turno. A las 8.30 es la entrega de desayuno. A las 9.00 se entregan los cigarros. De allí en adelante puede haber salidas programadas con pacientes a la red de salud del área norte, participación en talleres. A las 12.00 se entrega el almuerzo y medicación para pacientes que tengan fármacos cada 6 horas. A las 14.00 se entregan cigarros y medicación a quien corresponda. A la misma hora los lunes y jueves hay visitas de familiares, las que se desarrollan en el comedor de la UCMS supervisada por un TENS.

A las 16.00 se entrega la once. A las 18.00 se realiza la cena. A las 20.00 hay medicación y entrega de cigarros, sumado al cambio de turno. La hora de dormir de los pacientes es relativo al turno, pero no sobrepasa las 10.30. Los funcionarios permanecen en clínica hasta las 12.00 am. Posterior a eso queda un funcionario en

clínica y se realizan rondas de vigilia cada una hora, hasta el nuevo día. Todos estos antecedentes fueron captados mediante observación.

*“Un día común, las rutinas son siempre las mismas, recibir turno revisar las novedades, que eso depende del paciente, por ejemplo R.M. y sus problemas respiratorios, que no dejan dormir a los demás y lo amenazan. Agresiones si es que las hay, alguna caída. Se dan medicamentos, el desayuno, se toman exámenes, se les baña, se hacen las salidas, luego el almuerzo y ahí algunos tienen actividades. Los evalúan a veces los profesionales” TENS, mujer. p13.*

Como se hacía referencia anteriormente, en la tarde las rutinas están marcadas por la llegada de la cena y las labores clínicas bajan. En periodos más fríos los pacientes permanecen en sus dormitorios, en cama, o bien dando vuelta por el recinto. Pocos ven televisión en el comedor para luego tomar sus medicamentos y posteriormente se acuestan a dormir. El cambio de turno se realiza a las 20.00, donde nuevamente se intercambian las novedades. Algunos pacientes permanecen viendo televisión, las noticias hasta las 22.00 hrs. aproximadamente. Durante la noche, se realizan rondas cada una hora, se ve si los pacientes se encuentran durmiendo. Son muy pocos los que se levantan al baño o bien presentan dificultades para dormir. Así hasta el nuevo día.

Otra rutina que organiza la cotidianidad de los pacientes es la entrega de los cigarros, que ha sido estructurado en cuatro momentos: 8:00 hrs., 14:00 hrs., 17:00 hrs. y 20:00 hrs. En cada momento se le proporcionan dos cigarros, salvo al almuerzo que son 3. Destaca este momento pues es de alta demanda para los pacientes, llegando incluso algunos pacientes a desajustarse cuando no tienen cigarros, ya sea por falta de dinero o porque no han recibido visitas de sus familiares, razón suficiente para que surja el mercado negro de venta de cigarros a un precio que duplica o triplica el valor de un cigarrillo en relación con el de una cajetilla convencional. Como veremos más adelante, esta rutina es particularmente interesante a nuestro fin dado que la entrega de cigarrillos no sólo responde a una necesidad psicosomática (ansiedad) puesto que estos operan como vector de sociabilidad ya sea para compartir (fumando), ya sea para intercambiar o tranzar, dinamizando una sociabilidad que no necesariamente se contempla y se organiza bajo parámetros terapéuticos de la institución total.

En lo que respecta a la rutina diaria, los entrevistados hacen una fuerte distinción entre dos tiempos marcados por los actores que concurren a la UCMS. En primer lugar, distinguen las diferentes actividades que se realizan en la mañana y la manera en que el contexto y las relaciones cambian después de las 17.30, horario en que la parte profesional (médico y no médico) del equipo ya se ha retirado. El tiempo más fuerte y del que más se obtiene información a través de las entrevistas y de la observación, es después de las 18.p.m, una vez que la parte del equipo compuesta por profesionales se retira de la unidad. El hecho de que bajen las actividades no quiere decir bajo ningún sentido que se reduzca la dificultad en el manejo desde la clínica, puesto que no baja el ritmo de las dinámicas de los pacientes y trabajadores. Lo que ocurre es que sube la demanda por parte de los pacientes que ya no se ven focalizadas en el equipo profesional, si no que más bien en los funcionarios de clínica.

*“Si... En la tarde es distinto, se van los profesionales, la cosa se relaja. Eso sí, los pacientes nos hinchán más a nosotros. Como los de arriba no están, ya no tenemos ese apoyo. Al R.M le dan todos los achaques, hay que hacer trabajo terapéutico, psicológico, todo” TENS, Hombre.p12”*

Queda de manifiesto, que el personal de clínica desarrolla estrategias basadas en la horizontalidad para trabajar con los pacientes, estableciendo un grado de protección que facilite el manejo de perfiles complejos. Se debe considerar que dentro del aparataje de funcionamiento existen claras diferencias en la distribución de poder y en la toma de decisiones. Por lo tanto, en su labor están más expuestos, por lo que deben desarrollar estrategias que le permitan poder controlar situaciones complejas.

*“Los técnicos tienen un manejo distinto al nuestro (profesionales) porque tienen que ser más cercanos para poder manejarlos mejor (a los pacientes) con nosotros no demuestran cosas porque no quieren perder la opción de optar algún beneficio, por lo tanto, es bueno poder integrarlos más o comunicarnos más, ellos conocen en lo cotidiano al paciente” Psicólogo.p46*

Este espacio se transforma para algunos entrevistados también en una oportunidad para acercarse a los pacientes. Relatan de hecho que establecen conversaciones para conocerlos y a su vez para poder contener cualquier tipo de demanda que pueda

significar un riesgo de desajuste. Como se ha mencionado anteriormente, por momentos la relación se vuelve horizontal.

*“Es un espacio que yo aprovecho para acompañar a los chiquillos y para conocerlos, lo que sí, jamás les pregunto por el delito, creo que es hacerlos revivir algo que ya es doloroso nuevamente y no hay necesidad. También me sirve para poder contener angustias de estos cabros y me ha servido” TENS, Mujer.p43*

También es importante mencionar que este aspecto se ve cruzado por quienes estén a la cabeza de la “clínica”, toda vez que los pacientes responden a la dinámica según “el turno” que esté presente ese día.

*“Yo soy más relajao cachay, porque los chiquillos a veces piden permiso para ver tele más tarde una hora prudente, para ver las noticias, si en la tarde a veces no hacen nada, hay algún taller, pero el terapeuta está solo. No da abasto. Pero depende el turno y estos la saben hacer. Hay otro turno que ni se acercan porque saben la respuesta. Es así, cada uno maneja su turno como puede” TENS, Jefe de Clínica.p15.*

Frente al punto del manejo de los turnos y la respuesta de los pacientes, los entrevistados dan cuenta de que la flexibilidad y la negociación es una forma efectiva de manejo con este tipo de paciente y que es posible establecer puntos de acuerdos.

*“Hay pacientes que responden, hay algunos que apoyan a las rutinas. Yo les digo ya chiquillos ven tele hasta tarde pero mañana los quiero levantados temprano sin problemas, pero es una cosa por otra. Eso ayuda, porque nosotros entregamos, por ejemplo, a todos los pacientes bañados al otro turno” TENS. Mujer p16.*

La tarde en la UCMS, respecto de su rutina llama profundamente la atención. En el trabajo de campo se pudo observar que aparecen los subgrupos de pacientes que son liderados por otros pacientes que se encuentran en mejor condición psicopatológica. Es el espacio en que comparten en círculos cerrados “las compras” hechas con el Terapeuta Ocupacional o bien las cosas que traen los familiares en las visitas. El orden de quien reparte y las cantidades está dado en quien lidera el grupo, le sigue quien es el propietario de lo que se está repartiendo.

De este modo, la salida del equipo profesional, marcando un trato horizontal entre el equipo técnico y los pacientes, da lugar al surgimiento de otra topología social en la cual las diferencias y jerarquías entre pacientes son las relevantes. Ya no son las actividades programadas por la institución las que definen la posición social de los pacientes (para la cual son todos más o menos iguales respecto de los cuerdos, los libres, los inocentes, los profesionales de la salud) sino las desiguales diferencias entre estos las que dibujan su propio contexto. En esta dinámica, ajena al orden total que la institución busca generar, hay espacio para la estrategia, la invención y para lo ilícito.

Esto, que se hace posible por los tiempos de ausencia/presencia del equipo profesional se refuerza por las características del espacio físico, en concreto del uso que se hace por parte de los pacientes de los puntos ciegos. Esto hace referencia a los espacios donde la supervisión clínica pierde presencia. En dichos espacios se fuma (está prohibido en espacios cerrados) y se habla de las experiencias previas a la internación. Según relatan los entrevistados, es en estos lugares donde se han llevado a cabo consumo de droga las fugas, etc. Estos lugares son pasillos, patios y rincones que no son visibles desde un área central. Como se aprecia en las imágenes que se presentan a continuación, son lugares de difícil supervisión, considerando en primer lugar que el personal no da abasto para observar a 40 pacientes en un espacio que en nada se parece al panóptico de Bentham tan brillantemente analizado por Foucault (1975). Estos puntos ciegos se hacen aún más complejo cuando cae la noche y en plena oscuridad hay pacientes que hacen uso de ellos como espacios de libertad donde es posible resistir a la institucionalización.

**Imagen N°9: Puntos ciegos de la UCMS.**



**Fuente: foto tomada durante trabajo de campo de esta investigación, 2018.**

En estos espacios se desarrolla el “mercado negro”, donde un cigarrillo alcanza el valor de \$2.000.- o bien una prenda de ropa o un favor sexual como moneda de cambio.

Un tema recurrente en las entrevistas es la cotidiana necesidad de estar alerta. Un día normal debe tener la consideración de que se trata de una institución psiquiátrica donde se trabaja con aspectos imprevistos, que escapa del *estatus quo*. Sin bien para los entrevistados esto no es exclusivo del área forense, indican que ese detalle no se puede pasar por alto

*“en un hospital psiquiátrico hay que estar alerta, la tranquilidad también es indicador de que algo pasa. No podemos olvidar de que hay pacientes que deliran, que tienen alucinaciones y que claramente nos pueden sorprender, como todo. Esto no es solo en lo forense. En los sectores también pasa, pero nuestros chiquillos no hay que perderle pista”* Terapeuta Ocupacional. Hombre.p17.

Se evidencia la falta de personal para poder dar respuesta a las necesidades de intervención de los pacientes. La oferta programática es limitada debido a que hay un solo terapeuta ocupacional para 40 pacientes. La oferta de talleres también baja el fin de semana, donde las actividades son mínimas. Desde los entrevistados esto afecta a las rutinas y a la utilización del tiempo de ocio de los internos, toda vez que ellos mismos han manifestado sentir esta necesidad de ocupar su tiempo.

*“acá hace falta más horas. Hay que considerar que los pacientes elaboran sus rutinas en base a lo que nosotros le vamos entregando a ellos también, es decir, depende de lo que les ofrezcamos y claramente la falta de personal y horas para eso afecta en su conducta, en su estabilidad. Se van agobiando y demandan. Esos tiempos de ocio son los de cuidado”* Asistente Social. Hombre. p23

Dentro de la diferenciación que realizan los entrevistados acerca de la conducta de los pacientes, destaca que los pacientes durante el mismo horario que están los profesionales se comportan de manera más adecuada o apegada a la norma. Se aprecia el análisis jerárquico que realizan los pacientes en su estadía en el lugar, identificando quienes poseen dentro de sus roles, mayor cuota de poder y ciertamente con quienes pueden o no obtener cosas. Nuevamente aparecen elementos propios del ambiente carcelario, como lo es el “hacer conducta”, de manera de poder conseguir cosas o beneficios.

*“un elemento importante es que nosotros los profesionales le servimos a los pacientes, le somos funcionales. Piensa con nosotros obtienen los beneficios. No así con los funcionarios, que nos reportan sus conductas, pero finalmente con ellos se muestran tal y como son”*  
*Psicóloga. p18*

Estos aspectos se pudieron apreciar durante el trabajo de campo mediante observación. Este hacer conducta implica acatar las normas y cooperar en diversas actividades dentro del recinto, tales como ayudar a acarrear ropa sucia para llevar a lavandería, barrer, ayudar a asistir pacientes dependientes. Se aprecia el caso de A. quien asiste a otro paciente que sufrió un accidente cerebro vascular, ayudándolo con la vestimenta y la alimentación, señalándoles a los funcionarios que está “haciendo conducta cuidando al tatita”.

### **2.1.1. Rutinas del equipo de trato directo de la UCMS. Dinámicas relacionales y/o laborales entre los miembros que componen el equipo de trato directo de la UCMS**

Desde la percepción de los entrevistados, un día común en la UCMS es extraño. Cada profesional trabaja en sus propias áreas con coordinaciones mínimas que permitan un trabajo medianamente organizado. Se desarrollan reuniones los días lunes, pero donde participan los profesionales y se invita a un funcionario clínico para que esté presente. Por un lado, se produce una fragmentación en el discurso. Para los profesionales el hecho de tener una reunión y que lo demás sea espacios de coordinación es valorado en el sentido de poder trabajar “tranquilos” y en directa relación con los pacientes. Para los funcionarios de clínica, ese es un espacio que es privilegiado, donde algunos asisten y otros desisten. Su argumento radica en que los encuentros debieran contar con todos, pues todos forman parte de la misma unidad y en el caso de ellos tienen elementos que aportar en la toma de decisiones.

*“la reunión que tienen los lunes son como bien exclusivas, porque nosotros solo subimos a opinar. Es cierto que el que va a representar puede hablar, pero sería bueno y por respeto a todos, que estuviéramos en lugar compartiendo todos, ¿somos equipo o no?”* TENS, Mujer.p29

De igual forma se valora el trabajo que se desarrolla en este espacio para coordinar criterios, por parte de los profesionales para poder mirar un caso con amplitud de perspectivas, pero aun así está incompleto el equipo.

Los entrevistados destacan que al interior del equipo si se dan algunas diferencias que están relacionada con las diferencias disciplinares. La tensión aparece en el contexto de lo transdisciplinar donde los roles y límites son difusos y por momentos aparece la necesidad de proteger el “nicho de trabajo”. A su vez se aprecia que prevalecen discursos validados que está por sobre otros.

*“acá hay marcadas diferencias de poder. También está relacionado con lo sensible que son los límites laborales, es decir a veces es difícil no estar haciendo cosas que no compete a la disciplina, pero es por la necesidad de la intervención y a veces hay roces. O por ejemplo al decidir sobre un caso, igual hay un discurso que prevalece y es el médico”. Psicóloga .p7*

Si bien se aprecia que existe una clara jerarquía delimitada basada en la formación y los conocimientos disciplinarios, las diferencias no se producen por la estructura organizacional, si no que más bien, como hemos insinuado ya, por las relaciones sociales que allí se establecen. La estructura de las relaciones se funda en una lógica binaria, donde se encuentran los profesionales y los funcionarios de clínica, por tanto, se construye un espacio de relaciones cara a cara que marca posiciones, inclusive en la distribución del poder. Se aprecia la construcción de un otro distinto que permite poder diferenciar roles y posición dentro del equipo de la UCMS, que al cabo del tiempo va naturalizando relaciones y generando desesperanza en la posibilidad de establecer un vínculo fortalecido y no fragmentado por roles ni estatus. Es así como los entrevistados reconocen que existen diferencias en la forma del trato y que además hay una posición distinta desde los profesionales, de mayor poder y toma de decisiones a diferencia del personal clínico que realiza labores de cuidado y ejecución de indicaciones, pese a que, su punto de vista es un aporte tremendo desde la construcción de conocimiento más noble, la cotidianidad y su cercanía con el paciente.

En la UCMS el ejercicio laboral se construye en la relación “cara a cara”, en el encuentro con otros. Allí es donde las experiencias de trabajo van construyendo sentidos y significados colectivos. El ingreso a esta institución es más complejo cuando hay choques con otros trabajadores de trato directo. Ya que implica formaciones personales (principios, valores) y disciplinarias distintas (formas de intervención).

*“Mmm. Es difícil, cierto. Pero cuando entramos tenemos que necesariamente chocar con otros puntos de vista para poder construir algo. Si en psiquiatría hay tanto trabajo, es un poco iluso ponerse en el lugar de no querer ayudar, claramente tenemos que saber que tenemos un equipo de trabajo con quien moverse, así podemos reinventarnos también” Psiquiatra, Hombre. p41.*

Los trabajadores de trato directo se encuentran en un mundo que deben compartir y por lo tanto van generando nuevas lecturas de realidad para llegar a la toma de acuerdos, es un compartir un espacio de trabajo a diario con todo lo que la persona trae consigo. La incorporación a este espacio laboral implica un choque cultural y de visiones, el que paso a paso se debe ir descubriendo, para finalmente adaptarse.

Los entrevistados refieren que si hay diferencias en las relaciones que se establecen y que en primer lugar están marcadas por relaciones de afinidad, pero que también hay relaciones que están diferenciadas por el rol que desempeña el trabajador al interior de la institución, la dimensión del poder aparece en este apartado.

*“las relaciones acá si están marcadas por el poder, claramente no son todas las personas, pero si algunos ponen el límite, como si me dieran la mano con el título, si es que me la dan. Hay profesionales que ni saludan, que ni siquiera bajan a dar los buenos días a los que estamos en turno. Igual sería un buen ejercicio para afianzar confianza, eso cansa, aburre nos sentimos el pelo de la cola” TENS, Mujer.p53”*

### **2.1.2. Elementos distintivos del quehacer de los trabajadores de trato directo de UCMS**

Las instituciones totales cuentan con elementos que son distintivos en cuanto simbolismo, lenguaje, entre otros. Una manera en la que se pueden ver claramente como rigen los códigos al interior de la institución, es prestando atención a la forma en que se desarrollan las reuniones de equipo. Esto se sustenta según las entrevistas y la observación realizada. A la cabeza se sienta la jefatura, que por lo general responde a la figura del médico. A los costados las profesiones que se van asemejando a lo clínico, como lo son psicólogos, les siguen enfermería, terapia ocupacional, luego trabajo social y un espacio disponible para un TENS que va en representación de los funcionarios de clínica. Esta conducta es reiterada y es reafirmada por los entrevistados. Claramente se puede apreciar el peso de la jerarquía profesional y cultural que se adquiere en forma inherente en la institución.

*“Las reuniones de trabajo son un caso. Todos no sentamos rodeando a la jefatura, quien esté ahí. Aunque a veces pregunta, la decisión la toma él o ella con las sugerencias nuestras, somos como el arroz graneado” TENS, Mujer.p42*

Otro aspecto característico es la forma del lenguaje al interior de la institución, puesto que existen códigos que le son propios y que son parte del cotidiano. Es la forma fehaciente de objetivar lo que ocurre en el cotidiano de la UCMS; se manifiesta a través de expresiones que son producto del mundo común, es la manera en que se conceptualiza y se comprende la realidad.

En las entrevistas se hace referencia al lenguaje como herramienta de poder, siendo los códigos vinculados a la medicina aquellos que tienen mayor fuerza. De esta forma se promueve el monopolio del conocimiento, pues solo algunos conocen este lenguaje y lo usan adecuadamente. Si bien se debe tener en consideración que se trata de una institución de salud y que este lenguaje deriva de la necesidad técnica, también es cierto que el uso ritual como forma de desplegar la posición privilegiada se traduce en

ocasiones en una forma de anular un saber con otro que culturalmente posee más poder, transformándose en una práctica habitual en la institución. Por otro lado, el lenguaje genera directrices técnicas que pueden nublar otras dimensiones importantes a la hora de intervenir. Desde este punto de vista, el comprender el lenguaje es vital para poder situarse en la institución psiquiátrica y a su vez mantenerse vigente en ella.

*“Pucha como buen hospital, el primer lenguaje que uno debe aprender es el del médico, lleno de terminologías que de alguna manera le hace ver como una persona que posee conocimientos. Pero si uno no los aprende, está fregao” Psicóloga. p41.*

Un código característico es el elemento de la jerarquía y del poder, que forma parte del cotidiano que los trabajadores de trato directo deben afrontar. Es una característica que tiene una larga data, en donde el poder lo ostenta frecuentemente la medicina. De esta manera, el lenguaje se encuentra tecnificado, por lo tanto, se transforma en vehículo de comprensión y de poder. Esto quiere decir que las objetivaciones están sustentadas en el lenguaje médico-empirista, en donde enfoques comprensivos son cuestionados o dejados en segundo plano. Por ejemplo, en las decisiones sobre un paciente, el criterio psiquiátrico se impone por sobre otros criterios, limitando las formas de acción, pues para poder realizar algún movimiento debe ser consultado al médico tratante. Se generan códigos propios, que no siempre son los que realmente favorecen al equipo de trabajo. Por lo general prima el mantenimiento y cuidado del poder.

*“Claro... mmm, no, no, no, no sé si hay algo así muy onda código entre el equipo. No sabría decirte eso, no... (Risas) la verdad es que sí, por ejemplo, cuando viene el jefe o el médico, naturalmente se cambia la conversación o la actitud” Psiquiatra, Mujer. p40.*

Por otro lado, se indica por parte de los entrevistados la necesidad de ser escuchados desde su espacio de cotidianidad, que por lo demás es privilegiado, pues están en el día a día del paciente, pero que sin embargo piensan que no se les considera por no ser la suya una mirada técnico-científica. Se aprecia que hay conformismo con este

hecho, pues se naturaliza como parte de la institución y como una especie de barrera compleja de modificar, como una pauta tácita de la cultura institucional.

*“mire, nosotros no tenemos tanta formación en medicina, pero tenemos la experiencia de ver a los pacientes todos los días, así que podemos aportar harto, pero no se considera lo que dice el funcionario. Es así, así funciona, no sé si cambie” TENS Jefe de Clínica, Hombre, e3 p44.*

Cuando se aplica la frase que el lenguaje construye representaciones simbólicas y que genera realidad no es alejado según muestran las entrevistas, verdaderamente marcan tendencias, desde el funcionamiento de una institución, la pauta de comportamiento y ejercicio del poder.

Un ejemplo de ello es la tendencia de ver todo tipo de conducta como un síntoma psiquiátrico que en otros contextos resulta casi incomprensible, pero que dentro de la cultura psiquiátrica es cotidiano.

*“Mira, acá estamos todos locos. El que trabaja mucho es obsesivo, el que anda con muchas preocupaciones es paranoide...en fin es una forma que caracteriza este lugar ¿ves?, otros mundos de vida no tienen dentro de sus códigos tratar todo como una patología” Psiquiatra, Mujer.p78.*

En consecuencia, tenemos las tipificaciones, acciones que se repiten y que tienden a habituarse, toda vez que posee un enorme peso cultural que se encuentra implícito en sus estructuras. Históricamente las instituciones de salud mental y psiquiatría están diseñadas para controlar el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano, que de todas formas ve efectos en las personas que trabajan en ellas. El hecho de poseer la particularidad del lenguaje técnico permite tipificar no solo la conducta de quien es intervenido, sino que también de quien trabaja en el lugar, como señala Foucault en su texto Vigilar y Castigar, los equipos poseen a través del examen la posibilidad de categorizar la conducta anormal, lo que constituye un poder para

moldear la conducta dentro de la institucionalidad, repercutiendo en la conducta de los trabajadores. En ese contexto institucional son los psiquiatras, como representantes del poder médico, quienes se llevan el peso y el privilegio.

### **2.1.3. Particularidad de la Unidad.**

Pero la UCMS no se define únicamente por sus dinámicas internas. Lo que ocurre en ella está traspasado por su relación con otras unidades del Servicio. En cuanto a los elementos distintivos de esta unidad en relación a otras unidades, se hace referencia a que el funcionamiento de ésta es opuesto a las unidades no forenses. Los entrevistados plantean que en los sectores no forenses existe mayor estructura en cuanto a la atención y cuidado de los pacientes. Esto hace alusión a que el paciente agudo requiere mayor supervisión, además del tiempo de estadía que son de breve a mediana estadía. Por su parte el paciente forense, a juicio de los entrevistados es complejo en lo conductual y su manejo. Los trabajadores de trato directo deben generar estrategias centradas en la vinculación cara a cara con el paciente.

*“en los sectores hay más trabajo de clínica o procedimientos propios de un hospital. Hay que estar encima de los pacientes, se está entregando medicamento por primera vez hay alguno que están por primer brote y hay que estar encima. Pacientes D.M. por ejemplo era de armas tomar, hacia cosas sin avisar y quedaba la tendalá. Acá (UCMS) es más conductual, entrar en confianza con los pacientes. Los tratamientos hay mucho que ya han probado de todo, son más graves. La pega ahí está en el día a día” TENS Jefe de Clínica.p8.*

Este es un elemento distintivo que se reconoce como propio de la psiquiatría forense y tiene que ver con los ajustes conductuales que realizan los pacientes para la obtención de cosas y como en esa dinámica ocurren espacios de negociación entre trabajadores y pacientes. Estos ajustes podemos relacionar en el cómo se van instalando pautas conductuales propias de los espacios carcelarios en el campo de la salud. Y es que la mezcla de estos dos ámbitos entrega una particularidad interesante.

*“han ocurrido ocasiones en que hemos visto a veces compañeros conversando con los pacientes, poniéndose de acuerdo, por ejemplo, para comprar, es decir que los compañeros*

*salgan a comprarles cosas a los pacientes, ellos no pueden salir. Antes había uno que le cobraba por usar el celular o incluso uno al que le pagaron para que lo dejara fugarse” TENS, Hombre.p5.*

Estos ajustes secundarios buscan burlar la normativa y se instalan como patrón conductual en pacientes e inclusive trabajadores de trato directo. Si bien no constituye una conducta general, llama la atención que los entrevistados refieren que esto puede ocurrir para no alterar la tranquilidad y para no enfrascarse en una disputa con pacientes, que, a juicio de ellos, constituyen un perfil peligroso y a veces impredecible.

Siguiendo con lo antes mencionado, también es indicado por los entrevistados las relaciones que se establecen con los pacientes y en donde la función del trabajador de trato directo se ve desafiada a diario. Quien se desempeña en esta unidad coincide que se trata de un lugar donde la premisa “todos debemos aprender de todos” es necesaria, por eso que cuando ocurre un desajuste conductual la gran mayoría acude a apoyar en lo que a contención verbal se refiere. Y se logra apreciar el grado de aprecio que algunos pacientes tienen con los entrevistados. De alguna manera el trabajador de trato directo representa una figura de poder, que se intensifica según el rol que se juegue en el recinto.

*“una vez teníamos acá un joven que no era de los trigos muy limpios. Un día como las 12 am me dice: tío yo hoy me voy a fugar le digo a usted porque le tengo cariño y no quiero que lo reten, diga que lo amenace, pero no aguanto más acá. Aunque quise convencerlo, de una forma muy rara me dijo que me apreciaba, pero lo sentí como amenaza” TENS, Hombrep28*

Queda de manifiesto desde otros entrevistados que trabajan en esta área no es distinto en términos de la acción clínica, sin embargo, la diferencia se encuentra radicada en que los perfiles de los pacientes son de patologías graves, con una gran variedad de perfiles e historias. Esta característica se expresa en que quienes trabajan en esta unidad deben poseer una alta tolerancia a la frustración y que esta área pese a su complejidad entregue algo que gratifique.

Otro elemento distintivo de esta unidad está vinculado con lo jurídico y el desconocimiento que lleva a errores que repercuten en la institucionalidad como por

ejemplo las derivaciones de personas que no poseen enfermedad mental y que, al contar con una medida de seguridad, la institución debe recibirlos. Estos sujetos que son pocos casos, al poseer un historial y perfil ligado al trastorno de la personalidad antisocial son capaces de movilizar y alterar el espacio de los pacientes y al equipo de trato directo. El entorno se estresa y rápidamente aparecen las conductas ligadas a lo delictivo.

*“nos ha pasado y es terrible cuando llegan pacientes que están mal sobreesidos y que no tienen enfermedad mental. Eso es terrible por ingresan estas personas y alteran de inmediato el lugar. Empiezan con sus conductas de la cárcel y usan a los pacientes que son más dependientes para sus propios intereses. Los hitos más terribles justamente se asocian a estos sujetos y andamos todos estresados. Nuestros pacientes son tranquilos generalmente, pero un perfil así presiona y tensiona la cosa” Psicólogo.p37*

Otra característica de esta unidad se sitúa en el perfil del paciente, que constituye rasgos más complejos. Vinculados a contexto de familias multiproblemáticas y consumo problemático de droga, donde los rasgos de vínculo y cercanía con lo criminógeno complejiza la cotidianidad en la UCMS, pero esto no dice relación con que el paciente forense sea violento, si no que sus historias muestran el fracaso del modelo de salud y de protección social, frente a un hecho delictual que con el tratamiento adecuado a tiempo no tendría como consecuencia la comisión de un delito.

*“el paciente tienen historias sumamente vulnerables. Pensemos que las personas que llegan acá son las más difíciles, porque son graves y que no han sido atendidas de manera satisfactoria por el modelo de salud en general.” Asistente Social, Hombre.p37*

## **2.2. Normativa de la UCMS**

Dentro de la normativa que señalan los entrevistados aparecen son los que se elaboran desde enfermería y como desde allí se ordena el quehacer de los pacientes y que cada disciplina participante de la UCMS debe estar atento a la hora de desarrollar su trabajo.

*“no podemos no tener en cuenta como la normativa enfermeril estructura lo diario del paciente y como los profesionales debemos mirarla y no desestructurar. Esa es normativa para el funcionamiento del paciente, pero también de alguna manera nos ayuda al trabajo, en lo que es la organización “Psicólogo. p62*

Cabe mencionar que frente a situaciones de carácter ilícitas no existe un protocolo de acción que demarque las acciones a seguir.

Los entrevistados hacen referencia de manera unánime a la ley de deberes y derechos del paciente, que están publicados en la unidad a vista de toda persona que ingrese a la institución. También se detalla que hace pocos meses se escrituró la normativa de llamadas vía telefónica una vez por semana, pero que sin embargo debe llevar 5 años de vigencia. Gracias a esa norma los pacientes contactan a sus familiares todos los miércoles.

También se encuentra el reglamento de visitas, el que consta de dos visitas por semana, lunes y jueves de 14.00 a 16.00, donde deben registrarse y dar cuenta de las pertenencias que le traen a sus familiares. Esta normativa está escriturada y está en vigencia hace dos meses y es resultado de la decisión tomada por el equipo profesional de la unidad a raíz del ingreso de sustancias ilícitas por parte de familiares a apacientes de la unidad.

*“La ley y deberes de los pacientes es una de las primeras que se me viene a la cabeza, la de las visitas, las llamadas, como ese tipo de cosas que están escritas, pero hay otras cosas que no están en ningún lado y yo creo que tiene que ver más con la convivencia de los pacientes que con otra cosa. Y estas normas se deben a cosas que han pasado en la unidad, con normas que no han respetado” Terapeuta Ocupacional, hombre. p14.*

Se aprecia que la construcción de normativa se construye según la contingencia va exigiendo respuesta. Queda de manifiesto que la particularidad de la institución devela situaciones extraordinarias a un recinto de salud común y corriente que inclusive desafía las formaciones de base de quienes componen el equipo, donde se debe posicionar la variable de lo judicial como un elemento transversal. Por parte de los entrevistados se espera que la respuesta de los profesionales que componen parte del

equipo sea eficiente y con sustento. Sin embargo, aquí se produce un primer vacío entre las partes que componen el equipo. Ausencia de dialogo inclusivo de ambas partes para poder recrear el espacio laboral en el que se sitúan, donde las visiones de quienes componen el equipo no sean contrapuestas si no que necesarias entre sí.

Sin embargo, frente a las visitas se debe tener en consideración el perfil de las familias que acompañan a los pacientes. Se debe tener en consideración que son núcleos familiares que se encuentran fragmentados y donde la red es de baja calidad, es decir el apoyo con el que se cuenta está disminuido ya sea porque la omisión de delito ocurrió en el seno familiar o por que el hecho acontecido es violento que ha dejado una huella dolorosa y de temor. En tal sentido la fragilidad de la red es evidente y debe ser cuidadosamente abordada por el equipo. A juicio de los entrevistados, la norma actual de visitas debe ser revisada de manera que no instale cortapisas que dificulten el egreso del paciente y por otro lado el trabajo que desarrollan los trabajadores de trato directo, ya que son el vínculo inicial con la red familiar frente a un proceso de intervención.

*“uf...! es un temazo, se entiende que hay una contingencia que no pone dificultades en el manejo de las familias, pero hay que mirar con cuidado, no podemos alejar al casi único recurso que nos va quedando para los pacientes. Además, la devuelta de la aplicación de la norma es para nosotros, la descarga y reclamos es hacia nosotros. El desgaste es grande por eso debemos mirar bien” TENS Hombre.p38*

### **2.2.1. El incumplimiento de la Norma**

Dentro de los hechos que los entrevistados mencionan como de tipo delictual, destacan las violaciones, los robos, el mercado negro, las agitaciones y las fugas, entre otros. En este contexto, el manejo de la situación por parte de la jefatura es visto como un elemento de constante tensión:

*“Recuerdo un hecho de violación que no se abordó bien. Cuando se violaron al P. y nadie me avisó. Y andaban los pacientes en el mismo recinto, debiendo uno ser mandado en ese tiempo*

*a aislamiento, cuando lo podíamos usar, pero se tomaron decisiones médicas y a nosotros se nos decía poco, y somos los que ejecutamos, tenemos que estar al tanto” TENS, Mujer.p14*

Hubo un período de constantes fugas. Según relatan los entrevistados, estas se daban mayoritariamente en los pacientes que presentaban conductas de adicción. Se fugaban de la institución para drogarse y posteriormente volvían. Hay algunos pacientes que no vuelven, sino que simplemente se quedan en sus casas.

*“Hubo un tiempo que estábamos de caseros y era fome. Los pacientes se fugaban. Iban y volvían. Eso igual aburre porque... ¿Quiénes son los responsables de vigilar a los pacientes? Entonces siempre estábamos ahí cuestionado y creo que la unidad igual po, si teníamos el indicador en rojo” TENS, Jefe de Clínica.p18.*

**Imagen N° 10: Zona de fugas en la UCMS**



**Fuente, Imágenes tomadas durante el trabajo de campo de esta investigación, 2018.**

La responsabilidad que conlleva el cuidado de los pacientes constituye un desgaste, se aprecia en el discurso del entrevistado con desgano frente a la supervisión de los pacientes.

*“Es difícil cuidar a los pacientes sin las herramientas mínimas y, pa que estamos con cosas, el hilo se corta siempre por lo más delgado. Las decisiones se toman tarde o las jefaturas no apuran o les falta ponerse en el lugar de uno para entender lo difícil que estar acá al cuidado de estos chiquillos” TENS, Hombre.p20.*

Los entrevistados hacen alusión en repetidas oportunidades a la eliminación de una medida de “aislamiento”. Si bien el espacio existe y anteriormente podía ser utilizado para el manejo conductual de pacientes que presentaran desajustes, en la actualidad ya no se le puede dar uso por normativa. Este espacio es visto como un “recurso útil”, pero que ya no está y cuya eliminación generó discusión.

*“El aislamiento no se puede usar.- Antes para las agitaciones nos ayudaba a poder sacar al paciente de los demás y poder manejarlo y darle el tratamiento hasta que se ajustara nuevamente. Ahora no se puede. Una vez hubo un jefe que le tocó enfrentarse a esto, pero no tenía idea si se podía usar o no y yo pensé pucha, si el médico no sabe, que se espera para el resto” TENS, Mujer.p23*

En este mismo sentido, se destaca la anterior existencia del electrochoque de castigo frente a desajustes conductuales durante la década de 1980. Esto ya no se hace debido a los avances en términos de derechos humanos de los pacientes. También se releva la experiencia que hubo con la presencia de personal de gendarmería en la UCMS y quienes eran los encargados de realizar las contenciones, donde no había contemplación de la condición psicopatológica del paciente.

*“Mira, acá pasaban hartas cosas, y recuerdo cuando se hacía el electroshock de castigo, que era así no más. Bastante violento por lo demás, pero ya no se hace”. Terapeuta Ocupacional, Hombre.p40.*

*“cuando tuvimos gendarmes era difícil porque les daba lo mismo, agredían al paciente sin asco si es que este se agitaba, lo engrillaban y le sacaban la cresta en algún punto ciego. Hasta que finalmente se les logro sacar de acá. A los que mandaban acá eran los castigados (gendarmes) así que era la época en que hacían asados los fines de semana, ingresaban alcohol. Dormían en la cama de los pacientes ebrios, en fin fue un trabajo arduo” TENS, Hombre p47*

En este sentido, el carácter especial de esta unidad respecto del resto del Servicio se hace evidente. Se hace referencia a las conductas carcelarias que se han llevado a cabo en la unidad, como robos entre pacientes. También es importante hacer alusión al consumo de sustancias ilícitas que han sido ingresadas por los mismos pacientes (durante las fugas) y también por familiares.

*“Esa es historia de nunca acabar, el que los chiquillos consuman droga. Ingresan pitos cuando se fugan. O a veces las mismas familias la entran, aunque somos forenses, no tenemos gendarmes que puedan revisar a las personas, así que se pueden meter cosas donde uno se imagine. Una vez los pacientes fermentaron frutas y se las comieron, después andaban ebrios y otra vez se tomaron el alcohol gel y la misma historia, hay hartas historias” TENS, Mujer.p20*

Otro quebrantamiento de la norma que queda de manifiesto es la venta de objetos de valor o bien de los cigarros que reciben periódicamente por parte del hospital. Estas ventas entre pacientes están prohibidas en la unidad, pues han generado conflictos entre los pacientes, considerando la procedencia de los objetos que venden (robados) y el valor que los pacientes le aplican a pago (por ejemplo, un cigarro ha llegado a valer \$2.000.-), por lo cual generan importantes deudas, ante las cuales los funcionarios de trato directo deben mediar para evitar conflictos.

Una figura nueva que ha aparecido en la dinámica de la unidad son los denominados “prestamistas”: pacientes que manejan su pensión y prestan dinero a pacientes que por diversos motivos no tienen o que a causa del sobre endeudamiento se han quedado sin fondos. Esta dificultad nuevamente recae en los trabajadores de trato directo, toda vez que deben mediar para evitar conflictos, como los que ya se han descrito anteriormente.

El permanente quebrantamiento de las normas que queda de manifiesto en los entrevistados y las dinámicas observadas, ocurre en otras unidades pero no con la frecuencia e intensidad que se presenta en la UCMS. Los entrevistados coinciden en que hay una gran distinción en el perfil del paciente, donde la experiencia de desarrollo y la relación con pares criminógenos caracterizan al paciente forense, fundamentalmente en características de buscar el beneficio propio saltando la norma. Este rasgo, está instalado en pacientes con rasgos “antisociales” de su personalidad y no necesariamente en todo paciente psiquiátrico forense. Lo llamativo es lo que se construye como dinámica en este recinto donde se desarrollan estas interacciones, donde quienes realizan estas conductas son menos en cantidad, pero su presencia tiene la suficiente fuerza para marcar diferencia en las conductas antes mencionadas.

El carácter cuasi penitenciario de la unidad contrasta con la organización del equipo, el cual sigue la lógica del resto de las unidades no forenses, lo cual acrecienta la diferencia entre la sección profesional médica y el personal de trato directo, el cual siente que se lleva todo el peso de una unidad que requiere un tratamiento diferencial. En este esquema, la organización interna del equipo se ve afectada por distinciones que cobran sentido a través de las diferentes experiencias que cada cual tiene y del contraste que establece entre ellas. Por esta misma razón, a veces es el mismo personal el que se adapta al contexto de los pacientes, adoptando prácticas antirreglamentarias y delictivas coherentes con el contexto social pero incompatible con las disposiciones institucionales.

Los entrevistados hacen referencia al incumplimiento de las sanciones cuando hay quebrantamiento de normas, donde son los propios miembros del equipo quienes finalmente no han respetado los acuerdos tomados y quebrantan el acuerdo, lo que muestra las dificultades existentes en los flujos de comunicación y la coordinación.

*“A mí me ha tocado ver, ponle tú, a pacientes que le han suspendido la visita y las compras, nos dicen que desde arriba se decidió. Al rato viene un profesional, le deja la visita y que le pasen las cosas, o sea los pacientes no nos respetan y de paso nos toman la mano. A los de arriba no les ha tocado ver cuando se van como los niños nos empiezan a putiar, claro con nosotros no tienen nada que ganar. No son todos si” TENS, Mujer.p51*

Las sanciones que se apliquen a los pacientes van a depender de la falta de que se trate. Cuando han sido agresiones violentas o delitos de índole sexual, se ha puesto la denuncia en fiscalía, por lo tanto, paciente tendría una nueva causa legal. Cuando son consumo de droga o robos, se les suspenden actividades como talleres, compras, etc. Dichas actividades son entendidas por los pacientes como beneficios, por lo tanto, la sanción permite un ajuste conductual:

*“Lo que nosotros hemos hecho es desde pedir al juez el traslado a la unidad de alta complejidad, cuando el manejo se vuelve muy disruptivo y de difícil manejo y eso opera como*

*castigo para el paciente; también suspender las compras, esas es una actividad que les duele*  
*“Psicóloga. p89*

Frente a estos hechos existe la impresión de que la sanción es débil o que bien no se aplican. Existe desesperanza aprendida de que, pese a la falta, la conducta se dejará pasar. Está también la percepción de que hay exposición al riesgo con las reacciones de los pacientes frente al hecho de querer hacer valer la norma y que no hay un respaldo de las jefaturas.

*“varias veces nos han dicho que el paciente no haga esto, no haga esto otro, hay una supuesta sanción, la queremos hacer valer. Pasa el hecho (infracción de la norma) y después no hay sanción. Uno se quema porque claro, quienes tienen que poner el límite en el día a día somos nosotros y después los pacientes nos amenazan. No hay respaldo. Los mismos compañeros nos decimos para qué, si total igual le van a dar el permiso” TENS, Jefe de Clínica. p47*

Este punto es interesante, en el entendido de que nuevamente queda de manifiesto la sensación de molestia por parte de algunos entrevistados toda vez que se sienten desplazados en su quehacer, donde se les quita respaldo. Por ejemplo, los profesionales toman decisiones de sanciones que no son respetadas o que no se mantienen en el tiempo. En consecuencia es el funcionario de trato directo quien debe lidiar con las consecuencias de desajustes conductuales, lo cual repercute en la relación que los diferentes componentes del equipo mantienen entre sí, así como la relación de esta unidad con el resto del Servicio.

### **3. Conflicto e Institucionalización.**

Como hemos visto, los entrevistados hacen alusión a la particularidad de los hechos que ocurren en la institución y que no lo han visto en otras unidades. Desde los entrevistados se pueden indicar hechos de violencia, que si bien no son frecuentes, les hace estar en un estado de alerta constante. Para algunos la cotidianidad de este espacio está marcada por una “falsa sensación de tranquilidad” donde es necesario estar alerta. Sin embargo, la rutina y la mecánica institucionalizada hacen que a veces

olviden con el tipo de pacientes que están trabajando, que para los entrevistados es un detalle que no deben pasar por alto.

*“una vez el C.R. con el taco de su zapato casi mató al A.M., yo me enteré al otro día pero vi la pieza del aislamiento llena de sangre. Chuta, yo había estado con ellos la noche anterior cuidándolos. Me dio miedo y se me paso por la cabeza que este no es un sector de agudos, hay personas peligrosas, no todos. Tenemos cabros que solo les faltó tratamiento antes. Pero eso no quita que hay que estar atentos” TENS, Hombre p26.*

Es importante mencionar que las acciones de los pacientes van a está cruzadas necesariamente por el perfil psicopatológico. Pacientes que comenten situaciones graves, pero respondiendo a su patología.

*“recuerdo un paciente que era muy psicótico y no quería estar acá en la unidad, si no que en la cárcel. Los médicos de acá le dijeron: “No C, para usted estar en la cárcel tiene que haber cometido un delito y entendió que era la única forma de hacerlo y fue y agarro a martillazos a otro paciente (...) distinto de DM que era un psicópata que planificaba y había intención claramente del acto y con quien lo haría con una lógica fría” Terapeuta Ocupacional. Hombre. p50*

Unos de los aspectos que recalcan los entrevistados son las conductas sexuales que ocurren entre los pacientes y que son consentidas. Un aspecto relevante en este tipo de unidad es la sexualidad de los pacientes y que no se aborda como un tema puntual y que ha generado más de un problema para los trabajadores de trato directo, quienes son las personas que han sorprendido a los pacientes. El problema no está en el acto sexual, si no que en el uso que algunos pacientes le dan.

*“Mire, varias veces me ha tocado ver cosas. Una vez vi a uno teniendo sexo oral y los alumbre, porque estaba haciendo vigilia y soy la única mujer que la hace. Cuando los vi, el paciente me dice: ¡que andas mirando conchetumare! A lo que respondí que no es algo que me interese cuando es consentido, pero que vuelva a su pieza y su cama. Al otro día el paciente me estaba esperando para hablar conmigo y me explico que lo hacía por cigarros” TENS, Mujer. p23*

Un aspecto relevante es la forma en que se llevan a cabo las contenciones y los entrevistados refieren que existe una diferencia debido al género. Relatan que en el caso de los hombres permiten que los pacientes lleguen a la agresión y luego los

separan e intervienen y que en el caso de las mujeres tratan de llegar a la contención verbal antes de que ocurra la agresión.

*“No sé si tendrá [que ver] con el hecho de ser hombre o no, pero a veces los compañeros esperan que los pacientes se peguen y después los separan. Y me dicen, déjalos no más que se saquen la rabia después se abuenan. Yo ya estoy más cuero de chancho, me he vuelto más dura así que voy y los separo. Antes me escuchaban gritar más pidiendo ayuda, ahora ya no ya.” TENS, Mujer. p21*

En estos relatos vemos cómo la respuesta social de los pacientes a la dinámica institucional se impone al quehacer de una parte del equipo que se encuentra de cierto modo abandonada por el equipo profesional médico, lo cual evidentemente contribuye a la institucionalización del equipo de trato directo y empobrece el poder de respuesta pertinente a las necesidades de los pacientes.

### **3.1. Molestia de los pacientes en la UCMS.**

Desde los entrevistados, las demandas de los pacientes se concentran en tres dimensiones. En primer lugar, manifiestan molestias por no sentirse atendidos por parte del equipo de trato directo. Y es en esta dimensión que se entrecruza con la infraestructura. La zona que habitan los pacientes está detrás de una mampara que separa las oficinas de los profesionales y la clínica. La puerta está hecha de acrílico con estructura metálica. Los pacientes golpean la puerta todo el día gritando a viva voz el nombre del profesional con quién quieren hablar. Se pudo constatar a través del trabajo de observación que la respuesta no siempre es oportuna, esto debido a la carga de trabajo. En otras oportunidades los pacientes consultan algo que ya fue respondido en reiteradas ocasiones, luego de lo cual no se les presta la misma atención.

La queja fundamental está radicada en la figura de los médicos, que a juicio de los entrevistados no siempre responden la necesidad del paciente. Una de las causas tiene que ver con la distribución del equipo, la cual se cruza con los horarios y días de asistencia. Hay profesionales que, según los entrevistados, no ven a los pacientes porque no corresponde a los casos que tiene asignados, para así no desviar el criterio

médico ya establecido por su colega. Para los entrevistados, esto no responde a una necesidad de salud y sería una falta ética a revisar.

*“Es un cacho, porque a veces los pacientes están toda la mañana llamando para que los vean, los atiendan. Golpean la puerta, gritan y yo sé que los de arriba están ocupados, cada uno en sus cosas y los pacientes allí interrumpen. Pero también es cierto que hay médicos que no quieren ver a un paciente porque está a cargo de alguno de sus colegas. Pero a veces tenemos algo que quizá no es tan urgente y queda para la semana siguiente, porque el médico responsable del paciente no viene hasta la otra semana. No son todos así, pero hay que funcionar a veces dependiendo de quién este ese día” TENS, Hombre.p40”*

Otra dimensión de la queja de los pacientes tiene que ver con la comida. Si bien es un número reducido, si indican que la calidad es deficiente, debiendo ellos comprar cosas extra para mejorar lo que pueden consumir. A veces algunos se saltan hasta la siguiente comida. Este tema ha sido posible constatar en asambleas, donde pese a que se pueda estar debatiendo un tema distinto, el tema sale a la palestra.

*“Es a la suerte, a veces hay buenos platos y a veces les llega lo que ellos llaman “pantano” que es una cuestión incomible. Hay he visto a varios guardar plata o de plano saltarse esa comida hasta la once” TENS, mujer. p46.*

Si bien, según los entrevistados, los pacientes están bien en esta unidad pese al encierro, no se debe olvidar que están encerrados contra su voluntad, lo que también es un aspecto a considerar en el marco de la UCMS puesto que genera malestar y conflictos que no tienen un origen directo en una dolencia y su tratamiento.

En este sentido se entiende la actitud de los pacientes frente al llamado a una evaluación.

*“mire con decirle que cuando llaman a un paciente a para que lo vea el médico y no le dicen para qué se angustian al tiro y andan diciendo que no han hecho nada y se urgen, y ahí uno los contiene y los tranquiliza” TENS, Hombre.p78*

Existe la idea entre los pacientes que la evaluación es para reprenderlos y castigarlos, pese a que hayan hecho nada. Los entrevistados indican que los asocian a la experiencia carcelaria que está basada en un modelo de sanción y castigo.

Se aprecia que el carácter híbrido de esta unidad genera conflicto al interior de una unidad que no tiene vocación punitiva por lo cual se organiza como si se tratara de una unidad crónica, dejando el riesgo y la solución de la problemática conductual delictiva a aquella parte del equipo que tiene menos formación, conocimientos, prestigio y poder dentro del esquema del poder médico. Veremos ahora los efectos de esta configuración.

#### **4. Efectos de trabajar en la UCMS.**

Para los entrevistados el nivel de desgaste de la UCMS marca una diferencia con otras unidades del Instituto Psiquiátrico. Se remarca la necesidad de tener habilidades personales para poder sobrellevar un contexto laboral que de manera ambiental es exigente, lo cual les provee una fuente de orgullo y se basa en el gusto por el área y la gratificación asociada al trabajo en psiquiatría forense.

##### **4.1.1. Gratificación de trabajar en el área**

Pese a las dificultades antes mencionadas, los entrevistados expresan su satisfacción y gratificación al desempeñarse en este espacio de trabajo. No se trata de elementos vinculados a la remuneración, si no que más bien a la respuesta que existe por parte de los pacientes. Para los entrevistados, que un paciente de estas características pueda reconocer la importancia del trabajo que se desarrolla y el impacto que tiene en sus vidas es muy importante. Por momentos parece una contradicción. Por grandes pasajes del análisis se evidencia que en todo momento se tipifica al paciente como una persona potencialmente peligrosa y donde la organización institucional limita el quehacer, sin embargo, la gratificación proviene de estas mismas personas, que ayudan y motivan en parte, el que los trabajadores de trato directo continúen en su

labor. Esta respuesta se expresa en lo que los participantes de esta investigación denominan “sobrevivencia”:

*“El hecho de que los pacientes al momento de irse te digan gracias tío por haberme cuidado, chuta igual es llenador. Si no todo es tan malo, estoy metido en la maquinita, pero esas cosas me ayudan a estar mejor, a veces permite que uno sobreviva en estos espacios. Si pasomás acá que en mi casa”. Psicologo.p57.*

El contexto forense ha entregado a ciertos funcionarios el espacio para el desarrollo personal, vale decir que le aporta una experiencia única a la hora de moverse en otros ámbitos, como el académico, por ejemplo. Al ser un área desconocida por la mayoría de la población, se vuelve un campo interesante a explorar, lo cual constituye una gratificación.

Un punto relevante en la experiencia de esta área dice relación con el vínculo que se puede llegar a desarrollar con los pacientes. Se debe considerar, como se ha dicho anteriormente, que la red familiar de los pacientes es débil y que por lo tanto pasan la mayor parte del tiempo con los trabajadores de trato directo. Esto hace que, pese al ambiente por momentos hostil, el equipo se transforme en la red de apoyo más próxima con la que cuentan.

*“es rico que cuando uno se va te digan chao tío, cuídese que la vaya bien. O que te cuenten sus cosas y al momento de irse de alta te den un abrazo grande y te den las gracias” TENS, hombre.p67*

Este hecho se traduce en un espacio de satisfacción para quienes trabajan en esta unidad, la posibilidad de poder sentir que la intervención realizada tiene un valor para quienes la reciben. Así, el trabajo en esta unidad es, a pesar de todo, un espacio de reconocimiento, tanto personal como profesional, de la propia existencia y valor social para los miembros del equipo.

#### 4.1.2. Repercusión en la vida personal

Los entrevistados dan cuenta que esta unidad en particular ha sido demandante. La complejidad que conlleva requiere de presencia y estar alerta en caso de contingencias. Para quienes trabajan en el sistema de turnos, se aprecia que gran parte del día lo desarrollan en esta unidad. Cuando salen se van a realizar turnos a los hogares protegidos, que pertenecen a la UCMS, es decir un contexto diferente pero transversalizado por la misma línea temática de trabajo. Señalan que se trata de una opción de mejora económica donde se toma la decisión de costo beneficio, donde la esfera familiar se ve afectada.

*“Si bien acá hay tranquilidad y estabilidad laboral, eso no significa que paguen bien y a veces uno debe optar. Esto es rutinario y después de un tiempo ya hacía lo mismo mecánicamente, así que surgió la posibilidad de mejorar el ingreso y lo hice, pero a mis hijos ni los vi crecer. Ahora cuando estamos en casa somos como dos extraños, nos amamos, pero me perdí mucho” TENS, Hombre.p77*

Se aprecia como el aparataje de la Institución es capaz de absorber al sujeto, al punto de pasar más tiempo en el trabajo que en el propio domicilio, repercutiendo en sus vidas personales, desarrollando gran parte de su individualidad y subjetividad al alero de la institución total. El trabajo logra posicionarse por sobre el tiempo dedicado al núcleo familiar; la individualidad es absorbida al ritmo de la institución.

Para algunos trabajadores y trabajadoras de trato directo, el estar en esta área implica un impacto en el desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos que les permite establecer espacios de negociación, necesarios para trabajar con los pacientes. De igual forma este aprendizaje se traslada a sus vidas personales, sumado también el hecho de poder enfrentar experiencias emocionales de manera más pasiva, a causa de estar en un contexto difícil con personas con historias de vida complejas.

*“yo me he vuelto más dura. No me complico por cosas. Si, las cosas me afectan, pero no como antes. Y he tenido que ponerme fuerte aquí, si no se me suben por el chorro. Me sirve para defenderme” TENS, Mujer.p34*

## 5. ¿Trabajo en Equipo?

Este espacio de trabajo está mediado por procesos de subjetivación. Podemos decir que la vida profesional cotidiana es construida por un sí mismo y un otro. Esto implica a priori el vincularse con otras actividades de distintos trabajadores, conformando lo que se llama equipo de trabajo. Cuando a los entrevistados se le pide que definan a su equipo de trabajo, algunos titubean, mientras que otros aprovechan el espacio para dar a conocer las dificultades que a diario viven.

*“Tiene que haber más conocimiento de todas las otras áreas, de las cosas que hacen. Interiorizarse en el trabajo que hace el estamento. Creería que, que eso podría ayudar a que funcione mejor” Psicóloga. p111.*

No basta tan sólo con conocer el trabajo que desarrolla el compañero de trabajo, sino que también darle la importancia que corresponde al aporte que realiza. De ser así se puede generar un trabajo conjunto y una mejor calidad en la intervención. El sólo hecho de que los trabajadores de trato directo provengan de diversas áreas de formación, permite que se diversifiquen las miradas pero a su vez que se complejicen los espacios de trabajo. Si se considera la complejidad, entonces se da paso a que se tome el elemento del conflicto. Esto da cuenta de la necesidad de “ponerse de acuerdo” sobre todo en este tipo de instituciones que normalizan la conducta.

*“Tenemos distintas personas, distintas profesiones y técnicos, entonces ya de por si tenemos variadas formas de ver la realidad, que nos dice que seguro tendremos discusiones, pero si le metemos el poder de los egos, entremedio nos queda la escoba y no aprovechamos bien la instancia del conflicto.... Finalmente se trabaja por la obligación de que tienen que hacer esas cosas, eh, o si se hace en el fondo porque saben cuál es ese rol y ese rol es fundamental para se desarrolle el trabajo en concreto dentro del equipo.” TENS, Mujer.p103.*

Por otro lado, se reconoce como falencia la ausencia de comunicación y de validación profesional de cada uno. Nuevamente el elemento del poder está en forma implícita en la cotidianidad de los conflictos de estos equipos.

Todos reconocen las competencias y la capacidad en los compañeros, no obstante, señalan que se pueden lograr cosas importantes si hubiese un trabajo mancomunado. Esto no sólo implica aspectos técnicos, sino que también competencias personales y como están pueden ser capaz de modificar las lógicas estructurales del poder, que sin duda tendría impacto en el cómo se conforma el equipo. Por lo tanto, se instala como una lógica estructural, que tensiona el concepto de equipo y más bien rigidiza las prácticas (en una simple división del trabajo) y que a través del poder se muestran en las relaciones sociales al interior del equipo.

Si estas áreas no dialogan, el equipo como tal será solo un aspecto que en la práctica tiene un sustento instrumental. En la relación cara a cara de los mundos de vida trabajadores de trato directo, el desafío es reconocer la diferencia y las razones del otro de manera de que la diversidad de personas sea valorada en su riqueza.

*“Mi equipo de trabajo actual, eh.... Yo creo que mi equipo de trabajo actual hay personas muy competentes. Yo creo que cada uno es muy competente dentro de su área de hecho, el tema está en que yo siento y lo he escuchado que no estamos trabajando como equipo, que cada uno está trabajando en su oficina ¿y cuándo nos conoceremos como personas? yo veía como puras islas” Psiquiatra, Mujer.p100.*

Dentro de las entrevistas destaca la que corresponde a un funcionario de larga data en la institución, 30 años aproximadamente. Señala que las principales dificultades del día a día con otras profesiones, radican en la llegada de *“las nuevas generaciones de trabajadores de trato directo”* y *“los altos números de personas que conforman un equipo”* TENS, Jefe de Clínica.p13.

*“A ver, como trabajamos en el tema de la psiquiatría el tema de las relaciones humanas es bien complicado, bien complejo digamos. Eh...entonces a veces el tema de los estilos de liderazgo hace influencias en los equipos y cuando tenemos como etapas de transición yo me he topado con que hay hartas dificultades, y además por el número también de personas que lo involucran, yo te digo, yo cuando empecé a trabajar era un equipo pequeño. Además éramos todos mayores y con bastante experiencia. Ahora llega gente joven con nuevas ideas y a veces dificulta el quehacer”* TENS, Jefe de Clínica.p108.

*“Lo definiría como un equipo...que... a pesar que hace trabajo en equipo no es tan unido, es un equipo creo que trabaja... con ciertos déficit como todos los equipos, pero que tiene un estampa de trabajo como equipo, pero creo que no son todas las que podrían ser y que lamentablemente por x razones el espíritu de equipo no se da tan bien y es ahí donde justamente entra la parte más personal de cada uno” Psiquiatra, Mujer.p82*

Se indica por parte de los entrevistados que no hay trabajo en equipo, pese a que hay varias personas que lo componen, este trabajo se pierde

*“así, el trabajo se pierde. No sé si siempre estamos remando para el mismo lado. Se pierde la comunicación. No hay comunicación. A veces los de arriba toman decisiones y no nos avisan. Es como que nosotros solo estamos para ejecutar y más que mal somos los que estamos todos los días con el paciente”. TENS, Mujer.p60.*

Otra de la respuesta posible en las entrevistas es el dejar en segundo plano el trabajo en equipo, ya que este como tal no existe. Se asume que es un elemento que no está presente en la dinámica institucional y que por lo tanto hay resignación de que las malas prácticas como falta de coordinación y de comunicación es “más de los mismo”

*“me voy a poner igual que un colega. En mi turno yo he visto hartas cosas y como que uno dice yaaaa de nuevo la misma cosa. No ya chao más de lo mismo no más no nos pescan, no nos avisan. Hay que seguir trabajando no más” TENS, Mujer.p70.*

Se señala que hay trabajo en equipo, en la medida en cada cual tiene asignada una labor que es necesaria para el trabajo de los demás, y la cumple. Pero también se señala que no hay un espíritu de equipo, es decir que no hay identidad colectiva, sentido de pertenencia o de comunidad, lo cual es coherente con todo lo descrito más arriba, donde las distinciones jerárquicas al interior del equipo minan la conformación de una instancia englobante en la cual todos se sientan igualmente (en términos relativos) reconocidos por los otros como miembros plenos y valiosos. Todo lo anterior tiene un correlato muy concreto en la carga y tipo de trabajo que desempeña cada cual, así como su peso en las decisiones que se toman al interior de la Unidad.

### 5.1.1. Exigencias desiguales a los integrantes del equipo.

Durante las entrevistas se dejan entrever diferencias desde los roles asignados dentro del equipo de trabajo. Quienes son encargados de clínica señalan que al tener mayor grado de responsabilidad se ven sobre exigidos, en comparación con los sectores del Instituto psiquiátrico. Se concentra la responsabilidad y respuesta en una persona y desde su punto de vista esta distribución debiera ser equitativa. Por ejemplo, a la cabeza de los equipos están los médicos, quienes tienen a cargo el tratamiento farmacológico. En caso de error, la responsabilidad recae en ellos.

*“Por ejemplo yo soy encargado de clínica y tengo que estar con un ojo acá respondiendo y con el otro en la clínica preocupado de lo que pasa, que la entrega de fármacos, que los pacientes. En los sectores tienen un encargado por sala, acá no y eso está mal porque se sobrecarga y eso termina quemando. Pero bueno, que me quejo si la cosa no cambia” TENS, Jefe de clínica. p27.*

No solo se aprecia molestia si no que a su vez resignación del funcionamiento y el nivel de exigencia, lo que da muestra de la conducta institucionalizada, centrada en un quehacer que se vive con sensación de injusticia, pero donde no está la intención de denunciarlo para modificarlo. La aceptación de la estructura, pese a que presenta hierros en su funcionamiento es un indicador que demuestra rasgos de institucionalización, toda vez que somete la voluntad de movilizar perspectivas que puedan diferir de la norma impuesta.

También han aparecido aspectos de poder en los discursos de los trabajadores, donde señalan que hay compañeros de trabajo que tienen mayor cercanía con las jefaturas y que por tanto se les tolera más las faltas y se les asigna responsabilidades, sin contar, a juicio de los entrevistados, con las competencias pertinentes.

*“Mmm no sé yo he visto a veces que a los que son más cercanos a la jefa, tienen a veces más regalías que los demás, o que tienen más refuerzos o que si se mandan algunas cagaita, bueno ahí queda. Como si ya el trabajar acá no fuera difícil.” TENS, Mujer.p54*

Otro elemento que se indica es que, para los TENS, hay profesionales que les hace sentir el hecho de estar en un estatus distinto. Para ello radica en primer lugar de no

sentirse escuchados, también el sentir que sus conocimientos no son confiables y no sentirse validados:

*“Por ejemplo hay que decirlo, los pacientes manipulan a los profesionales, les mienten y hay varios que les creen. Cuando no les resulta algo, bajan echando garabatos. Pero cuando están arriba uhh justo una blanca paloma. Y nosotros quedamos como mentirosos. Uno los respeta por que han estudiado, pero nosotros pasamos la mayor parte del día acá” TENS, Mujer.p87*

Por otro lado, se aprecia que hay elementos importantes en la forma en que está conformado el equipo en cuanto recurso humano. Hay estamentos que están desnivelados debido a la cantidad de personas que lo componen y que históricamente no han sido disminuidos en integrantes.

*“nos encontramos con estamentos que son un solo profesional en razón de otros que son 4, por ejemplo. Eso es injusto y desgasta. Molesta, porque hacen la pega, por tanto no se les busca como mejorar el desnivel.” Psicóloga. p81*

Por otro lado hay una sobre exigencia a los funcionarios TENS, el que se le considera un cargo ingrato. Son las personas que más tiempo llevan cara a cara con los pacientes. Considerando que no siempre cuentan con el manejo clínico en término de formación, si no que basado en la experiencia, se ven expuestos a aplicar la normativa y decisiones del equipo profesional exponiéndose frente al paciente. A su vez hay que tener en cuenta que este grupo de trabajadores tienen sus funciones estructuradas y limitadas.

Nuevamente aparece que las desigualdades de carga y funciones están definida por la estructura de funcionamiento de la institución, que, como ha quedado de manifiesto, se presenta más bien en las relaciones sociales que han construido las estructuras relacionales y de poder dentro de la institución.

### 5.1.2. Desigualdad de exigencia por género.

Existe inequidad en la exigencia y también en las preferencias con los trabajadores que son hombres en los cargos de responsabilidad en la clínica, donde no se logra dar la razón. Evidentemente, en las entrevistas se evidencia la molestia frente a lo señalado.

*“Les dan privilegios a los hombres. Hay casi puros hombres en las jefaturas de turnos en la clínica. No se les da el mismo lugar a las compañeras. No sé, tomaran mejores decisiones que nosotras.” TENS, Mujer.p37*

Otro punto que causa molestias a las entrevistadas es que las funciones que se les entrega en los turnos tienen que ver con el aseo y confort aparte de las labores que ya realizan en su quehacer cotidiano. Rara vez hay hombres que se hacen cargo de ese aspecto, por lo cual acusan machismo de los jefe de clínica que le entregan esta indicación.

*“rara vez veo a un hombre haciendo este trabajo sucio, casi siempre nos están mandando a nosotros cuando ellos también pueden. Siempre reclamo y me dicen que soy histérica ¿se da cuenta?” TENS, Mujer. p41*

Se pudo apreciar en el trabajo de campo la veracidad de lo planteado por las entrevistadas. Hay sesgos de conductas patriarcales de que las funcionarias deben hacerse cargo de las funciones de limpieza de pacientes. Si bien se apreció que hay hombres que apoyan estas labores, son claramente una minoría. Nuevamente se aprecia una lógica de funcionamiento binario, por un lado varones que ostentan el poder y mujeres que ejercen otras labores. Se trata de aquellas alteridades elementales de origen sociológico y no profesional (género; edad; salud, clase; raza, etc.) que sostienen a una institución que impone otras alteridades y jerarquías (profesional/no profesional; médico/no medico). Así, en el componente del equipo profesional, es posible, como es el caso, que la jefatura esté ocupada por una mujer puesto que ha accedido a un estatus mayor dentro del poder médico (lo cual por otra parte no impide que la inequidad de género no se replique a su vez entre psiquiatras).

### 5.1.3. Conflictos ético-políticos

Como hemos visto, en la UCMS se expresan conflictos ético-políticos corresponde a las contradicciones que se desarrollan en el quehacer del día a día de los trabajadores de trato directo. Por un lado se advierten las estructuras de poder político administrativo que transforman en herramienta al funcionario completando el proceso de institucionalización. Esto entra en una constante tensión entre el trabajador y la institución. Ciertamente, cuando hay un abandono de los principios personales conlleva a la incapacidad para asumir un rol crítico de manera consiente, por lo cual Los miembros del equipo terminan por adherirse a un sistema complejo y perverso. Sistema del cual se es parte contribuyente en sus más diversas formas de exclusión y de dominación.

*“Lo he dicho muchas veces, es como si uno se sintiera cómplice de una estructura enorme que te atrapa y que te mete en un maquinita y uno está en el hacer por hacer. Por otro lado, a veces las cosas que se propone o se prioriza institucionalmente no siempre se condice con la realidad del trabajo que estamos realizando...mmm eso trae frustración” TENS, Hombre.p51.*

Son contradicciones con las que el trabajador de trato directo se encuentra y debe dar respuesta tensionando sus principios, valores y convicciones, en un proceso individual complejo e íntimo. Son conflictos éticos porque pone en encrucijada los fundamentos valóricos, en contraposición a los del sistema, donde prima uno para dar una respuesta en un marco catalogado como “adecuado”, que por lo demás no contravenga el mantenerse en un espacio de trabajo. Este es un espacio de surgimiento del sujeto no en los términos del proceso de subjetivación en términos de producción de un sujeto a partir de las relaciones de poder (Foucault M., 1975), sino de toma de distancia respecto de esta misma subjetivación a modo de resistencia. Son conflictos políticos por la permanente relación con el poder, donde uno es capaz de indicar e imponer directrices. Entra en conflicto la distribución del poder, pues desde los entrevistados el que la institución favorezca mayoritariamente lo administrativo por sobre el bienestar del sujeto, sus trabajadores. Si miramos estos aspectos, entra en conflicto con las

convicciones personales. Y por otro lado es la institucionalidad la que prima, por el mantener el *status quo*, institucionalizando decisiones y en algunos casos convicciones.

*“Muchas veces lo que más, eh, se desgasta desde el trabajo en sí mismo, no desde el paciente, es también lo institucional, lo burocrático, la institución se preocupa por tapar hoyos de plata por ejemplo e importa menos los pacientes, o bien, que los demás en un equipo de trabajo no respondan de la misma manera, y confíes en que algo se ha hecho y no se hizo, y tener que estar permanentemente supervisando la tarea, eso es desgastante” Psiquiatra, Mujer.p71.*

*“A nosotros nos denominan trabajadores de trato directo no médicos, ni siquiera con una identidad distinta, simple y llanamente no médicos. Y los médicos tienen su cuenta aparte, o sea tu podís llegar a ellos, les pasay las fichas, ellos si quieren lo ven o si quieren lo dejan para otro día, la lata es que ellos después dan las ordenes, dicen como tienen que resolverse las cosas, reproducimos lo que ellos nos dicen, claramente no son todos así, pero de que es una maña institucional lo es, el problema es que no muchos lo discuten” Psicólogo, Hombre. p62.*

Lo médico y lo no medico aparece en el relato de los entrevistados. Constantemente en la redacción de este capítulo se logra apreciar como los entrevistados se refieren a un equipo por bloques, generando la otredad como punto de distinción de su identidad, en tanto funciones, comportamiento y poder, salvaguardando posiciones dentro de la estructura piramidal. Como refiere la cita anterior, estas distinciones desiguales llegan a su punto máximo en la calificación negativa, por carencia, del personal de trato médico al calificarlo de “no médico”. Con esa identidad atribuida, la institución dificulta el reconocimiento de estas personas, impidiendo la conformación de un self vigoroso en la medida en que la imagen que los otros le devuelven de él no es positiva (Goffman, 1972). En este sentido, lo que ocurre es la negación implícita de la plena pertenencia de estos miembros del equipo.

La escasa validación profesional también repercute en la calidad de la intervención, no sólo se trata de un descontento a nivel profesional, sino que también en el ámbito personal. Señalan que el trabajo realizado pasa desapercibido, no hay un reconocimiento a la labor. Explican que “no se trata de dar las gracias por el trabajo”, pero si entregarle el lugar que le corresponde. Posicionar el rol en cuanto aporte en el proceso de intervención y no desde el lugar que se ocupa en la estructura de poder.

*“Esa separación la crearon ellos [Profesionales], y...No sé, no te sabría decir, o sea yo siento que muchas veces ellos son muy miradores en menos con nosotros los funcionarios. Lo mismo pasa por parte médica” TENS, Mujer.p80.*

La atención se ve afectada por esta negación de la labor del equipo de trato directo puesto que repercute la calidad de la comunicación. Los entrevistados comentan que se pasa “al comentario de pasillo”, perdiendo transparencia en el trabajo. Los mensajes son poco claros y las intervenciones se van limitando. Nuevamente se desgasta el equipo y el profesional.

Los conflictos de poder en el marco de la institucionalización no son tan sólo a nivel de equipos de trabajo, también repercuten en las personas para quien se ofrece el servicio. Esta relación puede tener la tendencia de mal utilización del poder, si es que no ha habido una buena internalización de las normas éticas, o bien un relajo de estas últimas. El complejo espacio laboral va generando el desgaste del profesional, quien comienza a generar contradicciones con sus principios.

*“Pero es muy, ¡Ay! Es bastante frustrante, porque no siempre lo logras. Esa voluntad de trabajo, ese empeñamiento te diría por tratar de, de modificar las cosas, aunque vuelvas a darte cuenta y vuelvas a frustrarte, por eso te digo la tolerancia a la frustración de que no lo logras. Y a veces te quedas haciendo el mínimo esfuerzo.” Psiquiatra, Mujer.p75.*

Los espacios que se ven dañados con estas contradicciones requieren revisar su funcionamiento. Bajo este punto de vista el posicionar y hacer claro los conflictos

ayuda a transparentar los procesos de intervención, toda vez que permite posicionar de manera dialéctica posiciones distintas de la forma en que se aborda un caso, y a partir de esa diferencia construir en beneficio de los pacientes, pero a su vez del bienestar del equipo. Porque el relevar la diferencia permite apreciar la posibilidad de aporte de cada uno de los integrantes del equipo de trato directo, en los consensos y disensos. Esto refiere a que instalar la diversidad de los enfoques de quienes conforman los equipos permite proporcionar una mejor intervención y, además, considerando que la estructura social tiene una enorme injerencia en cómo se traza las relaciones al interior del equipo, el transparentar las diferencias, contribuye a clarificar los procesos y la posibilidad de unificar los criterios de trabajo y convivencia. Sería conveniente reflexionar sobre el hacer y no solo centrarse en el activismo.

Los trabajadores de trato directo en su quehacer diario están sometidos al vínculo inherente de la Institución. Deben responder a sus exigencias y los lineamientos de intervención impuestos. Esto puede generar conflictos a nivel profesional, más aún cuando lo delimitado por la institución no se condice con la realidad del caso o la problemática a trabajar. Y más tenso aún, cuando lo impuesto entra en conflicto con los principios del profesional. Por lo tanto, la Institución delimita el quehacer profesional imponiendo valores y líneas de acción, en donde se privilegia el cumplimiento de metas por sobre un bienestar de la persona para quien se trabaja. El quehacer se encuentra trazado por la racionalidad instrumental en donde sus valores guías son la eficacia y la eficiencia (concretado en metas, indicadores e índices); estas son formas racionales de ejercicio de dominación.

*“Claramente cuesta estar ahí con la Institución, porque nos instrumentaliza, dirigiendo nuestro quehacer hacia sus intenciones o bien hacia sus objetivos y que no necesariamente van de la mano, recordemos que lo nuestro es lo judicial y lo médico” Psiquiatra, Mujer.p137.*

Repetidamente los trabajadores de trato directo se refieren a la burocracia como obstáculo a la hora de ejercer sus labores. No se debe dejar de considerar que el

trabajador es el mejor representante de los intereses de las organizaciones e instituciones, pues lo instrumentaliza bajo sus propósitos.

*“Yo creo que uno cae un poco en la, en esta máquina ¿no? Bien como de los tiempos, la burocracia, del papeleo, de la cantidad, trabajo y uno como que, eh, tal vez uno puede que deje que.....que deje de ver las cosas y las relaciones como la tiene pensada” TENS, Mujer.p133.*

El trabajador de trato directo de la UCMS constantemente debe estar validando su intervención frente a la institución demostrando productividad, debiendo estar en concordancia según las exigencias impuestas, que pueden llegar a ser contradictorias con las convicciones personales.

Estas instituciones son denominadas complejas pues quienes desempeñan labores en el lugar, deben relacionarse con otras disciplinas, en un contexto carente de recursos y en condiciones de riesgo constante, lo que aumenta los factores estresores de las condiciones laborales. Junto con ello, pasan gran parte del tiempo en un contexto de encierro.

*“A ver... eh, sobre todo, éste, sería dificultades de incomodidad en el espacio, faltas de mantenimiento en la... Eh, pero bueno uno está acostumbrado a trabajar siempre con lo mínimo y, y uno se las va arreglando y se va adaptando ¿No? Pero esa sería una de las mayores dificultades. Entendamos que estamos en una Institución rígida, que se mueve muy poco y que está alejada de lo social, si eso no afecta las prácticas trabajadores de trato directo... mmm no lo sé dudo que no las afecte” TENS, Hombre.p158.*

Esta institución va desgastando a los trabajadores de trato directo, pues se transforma en una lucha constante contra una el funcionamiento institucional que poco a poco va afectando las motivaciones de quienes están insertos en este medio.

*“Ahora yo creo que igualmente uno de alguna manera uno también como cuando las cosas funcionan de esta manera uno como que se fuera desgastando, desmotivando puede ser, porque finalmente uno como que, me imagino yo, que.....ve pasar que uno hace cosas pero*

*que finalmente no, finalmente no se ven, no se toman en cuenta entonces igual uno como que, como que dice ya bueno, entonces igual sigue haciéndolo pero para que finalmente voy a opinar si al final la decisión ya está tomada, por así decirlo” TENS, Hombre.p142.*

Por otro lado, según los entrevistados, se trata de un lugar que es “maltratador”. Es común que existan trabas en el ejercicio del trabajo, así como escasas gratificaciones y deficiente apoyo a propuestas. El hecho de ser del área forense tiene un importante costo para los trabajadores de la UCMS.

*“Si te están poniendo trabas todo el día para poder trabajar. Si a veces sólo te dan las gracias y más encima se te maltrata constantemente, es para que cualquiera se aburra, tome sus cositas y se vaya ¿no crees? A veces el costo de ser forense” Psicologo.p139.*

Claramente para que estos trabajadores de trato directo puedan mantenerse en un ambiente de trabajo duro y llenos de conflictos, deben desarrollar un sustento ético fuerte, que de alguna manera les motiva a continuar pese a las adversidades que la institución y el campo forense posiciona.

*“Desgastante... Yo creo que, que pasa por cada uno también y lo que ponga cada uno en el trabajo. Eh, aún dentro de la psiquiatría creo que, eh, se puede automatizar bastante el trabajo si uno lo quiere automatizar. Pero cuando estás trabajando con la cabeza, con el alma, con los afectos, es desgastante. A pesar del entrenamiento, la experiencia. Pero el compromiso con el paciente y con todo lo que pasa alrededor es lo que te lleva a sentirte desgastada. No por eso querer dejar de hacerlo o hacer menos. Eh, creo que el costo es cada vez mayor, el personal, porque con el cansancio y el desgaste uno trata de siempre responder igual, entonces ahí está el sobreesfuerzo ¿No?” Psiquiatra, Mujer.p111.*

Las prácticas de los trabajadores de trato directo se encuentran influenciadas, por un organismo institucional fuerte, rutinario y burócrata. En donde los espacios de comunicación son escasos.

*“Los canales comunicativos se podrían ver cómo, como truncados de cierta manera por normalismos...Exactamente. Institucionalizados digamos. Exactamente, sí. Demasiado*

*institucionalizados por ahí, que hace rígido la comunicación, los planes de trabajo, las relaciones humanas, etc. Volviéndonos inevitablemente en burócratas” Asistente Social, Hombre.p115.*

Los entrevistados consideran su labor profesional como un desafío constante, pese a las dificultades de su cotidianidad. Su práctica, como ya han mencionado anteriormente es difícil, pero permite poder entregar un servicio orientado para quienes realmente lo necesitan. Si bien la institucionalización y la constitución del equipo obstaculizan su labor, ellos no renuncian a entregarse en la atención de las causas que se consideran pérdidas.

#### **5.1.4. Acerca del poder entre trabajadores de trato directo**

La formación profesional entrega una gran cantidad de información y de preparación para hacer frente al mundo laboral, no obstante, los cargos y validación social de dichas labores no son iguales ni equitativos cuando el poder está inmersos en las relaciones trabajadores de trato directo, y la UCMS no es ajena a este hecho.

Para los entrevistados, dentro del equipo de trabajo las profesiones inscritas en las posiciones directivas o de jefaturas se tornan dominantes. Aquellas que ya tienen un sitio privilegiado de forma cultural, ganan un espacio único de poder e influencia.

*“Es una situación histórica. Es una profesión (Medicina) que lleva años repensándose, acumulando conocimientos. Su sitio en la sociedad es fuerte, porque ha estado siempre. Pero así también van acumulando poder. Su lugar, no necesariamente es mejor que las otras profesiones. La jerarquías son necesarias y el poder también, es parte de lo cotidiano, pero el abuso de él es lo que me molesta”. Psicologo.p91.*

En los trabajadores de trato directo se encuentran distintos niveles de especialización que son importantes para desarrollar el trabajo en la UCMS, lo que logra como efecto perverso que cada profesión valla generando los llamados “nichos de especialización” y que corresponde a áreas de experticia que sólo compete al trabajador que posee

ese conocimiento y se transforman monopolios del saber. En consecuencia, nos encontramos nuevamente desde la perspectiva del poder, si una profesión se encuentra mayormente validada, el estatus y el nivel de injerencia es radicalmente distinto.

*“Sí, sí, sí. Eh, es que ahí está también una cuestión de validación. O sea, eh, al ser, si fuera un equipo interdisciplinario donde uno dice bueno, está el trabajador social, el terapeuta ocupacional, el... bueno, si todos estamos trabajando en pos del paciente, eh, las cosas salen a la par. Quizá trabajamos lo mismo, pero hay otros que tienen mayor poder de decisión, aunque pueden estar muy equivocados, pero la palabra de ellos es la última, si hasta en la paga se nota po’...” Psicóloga. p74.*

En lo práctico, la validación de cada profesional está condicionada al lugar que ocupa en el equipo. De esta manera se puede apreciar que la distribución del poder no se realiza en forma equitativa. Y es que ciertamente en estas instituciones prima el modelo biomédico, pese a que por norma de funcionamiento debe aplicarse el biopsicosocial, el cual debe ser aplicado por los trabajadores de trato directo, inclusive aquellos que no están vinculados en la materia. Como se mencionó anteriormente, implica adherirse a un modelo que ya estaba establecido, donde quien se incorpora al área debe adaptarse a este modelo de poder.

*“El modelo médico pesa mucho aquí. El tema, las decisiones generalmente se toman en base de los médicos. Eh, y creo que en eso también los sicólogos tenemos un plus, que es que de alguna manera los sicólogos de por alguna parte nos acercamos también al tema médico como al de la psique, ¿cachay?, pero no es lo único, si no parecemos como un caballito de feria” Psicóloga, Mujer. p63.*

Esto genera una sensación de frustración en algunas profesiones, por sentirse incapaces de poder manifestarse y sentirse partícipes de una decisión de equipo.

Existe otro grupo que menciona que esta poca equitativa distribución del poder al interior del equipo profesional es también responsabilidad de los subordinados el

mostrarse y ganar su espacio de trabajo. Según los entrevistados, esto se puede considerar como una “estrategia de sobrevivencia”, pero a su vez también efecto de encontrarse aletargados en una posición de una estructura de poder mayor que limita el accionar a pasos ya determinados.

*“Y... yo creo que existe un histórico por el poder médico hegemónico clásico y la institucionalización del poder médico está. Y bueno qué le pasa a las otras profesiones, que las otras profesiones se quejan de todo esto, de ese poder médico hegemónico, pero a la vez no se animan a asumir lo que les corresponde desde la disciplina en sí misma en cuanto a este nivel de responsabilidad. Quizás no debiera ser así, pero hay que dar la pelea ¿Cómo va a ser posible que no se luche por lo que corresponde?” Asistente Social.p88.*

En el siguiente párrafo se puede visualizar como se ha interiorizado la supuesta supremacía profesional del médico en este modelo de intervención. Los médicos psiquiatras señalan tener una mirada mucho más amplia que las demás profesiones.

*“Claro, yo creo que el trabajo es interdisciplinario, pero sigo pensando que la cabeza es la médica. Y no por una cuestión de omnipotencia o de... sino porque es la cabeza del equipo. Yo creo que el médico tiene la posibilidad de englobar más todas las áreas que otras especialidades” Psiquiatra, Mujer.p89.*

Si anteriormente los entrevistados se referían a que las condiciones institucionales van desgastando el actuar profesional, el ejercicio del poder también significa para ellos un mecanismo de frustración y sometimiento, entonces resulta de sumo interés la percepción del tema de la distribución del poder, de los funcionarios trabajadores de trato directo que llevan más años de servicio en la institución. En algunos casos dan como validado el hecho de que la jefatura sea médica.

*“Porque en el fondo la estructura de alguna manera, las informaciones se consultan se deciden dentro del equipo en la persona que tiene la decisión de qué es lo que se va a llevar a cabo es el jefe, y esto siempre ha sido, pero lo importante es ganarse su espacio con pega, si para eso*

*uno está, para los pacientes, si me empiezo a amargar por esas leseras me vuelvo más vieja po'..." TENS, Hombre, Jefe de clínica.p61.*

La estructura jerárquica finalmente es validada y aceptada, disminuyendo la posibilidad de generar autonomía y pro positividad en lo que a liderazgo refiere.

Se da diferencias entre los roles de quienes están ejerciendo labores en la UCMS y estas pueden estar marcada por lógicas y funcionamiento de poder. Los entrevistados recientes esta diferencia que se realiza y lo atribuyen a una mirada clasista.

*"A veces están los de arriba celebrando algo, comiendo juntos. Celebrando el cumpleaños de alguien. A mi maní, pero hay compañeros que se ofenden si igual es feo hacer esa separación. ¿Nosotros no podemos compartir?, si al final todos somos parte del mismo equipo" TENS, Mujer.p48.*

Así, las diferencias disciplinares devienen distinciones sociales que articulan relaciones de poder en la medida en que se entretajan con alteridades básicas (género, edad, clase) y el poder biomédico. Estas diferencias articulan oposiciones sociales como la mencionada en ya varias oportunidades: profesionales/no profesionales; médicos/no médicos; y los de arriba/ los de abajo.

### **5.1.5. El poder de los trabajadores de trato directo hacia los pacientes**

El poder es concebido como la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, es un elemento que surge en los entrevistados. La probabilidad efectiva de hacer valer esa voluntad a pesar de las resistencias reales o potenciales del más variado orden y el ejercicio de poder que puede tener un fundamento muy diverso y no parte, en modo alguno, de una legitimación de orden contractual.

*"A veces me siento cómplice de un poder, es como si fuésemos inventados para controlar lo social, tener un cierto equilibrio que calme a los grupos de poder... pero somos como bisagras y podemos negociar" Psicologo.p70.*

El estar inserto en el campo de lo forense entrega el rol y un lugar dentro de la institución, donde se adquiere un poder complejo sobre una persona.

*“Es como si las personas nos entregasen un pasaje no menos importante de sus vidas y nos dijeran léala y vea en que me puede ayudar. Duro. Me está entregando poder y realmente uno puede hacer y deshacer, piensa que se trabaja con personas que ya están olvidadas de los social ¿Quién se va a preocupar de reclamar por ellos? Hay muchos logros que son por la influencia de los trabajadores de trato directo, como así también errores garrafales que son de nuestra responsabilidad...” Psiquiatra. Mujer.p49*

Los entrevistados refieren que se ostenta un gran poder el hecho de estar en el campo de lo forense, pues se trabaja con el diagnóstico y la privación de libertad del paciente.

*“El poder de persuasión a nivel social es grande. Imagínate que viene una persona acá y le decimos que tiene tal diagnóstico y cuánto tiempo tiene que permanecer con nosotros, con sólo el hecho de hacerlo válido ya trazamos gran parte de las características de la vida que se le viene” Terapeuta Ocupacional, Hombre.p81.*

En síntesis, el actuar de los trabajadores de trato directo se constituye a partir de distintas lógicas de conocimiento y de poder. Esto es una entrega enorme que la sociedad hace a los trabajadores de trato directo, en cuanto poder y la capacidad de poder influenciar y de generar cambios en el interior de una institución que encuentra en su génesis el disciplinamiento de los sujetos que están fuera de la “norma”.

Dentro de la experiencia de trabajo, parte de los entrevistados señalan que si han visto en más de una oportunidad sus valores tensionados y que eso ha afectado su trabajo. Si bien son episodios que han sido aislados, si han hecho replantear su compromiso con la UCMS.

*“recuerdo un paciente que falleció. Nosotros avisamos varias veces al médico a cargo, no lo vio siempre. A veces decía que lo iba a ver el lunes (de viernes a lunes). Al final el paciente se terminó muriendo, no es culpa de él, pero se podría haber actuado mejor. Esas cosas dan*

*rabia, porque uno a veces piensa pa que sufrirla tanto o preocuparse tanto. Y uno hace como que no pasa nada agacho la cabeza y sigo. Estoy quemado” TENS, Hombre.p45.*

El poder que desempeñan los trabajadores de trato directo está dado por la posesión de conocimientos científicos y técnicos, por ello se convierten en agentes privilegiados de la vida social, en cuanto al conocimiento, ya que constituye la fuente originaria de la racionalidad, que persuade, incide y afecta en la esfera social. Desde lo ético moral constituye una enorme responsabilidad. Las intervenciones de los trabajadores de trato directo deben tener un profundo análisis ético de manera de buscar el bienestar común. Esta atribución es riesgosa cuando se cruza con el factor del poder pues el propósito de buscar el bienestar del usuario puede quedar en segundo orden.

### **5.2.1. La necesidad de la interdisciplinariedad**

Cuando se menciona la categoría de equipo de trabajo, los entrevistados los asumen más como una red de trabajo, lo califican como una aspiración, una meta y tarea pendiente a cumplir.

*“es difícil hablar de equipo de trabajo, yo veo más bien estamentos diversos que se ven cara a cara, donde se manifiesta una red de apoyo más bien laxa y en donde hay problemas importantes de comunicación y donde claramente ser equipo es una tarea pendiente un predicamento constante de cada jefatura que aún no se resuelve. No podemos hablar de un nosotros” Terapeuta Ocupacional, Mujer.p52*

Para los entrevistados se vuelve una necesidad el poder ser interdisciplinarios, toda vez que pueden construir procesos más completos, pero a su vez la posibilidad de poder generar equipo. Saben bien que cada área tiene potencialidades para aportar, pero que los “egos” y las diferencias de los trabajadores de trato directo pueden jugar en contra.

Como ya se ha mencionado, existe la necesidad de potenciar los espacios de diálogos. Lamentablemente los entrevistados afirman que la misma cultura hospitalaria genera

distanciamiento donde el poder se encuentra en manos de algunos; las relaciones se van mermando y las relaciones se construyen a partir de esta característica.

### **5.2.2. Espacios de esparcimiento de la UCMS**

Los espacios y momentos de esparcimiento al interior de la UCMS son muy interesantes a este respecto. Entre los entrevistados aparece la referencia recurrente a una instancia para ellos muy relevante, el paseo de fin de año de la unidad. La indican como la única instancia existente para poder compartir de manera horizontal entre todos los miembros del equipo. Pese a que históricamente la organización de este paseo es colectiva, una parte del equipo, distribuida entre los TENS y auxiliares la han adoptado como propia. En esta ocasión festiva se da un efecto interesante donde las relaciones de poder se invierten. En cuanto a la organización del evento, todos cooperan por igual, desde jefatura hasta el auxiliar. Sin embargo, el liderazgo lo asumen los TENS; lo que se cocinará, el lugar donde se llevará cabo y las demás responsabilidades y su distribución. Desde el discurso se aprecia que esta fiesta proporciona un espacio de participación y reconocimiento que se tiene una vez al año, puesto que la supresión momentánea de las jerarquías y el consecuente nivel de horizontalidad permite espacios de confianza que posibilitan la expresión y superación simbólica de las desigualdades al interior del equipo y las tensiones que se derivan de ellas.

*“la instancia que está es la del paseo. Es llamativa. Las relaciones son más horizontales, pero es como si fuera una actividad propia de los funcionarios y no de los profesionales. Allí nosotros perdemos injerencia y es como si estuviéramos al servicio de, lo que no es malo.*

*Pero es llamativo y aquí se dice y se hace de todo” Psicóloga.p50*

*“es entretenido, pero se pierde los límites. Aquí la ayuda del alcohol hace que hasta la más piola putee al jefe de turno y es como casi que uno va preparado para eso. Pero igual se ven las diferencias. Los jefes y profesionales se van antes y el perraje quedamos haciendo el loco” TENS.Mujer.p55.*

En una suerte de pequeño carnaval, donde hay alcohol, bromas y burlas, esta instancia invierte la estructura de poder y los rangos sociales de la estructura se horizontalizan. Es la instancia que funciona como válvula de escape para poder soportar la institucionalidad, para plantear necesidades y apreciaciones del funcionamiento organizacional. Si bien a lo largo de este escrito se aprecia los marcados rasgos de la institucionalidad en los trabajadores de la UCMS, este espacio del paseo de fin de año desquebraja por un momento la rigidez y establece espacios de antiestructura -para utilizar una expresión de Víctor Turner- que desarticula roles y posiciona al sujeto al centro de una o visión idílica de la colectividad (*communitas*) en la cual todos sus miembros son iguales (Turner, 1993). Si bien esta instancia logra manejar los conflictos de una estructura rígida que no cuaja en un nosotros, no logra asegurar la conformación de un sentido de pertenencia englobante y, más aún, destaca las agudas y permanentes desigualdades que emanan de las diferencias estructurales de las que aquí se ha dado cuenta.

### **5.3.1. La identidad de los miembros del equipo**

Uno de los elementos que destacan los entrevistados de esta unidad es la capacidad creativa y de perseverancia de sus miembros, a pesar del escenario institucional adverso. Históricamente esta unidad ha sido relegada del resto del hospital, desde el departamento dos a ser el Servicio de Psiquiatría Forense y de allí las dependencias que posee. Para los entrevistados es a punta de esfuerzo y paciencia que ellos logran su cometido, lo que denota un dejo de resignación ante la incomprensión de los otros servicios que sostienen una posición social más distinguida dentro del Hospital.

*“Es importante rescatar que un elemento positivo tiene que ver con la fuerza de este equipo. Partiendo con poquitas personas ha crecido y además ha sobrevivido ampliando sus áreas de especialidad y eso es a punta de gente de esfuerzos, que pueden estar quemados, pero debe estar el bichito de la vocación” Enfermero. p84.*

En cuanto a debilidades hacen referencia en primer lugar al estigma que se tiene desde la institución, donde se ha instalado que las personas que trabajan acá son los que

nadie quiere y que en esta unidad se transgrede las normas constantemente, por casos emblemáticos de trabajadores que la siguiente cita describe y que para los entrevistados son cosas que son inherentes al contexto en el que se enmarca esta unidad.

*“Siempre nos van a mirar como que somos los peores los que estamos acá, castigados, los que trabajan mal etc. y además que aquí ocurren barbaridades, desde funcionarios que le abren la puerta a pacientes para que se fuguen, que le venden cosas, le cobran por el uso del celular. En fin, esas cosas no ayudan” TENS, Hombre.p88*

Para los entrevistados, esta unidad es una constante oportunidad. Sería un privilegio el trabajar con personas que están abandonadas incluso desde la misma psiquiatría, como se ha demostrado a lo largo del texto de este capítulo, por lo tanto, el equipo que está presente tiene elementos vocacionales que se pueden trabajar y potenciar, incluso en el espacio de la institucionalidad. Los entrevistados identifican que se les ha construido desde la otredad para significar el espacio negativo del instituto psiquiátrico, aquel que alberga a “los más peligrosos de los pacientes”, que como se ha dicho anteriormente comparten perfiles psicopatológicos y conductuales similares, solo que sus carencias han marcado el cómo se ha desarrollado sus vidas. Se identifica el análisis que fragmenta lo forense respecto del instituto psiquiátrico, refiriendo la institucionalización al espacio de la superestructura de la institución, es decir la UCMS dentro de la comunidad hospitalaria.

Vemos en esta oposición entre la UCMS y el resto de las unidades la manera en que la distinción social opera creando jerarquías situacionales contrastivas. Así como hay una distinción entre los de arriba y los de abajo, o lo médico y lo no médico al interior de la UCMS, la relación que dibuja a esta en contraste con su marco hospitalario mayor opera a partir de la alteridad médico/forense, dentro de la cual, lo forense cae en la categoría de estigma, frente a la cual es muy difícil escapar, puesto que se trata de una identidad atribuida respecto de la cual no se espera que el sujeto reaccione en la medida en que debe componerse con una imagen deteriorada de sí mismo (Goffman E. , 2006).

## 6. Vínculo entre la UCMS y el Instituto Psiquiátrico. Percepción y estigma.

Para los entrevistados existe la imagen de estar aislados de la institución, donde se pierde importancia y relevancia en la toma de decisiones.

A su vez existe la sensación de estar desplazados respecto de las demás unidades de la institución y eso afectaría incluso en la calidad del trabajo que se desarrolla, pues no llegan los recursos con la misma celeridad de otras unidades y tampoco se entrega respuesta rápida a necesidades cotidianas. Hay un desconocimiento del Instituto Psiquiátrico por lo forense, surgiendo un elemento distintivo, el estigma a la unidad y al equipo de trabajo. De alguna manera se reproduce el mismo estigma que viven los pacientes en la institución, profundizando el análisis de reproducir la mirada de posicionar un actor contrario para definir y plantear diferencias. En este caso a la UCMS recibe la estigmatización atenuando los rasgos de institucionalización, pues estos elementos se adhieren a la identidad y la construcción de la subjetividad con la que elaboran y recrean sus espacios laborales los trabajadores de trato directo.

*“Es llamativo, somos una isla, somos, perdonando la expresión la última chupa del mate. No nos quieren. Estamos aislados. Se demoran en venir a resolver un problema y nos miran mal. Yo le llamo la isla perdida” TENS, Mujer.p60*

La sensación de estigma en base al desconocimiento es patente, pero a su vez configura un elemento identitario. De hecho, en general los psiquiatras piensan que los pacientes son simuladores que no poseen enfermedad mental y que engañan al equipo.

*“sabemos que nos ven como bichos raros y a que nuestros pacientes le dicen delincuentes, pero es ignorancia e igual le somos útiles al hospital, porque por nuestras gestiones reciben plata. O sea, para el hospital somos un mal necesario. Pero para estar acá hay que tener cuero de chanco y eso no nos falta porque pucha que nos dan duro cuando quieren. Figúrese que para cambiar una llave les da lata cruzar, una llave. Tuvimos un invierno entero sin agua caliente” TENS, Jefe de Clínica.p60*

Para los entrevistados la percepción de esta institución, respecto de la UCMS es de ser una “molestia” pero que le entrega recursos.

Es una relación distante con el resto de la institución, pese a que el plan estratégico establece lo forense como un pilar de desarrollo, lo real es que en la práctica no ocurre así, debiendo ser esta unidad un referente técnico, no se le da la relevancia necesaria.

Lo que ocurre entre esta unidad y la institución es una reproducción de lo que ocurre socialmente con el grupo objetivo que trabaja, es decir, socialmente se han instalado los sistemas que albergan a los sujetos que cometen delito en espacios aislados, donde las prácticas que se llevan a cabo al interior de la institución no están del todo claras, pero si se crean imaginarios colectivos al respecto, basado en representaciones que finalmente configuran un estigma. Nuevamente está el razonamiento de establecer bloques de separación entre los que componen la institución, excluyendo a la UCMS, como aquello distinto de la psiquiatría convencional.

#### **6.1.1. Diferencias de desempeño entre la UCMS y unidades del Instituto psiquiátrico.**

Para algunos de los entrevistados los niveles de desempeño de las diferentes unidades del Servicio no son equiparables y no hace relación con la dificultad ni exigencia de la UCMS en comparación con otras unidades, si no que más bien en el tipo de experticia que hay que desarrollar. Son perfiles y contextos institucionales distintos. Sería las habilidades de negociación con los pacientes las que resaltan para poder contener verbalmente a pacientes, de allí se despliegan las habilidades blandas, por lo que el agotamiento es psicológico.

*“En las unidades o sectores del hospital hay mayor rigurosidad en cuanto a la supervisión del paciente. Hay que tener en cuenta que estarán menos tiempo en hospitalización y además las condiciones de infraestructura son muy distintas. Otra cosa es que tenemos más pacientes, se nos hace más difícil poder manejarlos” Psicóloga, Mujer.p30.*

Entrevistado señala que el nivel de exigencia en cuanto desempeño de los trabajadores de trato directo debiera ser igual a cualquier otra unidad del hospital, toda vez que el paciente forense es tan paciente como el de un sector de agudos. La distinción que está construido en base a un estigma, que claramente influye en el desempeño y en la cultura de trabajo.

Otra característica es el vínculo con el marco legal, la necesidad de apropiar un lenguaje que no es nativo de la formación profesional y que en muchas ocasiones causa tensión a la hora de tratar de comprender la aplicación de un criterio legal. Esto implica lidiar con personas de mundos de vida opuestos al marco de la salud, con formación y visión distintas, que no centran la atención en el tratamiento, por ejemplo, si no que en el cumplimiento de una sanción.

*“Tenemos que lidiar con jueces, abogados y es desgastante porque no saben de salud y nos va limitando las posibilidades de tratamiento, tenemos que lidiar con lenguajes técnicos. Pero bueno es lo que nos toca” Psiquiatra, Mujer.p73*

Para gran parte de los entrevistados un elemento distintivo es la lejanía del equipo con los pacientes y que hace referencia a la barrera estructural que existe en la unidad, que elabora un elemento simbólico distintivo que incluso se refiere en el uso del lenguaje. El elemento crítico aparece desde los TENS a los profesionales, donde señalan que la lejanía viene de los últimos mencionados, quienes centran su hacer en exigencias administrativas.

*“los médicos bajan poco, el psicólogo, asistente social y t. ocupacional, los veo poco con los pacientes, bajan poco a la clínica. Están a veces más pendientes de hacer papeles para los jueces” TENS, Hombre.p33*

También es importante considerar que apunta al nivel de complejidad que tiene esta unidad es el trabajo que se debe llevar a cabo con los pacientes, considerando que casi la totalidad de ellos vienen de sectores vulnerables y de alto riesgo y con familias multiproblemáticas. Se debe tener en cuenta que una vez que el sistema judicial entrega la sentencia de medida de seguridad, el paciente queda bajo el cuidado y custodia de la UCMS, quienes deben elaborar un plan de trabajo desde la precariedad

de los recursos disponibles tanto nivel de la red de apoyo familiar y la red pública, porque si desde la misma institucionalidad es complejo desarrollar un sitio para la UCMS, en la red pública la atención para la línea forense es inexistente.

### **6.2.1 El peladero del Horwitz**

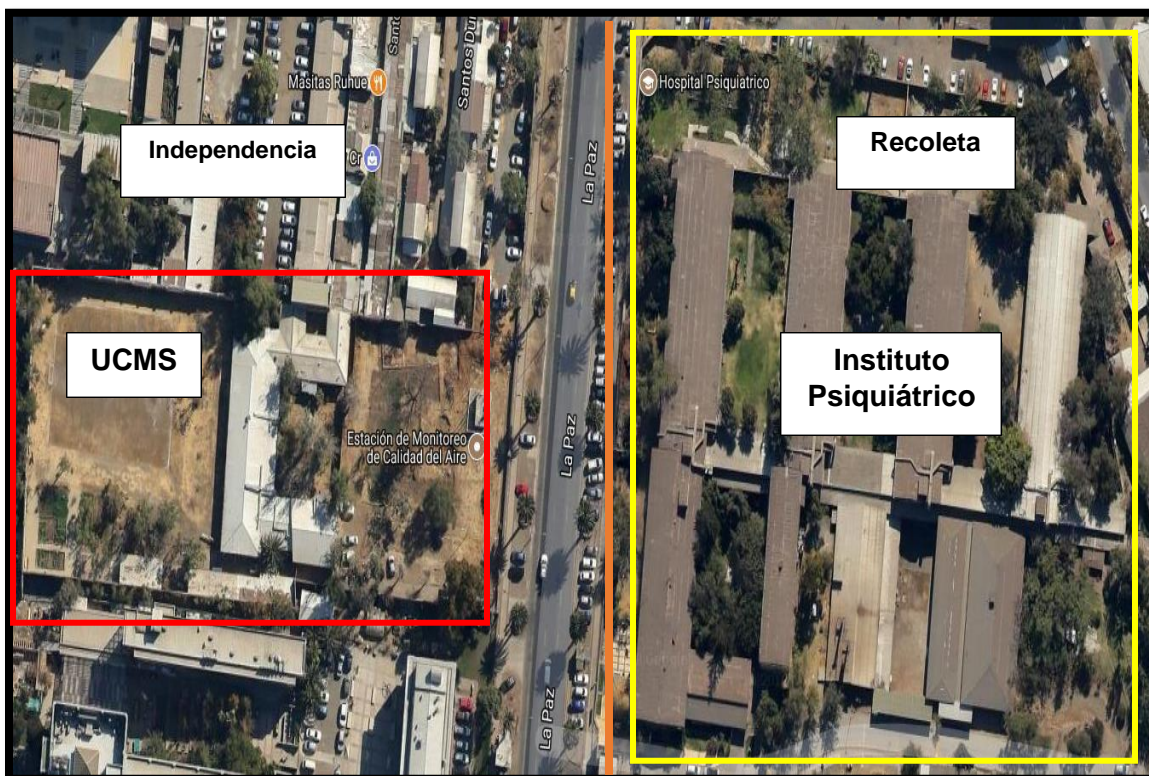
Otro aspecto relevante que aparece en las entrevistas es la manera en que se describe físicamente la institución, al menos la UCMS. Dentro de las primeras impresiones se indica como un lugar desolado, que es una eterna promesa de ser acogedor para los pacientes y para los trabajadores, pero que de alguna forma expresa lo que ocurre a nivel de equipo. Desde afuera se proyecta como un lugar descuidado, pero que no se conoce las posibilidades de poder mejorarlo, tanto a nivel de imagen, lo que proyecta hacia la exterior, como lo que significa para quienes trabajan allí. Para los entrevistados, este lugar constituye un sitio olvidado para el hospital y no valorado, pese a las posibilidades que ofrece.

*“es un lugar feo, solitario y descuidado. Si se mira de afuera parece peladero, el peladero del Horwitz, pero tiene gente muy buena y un gran potencial” TENS, Mujer.p124*

En las entrevistas es recurrente indicar la particularidad de que la UCMS y el Instituto Psiquiátrico estén en comunas separadas. Aunque ambos establecimientos están dispuestos frente a frente separados por una calle, geográficamente la UCMS se encuentra en Independencia y el Instituto Psiquiátrico está en Recoleta. Eso repercute en la sensación de separación

*“estamos en otra comuna. Les da flojera cruzar, a veces han llamado de portería los médicos residentes para saber cómo estamos y si necesitamos algo, cuando tienen que venir y cruzar. A nosotros (UCMS) se nos corta la luz a ellos no (Facción del instituto que se encuentra en recoleta). Es mucha la diferencia. Sé que hay nuevo director ni ha venido ni lo conozco” TENS, Hombre. Jefe de Clínica.p7.*

Imagen N° 11: Ubicación geográfica de la UCMS respecto del Instituto Psiquiátrico



Fuente: <https://www.google.cl/maps/@-33.4223288,-70.6508188,164m/data=!3m1!1e3>

Es importante destacar que la separación social que se ha mencionado en secciones anteriores se exprese física y territorialmente. Esto acrecienta la sensación de exclusión por parte de los trabajadores de la UCMS, pues es una forma gráfica de sentirse diferentes de la institución a la que pertenecen, pero de la que sienten que los ha rechazado y estigmatizado por ser funcionarios “forenses”. Así como por parte de la sociedad, a la población de un hospital psiquiátrico se les deja en lugares periféricos, excluidos, la UCMS está fuera del instituto, situados en otra comuna donde hay asuntos administrativos que se deben realizar con otras entidades de gobiernos locales (municipios, comisaría, retiro de basura, etc.), acentuando la diferencia y la falta de reconocimiento a su labor.

## 6.2.2. UCMS República independiente, Estigma de ser trabajador Forense.

Según los entrevistados el servicio de psiquiatría forense y la UCMS reporta importantes ingresos económicos para el Instituto Psiquiátrico por lo que representa su valor de prestaciones. Esta sería la razón para que esta unidad continuara funcionando sin mayor sobresalto, toda vez que le es útil a la institución.

*“Somos un cachito que le da plata al hospital. No nos quieren. Yo sé de gente que ha manifestado con rabia contra nuestra unidad, incluso cargos de jefatura, porque no les gusta este tema, sin embargo, al recibir ingresos que sirven al hospital, lo mantienen” TENS, Mujer.p142*

Un tema relevante que se destaca como emergente es la sensación de ser una unidad independiente en cuanto a acciones, por lo específico del tema que aquí se aborda. Y también se manifiesta que esta cualidad molesta a las entidades externas a la unidad que no logran comprender el funcionamiento interno.

*“Nos dicen la república independiente, porque según ellos hacemos lo que queremos. El tema no es ese, si no que respondemos a lo judicial y a la gente de salud le cuesta entender que un Juez está por sobre un médico. Les cuesta” Psiquiatra, Mujer.p113*

La sensación de lejanía con la institución es transversal y más aún sentir que existe un estigma para quienes trabajan con el paciente forense. En el relato los entrevistados plantean que desde ya el hecho de trabajar en esta unidad significa dentro de los trabajadores ser denostados. Pues está la imagen que el trabajador que llega a UCMS es lo peor o son los castigados. Se reproduce un elemento de estigma que no tiene un fundamento certero.

*“A nosotros no nos quieren. Cuando yo dije que me venía para acá fue como te vas para allá, haya está la mugre del hospital. Y es por qué han mandado personas con sumario o que no los quieren en todo el hospital y terminan cayendo aquí” TENS, Hombre.p64*

### 6.3. Anestesia emocional de los trabajadores de la UCMS

Se presenta la idea de que hay “desesperanza aprendida”, esta se manifiesta en acciones de desilusión frente a la institución, es decir, que la inmovilidad institucional dificulta la posibilidad de generar acciones que posibiliten erradicar malas prácticas y que en consecuencia motive a los integrantes del equipo a generar trabajo conjunto. Está la sensación de incapacidad de solución frente a problemas, generando cansancio y además que trabajadores se terminen acostumbrando a una forma dañina de trabajo, que encienden alarmas. Se aprecia que este equipo se comienza a adaptar a situaciones anómalas, patológicas, lo que termina impactando en los sujetos: su perfil se institucionaliza.

*“hay desgaste, las personas se habitúan a una forma de funcionar donde están dañados constantemente. Eso es terrible, alarmante, nos vamos anestesiando emocionalmente porque nos acostumbramos a cosas que son tremendas y que nuestra institución no se mueve por cuidarnos. Aceptamos lo dañino” Psiquiatra, Mujer.p76*

Se aprecia que se pierde un espíritu de equipo. Se señala que no hay espacios donde el equipo comparta de manera contante y no en bloques. Se puede identificar que el desgaste ocurre a tal magnitud que en oportunidades no existe el ánimo de acudir a la institución. Hay una sensación de poca compañía.

*“Estoy desgastada, hay veces que no quiero venir. Me siento poco acompañada la verdad. El equipo perdió la mística.” Psiquiatra, Mujer.p50*

A juicio de los entrevistados se produce un dilema ético, toda vez que en varias oportunidades no está la motivación de dar una solución a un paciente que demanda una respuesta en reiteradas ocasiones. El desgaste no justificaría, pero si respondería a existanla existencia de tratos no adecuados por parte de algunos trabajadores que ya están frustrados ante los limitados cambios. Esto traería la tentación de hacer lo mínimo. Frente a este hecho, sugieren que un elemento vital para poder funcionar en esta área es poder estar bien emocionalmente en lo individual.

*“mira he visto acá funcionarios que tratan de manera impropia a los pacientes. Los veo cansados, frustrados. Es un trato que no corresponde, pero se nota que no hay ganas de hacer cosas o cambios” Psicólogo. Hombres.p59*

*“acá los pacientes son demandantes y como traen mucha conducta canera, se ponen a preguntar cosas a cada rato, después vuelven con las mismas preguntas. También hay quienes vienen a tratar de imponerse y nos tratan como empleados, sobre todos cuando los de arriba no están y hay que controlarse y tratar de hablar con ellos” TENS, Mujer.p37.*

Por otro lado, se debe considerar el contexto judicial, que enmarca los movimientos que se pueden realizar a nivel de intervención, toda vez que cada decisión que involucre al paciente se debe consultar al juzgado que tiene a cargo su causa, esto enlentece los procesos y aletarga el accionar.

*“es desgastante, porque tenemos que consultar casi todo. Un juez debe tomar una decisión que impacta en el tratamiento de un paciente, pero para eso nosotros elevamos antecedentes, pero eso no asegura que la respuesta sea positiva. Y en el transito hay que manejar la ansiedad del paciente que nos puede estar consultando constantemente. Pero cada paso debe ser consultado” Terapeuta Ocupacional, Hombre.p40.*

Si bien las condiciones en las que se encuentran los pacientes son de mejor calidad que la que pueden encontrar en un recinto carcelario, generar tratamiento en contexto de encierro es tenso. Esto interpela a quienes deben trabajar con pacientes, no solo por la influencia del medio en el paciente, sino que también en el equipo de trato directo. Por otro lado, el estar expuesto a relatos de delitos graves que pueden interpelar experiencias interpersonales son áreas que deben trabajarse en un ambiente donde no hay cuidado del equipo, lo que apunta a un desgaste no menor, pues se trata de trabajar en objetivos y tratamiento de largo plazo en un modelo público de salud mental insuficiente que limita el que hacer de las posibilidades de trabajo con el paciente forense en exclusividad.

*“es agotador, porque hay que pensar que estamos frente a pacientes con una precariedad grande en todas sus dimensiones y que eso es desgastante. Están encerrados, están estresados, no todos, pero es normal. Nosotros estamos frente a historias y delitos graves y esto los escuchamos a diario, es una razón de desgaste” Psicóloga. p77*

Desde el punto de vista criminógeno también se debe lidiar con la constante trasgresión a la norma, tratando de instalar pautas de funcionamiento que se apeguen a un contexto normativo, lo que es un trabajo tedioso y a largo plazo.

*“yo he avisado varias veces, por ejemplo, tienen debajo de la cama lleno de ropa. Yo les he pillado cucharas metálicas, hojas de prestobarba, si no podemos olvidar con quienes trabajamos. Yo le he dicho a la enfermera, pero no me hace caso, los demás tampoco y da rabia porque nos pone en riesgo” TENS. Hombre.p19*

Otro punto que aparece en las entrevistas es la sensación de desmotivación, toda vez que se llega con el ánimo de modificar y hacer propuestas, las que no serían escuchadas. La sensación es de estar institucionalizados, sienten que la conducta inclusive se va mimetizando a la de los pacientes. Sienten que ya no existe el ánimo de querer hacer cosas por los pacientes.

## **7. Infraestructura y su impacto en las labores de la UCMS**

Esta unidad destaca en la infraestructura en término del tamaño del recinto, lo que proporciona una buena oportunidad de mejorar la intervención, sin embargo, se queda en una constante oportunidad, porque a juicio de los entrevistados no se ha capitalizado. Está la necesidad de rediseñar y ocupar el espacio vigente.

*“es grande, tiene harto espacio, pero mal distribuido. Tiene una buena cancha. Los pacientes pueden salir a fumar sin problema y libremente. Pero queda ahí. Adelante hay un tremendo jardín. Lleno de maleza. Se podría aprovechar de más, pero ahí está y parece peladero. Somos como la eterna oportunidad y nadie se mueve para hacer algo distinto” Terapeuta Ocupacional, Hombre.p63*

## Imagen N°12: Frontis y Patio interior de la UCMS



Fuente: Imágenes tomadas en trabajo de campo de esta investigación, 2018.

Pese a que existe un espacio considerable en términos de dimensiones, hay parte de los entrevistados que destacan la estética del lugar, como un espacio poco acogedor y que sus condiciones son deficientes. No respondería a las necesidades de quienes trabajan ni para quienes se trabaja, con reducidos lugares para atender a pacientes y con mínimas condiciones de seguridad, lo que hace que sus trabajadores, sobre todo el personal clínico estén más expuestos a agresiones. Considerando que no se ha logrado una apropiación del espacio que logre la explotación de las oportunidades que el recinto entrega.

*“Acá estamos expuestos a los pacientes. Por lo demás es un lugar donde uno pasa frío y se expone a los pacientes al uso de estufas a gas y ya hemos tenidos a dos quemados, son pacientes graves y por lo demás no es un lugar acogedor y estamos pensando en tratamiento*

*y en personas que prácticamente viven acá y aun así no nos hemos apropiado del espacio”*  
*TENS, Mujer.p100*

**Imagen N°13: Imagen de piezas y baño exterior de la UCMS.**



**Fuente: Imagen tomadas en trabajo de campo de esta investigación 2018.**

Comparativamente con años anteriores esta unidad ha tenido avances considerables, de pasar a ser una infraestructura completa de madera, a material sólido, pero que el paso del tiempo ha deteriorado pues su mantención es precaria y el uso que se le entrega es exigente.

Se aprecia la existencia de puntos ciegos que favorecen la comisión de conductas que atentan a la norma. Los entrevistados mencionan que el espacio que estaba situado para el aislamiento al estar sin uso constituye un riesgo. Por otro lado, señalan la falta de luminaria para las noches, quedan espacios en oscuridad que son ocupados por los pacientes. Se señala el espacio que queda entre lavandería y los casilleros. Todos

estos espacios comparten las características de quedar fuera del alcance y control del funcionario. Por lo tanto, aquí se encuentra una característica que dificulta el trabajo de quienes están en trato directo con los pacientes.

*“ahí nos queda la escoba, porque no podemos supervisar bien, hay hartos puntos ciegos que si nos descuidamos un poco desde fuga hasta lo que te imagines pasa ahí” TENS, Hombre.p69*

Al ser un espacio grande, se da la dinámica del “grito”. Cualquier llamado general que se realice se hace a través de un grito. Incluso los pacientes se relacionan de esa forma. Es común escuchar en horarios determinados que marca hitos determinados: levantarse, los remedios, el desayuno, el almuerzo, los remedios, la once, la cena los remedios a dormir.

Misma situación ocurre con los pacientes hacia los profesionales, durante toda la mañana están golpeando la puerta de vidrio y llamando al profesional que necesitan, instalándose esto como una práctica habitual y naturalizada, pues se ve el desfile de profesionales acudiendo al llamado del paciente.

### **7.1. Los de arriba y los de abajo: Espacio físico y relaciones del equipo**

Existe una separación particular en la infraestructura, que divide la clínica y las oficinas y que en el discurso de gran parte de los entrevistados se conceptualiza en los de arriba y los de abajo. Arriba los profesionales, abajo el funcionario de clínica. Separados concretamente por una puerta de fierro y una escala que permite bajar a donde están los pacientes. Para los entrevistados esta separación no es solo física es simbólica y da cuenta de lo que ocurre en las partes que componen el equipo. Habla de falta de comunicación de imposición de jerarquía y de espacio privilegiado para trabajar

*“lo de la escalera es fuerte, nosotros la miramos desde abajo y es como que subimos hablar con el poder (risas) aunque a mí me da lo mismo yo tengo que hacer mi trabajo y listo, no me voy a achunchar, pero representa separación” TENS, Jefe de Clínica, Hombre.p61*

**Imagen N°14: Oficinas de profesionales y separación en planta baja de la clínica y dormitorios de pacientes vista desde abajo.**



**Fuente: Imágenes tomadas durante trabajo de campo de esta investigación, 2018.**

Dentro de los entrevistados se marca nuevamente una diferencia, “los de arriba y los de abajo”. Los de abajo, funcionarios de clínica sí establecen actividades conjuntas, se organizan en almuerzos dentro del recinto, aludiendo que se ven gran parte del día, procurando en consecuencia construir un espacio que sea de su agrado en un contexto demandante. Caso distinto de la otra parte que compone el equipo, los profesionales. Los entrevistados refieren que pese a ser un equipo vinculado a la salud mental, no se realizan los espacios para preservarla, lo que resulta contradictorio. La expresión de atomizar incluso dentro de la infraestructura se manifiesta nuevamente, en

componentes identitarios que se sitúan en bloques de componentes del equipo de la UCMS. Los mismos entrevistados señalan que el hecho de que el acceso a la parte clínica, donde están los pacientes y personal de enfermería, esté en una planta más baja, les recuerda constantemente la estructura piramidal en la que desarrollan sus labores, realizando el concepto de que cuando los funcionarios profesionales quieren acceder al espacio de la clínica deben “bajar”.

En este caso, el uso del espacio físico vuelve tangibles unas diferencias sociales jerárquicas, donde aquellos que tienen mayor, conocimiento, prestigio, autoridad y poder se encuentran arriba, y abajo se encuentra aquella parte del equipo menos preparada y más alejada del saber/poder médico, confundándose con los pacientes/reos. La distancia de verticalidad se acentúa en un elemento simbólico como una puerta y una escala, que marca ritualmente (en sentido lato) posiciones y poder de los integrantes.

## **7.2. Representación personal del espacio físico de la UCMS**

Según los entrevistados, es un buen espacio también para los pacientes, es amplio y cuenta con gran parte para poder movilizarse. Los pacientes hacen la distinción en comparación a la cárcel o servicios donde han estado, y consideran que esta unidad les permite mayor movilidad. Sin embargo, el apremio del encierro comienza a surgir de manera natural y la libertad se vuelve un anhelo. Este encierro también favorece el desarrollo de conductas que van en contra de la normativa.

*“los mismos pacientes nos dicen que el espacio está bueno, que pueden moverse y caminar. Pero ligerito se empiezan a sentirse ahogados. Piensa, igual están encerrados y que tratamiento resulta así. Si yo que paso todo el día acá y casi el día completo al ratito ya me quiero ir, para ellos que pasan días, meses y años debe ser más difícil” TENS, Jefe de Clínica.p70*

Para algunos entrevistados representa una oportunidad, un terreno fértil donde se puede construir pero que está allí, como oportunidad. Toda vez que constituye un gran

espacio con áreas verdes que tiene uso limitado. Se transforma en una pérdida de espacio

*“a mí me dicen que ven un peladero, yo veo una oportunidad, se le puede sacar provecho como antes, cuando se le daba mucho uso para los pacientes y para actividades. Aquí yo tuve una huerta, es un desafío”* Psiquiatra, Mujer.p82

**Imagen N°15: Mural y huerta que se desarrolla en patio interior de la UCMS**



**Fuente: Imágenes tomadas durante trabajo de campo de esta investigación, 2018.**

### 7.3. Isla sin medida de seguridad

Uno de los puntos que sale en la entrevista es que la infraestructura cuenta con limitadas medidas de seguridad, pese a que está destinada para el cumplimiento de medidas de seguridad para pacientes de mediana complejidad. Para los entrevistados la infraestructura nunca estuvo pensada para ese perfil y se ha acondicionado en la marcha.

*“este lugar es pésimo en términos de lograr vigilancia. Las murallas están enaltables con reja hace poco tiempo. El cierre perimetral hubo que presionar para que lo instalaran, nos venían a ver varias veces, pero no pasaba nada, no hay cámaras de seguridad. Y la vigilancia es pobre, si es fácil fugarse, tiene las partes identificadas para hacerlo” Psiquiatra, Mujer.p136*

Los entrevistados señalan con especial atención que esta infraestructura favorece el desarrollo de conductas delictuales. El diseño de la UCMS no cumple con la estructura clásica del panóptico, si no que más bien cuenta con un antejardín amplio que no se ocupa, posteriormente se encuentran las oficinas de parte del equipo profesional, pasando una puerta que da acceso a una escala, se baja a la clínica que tiene visión solo para dos salas de pacientes. La sala donde hay 10 camas de pacientes que requieren asistencia médica, la segunda sala que tiene 10 camas de pacientes semindependientes y luego la sala 3 y 4 que corresponde a pacientes que poseen mayor autonomía y que son justamente la salas que no pueden ser supervisadas desde la clínica. Hacia el ala derecha se encuentra el comedor y luego las duchas, allí se encuentra un pasillo que está oculto que es de difícil supervisión. Hacia el ala izquierda está la salida al patio, donde está el comedor de los funcionarios, bodega y sala con los casilleros de los pacientes. Hay sala de baño y duchas. En medio de estas salas se generan puntos ciegos, que en la noche no cuenta con luminaria. Al medio del patio hay una cancha que los pacientes usan para jugar fútbol. Al fondo del patio hay un huerto trabajado por los pacientes. Dentro de este espacio descrito se forman recovecos que facilitan actos de hurtos, consumo de droga, etc.

*“Yo he visto robos, fugas, todas esas cosas, pero somos cuatro funcionarios para una infraestructura que es grande, pero con rincones difíciles de mirar. Imagínate en la noche ir para allá, si ni siquiera hay luz. No, no me arriesgo solo” TENS, Hombrep123.*

#### **7.4. Zona de confort/riesgo permanente**

Otro elemento importante que aparece en la entrevista es como los trabajadores de trato directo significan la infraestructura en la cual se desempeñan. Describiendo como una zona de resguardo, toda vez que pasan la mayor parte de su tiempo allí en conjunto con los pacientes, por lo tanto, pese a la precariedad del lugar lo identifican como una zona de confort. No obstante, por la precariedad que esta tiene en su infraestructura en términos de seguridad, la denominan como zona de riesgo permanente.

*“esta es nuestra casa, estoy todo el día y prácticamente toda la semana. Piense que aquí estamos incluso en las fiestas familiares. Es feo y todo pero es como mi segunda casa. Eso sí, siempre con el temor de que hay que andar mirando pa todos lados, tiene muchas partes que no hay seguridad y eso nos quita respaldo” TENS, Hombre.p129*

Recalcan que el riesgo es una condición que está de manera inherente en la institución, que constituye su perfil y su cotidianidad, lo que se asume con resignación, pues a juicio de los entrevistados, no se les retribuye de manera adecuada a sus condiciones de trabajo.

#### **7.5. Libertad contenida, esperanza anestesiada**

Para los entrevistados esta categoría emergente surge en unanimidad. Es un espacio de trance, que si bien es débil en infraestructura, simboliza de manera transversal, tanto trabajadores como pacientes como libertad contenida.

*“Los pacientes cuando llegan acá me dicen tío esto es mejor que la cana, aquí se puede caminar, respirar. Al paso de los días se ahogan de nuevo, pero al menos están mejor y saben que van a salir algún día” TENS, Jefe de Clínica.p145*

Se transforma en un espacio necesario para recobrar la libertad y la infraestructura sostiene el lugar que acogerá al paciente por un largo periodo, por tanto en su deficiencia, se transforma en su hogar.

*“paso acá la mayor parte de mi vida. Estoy dentro del recinto, vivo el recinto y lo cotidiano. He visto malas prácticas y me he callado, he visto un pseudo equipo que puede mejorar. Me frustró y a veces no quiero venir. Si me institucionalicé” TENS, Hombre.p147.*

De manera llamativa, no solo simboliza esperanza para los pacientes, sino que también para quienes trabajan allí, una “esperanza contenida” de que las condiciones pueden mejorar, pero que no tienen la fuerza para llevarlas a cabo. Señalan necesitar un punto de inflexión que les ayude a movilizar y modificar lo complejo de su espacio laboral, para poder salir del aparataje institucional, la deuda estaría en la estructura social que se ha construido a través de las relaciones de poder en el orden social del equipo de trabajo, el desafío estaría en ese nudo crítico.

## **8. Psiquiatría forense y su significación para la praxis laboral de los Trabajadores de Trato directo de la UCMS.**

Para los entrevistados constituye un desafío, pues se trata de un área desconocida y la que también se le ha construido una imagen distorsionada constituyendo un estigma. Es importante destacar que inclusive ha sido despreciada por pares de la misma psiquiatría. El discurso demuestra que es un área compleja y que el estigma que le rodea ha generado anticuerpos incluso de otras disciplinas que construyen imaginarios colectivos basados en representaciones que no dice relación con hechos fidedignos, sino que más bien a estereotipos caricaturizados desde el desconocimiento y prejuicio.

*“El estar acá es un desafío y se trata de un área que está rodeada de estigmas. Personas con diagnóstico psiquiátrico, tener una causa judicial, pertenecer en general a sectores pobres, algunos pacientes analfabetos y por ahí una persona que dijo que son feos (...) es ridículo, pero es un ejemplo de lo que toca. Esto mismo afecta a los que estamos acá. Sumado todo eso es un desafío” Psiquiatra Mujer.p4.*

La cotidianidad de trabajar en este campo se ve afectada por los prejuicios de la misma institución y como se ha catalogado a la UCMS, cuestión que los mimos entrevistados

reconocen y señalan como elemento frustrante que juega e incide en el cómo enfrentan su quehacer. Si ya socialmente se cuenta con un estigma, resulta llamativo contar con la proyección del mismo fenómeno al interior de la institución que alberga esta unidad. Por tanto, califican esta condición como un camino “pedregoso” pero que es propio de la labor forense.

En razón de lo antes expuesto algunos entrevistados refieren que ingresan con miedo a la UCMS pero que a poco se transforma en estigma desmitificado por la misma praxis. Y esto tiene que ver con la imagen preconcebida que existe de la unidad, donde opera la estigmatización de los pacientes y de los trabajadores que constituyen el equipo por sobre un argumento basado en datos empíricos. Esto demuestra que el aislamiento de esta unidad por parte del hospital no responde solamente a una separación territorial, sino que también simbólica, basado en lo que representa la UCMS para el resto de la institución.

*“cuando yo ingrese aquí fue con miedo, miedo porque me decía como te vas a ir a trabajar allá, con asesinos y violadores. Así nos califican. Lo bueno es que fui descubriendo que, si bien es un lugar difícil, no es malo como lo pintan. Solo es ignorancia” TENS, Mujer. p11*

*“cuando yo empecé en esta unidad yo saludaba a los pacientes. Les daba la mano o les daba un beso en la cara. Y mis compañeros me decían guácala, que asco. Pero qué cosa si son personas igual que nosotros” TENS, Mujer.p23*

Una vez que avanza el tiempo comienzan a desarrollar sentido de pertenencia y a su vez de resignación a un espacio estático en cuanto a sus dinámicas de funcionamiento.

Así las cosas, la UCMS es una unidad compleja, donde sus miembros sufren un fuerte proceso de institucionalización al trabajar en una unidad forense y con un equipo que se organiza para tratar con pacientes normales, resaltando la inequidad que crea la fuerte jerarquía de sus distinciones internas. Como hemos visto, estas alteridades constituyen estigmas tanto al interior de la unidad como también a la unidad en su totalidad a partir de su identidad atribuida por las otras unidades no forenses, como si el trato con infractores de ley fuese contaminante.

# Capítulo VII: Reflexiones finales



UNIVERSIDAD  
ACADEMIA  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## 1. Reflexiones y Hallazgos de la investigación

Esta investigación plantea la idea fuerza de que la institucionalización no es un hecho exclusivo de las personas que están recibiendo tratamiento y que se encuentran a la custodia en las instituciones totales, sino que propone que esta condición también se traspa a quienes ejercen el cuidado. Si bien pareciera que no es un elemento innovador, resulta interesante cuando esto es analizado desde el marco de la psiquiatría forense y la institución total que está a su alero para proporcionar tratamiento a pacientes que han cometido delito y que cumplen una sentencia de medida de seguridad.

A continuación, se proponen una serie de reflexiones a la luz de los resultados de la investigación. Para ello se realizará a partir de cada objetivo propuesto, a fin de que se pueda apreciar el logro o no de estos. La investigación se planteó el siguiente problema: ¿Cómo influye el carácter totalizador de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad y la situación de institucionalización en el desempeño laboral, la identidad profesional y la subjetividad del equipo tratante?

Frente a ella, se pudo apreciar en primer lugar la enorme importancia de los aspectos biográficos a la hora de generar las intervenciones y en la toma de decisiones. Esto reafirma que la realidad social es construida en la relación diaria con otros. Las personas no pueden considerarse unidades aisladas, su *self* se construye en forma colectiva en permanente interacción. Bajo esta misma idea, los trabajadores de trato directo, al revisar sus historias de vida, son capaces de identificar la influencia de sus medios cercanos en la forma de comprender y la elección de su vocación, pues ésta última, no sólo retrata una forma de hacer, intervenir, sino que también nos habla de cómo se mira y se vive en este marco de acción. Por lo tanto, se aprecia un perfil que mira este espacio como una oportunidad de aportar a un lugar y población vulnerado y escasamente conocido. Podemos señalar que desde los planteamientos de los entrevistados se consideró que este espacio de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad tiene una data histórica vinculada con los imaginarios colectivos de lo

que es la salud mental y enfermedad psiquiátrica en el ámbito forense. Esta característica está construida en base a información dispersa que no necesariamente está fundada en elementos plausibles de comprobar. Esto quiere decir que, según los datos aportados por los entrevistados, existe una estigmatización profunda hacia el ámbito de la psiquiatría forense y a la UCMS en los actores que constituyen la comunidad hospitalaria.

Resulta llamativo que en todo momento se imponga una lógica de razonamiento que instala dos actores, contrapuestos en sus características donde se genera la exclusión de uno de ellos por no pertenecer al ámbito de normalidad establecida en la estructura social. Se puede apreciar claramente la reproducción de la exclusión que viven los pacientes en los mismos trabajadores de la UCMS. El primer elemento que entra en contradicción es la separación territorial, donde la ubicación geográfica separa una unidad de la institución hospitalaria, generando segregación, instalando patrones de aislamiento y sensación de abandono.

Esta institución total, que posee la capacidad y poder de tipificar y cualificar lo considerado como distinto, realiza el mismo ejercicio con los trabajadores de la UCMS, tanto es así, que frases como “forajidos”, “peligrosos”, “delincuentes simuladores” sirven para describir a esta unidad en su conjunto. Claramente este elemento discriminador está situado en la construcción de imaginarios colectivos basados en relatos sin fundamento y posicionados en el desconocimiento. Lo preocupante es que es capaz de calar profundamente en la construcción de identidad de quienes son parte de la UCMS. El análisis de contenido sugería categorías con la que se describían estos trabajadores, en todo momento reconociendo esta condición, pero sin mostrar interés o motivación para poder generar una transformación, sino que más bien una naturalización de pautas conductuales que han trascendido en el tiempo sin mayor modificación. Es importante recalcar que incluso ellos han tenido temor y prejuicios de estar involucrados en ésta área, donde se instala la idea de un peligro constante de la integridad por un contexto laboral complejo, donde prevalece lo delictual por sobre los cuidados de salud, pero donde claramente está instalado un prejuicio, toda vez que, psicopatológicamente, un paciente forense no es distinto de un paciente que no es

forense. Se convive con el constructo de lo que es esta unidad alejada de la gran institución.

La característica de ser una unidad forense proporciona un doble estigma, el de la psicopatología y además la comisión del delito, en consecuencia, se aprecia una fuerte carga simbólica de lo que esta unidad representa en el imaginario colectivo. Se aprecia una suerte de reproducción de la exclusión que vivencia el paciente psiquiátrico, extendiéndose a los trabajadores de trato directo. En los antecedentes recabados aparece continuamente el hecho de estar trabajando “con lo peor de lo peor de la institución y de la sociedad”.

El otro hallazgo de la investigación es el sistema de diferenciaciones sociales que estructura a la UCMS condicionando el desempeño profesional, la cual es experimentada como una segregación por la parte afectada del equipo. Esto se expresa de manera patente en las distinciones entre “los de arriba y los de abajo”, “profesionales y funcionarios”, “profesionales médicos y no médicos”. Siempre hay una mirada que destaca dos bloques marcando claramente la estructura de poder y funcionamiento, que, si bien dentro de la lógica hospitalaria es jerárquica, en esta unidad se da el fenómeno de estar situada en las relaciones sociales, con la necesidad de identificar a otro contrario (alteridad) para distinguir el que hacer de cada uno de los integrantes del equipo y desde allí construir el rol y status que se ocupa (identidad). En este ejercicio permanente de la diferencia se pueden apreciar las Tensiones ético-políticas. Estas están dadas en el contexto histórico, tanto así que se han mantenido a lo largo de la historia, casi como una herencia del funcionamiento institucional que Erving Goffman caracterizó tan bien en su ensayo seminal (Goffman, 1972) Dando cuenta de las implicancias para el sujeto, así como Michael Foucault refirió como ejemplo del poder de su distribución y ejecución.

Cuando se apela a la diferenciación entre los de arriba y los de abajo, se deja entrever la carga simbólica de este concepto acuñado en la UCMS, pues los de arriba ocupan una posición de poder dentro de la estructura piramidal, esto es, con la capacidad de

tomar decisiones en el hacer de otros. Varios de los entrevistados lo refieren con una carga de resignación, toda vez que naturalizan ese funcionamiento, otro indicador de institucionalización.

Por otra parte, se encuentran “los de abajo”, quienes son los funcionarios de trato directo que están en clínica. Por condiciones de estructura se encuentran más expuestos frente a los pacientes y pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes. Poseen el poder del conocimiento de la cotidianidad de la institución y por tanto las lecturas más asertivas de la conducta de los pacientes. Sin embargo, no ocupan un lugar de privilegio en cuanto a la distribución del poder o en la toma de decisiones.

Por otro lado, dentro de los “profesionales médicos y no médicos”, se aprecia que es una forma de poder identificar quien ostenta el poder. Y claramente esto es uno de los puntos críticos dentro de la organización del recinto. Esta unidad se encuentra marcada en los hechos por el modelo biomédico, pese a que se declare el modelo biopsicosocial. Las decisiones de jefatura están directamente relacionadas con la jerarquía de este profesional (médico psiquiatra), tomada conjuntamente con el equipo de trabajadores de trato directo, es cierto. No obstante, el criterio que prima es el médico.

La figura jerárquica del médico a la cabeza del equipo genera ruido y disconformidad, no por falta de competencia, si no por carencia de espacios democráticos que permitan reconocer las competencias y capacidades de los demás miembros del equipo. Establece que existe una lógica de decisión que basa sus argumentos priorizando lo médico por sobre las demás disciplinas. Por lo tanto, la idea de interdisciplinariedad pasa a ser una utopía refutada por la jerarquía. Solo se logra apreciar colaboraciones entre disciplinas que construyen “nichos laborales” espacios especializados concentrados de saberes que se intercambian frente a contingencias. El poder se comienza a diluir conforme va bajando en la pirámide organizacional.

En este sentido, el evento del “paseo de fin de año” entrega una mirada interesante que reafirma lo antes expuesto, al tratarse de un hito esperado que invierte la pirámide organizacional y por lo tanto el poder. El médico y los profesionales se transforman en

uno más y la colectividad toma cuerpo como tal, los de abajo pasan arriba y los de arriba abajo, nivelando de cierto modo las posiciones desiguales. Si bien es cierto este tipo de instituciones estáticas y abrumadoras son rígidas en cuanto modificar sus lógicas de funcionamiento, requieren de una válvula de escape que permita situar y preservar la estructura social. Requiere de un lugar donde organizacionalmente se pueda decantar los elementos críticos y establecer por un día la horizontalidad.

La infraestructura también demarca dicha separación, la puerta y la escala separa los de arriba y los de bajo, quienes están seguros en sus oficinas y quienes están más expuestos. Este elemento simbólico se instala en el lenguaje y se usa para referirse a cada uno de los bloques que conforman los trabajadores de la UCMS.

Se aprecia que la UCMS es un mundo de vida complejo estático, demarca las acciones y genera conflictos ético-políticos, donde el marco de lo forense establece un tejido de significados y símbolos que nos va permitiendo construir espacios de realidad, lo que lo caracteriza y hace único. Espacios que se transforman en ideas de promesas por cumplir que no avanzan. La idea de inmovilidad está instalada en la identidad de los trabajadores de trato directo, reconociendo el potencial del lugar que queda en deuda.

Dentro de las cosas que llaman la atención es la vinculación de los trabajadores de trato directo y el aspecto político. De ser así los trabajadores de trato directo que están en la salud mental ostentan un enorme poder. Se trabaja con sujetos que encuentran su voluntad establecidas desde un tratamiento y rutinas establecidas, lo cual muestra el enorme poder existente, en tanto la toma de decisiones es sobre los intereses de un sujeto. Pero llama la atención que en el discurso de los entrevistados esté en más de alguna oportunidad la sensación de ser cómplice de un sistema que más que aportar a las personas que requieren el beneficio, está al servicio de mantener un cierto control.

Se vincula con el poder que la sociedad ha entregado a la institución psiquiátrica y a los trabajadores de trato directo que allí ejercen, de manera tal que estas dos entidades

sean quienes se hagan cargo de esta problemática como lo es la enfermedad mental, pero profundizando en un estigma que se alimenta cuando prevalecen las lógicas de poder que aíslan, que inmovilizan y tipifican a un “otro” en constante exclusión, institucionalizando su conducta y como se dijo en una frase de una de las entrevistadas, *“anestesiando la necesidad y esperanza de cambiar a un modelo integrador y democrático, que abra y despierte la motivación. Que desempolve y nos mueva a innovar, que nos saque del letargo de la institucionalidad”* Psicóloga, Mujer.

# Bibliografía



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## Bibliografía

- Aceituno, R., Miranda, G., & Jimenez, A. (2012). Experiencia De Desasosiego: Salud Mental Y Malestar En Chile. *Revista Anales*, 89- 92.
- Álvaro, J. L. (2009). Diccionario Crítico De Ciencias Sociales. Obtenido De Diccionario Crítico De Ciencias Sociales: [Http://Pendientesdemigracion.Ucm.Es/Info/Eurotheo/Diccionario/S/Salud\\_Mental.Htm](Http://Pendientesdemigracion.Ucm.Es/Info/Eurotheo/Diccionario/S/Salud_Mental.Htm)
- Amico, Lucía Del Carmen “Institucionalización De La Locura”, Editorial Espacio. Primera Edición, Buenos Aires, Argentina. 2005(S.F.).
- Barak, I. P. (22 De Septiembre De 2017). *www.psiquiatrico.cl*. Obtenido De <Http://Www.Psiquiatrico.Cl/Index.Php/2014-07-19-02-11-10/Mision-Vision-Valores>
- Benedict. (1934). LA ANTROPOLOGÍA Y EL ANORMAL. *Journal Of General Psychology*, 59-82.
- Bertolete, J. Raíces Del Concepto De Salud Mental. *World Psychiatry*. 2008
- Bertolete, J. M. Department Of Mental Health, World Health Organization, Geneva, Switzerland, Raíces Del Concepto De Salud Mental, Políticas De Salud Mental, *World Psychiatry (Ed Esp)*, 2008
- Cabrera y Navarro. “Tesis: El Proceso De Reforma Psiquiátrica En Chile: Visión De Actores Influyentes Del Plan Nacional De Salud Mental Y Psiquiatría”. Universidad Central, Facultad De Cs. Sociales. Escuela De Psicología. Santiago Chile. 2004.
- Carrasco, Juan José. “Manual De Psiquiatría Legal Y Forense” Tercera Edición. Las Rozas: La Ley-Actualidad, 2005.
- Castillo, M. Metodología De La Investigación Científica, “Método De Estudio De Caso”. [Http://Www.Usn.Edu.Mx/Artman/Publish/Article\\_16.Shtml](Http://Www.Usn.Edu.Mx/Artman/Publish/Article_16.Shtml)

- Castillo, M. (S.F.). *Universidad Sentimientos De La Nación*. Obtenido De [Http://Www.Usn.Edu.Mx/Artman/Publish/Article\\_16.Shtml](Http://Www.Usn.Edu.Mx/Artman/Publish/Article_16.Shtml)
- Cerda, H. "Los Elementos De La Investigación: Métodos Y Técnicas Cualitativas De Investigación En Ciencias Sociales". Ediciones Búho; Santa Fe De Bogotá. 2000.
- Código Penal. (22 De Septiembre De 2017). [www.leychile.cl](http://www.leychile.cl). Obtenido De <Https://Www.Leychile.Cl/Navegar?Idnorma=1984>
- Constitución Política De La República De Chile. (S.F.).
- Correa Gómez, M. J. *Violencias Ejercidas En Los Cuerpos Enajenados: Encierro Terapéutico Y Privación De Derechos Civiles. Chile Central (1850-1870)*. Nuevo Mundo, 2009.
- Cortes, H. J. (2005). *Etnografía Clínica Y Narrativas De Enfermedad De Pacientes Afectados Con Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. *Revista Colombiana De Psiquiatría* Vol. 34 N°2, <Http://Redalyc.Uaemex.Mx/Redalyc/Pdf/806/80634203.Pdf>.
- Delgado, J. M. Y Gutiérrez, J. "Métodos Y Técnicas Cualitativas De Investigación En Ciencias Sociales". Editorial Síntesis S.A. Madrid, 1995.
- Díaz, C. Y Navarro, P. "Análisis De Contenido", En: *Métodos Y Técnicas Cualitativas De Investigación En Ciencias Sociales*; Editorial Síntesis; Madrid, 1998.
- Douglas, M. (1973). *Pureza Y Peligro*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Dresdner. (2010). *Psiquiatría Forense En Lo Penal*. Santiago: Ediciones De La Sociedad De Neurología, Psiquiatría Y Neurocirugía De Chile.
- Echeverría, G. "Análisis Cualitativo Por Categoría". Escuela De Psicología; Universidad Academia De Humanismo Cristiano; Santiago, 2004.
- Escobar, E., Medina, E., & Quijada, M. *De Casa De Orates A Instituto Psiquiátrico, Analogía 150 Años*. Santiago: Ediciones Sociedad Chilena Salud Mental, 2002.

- Frey, Botan Y KREEPS. "Investigating Communication". Editorial Allyn & Bacon. Nueva Cork, 2000
- Foucault. "Historia De La Locura En La Época Clásica". Fondo De Cultura Económica, México, 1990.
- Foucault. "El Panóptico Como Teoría De Vigilancia Y Control",. Avizora.
- [Http://Www.Avizora.Com/Publicaciones/Derecho/Textos/0010\\_Panoptico\\_Teor ia\\_Vigilancia.Htm](http://www.avizora.com/Publicaciones/Derecho/Textos/0010_Panoptico_Teor%20ia_Vigilancia.htm)
- Foucault. (22 De Septiembre De 2017). [www.avizora.es](http://www.avizora.es). Obtenido De [Http://Www.Avizora.Com/Publicaciones/Derecho/Textos/0010\\_Panoptico\\_Teor ia\\_Vigilancia.Htm](http://www.avizora.com/Publicaciones/Derecho/Textos/0010_Panoptico_Teor%20ia_Vigilancia.htm)
- Foucault, M. (1975). *Vigilar Y Castigar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Guerrero, L., & León, A. Aproximación Al Concepto De Salud. Revisión Histórica. Mérida, Venezuela, 2008.
- Goffman, Erving "Internados". Editorial Amorrortu, 1° Edición 8° Reimpresión. Buenos Aires, Argentina, 2004.
- García, A. H. (2015). Institucionalización De Las Personas Con Discapacidad En España. Observatorio Estatal De La Discapacidad.
- Gaviria, G. (2003). Reunión Regional De La Sociedad Civil Sobre Envejecimiento. Santiago De Chile.
- Hernández, R. Y Colaboradores. "Metodología De La Investigación". Editorial Mc Graw Hill, Ciudad De México, 1998.
- Huneus. "Esquizofrenia". Editorial Mediterráneo. Segunda Edición, Santiago, Chile, 2005.
- Kaës, R. Y. (2002). *"La Institución Y Las Instituciones"*. Ed. Paidós.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas De Almeida, J., 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. Revista Panamericana De Salud Pública, 229- 240

- Kleinman. (2007). *Patients And Healers In The Context Of Culture*. En Moreno. California: University Of California Press.
- Martínez, C. (2012). El Muestreo En Investigación Cualitativa. Principios Básicos Y Algunas Controversias. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 613-619.
- Mayol, A. (21 De Noviembre De 2014). *Alberto Mayol*. Obtenido De [www.albertomayol.cl/Wp.../UGM-Metodología-Cualitativa-I-Diseño-Muestral.Pptx](http://www.albertomayol.cl/Wp.../UGM-Metodología-Cualitativa-I-Diseño-Muestral.Pptx)
- Marconi, J. La Revolución Cultural Chilena En Programas De Salud Mental. *Acta Psiquiatría Psicología América Latina*, (Págs. 17 - 33). Santiago, 1973.
- Medina, E. (2009). [www.scielo.cl](http://www.scielo.cl). Obtenido De [Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci\\_Arttext&Pid=S071792272001000100021&Lng=Es&Nrm=Iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272001000100021&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 071
- Michaud. (1976). *Médecines Ésotériques, Médecine De Demain*. Paris: Editorial Denoei.
- Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional De Salud Mental En Chile: 10 Años De Experiencia. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 346- 358
- Minoletti, A; Rojas, G; Sepúlveda, R. *La Psiquiatría En Chile, Apuntes Para Una Historia*. Santiago: Royal Pharma, 2010
- Minsal. "Plan Nacional De Salud Mental Y Psiquiatría". Ediciones MINSAL, Santiago 2001
- Minsal. (22 De Marzo De 2015). *Minsal*. Obtenido De [Http://www.minsal.cl/Salud-Mental/](http://www.minsal.cl/Salud-Mental/)
- MJ, A. (1997). Custody Evaluations Practices: A Survey Of Experienced Professionals (Revisited). *Profesional Psychology Researches And Practice*, 137-145.
- OMS. *Informe Sobre La Salud En El Mundo*. Ginebra: Organización Mundial De La Salud, 2001.

- Ortiz Torres, Vilma, "Psiquiatría Forense", Servicio De Psiquiatría Forense. Instituto Dr. José Horwitz Barak, Santiago Chile, 2006.
- Pasmanik. (1980). *Psiquiatría Forense Y Criminología*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Pereira. (1993). *Medicinas Paralelas E Práctica Social*. Lisboa: CIES, ISCTE.
- Pereira. (1994). *Racionalidades Alternativas E Comportamento Social Um Estudo Antropológico Do Esoterismo*. Lisboa: ISPA.
- Pereira, L. S. (1995). Antropología De La Enfermedad: Teoría, Practica Y Aportes Para El Debate Antropológico. *II Congreso Chileno De Antropología*, (Pág. 371). Valdivia.
- Pérez. "Investigación Cualitativa: Retos E Interrogantes. Editorial La Muralla. Madrid, 1998
- Pérez. (2004). *Psicología Y Psiquiatría Transcultural*. Desclée De Brouwer.
- Pourtois, J. "Epistemología E Instrumentación En Ciencias Humanas". Editorial Herdes. Barcelona, 1992.
- Rehbein. (2 De Junio De 2017). *Los 5 Principales Vacíos De La Salud Mental En Chile*. Obtenido De Publimetro: <https://www.publimetro.cl/Ci/Noticias/2017/06/02/Los-5-Principales-Vacios-La-Salud-Mental-Chile.html>
- Romero, M. I. (2010). De Las Narrativas De La Locura: ¡Yo No Estoy Loco! ¿Por Qué Estoy Aquí?. Aproximación A Las Narrativas De Enfermedad En Una Unidad De Salud Mental. *Revista Redes. UAB*, 1-25.
- Ruiz. (1996). *Sentirse Mejor: Cómo Afrontar Los Problemas Emocionales Con Terapia Cognitiva*. ESMD-UBEDA.
- Serrano, M. La Educación Para La Salud Del Siglo XXI: Comunicación Y Salud. España: Díaz De Santos, 2002.

- Servicio De Psiquiatría Forense, "Servicios De Atención De La Autoridad Sanitaria Para Personas Que Requieren Internación Por Enfermedades Mentales Como Sentencia De Medida De Seguridad". 2006, Pp.1-4.
- Sournia. (1992). *"La Notion De Santé", In L' Homme Et La Santé*. Paris: Editorial. Du Seuil.
- Szasz, "Esquizofrenia: El Símbolo Sagrado De La Psiquiatría". Premia Editora, Cuarta Edición. México DF. 1989
- Valles, M. Técnicas Cualitativas De Investigación Social. Madrid: Editorial Síntesis. Madrid, 1997.
- Vicente, B. S. (2016). Prevalencias Y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica*, 51-61.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio Chileno De Prevalencia De Patología Psiquiátrica. *Revista Médica De Chile*, 527 - 536.

# Anexos



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA  
DE HUMANISMO CRISTIANO**



**N° de folio:**

### **Consentimiento Informado**

La participación en esta investigación, a través de esta entrevista, no constituye riesgo alguno para usted. La información obtenida le será devuelta, si así usted lo desea y todo lo proporcionado en esta conversación se mantendrá bajo los parámetros de la confidencialidad. Al respecto, usted tiene el derecho a negarse a dar información y puede retirar su participación en cualquier momento si los estima pertinente, asimismo, tiene derecho a hacer todas las preguntas que le parezcan necesarias.

Yo (Nombre)\_\_\_\_\_RUN\_\_\_\_\_con fecha\_\_\_\_\_de 2018, estoy de acuerdo con entregar la información pertinente a la investigación titulada “Institucionalización en psiquiatría forense. Percepción desde el equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak”.

Nombre: Julio Paredes Garcés

RUT : 15.940.136-7

Firma :



## Guion Entrevista en Profundidad

Buenas tardes. Mi nombres Julio Paredes, soy estudiante de Magíster en Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Respetuosamente le pido me pueda responder una entrevista, en el marco de la investigación **“Institucionalización en psiquiatra forense. Percepción desde el equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak”**.

Más que responder preguntas, la idea es generar un dialogo referente a algunos temas que se les presentará a continuación. Desde ya se le agradece

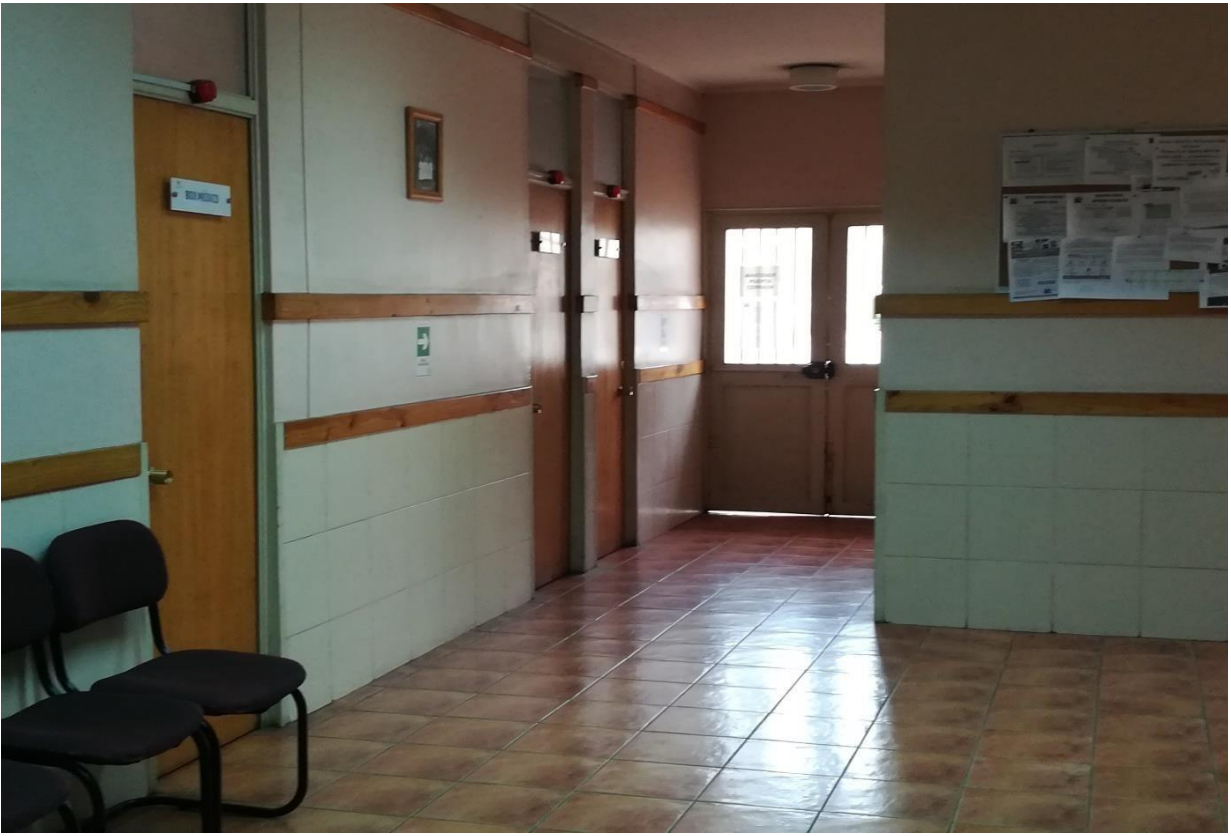
OBJETIVO	CRITERIO
<p>Señalar los elementos distintivos de la institucionalización en el marco de la Psiquiatría Forense desde la perspectiva del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo llega a trabajar en la UCMS?</li> <li>- ¿Cómo es trabajar en psiquiatría forense?</li> <li>- ¿Qué diferencias hay entre esta unidad y otras unidades forenses y no forenses?</li> <li>- Psiquiatría Forense, como lo definiría, cuáles son sus impresiones de este</li> <li>- ¿Cómo describiría un día común y corriente en esta unidad?</li> <li>- ¿Cómo es un día de los internos?</li> <li>- ¿Cómo describiría un día del equipo?</li> <li>- ¿Qué tipo de hechos particulares le ha tocado ver?</li> <li>- ¿Qué tipo de reglamento escrito y acuerdos explícitos e implícitos hay en esta unidad?</li> <li>- ¿Cuáles es la normativa o reglas vigentes para funcionarios, familias y pacientes?</li> <li>- ¿Cuáles son las sanciones que están en caso de incumplirse estas normas?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Recuerda ejemplos de infracción o de no cumplimiento de estas normas?</li> <li>- ¿Esto pasa en las otras unidades que no son forenses?</li> </ul>
<p>Identificar las principales dificultades que genera la institucionalización en el desempeño del ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué situaciones de crisis o dificultad de manejo de pacientes usted identifica?</li> <li>- ¿Qué situaciones de índole delictual usted diría que están presentes en los pacientes y en la unidad?</li> <li>- ¿Cómo es el nivel de desempeño en relación con otras unidades no forenses?, ¿hay más desgaste?, ¿Cuáles son los niveles de exigencia?</li> <li>- ¿Usted siente que está desgastado, desganado o molesto con el servicio y/o unidad forense?</li> <li>- ¿Usted identifica quejas de los pacientes? ¿Cuáles?</li> <li>- ¿Existe diferencia en niveles de exigencia entre quienes componen el equipo de la unidad?</li> <li>- Ha visto comprometido o tensionado sus ideales, valores, en definitiva su pensamiento y actos morales</li> </ul>
<p>Caracterizar el proceso de subjetivación en el contexto del ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se establecen diferencias en la forma de relacionarse según los roles que desempeñan cada uno de sus integrantes?</li> <li>- ¿Hay diferencias en las relaciones entre los miembros que componen el servicio?</li> <li>- ¿Qué conducta le llama la atención y remarcaría usted?</li> <li>- ¿Cuentan con instancias distintas del ámbito laboral?, ¿Cuáles? Y en esas instancias ¿se mantienen las diferencias entre las partes que componen el equipo de la unidad?</li> <li>- ¿Cómo es el trabajo en equipo entre quienes componen el equipo de esta unidad?</li> <li>- ¿Lo forense marca diferencia en su ejercicio laboral?</li> <li>- ¿Cómo llegó usted al servicio? ¿Cómo y por qué eligió su profesión? ¿Siente Usted una vocación profesional? ¿Qué</li> </ul>

	<p>gratificaciones tiene el trabajo en salud mental? ¿Se ha visto afectada su vocación al trabajar en psiquiatría forense? ¿Por qué? ¿Qué amenazas identifica a su vocación? ¿Le ha repercutido en términos personales o de realización profesional?</p>
<p>Describir los efectos de la institucionalización en la conformación de la identidad del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de Medida de Seguridad del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo es la relación de esta unidad con el resto de unidades del hospital?</li> <li>- ¿Hay más elementos que unifican o que distancian?</li> <li>- ¿Cuál cree usted que es la percepción que tiene el resto del hospital acerca de esta unidad?</li> <li>- ¿Cómo definiría usted a esta unidad?</li> <li>- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que ve esta unidad?</li> </ul>
<p>Caracterizar la infraestructura de la UCMS y como está impacta en la institucionalización y sus efectos en la conformación del espacio cotidiano (relaciones sociales, distribución espacial) del equipo trato directo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Según la infraestructura de esta unidad, ¿cómo la describiría usted?</li> <li>- ¿El cómo está distribuido el espacio de la unidad, afecta a la dinámica y relaciones que se dentro del recinto?</li> <li>- ¿Cómo son las dinámicas que se dan en este espacio físico?</li> <li>- ¿Dónde están los puntos de encuentro, puntos ciegos de la infraestructura del lugar?</li> <li>- ¿Qué simboliza este es espacio para usted?</li> <li>- Desde su punto de vista ¿Cómo cree usted que definen este espacio los pacientes?</li> <li>- La Infraestructura de esta unidad ¿Afecta su trabajo?</li> <li>- ¿Cómo percibe usted la distribución del uso de los espacios?</li> <li>- En la infraestructura del recinto, ¿se aprecian espacios privilegiados? (lugares con mejores comodidades para el desarrollo del trabajo), ¿cuáles son, quienes lo ocupan?</li> <li>- ¿Por qué cree usted que existe esta diferenciación?</li> <li>- ¿Qué aspectos mejoraría?</li> </ul>

Imágenes de la UCMS, tomadas durante trabajo de campo, 2018.









Es importante mencionar que solo se pudo obtener imágenes de la infraestructura de la institución, toda vez que se encuentra prohibido tomar imágenes de los paciente y funcionarios que está presentes en la institución, toda vez que su identidad y datos personales se encuentran resguardados. Además se debe considerar su condición de pacientes forenses, es decir, que aún mantienen el desarrollo de una medida de seguridad, vinculando y restringiendo su cotidianidad con el aspecto jurídico.



**MAT.:** AUTORIZA INVESTIGACION PARA DESARROLLO DE TESIS DE POSTGRADO "INSTITUCIONALIZACION EN PSIQUIATRIA FORENSE: PERCEPCION DESDE EL EQUIPO DE TRATO DIRECTO DE LA UNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK" AL ESTUDIANTE DE MAGISTER EN ANTROPOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO SR. JULIO PAREDES GARCES -

SANTIAGO, 29 JUN 2018



Lo dispuesto en la Resolución Ex. N° 779 de 07.07.2015 de este Instituto, que aprueba "Procedimiento para la aprobación y ejecución de investigaciones científicas biomédicas en seres humanos", versión 03; el DFL N° 11/19653, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; Ley N° 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración; El DFL N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del DL. N° 2763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; el Decreto 38/2005 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red; la Resolución Ex. N° 1172 de 2007 de los Ministerios de Salud y Hacienda, que otorga la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red al Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak"; la Resolución TRA 447/127/2017 del 10.10.2017 del SSMN que nombra al Dr. Juan Maass Vivanco en el cargo de Director del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak en calidad de titular; y la Resolución N° 1600/2008 de la Contraloría General de la República que establece normas sobre exención del trámite de Toma de Razón; y

**CONSIDERANDO:**

- 1) Que, mediante carta de fecha 12.06.2016, el funcionario A.S. Julio Paredes Garcés RUT 15.940.136-7, estudiante de Magister en Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, solicita al Director de este Instituto autorizarlo a desarrollar su tesis de postgrado "INSTITUCIONALIZACION EN PSIQUIATRIA FORENSE: PERCEPCION DESDE EL EQUIPO DE TRATO DIRECTO DE LA UNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK", investigación cualitativa de tipo exploratorio, descriptivo, etnográfico, que persigue dar cuenta de las principales características del efecto de la institucionalización en el proceso de subjetivación y en el ejercicio laboral del equipo de trato directo de la Unidad de Cumplimiento de medidas de Seguridad del Instituto, utilizando al efecto técnicas de entrevistas semiestructuradas con los funcionarios de la Unidad;
- 2) Que, la investigación referida no constituye una investigación científica biomédica en seres humanos, razón por la cual no procede aplicar a su respecto el "Procedimiento para la aprobación y ejecución de investigaciones científicas biomédicas en seres humanos", versión 03, formalizado mediante Res. Ex. N° 779 de 07.07.2015;
- 3) Que, mediante Memorandum N° 27 de 18.06.2018 (ref. Providencia N° D/1582), Director solicita a Unidad Jurídica formalizar, mediante el correspondiente acto administrativo, la autorización para la realización de esta investigación, remitiendo set de documentos;
- 4) Que, el requirente acompaña todos los antecedentes necesarios para otorgar la autorización definitiva a la ejecución del mencionado proyecto de investigación;

**RESUELVO:**

**AUTORIZASE** al Sr. A.S. Julio Paredes Garcés RUT 15.940.136-7, estudiante de Magister en Antropología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano, a desarrollar su tesis de postgrado: "INSTITUCIONALIZACION EN PSIQUIATRIA FORENSE: PERCEPCION DESDE EL EQUIPO DE TRATO DIRECTO DE LA UNIDAD DE CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO DR. JOSE HORWITZ BARAK".



ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

DR. JUAN MAASS VIVANCO  
DIRECTOR

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO "DR. JOSÉ HORWITZ BARAK"



TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE