

CARACTERIZACIÓN ETNOGRÁFICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO

ANALIZADO BAJO EL CONCEPTO DE INSTITUCIÓN TOTAL:

EL CASO DE LA SALA SIETE

JESSIKA MORA GONZÁLEZ

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2015

CARACTERIZACIÓN ETNOGRÁFICA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO
ANALIZADO BAJO EL CONCEPTO DE INSTITUCIÓN TOTAL:
EL CASO DE LA SALA SIETE

JESSIKA MORA GONZÁLEZ

Trabajo de grado para optar al título de
Socióloga

Director

Alberto Valencia Gutiérrez

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS
PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI

2015

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar esta tesis a mi madre Doris González Huertas y a mi padre Alberto Mora Giraldo por la voluntad de apoyo permanente durante todo mi recorrido universitario y la paciencia en la espera de este documento. A ellos infinitas gracias por brindarme las herramientas necesarias para ser una persona útil a la sociedad con miras a lograr un mejoramiento personal y académico.

A mis hermanos Alberto y Estefanía por la confianza y acompañamiento, y a mi hermana mayor Angélica por enseñarme a no bajar los brazos antes de luchar por más que la corriente pareciera arrastrarme, por darme la mano cuando me sentía sin fuerzas y darme toda la confianza que necesité para culminar esta etapa, a ella toda mi gratitud.

A mi compañero Juan Diego por sus múltiples consejos y ayudas, por su apoyo durante tantos años, gracias.

Y por último a mi director de tesis, el Profesor Alberto Valencia Gutiérrez a quien le debo no solo el poder estar presentado esta tesis, sino toda la confianza y apoyo que me brindo en tantos años, y las orientaciones que guiaron la realización de este trabajo.

A la Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, al programa de Sociología y a la Universidad del Valle.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
Presentacion del problema.....	9
 CAPITULO 1	
CONTEXTO HISTÓRICO.....	15
1.1 La locura y el loco en la sociedad.....	15
1.2 Reseña histórica del Hospital Psiquiátrico San Isidro.....	21
1.3 Descripción general del Hospital Psiquiátrico San Isidro.....	24
 CAPITULO 2	
ELEMENTOS CONCEPTUALES.....	29
2.1 Aportes teóricos sobre el tema de las instituciones psiquiátricas de Franco Basaglia, Roger Bastide y Michel Foucault.....	29
2.2 Roger Bastide.....	32
2.3 Michel Foucault.....	33
2.4 Estudios sociológicos sobre las instituciones totales.....	34
 CAPITULO 3	
MÉTODOS Y RESULTADOS.....	39
3.1 Instrumentos metodológicos.....	39
3.2 Testimonio etnográfico de mi ingreso al Hospital San Isidro como investigadora.....	43
4. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO COMO UNA INSTITUCIÓN TOTAL.....	53
4.1 Características de las instituciones totales observadas en el Hospital Psiquiátrico San Isidro.....	54
4.2 El paciente hospitalizado y su entorno social.....	60

4.3 El personal y su entorno social.....	70
4.4 Las ceremonias institucionales.....	73
4.5 Etapas del paciente mental.....	76
5. EL CASO DE LA SALA SIETE.....	83
5.1 Una primera visita a la sala de los pobres.....	84
5.2 El espacio asilar en la sala siete.....	86
5.3 Caracterización de la población.....	90
5.4 Un día normal.....	97
 CONCLUSIONES.....	 101
BIBLIOGRAFÍA.....	105
 ANEXOS	
 Gráfica A (Plano de evacuación del Hospital San Isidro).....	 106
Gráfica B (Distribución física de la sala siete).....	107

“Cualquier grupo de personas- sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia, que mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal; y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en someterse personalmente, en compañía de sus miembros, a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos”

Erving Goffman

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que a continuación se presenta trata el tema de las instituciones psiquiátricas analizadas bajo el concepto de institución total en el caso particular del Hospital Psiquiátrico San Isidro en la ciudad de Cali. Pero ¿Qué son estas instituciones totales y como las instituciones psiquiátricas se encuentran en esta categoría? Desde sus inicios las instituciones psiquiátricas o los manicomios como se les denominaba, se consideraban en gran medida como instituciones sociales de control y vigilancia para aquellos que generaban malestar y disturbio en la comunidad, y esto obedecía principalmente a la función que estas instituciones desempeñaban en la sociedad como las encargadas de mantener y reproducir el orden impuesto por las sociedades como una manera de funcionar y organizarse.

A partir de esta idea, muchos investigadores enfocaron sus análisis al tema de las relaciones de poder y subordinación implícitas en la interacción de los actores sociales que componen este tipo de instituciones, como lo hizo el pensador francés Michel Foucault tratando temas como el poder y la dominación entre los seres humanos, otros como Erving Goffman han dedicado especial atención al tema de las relaciones sociales abordadas desde una microsociología en escenarios pequeños como clínicas, cárceles, aulas escolares y otros espacios cotidianos aplicando la observación directa y enfocando su atención en la interacción de los individuos en dichos espacios.

Como podemos ver a las ciencias sociales y más propiamente a la sociología le preocupan temas en los cuales *las relaciones entre individuos* como seres sociales se ubican en el foco de análisis. En este caso las relaciones que se pueden presentar de poder y subordinación y que se ven reflejadas en la interacción de los seres humanos y el espacio donde estas se desarrollan son objeto de investigación para la sociología. Con esto no se quiere afirmar que en este tipo de instituciones solo hay cabida para la existencia de relaciones de poder

y subordinación entre los individuos que participan de las relaciones sociales que ahí se producen y que son la única forma de entender y analizar estos lugares, por el contrario análisis como el presentado por autor Erving Goffman pueden mostrarnos la otra cara de la moneda que quizás nunca se ve a primera vista porque se encuentra oculta y es la de la cotidianidad y normalidad que estos recintos pueden albergar tras sus muros y cerramientos.

Falta entonces aclarar ¿Qué es una institución total y como se diferencia de otras instituciones sociales? Las instituciones totales se definen según el autor Erving Goffman como establecimientos cerrados que suministran a sus usuarios la satisfacción de las diferentes necesidades propias de la vida en comunidad, sin la obligación de desplazarse a distintos lugares en presencia de personas diversas en un nuevo orden social regulado por una figura de autoridad, y las instituciones psiquiátricas hacen parte de este grupo.

Cuando se habla sobre las instituciones de control y vigilancia siempre aparecen en primer plano lugares como la cárcel y en especial los hospitales psiquiátricos, a partir de esa concepción se han dado muchas teorías que van desde el análisis funcional (efectividad y eficacia) de estos establecimientos, hasta la descripción de las relaciones sociales que se producen en su interior. Pero el tema que ahora nos interesa es el de la *institución psiquiátrica* mirada desde el concepto de *institución total*, teniendo en cuenta sus componentes, y esto incluye el análisis de los actores y roles desempeñados en el interior, pero sobre todo de conocer e indagar sobre lo que es una institución psiquiátrica, ¿Cómo funciona? ¿Quiénes la componen y que roles desempeñan? ¿Qué servicios ofrece y como lo hace? ¿Qué representa para la sociedad su existencia?, etc.

Aunque esta investigación no pretende indagar sobre el origen de las enfermedades mentales y sus características, o el tratamiento de estas en el hospital, se hace necesario hacer mención de los mal denominados “*locos*”, pues son ellos los que dan origen a las instituciones psiquiátricas que los alberga y trata, pero analizados siempre desde la posición social del individuo como paciente psiquiátrico.

El documento está organizado en cinco capítulos, el primero de ellos corresponde a la presentación del problema de investigación en el que se cuenta brevemente cómo será abordado el tema de las instituciones psiquiátricas bajo el concepto de institución total, el segundo capítulo trata los autores tenidos en cuenta para los aportes conceptuales que guiarán el desarrollo empírico de la investigación, el tercer capítulo habla sobre las herramientas metodológicas usadas para el manejo de los datos recogidos, en el capítulo cuatro se analiza el Hospital Psiquiátrico San Isidro como una institución total utilizando los elementos conceptuales aportados por el autor Erving Goffman, y por último está el capítulo cinco donde se desarrollan las experiencias recogidas en la sala siete de mujeres presentadas a través de un diario de campo, donde las fechas, horarios y espacios permiten observar de manera directa la organización interna de la sala y al mismo tiempo las vivencias y percepciones de las pacientes ante el nuevo modelo de organización hospitalario durante el periodo de hospitalización.

Presentación del problema

El problema de investigación propuesto posee un enfoque analítico planteado desde la sociología y tiene que ver con el concepto de *institución total* visto a través de la red de relaciones sociales que se establecen en el interior del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (San Isidro), centrando el análisis no solo en los actores que la componen como pacientes, personal médico, familiares y demás actores secundarios, sino del espacio físico que estos ocupan como comunidad hospitalaria en la institución. Lo que se pretende realizar básicamente es una descripción etnográfica de una institución psiquiátrica particular con base en la noción de institución total, y con énfasis en la sala de hospitalización número siete de mujeres en estado crítico.

En la investigación se tendrá en cuenta el panorama general que representa el Hospital Psiquiátrico San Isidro, en lo que tiene que ver con los espacios físicos

que lo forman y los individuos que componen y protagonizan la red de relaciones sociales que se producen en sus interior, detallando el análisis en una de sus salas de hospitalización pero sin desconocer la importancia de las demás salas, pues sus particularidades nos permiten observar con mayor claridad las características que las diferencian y les dan sentido dentro del hospital. Pero es el pabellón #7 con población femenina donde se desarrolla el problema central de la investigación.

Esta sala se escogió por sus características particulares y con esto me refiero a la dificultad de sus pacientes. Es una sala de cuidado crítico para mujeres, una de las más complicadas del hospital junto con la sala ocho de hombres por el cuidado y atención que requieren estos pacientes. Muchas de las mujeres que ingresan a la sala siete son hospitalizadas por agredirse y agredir a otros, además son pacientes con una condición socioeconómica baja que hace de la sala una *sala de pobres*, como lo menciono una auxiliar de enfermería refiriéndose a los recursos económicos y la EPS con que contaban la mayoría de las pacientes. Y por último, el hecho de trabajar con población femenina hace que mi presencia no perturbe o altere la cotidianidad de la sala, lo que no ocurriría en una sala de hombres o mixta.

El análisis estará orientado por los aportes teóricos de autores especializados en el tema de las instituciones psiquiátricas como *Roger Bastide* en su texto “Sociología de las enfermedades mentales”, *Franco Basaglia* con “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico”, *Michel Foucault* con “El poder Psiquiátrico” y el más importante para este análisis, *Erving Goffman* con su texto “Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Aunque los tres autores hacen aportes muy valiosos al tema de los hospitales psiquiátricos desde diversas perspectivas de análisis, será Erving Goffman quien plantee los elementos necesarios desde su análisis sociológico a dos grupos sociales que componen el hospital (el mundo del enfermo y el mundo del personal), entendiéndolos no como dos grupos aislados sino en permanente interacción y considerando al hospital psiquiátrico como una *institución total* con tendencias

absorbentes hacia sus residentes. Este principio teórico aportado por Goffman guiara el trabajo de investigación que se quiere presentar.

A partir de estos planteamientos surge el interrogante sobre el problema de investigación que está relacionado con la complejidad de las relaciones sociales que se construyen en un hospital psiquiátrico, teniendo en cuenta no solo a los *actores* que protagonizan las acciones, sino también el *contexto social y físico* donde se desarrollan. El enfoque investigativo está orientado al tema de las *instituciones totales* como foco principal que el autor Erving Goffman analiza cuidadosamente en sus cuatro ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. El objetivo es analizar el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle desde el concepto de *institución total* planteado por el autor, rescatando algunos de los elementos de análisis usados en el libro *Internados* para la investigación actual, pero dirigiendo el análisis hacia la sala de hospitalización número siete donde se recolecta la mayor parte de la información contenida en este trabajo de investigación.

La pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales características que definen al Hospital Psiquiátrico San Isidro como una institución total?

Con esta pregunta de investigación nos formulamos un *objetivo general* que tiene que ver con una caracterización etnográfica del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (San Isidro), con base en la noción de institución total y con énfasis en la sala siete. Para esto será necesario reconstruir la cotidianidad del funcionamiento de la institución, describir las relaciones entre pacientes y personal médico, teniendo en cuenta otros miembros de la comunidad hospitalaria, además de hacer una descripción detallada del Hospital Psiquiátrico como espacio físico y social, principalmente de la sala siete.

Para lograr estos objetivos en la investigación propuesta, el autor Erving Goffman en su libro *Internados*, muestra como “cualquier grupo de personas pueden formar una vida propia que mirada de cerca, se hace razonable y normal, y que un buen modo de aprender algo sobre cualquiera de esos mundos consiste en

someterse personalmente, en compañía de sus miembros, a la rutina diaria de las menudas contingencias a la que ellos mismos están sujetos”¹. Para este autor un ejemplo interesante de comunidad para observar es la que habita las *instituciones totales*, y un caso particular de ellas, los hospitales psiquiátricos.

Algunos autores como Erving Goffman y Franco Basaglia consideran este tipo de *instituciones como totales* en el caso de Goffman, o la *institución de la violencia* como la llamaría Basaglia.

Para Goffman lo interesante de analizar estas instituciones es conocer como un grupo de personas llámese presos o internos de un hospital psiquiátrico, forman una vida propia en el interior de dichos espacios, y que mirada muy de cerca se hace significativa, razonable y normal. Los hospitales psiquiátricos para este autor son *instituciones totales* que él define como lugares de residencia, donde un gran número de individuos en igual situación, asilados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.²

Para Basaglia al igual que para Roger Bastide, las instituciones psiquiátricas y por ende los enfermos mentales son la expresión más clara de las contradicciones de la sociedad como males que se ocultan y se excluyen. Frente a esto Franco Basaglia plantea la institución psiquiátrica como una *estructura coercitiva, autoritaria y jerárquica*, pero sobre todo promotora de la violencia, una violencia ejercida por aquellos que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediabilmente colocados bajo su dominio.³ Para este autor “es *exclusión y violencia* lo que está en la base de instituciones cuyas reglas tienen por finalidad precisa destruir lo que aún queda de personal en el individuo, so pretexto de salvaguardar la buena marcha de la organización general”⁴

¹ GOFFMAN, Erving. “Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Cap. I “Sobre las características de las instituciones totales”. Pág. 9

² Ibíd. Pág. 13

³ BASAGLIA, Franco. “La institución negada”. Cap. La institución de la violencia. Pág. 131

⁴ Ibíd. Pág. 162

Aunque ambos autores, Erving Goffman y Franco Basaglia, plantean sus concepciones de manera distinta frente al tema de las instituciones psiquiátricas y abordan el problema desde perspectivas diferentes, no se encuentran muy excluyentes sus reflexiones la una de la otra, solo que cada uno enfoca su análisis a un objeto de estudio particular. En el primer caso el autor analiza las instituciones desde el *mundo del interno* (enfermo) para lograr una versión sociológica de la estructura del yo; con el segundo autor lo que se propone es un análisis del enfermo como *cuerpo institucionalizado*, es decir como objeto de la institución psiquiátrica.

De acuerdo a lo planteado por algunos autores frente al tema de la institución psiquiátrica, lo que propongo en mi trabajo de investigación es realizar una descripción detallada del hospital psiquiátrico bajo la concepción de institución total, sin enfocar el análisis a una situación específica como es la del enfermo mental, la del personal médico o en la relación de ambos. Tampoco se abordara el tema de investigación desde una dimensión crítica de la institución en su funcionalidad, organización y resultados, lo que se pretende de manera modesta es realizar una exploración sobre lo que es el hospital psiquiátrico como institución reguladora del orden donde se entretajan relaciones sociales entre sus actores, en el caso específico del *Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (Cali)* desde una dimensión sociológica, y esto implica tener en cuenta los actores sociales que la componen y sus relaciones en el interior de la institución, pues será partir de esto que se podrá dar cuenta del interrogante planteado como problema de investigación. Pero teniendo muy en cuenta también el hospital psiquiátrico no solo desde su dimensión social, sino también como espacio físico de interacción.

Es importante aclarar que aunque existen diversas maneras de abordar el tema de análisis como lo muestran algunas de los autores mencionados, *mi trabajo estará guiado especialmente por el modelo teórico planteado por Erving Goffman en su análisis de las Instituciones Totales*, pues considero que su manera de indagar sobre este problema analizando el mundo de los internos, el mundo del personal y por último el contacto con ambos grupos en las relaciones cotidianas de un

hospital psiquiátrico, permiten constatar la riqueza analítica que pueda traer consigo un tipo de investigación como esta. Y aunque mi trabajo no seguirá paso a paso el trabajo de investigación realizado por Goffman, si tendré en cuenta algunos elementos valiosos que el autor ofrece en su análisis de las instituciones totales como una forma de abordar el problema desde un análisis sociológico. Lo interesante de Erving Goffman es que al plantear que su problema de investigación estará enfocado en la situación social de los enfermos mentales no deja de lado a otros actores que intervienen en dicha situación y también los incluye brindando un análisis completo, como es tratar el tema del personal médico y otros actores secundarios para dar cuenta del conjunto de relaciones que se dan en las *instituciones totales*.

Esta es una investigación de tipo *descriptiva* y *exploratoria* donde se pretende analizar el Hospital Psiquiátrico y la sala siete, por sus características particulares desde un enfoque sociológico. El tipo de estudio planteado implica estudiar *elementos cualitativos* que se traducen en las expresiones subjetivas de las relaciones sociales entre los miembros de la comunidad hospitalaria. Para esto se hace necesario *observar* y *analizar* una serie de situaciones cotidianas en el funcionamiento del hospital y el espacio físico donde estas se desarrollan. En cuanto a la estrategia de investigación que se aplicará esta será de carácter *etnográfico*, ya que por los objetivos propuestos, es la que mejor se adapta y se hace necesario el trabajo de campo para la recolección de la información. Los instrumentos básicos para lograr esto, son la *observación directa* y los diálogos espontáneos, y como instrumento complementario se analizarán *documentos informativos* sobre el tema.

CAPITULO 1

CONTEXTO HISTÓRICO

1.1 La locura y el loco en la sociedad

Si queremos comprender como funcionan actualmente las instituciones encargadas de tratar la salud mental de las personas debemos empezar por comprender como y por qué se crean desde sus inicios más remotos. Su principal objetivo era dar albergue a los denominados locos, pero ¿quiénes eran los locos en la antigüedad y como son tratados a medida que el tiempo pasa? La locura siempre ha estado presente en la historia de la humanidad y ha estado ligada a los cambios sociales y culturales de cada periodo histórico en las diferentes sociedades. Su concepción y tratamiento han variado simultáneamente con los cambios de mentalidad del ser humano aunque su elemento más constante ha sido generar rechazo y discriminación en la sociedad.

Pero la locura no fue la primera enfermedad estigmatizada en la sociedad antigua, antes de los locos existían otras condiciones humanas que generaban rechazo y exclusión como lo hace actualmente el loco en la sociedad moderna. La lepra es una de las enfermedades más antiguas y al igual que la locura estuvo asociada a efectos demoniacos que afectaba a pecadores e impuros.

En la Europa medieval la lepra fue la enfermedad por excelencia que manifestaba la bondad y la ira de Dios. Estos preceptos vienen muy probablemente de las ideas concebidas en la Biblia donde la lepra se consideraba un castigo divino que afectaba no solo el cuerpo sino también el alma del infectado al cual se debía apartar y excluir de la comunidad sana. Los leprosarios fueron lugares de albergue que se crearon para estas personas como una forma de mantenerlos aislados y vigilados en un mismo lugar. La concepción y tratamiento de esta enfermedad en la Edad Media es guiada por las narraciones bíblicas que reflejaban todos

aquellos miedos seculares que el cristianismo estaba sembrando en las mentes de todos los temerosos a la ira de Dios.⁵

Durante mucho tiempo la lepra estuvo en el foco de atención de la sociedad europea cumpliendo la doble funcionalidad de exclusión y purificación propias de la fe cristiana que profesaba el miedo al castigo divino. Pero esta enfermedad empieza a retroceder a finales de la Edad Media y la escasez de enfermos en los leprosarios se vuelve evidente. Su desaparición en la Europa medieval no es a causa de los intentos por combatirla a través de los esfuerzos de la medicina, sino más bien de la separación de Europa con el Oriente que trajo fin a las cruzadas y donde se ubicaban los principales canales de infección de esta enfermedad.⁶

“La lepra se retira, abandonando lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla, sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa”.⁷ Pero aunque el leproso y sus recintos de albergue se hayan extinguido poco a poco de la sociedad, la función social de segregación y duda que esta enfermedad representaba se quedaran para recordar que la exclusión social y el temor son al mismo tiempo reintegración y salvación espiritual para los excluidos y para quienes excluyen.⁸

Tiempo después la locura sería la enfermedad que reemplazaría la función social que ocupaba la lepra en la sociedad, incluyendo las enfermedades venéreas que también generaban rechazo y estigmatización.

Para el siglo XVI los venéreos terminan siendo atendidos en hospitales generales cambiando el concepto de exclusión por un nuevo concepto de enfermedad y cuidado. Se las atiende con el fin de tratarlas a diferencia de lo que se hacía con la lepra cuya función era esencialmente de castigo y salvación en un plano espiritual y religioso que los excluía y rechazaba del resto de la sociedad. Pero el tratamiento médico para las enfermedades venéreas no duro mucho tiempo y en

⁵ FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica. Volumen I*. Fondo de Cultura Económica, 1976. Pág. 7.

⁶ Ibíd. Pág. 7

⁷ Ibíd. Pág. 7

⁸ Ibíd. Pág. 8

el transcurso del siglo XVII se une nuevamente a los terrenos de la exclusión en compañía de *la locura*, que será a su vez la enfermedad que reemplace y despierte todos esos sentimientos de repudio, rechazo, separación, exclusión y purificación que había representado la lepra durante mucho tiempo.⁹

Desde la antigüedad (mitología clásica) la locura era considerada sagrada por ser obra de los dioses y de la que no se culpaba al individuo ya que solo era una víctima del castigo de estos. Ya en la Edad Media con la llegada del cristianismo la concepción sagrada que se tenía de la locura cambia para adjudicarle *efectos demoniacos* y de brujería, se consideraba un pecado o defecto de la moral de quienes la padecían. Y para controlar los efectos de dichas posesiones diabólicas, se usaban métodos como el exorcismo para liberar las almas. Durante estas épocas el denominado loco no tenía ni voz ni voto en la sociedad, pues no poseía el control de su propia vida y debía valerse por sus familiares para hacer uso de sus bienes o posesiones materiales, el loco era considerado un incapacitado ante la ley.

A finales de la Edad Media (siglo XVI) se crea un *enfoque médico* de la locura y se intenta por medio de operaciones quirúrgicas erradicar la locura de la cabeza de los enfermos, extrayendo partes del cerebro que consideraban causantes de este mal. Se empieza a dejar de lado la idea de concebir la locura como resultado de fenómenos sobrenaturales para ser entendida como el resultado de efectos fisiológicos propios del ser humano.

Más tarde con el Renacimiento (siglo XVII) los tratamientos para manejar la locura cambian y se opta por mecanismos más efectivos para la época, *expulsarlos* de sus lugares de residencia a lugares lejanos como campos abiertos alejados de la ciudad, hasta aquellos enviados en barcos o naves de locos (*el narrenschiff*), encargados de transportar de un lugar a otro los insensatos de una región para que no perturbasen la tranquilidad de los ciudadanos. *“Los locos de entonces vivían ordinariamente una existencia errante. Las ciudades los expulsaban con*

⁹ Ibíd. Pág. 9

*gusto de su recinto; se les dejaba recorrer los campos apartados, cuando no se les podía confiar a un grupo de mercaderes o de peregrinos”.*¹⁰

Pero esta separación del loco con la sociedad no tiene solo una función social de protección de unos contra otros, su destierro posee una función simbólica, barcos que conducían locos en busca de cordura y razón.¹¹ Y es que en casi todas las ciudades europeas durante la Edad Media y el Renacimiento, existían lugares de albergue para los locos, por tal motivo no se comprendía totalmente por qué estas personas eran arrojadas al mar en embarcaciones de mercaderes para alejarlos de las ciudades cuando habían espacios construidos para su detención y aislamiento.¹² De aquí el simbolismo de su expulsión, el agua los transporta a otros lugares y al mismo tiempo los purifica, la navegación libera al hombre de la responsabilidad que tiene con el insensato y lo deja a su libre albedrío. *“Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo”.*¹³ La partida de los locos es considerada entonces un exilio ritual, un destierro simbólico.¹⁴

En la modernidad se inicia la época del *encierro de los locos* donde se crean los recintos encargados de albergarlos, pero no para tratarlos, su objetivo principal se centra en el aislamiento del loco en la sociedad. Los hospitales generales y asilos se usaron para recibirlos al igual que se hacía con otros marginados de la época, entre delincuentes, lisiados, prostitutas y leprosos.¹⁵

Aun no existían instituciones especializadas para el tratamiento de la locura y estos albergues era lo único con lo que se contaba para mantener el orden en la sociedad. El trato para estos individuos se resumía en duchas frías, golpes y cadenas que los sujetaran. Michel Foucault describe este tránsito en el trato que

¹⁰ Ibíd. Pág. 10

¹¹ Ibíd. Pág. 11

¹² Ibíd. Pág. 10

¹³ Ibíd. Pág. 12

¹⁴ Ibíd. Pág. 11

¹⁵ PORTER, Roy. *Breve historia de la locura. Cap. V “El encierro de los locos”*. Fondo de Cultura Económica, 2004. Pág. 96-97

se la da al loco en la sociedad como “*el olvido que cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave: ya no ira de un más acá del mundo a un más allá, en su tránsito extraño; no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital.*”¹⁶

Con la llegada de la Ilustración en el siglo XVIII se humaniza el trato de los enfermos mentales y se les deja de considerar objetos inservibles y molestos.¹⁷ El desarrollo de procedimientos médicos llega con la Ilustración y distinguidos reformistas introducen este tipo de tratamientos como alternativas a los tratos que hasta entonces habían prevalecido para el manejo de las enfermedades mentales. Pero a pesar de estas reformas y mejorías, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX. Como mencionábamos anteriormente, las enfermedades mentales o la *locura* eran concebidas desde una dimensión puramente religiosa, considerándolas efectos malignos de posesiones espirituales y en este caso el *enfermo* como individuo no era importante solo la *enfermedad* que padecía, por tal motivo el trato hacia estas personas era totalmente objetivo y para muchos inhumano. Con la Ilustración se desarrolla una ideología sobre la *libertad humana* que considera que estos individuos han perdido la responsabilidad individual que la sociedad exigía y por tanto deben ser aislados de la misma.

En un primer momento los enfermos mentales fueron tratados de la misma forma que los criminales y demás individuos perturbadores del orden social sin ningún tipo de distinción. Cuando se crean los *asilos* para enfermos mentales se empieza a prestar especial atención a los pacientes (enfermos) con el objetivo específico de curarlos, considerándolos ahora como personas que hacen parte de la sociedad y no como individuos aislados de ella como en algún momento se pensó.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la época clásica. Volumen I*. Fondo de Cultura Económica, 1976. Pág. 33

¹⁷ PORTER, Roy. *Breve historia de la locura. Cap. V “El encierro de los locos”*. Fondo de Cultura Económica, 2004. Pág. 107

Philippe Pinel en París fue un médico dedicado al estudio y trato de las enfermedades mentales y fue uno de los precursores del trato humano de los insensatos y la disolución de las cadenas para aquellos que sufrían el encierro en asilos y hospitales generales, y lo hizo como director del asilo de La Salpêtrière en 1795 en Francia, aplicando el *tratamiento moral* que consistía en erradicar los tratos abusivos del cuerpo que solo lograban debilitar al enfermo por tratamientos que incluyeran el contacto humano con benevolencia y una exhaustiva observación de los síntomas del enfermo. Pinel consideraba que las palabras de estímulo podrían lograr curar la enfermedad mental.¹⁸

Ya en el siglo XIX, con los avances logrados por Pinel y otros estudiosos del tema, la locura pasa a ser considerada una *enfermedad* que tiene sus orígenes en factores biológicos y ambientales, además se crea un grupo de especialistas en el tema de las enfermedades mentales para que profundicen en sus causas y posibles tratamientos.¹⁹

Para la década de los 50 (siglo XX) se produce un cambio significativo en la historia de la psiquiatría y tuvo que ver con la revolución farmacológica basada en la introducción de psicofármacos en el manejo de pacientes psiquiátricos. Con anterioridad los médicos usaban tratamientos poco eficaces para manejar las enfermedades mentales como por ejemplo la convulsoterapia, los comas insulínicos o la hidroterapia, además los procedimientos quirúrgicos, el psicoanálisis y las terapias psicológicas formaron parte de todos los intentos por descifrar las causas de las enfermedades mentales y su tratamiento, todos con escasos resultados.²⁰ En síntesis tal como lo plantea un neurofisiólogo de Harvard *“el desarrollo de drogas que interactúan con los sistemas químicos cerebrales es el más importante avance en la historia de la psiquiatría moderna”*.²¹

¹⁸ Ibíd. Pág. 107

¹⁹ Ibíd. Pág. 110-111

²⁰ López-Muñoz, F. Álamo, C. Cuenca, E. “La década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Congreso virtual de psiquiatría 1 de febrero- 15 de marzo de 2000. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid.

²¹ Ibíd.

Pero a pesar de todos los avances logrados en el tema de la salud mental, el estigma que va de la mano con el concepto de locura sigue prevaleciendo con fuerza en la mentalidad de las personas que siguen considerando a los individuos que padecen algún tipo de enfermedad mental, como ciudadanos que no suman en la sociedad y por el contrario representan un peligro para el sostenimiento de la misma.

1.2 Reseña histórica del Hospital Psiquiátrico San Isidro

La presente información fue suministrada en material de fotocopia por el señor Mauricio Tamayo de Gestión de Calidad y Procesos de Certificación del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, quien muy amablemente estuvo dispuesto a colaborar con la memoria histórica del hospital. Considero que al reconstruir la historia a través de quienes la han vivido, se comprenderá mejor la realidad del hospital de hoy y la que viven sus habitantes a diario en sus pasillos y salas. Este documento es presentado en síntesis con la información más relevante pero sin alterar los datos contenidos en la reseña. La fotografía que aparece de un paciente encadenado, fue añadida para ofrecer una ilustración de cómo eran tratados los pacientes psiquiátricos en épocas pasadas y fue tomada por mi directamente del material fotográfico que se exhibe en el museo del hospital con autorización del personal administrativo.



Foto de antiguo paciente psiquiátrico

“Municipio de Cali 1935-1936” son las palabras y fecha que aún se conserva en la antigua placa colocada en uno de los muros de la antigua *casona* donde anteriormente funcionaba una escuela correccional que se convirtió posteriormente en el *asilo de locos de la ciudad de Cali*.

Este hospital que antiguamente funcionaba como una escuela correccional en los años 30, se convirtió posteriormente en el *asilo de locos* de la ciudad de Cali para la década de los 40, cuando se decidió construir el manicomio y atender las necesidades de atención y alojamiento de personas con problemáticas mentales por decisión de la Asamblea del Departamento del Valle. Posteriormente lo que era llamado *“el asilo de locos San Isidro”* fue convertido en una escuela de enseñanza psiquiátrica en 1956 a petición de la Facultad de medicina de la Universidad del Valle, que requería un espacio donde practicar y promover la enseñanza de una especialidad aún desconocida en esas épocas pero urgente de atender en la región.

Pero observar las instalaciones que posee el hospital psiquiátrico hoy no se compara con lo que fue en sus inicios y en palabras propias de uno de sus iniciadores el Dr. Carlos A. León, médico psiquiatra vinculado a la Universidad de Tulane(EEUU), quien participo en la formación del centro hospitalario de corte universitario conocido como San Isidro fue *“un depósito de desechos humanos provenientes del rechazo social; una mescolanza indescriptible de pacientes psicóticos y epilépticos deteriorados, deficientes mentales, lisiados e inválidos de todas clases, mendigos, alcohólicos y pacientes seniles”*.²²

En esas épocas el asilo no contaba con el personal idóneo para el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica y mucho menos con los procedimientos adecuados para atenderlos; muchos de los pacientes no eran recibidos por el personal de vigilancia de manera oportuna y eran arrojados a través de las tapias como basura, ocasionándoles fracturas y golpes en muchos de los casos.

²² Tomado de la reseña histórica del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

El objetivo principal del hospital en ese entonces era exclusivamente de aislamiento y protección de aquellos que se dedicaban a su cuidado, cualquier método era válido para su manejo, pues el principio que regía era que los “locos nada sienten”²³. Más tarde con el trabajo y esfuerzo del Dr. León y sus colaboradores en la búsqueda de un mejor manejo de la enfermedad mental y un cambio radical en el objetivo principal de la institución, pasaron del simple aislamiento y reclusión para asumir un compromiso de rehabilitación del enfermo mental de manera integral.

Con la participación activa de la Universidad del Valle, se inició la elaboración de historias clínicas donde se clasificaban los pacientes de acuerdo con el tipo de enfermedad y se aplicaron por primera vez procedimientos en el tratamiento y la posible recuperación del paciente. Paso a paso el hospital fue mejorando en la atención y procedimientos clínicos de la enfermedad mental hasta ser reconocidos como centro piloto por la Organización Mundial de la Salud.

Hoy en día el hospital refleja el profesionalismo de su equipo de trabajo y el esfuerzo por seguir mejorando a pesar de los múltiples cambios que ha tenido el hospital desde la década de los 70, cuando presentó una grave situación financiera por la falta de recursos provenientes del exterior que permitían solventar el manejo hospitalario, y luego en 1993 con la implementación de la ley 100 en la cual la enfermedad mental no hacía parte de las patologías del régimen subsidiado, pero con la obligación de atender a todo paciente que requiriese los servicios por orden de la constitución.

Toda esta crisis afectó de manera considerable los recursos con que contaba el hospital para sobrevivir financieramente. Para 1995 el Hospital Departamental Psiquiátrico San Isidro se convierte en *Empresa Social del Estado*²⁴, ubicándola en la categoría de entidad pública descentralizada y al mismo tiempo como institución docente que promueva la investigación, formación y avances en los tratamientos de la salud mental. Pero todos estos cambios en pro del mejoramiento de la

²³ Ibíd.

²⁴ Ibíd.

atención y procedimientos aplicados a la enfermedad mental no se veían reflejados en el incremento de ingresos de su equipo de trabajo, lo que ocasionó una grave crisis en 1998.

Frente a esta grave dificultad institucional, se aprueba en 1999 una nueva estructura orgánica y planta de personal para el hospital aplicando un sistema de gestión integral donde el usuario sea la razón primordial del hospital. En el 2001 la clase política y dirigente del departamento cambia la denominación del Hospital Psiquiátrico San Isidro al de *Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle*²⁵, para ser reconocido como una institución universitaria, permitiéndole compartir con el Hospital Universitario del Valle los nuevos recursos, y se crea entonces la estampilla Pro-hospitales Universitarios.

1.3 Descripción general del Hospital Psiquiátrico San Isidro

En un terreno de 27.786 metros cuadrados²⁶ (aproximadamente) que ocupa casi la totalidad de una manzana y rodeado por un muro de más de 3 metros de altura, se erige el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle en medio de una ciudad que lo desconoce y quizás le teme.

Ubicado en el barrio Alférez Real al sur de Cali en la calle 5 # 80-00, el hospital psiquiátrico tiene una distancia de 292.49 metros de largo por 95 metros de ancho²⁷, enfrente de la estación de transporte masivo MIO (estación Capri) desde donde muchos ciudadanos observan al hospital y quizás crean historias sobre lo que allí sucede, pues los muros no dejan entrever ninguna actividad que algunos esperarían por ser un hospital de personas “locas”, como gritos angustiantes o fugas constantes de pacientes desesperados por salir de ese lugar tan temido.

²⁵ ibíd.

²⁶ área aproximada cuantificada por medición a través de Google Earth del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (Cali).

²⁷ Ibíd.

Lo cierto es que este no es un hospital como cualquier otro que conozcamos y a los cuales hemos ingresado en múltiples ocasiones durante nuestra vida, sin que esto sea causal de vergüenza o repudio; este posee características únicas por el tipo de servicio que presta a la comunidad del Valle del Cauca e incluso a otros departamentos a nivel nacional (Antioquia, Tolima, Chocó, Cauca, Nariño, Cundinamarca, Risaralda y Quindío). Su especialidad está dirigida a la salud mental de las personas, algo que si se pierde no se puede recuperar tan fácilmente, como cuando se sufre una fractura, un virus o cualquier enfermedad que puede ser tratada sin esconderse; la pérdida de la salud mental se compara con enfermedades estigmatizadas como el sida u otras de tipo contagioso o denigrantes, enfermedades que generan rechazo y aislamiento en la comunidad por el simple hecho de no comprenderlas ni intentar hacerlo.

A pesar de los bellos jardines que decoran el hospital y que dan un aire de tranquilidad y libertad, cuando se ingresa a las salas de hospitalización la sensación de encerramiento y angustia puede invadir los sentidos de quienes han ingresado por primera vez al hospital, queriendo tal vez solo no regresar. Con esto no quiero decir que el hospital sea la viva imagen de las películas de manicomios, donde todo es un caos y se observan pacientes arrastrándose por el piso, con lámparas titilando y paredes sucias, olores nauseabundos, enfermeros inmovilizando pacientes descontrolados y un ambiente lúgubre en todo el hospital. Definitivamente esto no es la realidad de San Isidro hoy, quizás lo fue hace más de 70 años en la época de su nacimiento en la ciudad de Cali, pero la cara que el hospital muestra hoy es solo el reflejo de una concientización de la comunidad internacional, nacional y local sobre el manejo y tratamiento de la salud mental y el largo camino que tuvieron que recorrer para lograr los avances con que se cuenta hoy en día sobre este tipo de enfermedades.

Este particular lugar encargado del manejo y tratamiento de la salud mental en el suroccidente colombiano, puede mostrarnos a través de sus pasillos la manera más clara de entender como es el funcionamiento y la organización de una institución psiquiátrica como esta. Una mirada detallada al exterior del hospital

antes de ingresar, permite conocer un poco más sobre lo que representa el hospital para la ciudadanía y como es percibido por quienes quizás nunca han ingresado.

La vigilancia en San Isidro es muy rigurosa no solo en las puertas de ingreso y salida del hospital, sino también en su interior principalmente en las salas de hospitalización donde la mayoría de residentes se encuentra recluidos contra su voluntad y cualquier oportunidad de descuido por parte de los funcionarios de la institución y el personal de vigilancia generaría un caso de fuga.

Desde el exterior por la parte trasera del hospital, se puede observar con claridad la bella Casona con sus altas puertas de madera y fuertes vigas que la sostienen; hay cuatro puertas, una identificada para trabajo social, otra para artes plásticas, el museo, la recepción y un salón de juegos. Por esta parte del hospital también hay una puerta de ingreso que no conocía, en uno de los muros en granito se ubica una inscripción que dice *“Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle. Centro integral de rehabilitación mental Casona San Isidro”*. Y a continuación de esa entrada se encuentra un enorme muro que recorre varios metros hasta donde finaliza el hospital para encontrarse de frente con el Batallón.

Cuando se pasa la recepción hacia las salas de hospitalización y la casona, el hospital muestra su cara más amable al visitante, quizás por el panorama tranquilo y agradable que inspira ver toda esa vegetación y todos esos espacios abiertos que dan la falsa idea de estar en otro lugar diferente a un hospital de salud mental. El pasillo previo al ingreso de las salas es fresco, con sillas a los lados y muchas plantas que decoran el lugar, y es usado particularmente por los pacientes de la sala 9 que tienen permitido permanecer por fuera de la sala, y por los visitantes o familiares que utilizan el pasillo para descansar y relajarse con el paisaje. La casona es la zona verde más amplia del hospital y donde se encuentra el Hospital Día, los talleres de terapia y el museo, además de ser un lugar usado por todas las salas del hospital para realizar las actividades terapéuticas. Este lugar es el espacio más antiguo y con más historia en el hospital San Isidro porque

representa la trayectoria que tuvo que pasar de ser un asilo de locos en los años treinta en la ciudad de Cali al Hospital Psiquiátrico que es actualmente.

El hospital puede dividirse actualmente en tres partes básicamente: 1) servicio asistencial con 12 áreas, servicio de hospitalización (salas de 1-9 incluyendo las áreas de terapia ocupacional), central de esterilización, servicio ambulatorio y de urgencias, y Hospital-Día. 2) Servicios generales con tres áreas, lavandería, mantenimiento y sección de alimentos. 3) Administración con 18 áreas, gerencia, subgerencia administrativa y financiera y secretaria ejecutiva, financiero, caja, facturación y revisoría de cuentas, talento humano, control interno, auditoría médica, subgerencia científica, jefatura de hospitalización, estadística y archivo, servicios administrativos, farmacia, grupo promoción y prevención, oficina de servicios ambulatorios, atención al usuario, asesoría jurídica, salud ocupacional, sistemas, oficina de terapia ocupacional, programa de atención domiciliaria.²⁸

Con un plano de evacuación del hospital, el único que pude encontrar, se podrá observar con mayor detalle la distribución del espacio.²⁹

En el hospital psiquiátrico San Isidro las salas de hospitalización son nueve, ocho de ellas se encuentran ubicados a lo largo de un pasillo que finaliza con una cancha donde se realizan actividades deportivas y de recreación. En el fondo se sitúan las salas más complicadas por el nivel de gravedad en que se encuentran dichos pacientes, la sala 7 de mujeres y enfrente la 8 de hombres. El resto de salas 6, 5, 4, 3,2, y 1 pueden considerarse menos congestionadas por el número de pacientes que albergan y la privacidad que ofrecen a sus internos. El hospital cuenta actualmente con 203 camas disponibles entre las ocho salas de hospitalización³⁰ y la sala nueve con una capacidad para recibir 35 pacientes según lo informado por la persona encargada de esta sala durante el momento de mi investigación (2007-2008).

²⁸ Tomado de la página web (www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/)

²⁹ Remitirse al final del documento donde aparece el anexo A (plano de evacuación en caso de emergencia).
Tomado de la página web

³⁰ Esta información fue tomada de la página web (www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/)

Los pacientes de la sala 9 son como un subgrupo dentro del hospital, su espacio ni siquiera se encuentra visible o señalado como el resto de las salas de hospitalización, está separado de los otros pabellones, sus miembros son los únicos que pueden transitar libremente por el pasillo que conduce a las salas, en su mayoría usan zapatos y hasta se les permite tener pequeños negocios de golosinas y chucherías (artículos variados). La sala 9 no cuenta con área de comidas así que deben usar un salón fuera de la sala donde reciben sus alimentos. En las otras salas los pacientes no deben salir para consumir sus alimentos durante el transcurso del día porque cada pabellón cuenta con sus espacios de recreación y terapia además de su comedor. La sala 9 por el contrario no posee espacios de recreación y terapia en el interior, pues el lugar es bastante restringido y solo permite la ocupación de las camas para los pacientes, cualquier actividad diferente al descanso debe realizarse en las áreas externas que brinda el hospital cerca de la casona donde se encuentran los talleres de trabajo y recreación que son usados no solo por los miembros de la sala 9 sino por el resto de salas.

Así se distribuyen los pacientes en las nueve salas de hospitalización:

- Sala 1: pacientes hombres del seguro (sisben)
- Sala 2: EPS prepagadas mujeres
- Sala 3: EPS prepagadas hombres
- Sala 4: sala de recuperación de mujeres vinculadas
- Sala 5: pacientes mujeres seguro (sisben)
- Sala 6: sala de recuperación de hombres vinculados
- Sala 7: unidad de cuidado crítico
- Sala 8: cuidado crítico hombres
- Sala 9: inimputables

CAPITULO 2

ELEMENTOS CONCEPTUALES

2.1 Aportes teóricos sobre el tema de las instituciones psiquiátricas de Franco Basaglia, Roger Bastide y Michel Foucault.

Existe variedad de autores en las diferentes áreas del saber, que han tratado el amplio tema de las enfermedades mentales, la locura, el loco y los asilos u hospitales psiquiátricos, intentando desentrañar desde su posición de análisis llámese psiquiatría, psicología o sociología, las problemáticas sociales e individuales que estos temas traen consigo para el entorno social. Las áreas encargadas de estudiar la psique del ser humano como la psiquiatría que hace parte de la medicina y es la encargada principalmente de estudiar y tratar los trastornos mentales, sería el campo de estudio más consecuente para manejar estos temas, sin embargo ya no son exclusivos de un tipo de estudio específico y por el contrario son tema de investigación para diversas ramas del conocimiento, entre ellas la sociología, que aborda el problema desde un grado más amplio de implicaciones no solo individuales sino sociales, complementando los estudios realizados por expertos en el tema de la salud mental como es el caso de los siguientes autores, Franco Basaglia un psiquiatra, Roger Bastide un sociólogo, y Michel Foucault un filósofo, todos con determinaciones muy similares de entender y abordar esta problemática desde sus especialidades.

El concepto de locura y por ende el sujeto que lo precede, el loco, siempre han estado en el foco de la incertidumbre humana y las sociedades que ven en su aparición un riesgo de ruptura al orden establecido. La mente trastornada y sus consecuencias sociales siguen siendo un desafío aun para los especialistas en el tema de la psiquiatría y sobre todo para otras áreas del saber cómo las ciencias sociales, que complementan los análisis de esta problemática aparentemente individualista de la psique, para instaurarla en un plano social que permita incluir elementos socioeconómicos del comportamiento humano desde una esfera más global, analizando no solo los motivos de aislamiento y reclusión de los enfermos

mentales, sino también lo que existe detrás del hecho social mismo planteado como problemática constante de las sociedades desde sus inicios hasta la modernidad.

Uno de ellos es el psiquiatra italiano Franco Basaglia, reconocido en su disciplina por preocuparse por el trato humano y los derechos de los enfermos mentales en las instituciones de reclusión, fue además promotor del cierre de varios manicomios en su país por denunciar los malos tratos y abusos hacia los pacientes, y un fiel creyente de que el enfermo no es solo un enfermo, sino una persona igual a todos, con las mismas necesidades de libertad, interacción con otros, condiciones confortables de estadía y alimentación, exigencias que cualquier persona haría en su entorno social y que el manicomio no debería ser la excepción.³¹ En su texto “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico” de 1968, el autor plantea a la institución psiquiátrica como una estructura coercitiva, autoritaria y jerárquica, promotora de la violencia en un sistema definido por quienes tienen el poder y lo ejercen sobre aquellos que no lo poseen, una relación de opresión y violencia inmersa en todo tipo de relación humana producto de la división del trabajo en la que cada individuo desempeña diversos roles sociales creando una separación inherente de unos y otros en el orden social.³²

Las instituciones sociales, llámese familia, escuela, universidad, fábrica u hospital, tienen como principio básico la división del trabajo entre quienes ejercen el dominio y los dominados. Esta relación de poderes manifiesta una figura de violencia y opresión que tiene como consecuencia la exclusión de unos sobre otros.³³

Para Basaglia la situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos se define como una relación de dominación entre una persona sin derechos (los

³¹ Tomado de la página web. <http://www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/3675817/El-manicomio-liberado-Por-Franco-Basaglia.html>

³² BASAGLIA, Franco. “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico. Cap. La institución de la violencia. Pág. 136

³³ *Ibíd.* Pág. 131

pacientes), subordinado al poder de la institución (hospital) a través de sus intermediarios (médicos) para excluirlo y alejarlo de la sociedad. Y esta expulsión no obedece a la enfermedad misma sino más bien a la condición económica y social del excluido.³⁴ El manicomio no es más que la representación vivida de las contradicciones de la sociedad entre quienes tienen y los que no tienen, esta violencia y exclusión no son más que la base donde reposa las relaciones de interacción entre los hombres. *“El manicomio purga, decanta, purifica, recoge, entre sus muros toda la locura del mundo. Las rejas del manicomio separan, demarcan: fuera de lo normal, dentro de lo patológico”*.³⁵

El autor considera que la cantidad de pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas no corresponde simplemente a la suma de enfermos mentales de todas las capas sociales donde la enfermedad como circunstancia los reúne en este recinto. Más bien son el resultado de ser personas insignificantes para la sociedad tanto en lo económico como en lo social y por tal motivo son violentadas hacia la exclusión y el rechazo por el mismo sistema social.³⁶ Es decir, que los enfermos mentales sufrían por partida doble, por una parte el rechazo de su propio entorno social y al mismo tiempo los tratamientos médicos de una práctica que conservaba mecanismos rudimentarios de atención, con consecuencias más desfavorables que positivas.

Es por esta razón que para el autor lo importante realmente es enfrentar las contradicciones que se presentan en la sociedad y no esconderse de ellas tras los muros de una institución como es el caso de los hospitales psiquiátricos, sino vivir dialécticamente el proceso terapéutico donde existan alternativas para elegir y no se fije un solo camino a seguir en el vasto campo social. Al enfermo mental solo se le da una alternativa para su mal, ser internado en un hospital y someterse a sus reglas y ordenamientos hasta que los que poseen el poder para liberarlo, decidan que está listo para volver a la sociedad. Para Basaglia este mundo de violencia, exclusión y terror somos todos, representamos las instituciones, el orden, las

³⁴ Ibíd. Pág. 139

³⁵ Ibíd. Pág. 12

³⁶ Ibíd. Pág. 140

reglas, las normas, el sistema mismo, somos y hacemos parte de ese mundo violento que aplasta y excluye al enfermo. Un enfermo que nos representa y es nuestro propio reflejo ante la sociedad.³⁷

2.2 Otro estudioso de las instituciones psiquiátricas fue el sociólogo y antropólogo francés Roger Bastide en su texto “Sociología de las enfermedades mentales” (1968), plantea que el aumento de los trastornos mentales constituyen un fenómeno social que genera grandes problemas a la estructura social. Además de analizar los problemas del método y el objeto, estudia la influencia que puede generar aspectos como el hábitat, la raza, la religión y los aspectos socioeconómicos entre otros, en la aparición de las enfermedades mentales.

Para el autor la sociología de las enfermedades mentales se interesa por las colectividades y los grupos humanos a diferencia de la psiquiatría social y la psicología social, la primera se encarga del estudio del comportamiento social mórbido de individuos con trastorno mental y la segunda se dedica al estudio de la personalidad normal.³⁸ Algunos de los problemas que se vinculan a la sociología de las enfermedades mentales son los estudios de pequeños grupos como por ejemplo el tema de los hospitales psiquiátricos analizando la organización, los miembros que componen la comunidad hospitalaria y sus interrelaciones. Para la sociología los hospitales psiquiátricos tienen características singulares frente a los hospitales de salud general y de ahí su particular interés por estudiar estos recintos cerrados y aislados que muestran un nuevo mundo de relaciones sociales en un entorno controlado y vigilado distinto del resto de la sociedad.

Roger Bastide enfatiza que no le interesa analizar el hospital psiquiátrico en su eficacia como instrumento de terapia, o por el contrario como un sistema de degradación para los pacientes, pues considera que no está en posición para dar juicios de validez sobre la existencia de los hospitales psiquiátricos. El sociólogo entonces debe interesarse por el hospital por ser un espacio donde desaparecen las relaciones cotidianas de la estructura social, como las relaciones familiares, el

³⁷ Ibíd. Pág. 162

³⁸ BASTIDE, Roger. “Sociología de las enfermedades mentales”. Pág. 14

vínculo laboral, la interacción sexual, etc., para ser reemplazadas por unos contactos nuevos. Esta nueva sociedad está organizada jerárquicamente, de unos individuos en minoría que se imponen sobre un grupo mayoritario que controla, con una movilidad bloqueada y una comunicación impuesta.³⁹ En una sociedad industrial basada en ideologías de producción, la locura es un estado de improductividad que debe alejarse y retenerse donde no estorbe el curso normal de la sociedad.⁴⁰

2.3 Michel Foucault filósofo y psicólogo francés, con numerosos estudios sobre las instituciones de control como él las denomina, dedicó gran parte de su vida académica e intelectual a tratar el tema de las exclusiones y discriminaciones en la sociedad, que lo llevaron a influenciar todos sus espacios de acción desde las aulas universitarias y foros públicos, hasta los medios de comunicación.⁴¹ Un ejemplo de esta preocupación se expone en uno de sus cursos dictado entre 1973-1974 en el Collège de France denominado *El poder psiquiátrico*, compuesto por doce clases desde el 7 de noviembre de 1973 hasta el 6 de febrero de 1974. Para el autor una de las ideas constantes durante el curso es plantear que el hospital psiquiátrico es el lugar donde nace la enfermedad, y su función consiste en dejar ver la enfermedad y en producirla.⁴²

En este curso el autor expone que existen dos momentos claves de la locura, antes del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. Durante el primer periodo la locura se instauraba en el plano de la fantasía y las ilusiones de los que la padecían y solo se debía separar de ellas cuando estas se tornaran peligrosas o extremas. En caso contrario a los locos se les permitía andar libres por la naturaleza como lugares terapéuticos recomendados por los médicos para disipar las ilusiones de las mentes perturbadas. Además de otros espacios que permitieran la lejanía y la ruptura con la ciudad y la rutina como los paseos y viajes también eran sugeridos. El segundo momento a inicios del siglo XIX, el estado de locura deja de ser

³⁹ Ibíd. Capítulo 10 "El loco y la sociedad". Pág. 317

⁴⁰ Ibíd. Pág. 325

⁴¹ Tomado de la página web (www.infoamerica.org/teoria/foucault1.htm)

⁴² FOUCAULT, Michel. "El poder psiquiátrico". Curso en el Collège de France (1973-1974). Fondo de Cultura Económica. Pág. 384

relacionado con el error y la insensatez para entenderse como trastornos en la manera de obrar, y al cambiar la concepción surgen al mismo tiempo las prácticas de reclusión y con ellas las instituciones psiquiátricas.⁴³ Foucault plantea que la función del hospital psiquiátrico en el siglo XIX es la de diagnosticar y clasificar en un juego de victoria y sometimiento. El médico es el amo de la locura, es la persona que puede descubrir la verdad de la enfermedad y someterla, es el que posee el conocimiento y la información de algo desconocido para los demás, tiene en conclusión el control de la enfermedad y del enfermo.⁴⁴ El curso concluye mostrando los grandes cambios que sacudieron la psiquiatría a fines del siglo XIX y que pusieron en duda el poder del médico. Las relaciones de poder eran la esencia de la práctica psiquiátrica, permitían el funcionamiento de la institución, la diversificación de roles y la intervención médica. Por el contrario los movimientos de antipsiquiatría lo que hacían era poner en duda esas relaciones de poder y cuestionarlas hasta sus cimientos.⁴⁵ El poder psiquiátrico para el autor en sus palabras “es ante todo una manera determinada de manejar, de administrar, antes de ser una cura una intervención terapéutica, es un régimen de aislamiento y regularidad”.⁴⁶

2.5 Estudios sociológicos tenidos en cuenta para el análisis del paciente mental y las instituciones psiquiátricas.

El tema de las enfermedades mentales y su impacto no solo en aspectos de carácter individual o social desde áreas del conocimiento como la medicina o la psicología son abundantes. El análisis de estas problemáticas aparentemente restringidas para la investigación médica ha sido abordado desde las ciencias sociales y específicamente de la sociología como una problemática social de gran importancia que involucra no solo al ser humano en su individualidad sino como un ser social. Pero además de esto la sociología no solo ha realizado valiosos aportes de investigación sobre el tema de las enfermedades mentales y sus

⁴³ Ibíd. Pág. 386

⁴⁴ Ibíd. Pág. 388

⁴⁵ Ibíd. Pág. 394

⁴⁶ Ibíd. Pág. 199

implicaciones sociales, sino también en el análisis de las instituciones como es el caso de los hospitales psiquiátricos. Muchos estudiosos del tema de las instituciones totales como las cárceles, los hospitales, las correccionales, los conventos entre otros, han enfocado su análisis desde las relaciones de poder y dominación presentes en este tipo de instituciones como los aportados por autores como Foucault, Bastide o Basaglia, y en otros casos se analizan desde la situación social de los enfermos mentales como es el caso del autor Erving Goffman. Para mi caso particular sobre el tema del hospital psiquiátrico como institución total y su impacto en la comunidad hospitalaria como un nuevo mundo instaurado que rompe con los lazos de interacción cotidianos de la vida civil en los pacientes hospitalizados, solo encontré investigaciones sociológicas que hacen un acercamiento a temas similares que pudieron brindar un aporte a la investigación propuesta.

Una de las investigaciones no trata sobre las enfermedades mentales ni mucho menos sobre los hospitales psiquiátricos, pero si sobre las instituciones totales en este caso los recintos carcelarios y la situación social que viven los internos en la cárcel Villa Hermosa de Cali. El segundo estudio analiza la carrera del paciente mental diagnosticado con esquizofrenia en tres familias del municipio de Candelaria, pero no aborda la temática de las instituciones psiquiátricas.

La primera investigación es una tesis de la Universidad del Valle para optar por el título de sociólogo de Harold Mauricio Nieto Castillo denominada *“Presos: Un nuevo individuo bajo el encierro. Estudio sobre las condiciones de vida de los internos de la cárcel Villahermosa, Cali Colombia (2014)”*

El autor inicia su análisis haciendo un recorrido histórico sobre la aparición de estos recintos en la sociedad y a su función como mecanismos de regulación y control en la esfera social, ubicando su investigación en la situación de los reclusos y la funcionalidad de las cárceles a nivel latinoamericano para concluir con el caso colombiano. Se analiza en primera instancia el incremento de personas recluidas en recintos carcelarios en un periodo que abarca los años 1998 a 2013, y se observa la magnitud en el incremento de reclusos en las

cárceles colombianas producto de los cambios introducidos en el sistema penal que tuvieron como consecuencia inmediata, los altos niveles de hacinamiento por no contar con las instalaciones necesarias para el soporte de esta población.

La investigación se sitúa en uno de los centros penitenciarios más afectado por esta crisis de hacinamiento y corrupción en Colombia y es la cárcel Villahermosa en Cali. Esta cárcel de mediana seguridad no solo posee problemas de aglomeración en la población reclusa que trae como consecuencia condiciones desfavorables de estadía y convivencia, sino de salubridad. Que para el autor de esta investigación son el foco principal de atención para analizar las condiciones de vida cotidiana que experimentan los reclusos al ingresar a estas instituciones cerradas que involucran nuevas formas de interacción y adaptación a un nuevo orden impuesto que exige cumplimiento y obediencia.

En palabras textuales del autor “este trabajo busca realizar una exploración de lo que podría llamarse una sociología del individuo, parafraseando a Goffman *exponer una versión sociológica de la estructura del yo*. Analizar la situación del interno, y de qué manera el preso sufre una transformación en su persona, en su acción y concepciones, al estar internado en una cárcel”.⁴⁷ La cárcel la estudia bajo el concepto de institución total valiéndose de los aportes teóricos del autor Erving Goffman con la noción de interaccionismo simbólico que se basa en el microanálisis del contexto social y la interacción entre individuos. Además se tratan otros conceptos aportados por Goffman como son la carrera moral, las mortificaciones al yo y las formas de adaptación al encierro.

La conclusión de su trabajo de investigación frente a la problemática social de las cárceles en Colombia en lo que tiene que ver con la falta de infraestructura en las cárceles para manejar la sobrepoblación de internos y la falta de condiciones dignas para su control y reintegración a la sociedad, muestra solo un falso interés

⁴⁷ Castillo Nieto, Harold Mauricio. (2014) “Presos: Un nuevo individuo bajo el encierro. Estudio sobre las condiciones de vida de los internos de la cárcel Villahermosa, Cali Colombia”. Tesis Universidad del Valle. Facultad de Ciencias sociales y económicas. Pág. 19

del estado colombiano por buscar la resocialización de los reclusos a la vida en comunidad en un ambiente de educación y fortalecimiento de conductas no delictivas, para terminar contribuyendo a la reinserción de estos individuos en actividades ilegales y violentas que se fortalecen en los centros penitenciarios como principales focos de delincuencia y corrupción avalado por los mismos entes de control que los custodian.

El segundo documento es una tesis también de la Universidad del Valle para aspirar al título de sociólogo de Brayan Fernando Larrahondo sobre *“La carrera del paciente mental: un estudio de tres familias del municipio de Candelaria”* (2014).

El autor de esta tesis plantea que su interés en esta investigación es básicamente describir los rasgos de la esquizofrenia como la enfermedad mental seleccionada para su material de trabajo en tres familias en el municipio de candelaria, además de realizar una caracterización de estas familias en lo que respecta a los juicios que tienen sobre la enfermedad mental, como conciben las etapas que atraviesan estos individuos enfermos y la relación del familiar con el paciente. En la primera parte del documento se expone la argumentación teórica sobre el tema de las enfermedades mentales desde un ángulo sociológico y se exponen los planteamientos de autores como Augusto Comte, Michel Foucault, Roger Bastide, Emile Durkheim y Erving Goffman, entre otros, en segunda instancia se analiza el panorama nacional sobre la salud mental y por último se hace un enfoque directo a los objetivos básicos de la investigación.

En este trabajo investigativo el paciente psiquiátrico es el objeto de estudio y para analizarlo se hace necesario el estudio de su entorno social representado en las personas que los rodean como lo es la familia. En palabras directas de su autor *“se debe insistir en una sociología de la enfermedad mental con enfoques descriptivos y comprensivos. Es por esto que debemos hacer este modesto recorrido en la literatura para afinar nuestra preocupación por los grupos, y la*

*forma en que su percepción acerca de la enfermedad mental afecta la definición misma de quien es un enfermo mental y cuando debe ser intervenido”.*⁴⁸

El autor concluye diciendo que no es suficiente que los familiares consideren bajo su juicio que su pariente sufre de algún tipo de trastorno mental, es necesario que se incorpore a esta decisión el concepto de los expertos en este tema y que la persona cumpla con las condiciones requeridas para padecer de una enfermedad mental y requerir posteriormente una hospitalización psiquiátrica. Es decir, que la definición de quien es considerado un enfermo mental y cuando se requiere su hospitalización, no es decisión de un solo agente interventor, en este caso la familia no es quien decide únicamente sobre la condición inestable de un pariente y actúa como un ente conspirador sobre la mente y cuerpo del alienado. Por el contrario se plantea que los procesos de internamiento de los enfermos mentales no corresponden a una figura exclusiva de control y poder social de unos sobre otros en una única relación de subordinación. Hoy en día la función y objetivos en las instituciones psiquiátricas obedecen a conseguir más que la internación de un paciente, y es lograr un proceso preventivo de la enfermedad mental en el menor periodo y solo en los casos que requieran de una atención inmediata.

⁴⁸ Larrahondo Erazo, Brayan Fernando (2014). “La carrera del paciente mental: Un estudio de tres familias del municipio de Candelaria”. Tesis Universidad del Valle. Facultad de Ciencias Sociales y económicas. Pág.24

CAPITULO 3

MÉTODOS Y RESULTADOS

3.1 Instrumentos metodológicos

El tipo de estudio realizado es *descriptivo* y *exploratorio*, ya que se pretende dar cuenta del hospital psiquiátrico desde sus características particulares y explorando la red de relaciones sociales que se establecen entre los diferentes actores que la componen desde un análisis sociológico.

El tipo de estudio planteado y el interés que se tiene, implica estudiar *elementos cualitativos* que tienen que ver con dimensiones objetivas y subjetivas de las relaciones sociales en la comunidad hospitalaria. Por esta razón no me interesa tanto cuantificar, sino observar los matices específicos de las interrelaciones sociales que se desarrollan. Es necesario *observar* y *analizar* una serie de situaciones cotidianas en el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y de la comunidad que la integra. Los objetivos planteados están dirigidos a indagar por las características centrales del objeto de estudio, descubrir sus tendencias y sugerir interpretaciones. Es importante tener en cuenta que esta investigación no pretende establecer generalidades, solo mostrar los resultados de un caso de estudio particular.

La estrategia que se utilizó en la investigación es de carácter *etnográfico* porque se adapta convenientemente a los objetivos propuestos en la investigación donde se hace necesario el contacto directo con el objeto de estudio en lo que los antropólogos llaman *trabajo de campo*.

Con este método de trabajo se recogieron datos primarios y secundarios. Los *datos primarios* que se lograron se recopilaron a través de la *observación directa*, esto quiere decir que se hizo indispensable el ingreso al hospital psiquiátrico y el contacto con sus actores sociales, para observar el funcionamiento de la institución y las relaciones de los diferentes grupos humanos que hacen parte de la comunidad hospitalaria. También se utilizaron las entrevistas semi-

estructuradas, es decir que no poseen un alto grado de formalización y se tuvieron en cuenta además los diálogos espontáneos, las historias familiares que el grupo de estudio nos pudo ofrecer. Los *datos secundarios* se obtuvieron de otras fuentes como los archivos, estudios sobre el tema, documentos personales elaborados por la institución, registros médicos, historiales etc. Estos datos se lograron con la ayuda del personal médico y administrativo que puede manejar dicha información.

Es importante tener en cuenta que las conversaciones y diálogos que se tuvieron con el grupo de estudio brindan valiosa información sobre las acciones y relaciones que se establecen entre ellos, pero no pueden darnos cuenta de todo lo que se necesita saber sobre la conducta social de los individuos y que la observación nos puede ofrecer con más detalle. Es por esta razón que se utilizaron ambas técnicas de recolección de datos.

El objetivo general que se plantea para esta investigación tiene que ver con una caracterización etnográfica del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle (San Isidro), con base en la noción de institución total y con énfasis en la sala 7. A partir de este objetivo central se proyectan los siguientes objetivos específicos.

- Describir la cotidianidad del funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle en su contexto social y físico.
- Reconstruir la cotidianidad del funcionamiento de la sala 7 en su contexto social y físico.

Debo mencionar que la condición de género no es una variable escogida en función del desarrollo de este trabajo de investigación. La sala siete de mujeres fue escogida como foco de atención por dos razones, primero por mi condición de género que permitía la presencia en esta sala sin mayores inconvenientes de distracción y podía pasar más desapercibida que en la sala ocho de hombres, además no sería necesaria la presencia permanente de un funcionario de la institución para mi seguridad y tranquilidad durante la permanencia en la sala. Segundo por las características no solo físicas del espacio por ser una sala amplia y de fácil tránsito, sino por las complejidades que reunían estas pacientes en una

de las salas más críticas del hospital junto con la sala ocho. Estos fueron los motivos reales de trabajar en esta sala.

Para el primer objetivo sobre la *descripción del funcionamiento del hospital* se hizo necesaria la observación directa al objeto de estudio y para esto fue indispensable el ingreso al Hospital psiquiátrico San Isidro con la autorización del personal administrativo que en este caso estaba representado por el subgerente científico Carlos Alberto Miranda (médico psiquiatra), para el tránsito libre por la institución y el reconocimiento del trabajo de investigación que se trataba de realizar. Para el segundo objetivo sobre la *reconstrucción del funcionamiento de la sala siete*, se requiere nuevamente de la observación directa y participante al objeto de estudio que en este caso es una de las salas de hospitalización con que cuenta el hospital y que se logra con el permiso obtenido por la institución para realizar el trabajo de investigación el cual me permite no solo recorrer los espacios que componen la estructura física del hospital psiquiátrico, sino el permiso para interactuar con sus huéspedes ya sea en las diferentes salas con pacientes o con el personal médico y administrativo que trabaja en la institución. En la interacción que se tuvo con pacientes, personal médico y familiares de los pacientes, se usó el diálogo espontáneo para conocer desde el punto de vista de los actores la posición que ocupan en la comunidad hospitalaria y como experimentan esas vivencias.

Cabe reconocer que estos pacientes, familiares y personal del hospital no fueron seleccionados previamente para la investigación, ya que no dependía de mi voluntad como investigadora seleccionar el material de trabajo que en este caso era representado por seres humanos complejos y variables, que hacían que los resultados de análisis dependieran de la disposición de quienes quisieran de buena voluntad colaborar con el trabajo de investigación, brindándome un momento de su tiempo para dialogar y permitir que se le interrogara sobre la situación que estaban viviendo, ya fuera como pacientes, familiares o empleados del hospital. También porque el grupo de pacientes de la sala siete cambiaba constantemente, haciendo difícil el seguimiento en los procesos de estadía de las

internas. En cada visita a la sala siete había material de trabajo humano nuevo y solo en algunos casos encontraba pacientes reincidentes de hospitalización.

Se hizo necesaria también la revisión de documentos personales elaborados por la institución y registros médicos como por ejemplo las historias clínicas de las pacientes de la sala siete y la presencia y observación en el cuarto de revista de los casos de la sala siete y cuatro.

Es necesario aclarar que una de las mayores dificultades con las que tuve que lidiar en el momento de recoger la información, fue el alto grado de rechazo o falta de colaboración por parte de algunas pacientes y familiares durante el trabajo de campo, que en gran medida no dependía de ellas, pues muchas se encontraban somnolientas por los medicamentos y era casi imposible dialogar o intentar un acercamiento. Pero a pesar de estas dificultades que siempre se originan en cualquier trabajo de investigación donde el objeto de estudio son seres humanos, siempre hay personas atentas a la colaboración que permiten que el trabajo se logre realizar. Además de la inmensa cooperación y total disposición que me brindaron las personas que hacían parte del personal médico y administrativo tanto del hospital como de la sala siete. Sin su ayuda no habría sido posible la realización de este trabajo investigativo.

Este diseño de investigación etnográfica junto con sus técnicas de recolección de datos se aplicara a un grupo humano al que se ha designado como comunidad hospitalaria y que se compone de pacientes, familiares, personal médico y cuerpo administrativo, teniendo en cuenta además el espacio físico de interacción donde desarrollan sus acciones. El espacio seleccionado para el desarrollo de esta investigación se localiza en la sala siete del Hospital Psiquiátrico Universitario del valle en la ciudad de Cali, ubicado en la calle 5 #80-00 en el barrio Alférez Real. El trabajo de campo se inició en el mes de noviembre de 2007 hasta el mes de noviembre de 2008, durante este año se realizaron unas tres visitas por mes para un total aproximado de 36 visitas distribuidas entre observaciones generales en el hospital y las observaciones realizadas en la sala siete. En algunos meses se hacían más visitas que en otros. En casi todos los casos las visitas al hospital se

realizaban en horas de la mañana (10 am) hasta entrada la tarde cuando me retiraba del hospital a eso de las 3-4 pm en días de semana generalmente los lunes, miércoles y jueves por la disponibilidad de tiempo con que contaba. En el mes de noviembre de 2007 se hicieron dos visitas, en enero de 2008 fueron tres, en febrero fue el mes con más vistas seis en total, en marzo fueron tres, en abril cuatro visitas, en mayo solo una, en junio cuatro visitas, julio tres vistas, en agosto dos, en septiembre fueron tres, en octubre dos veces y en el último mes de noviembre estuve en dos ocasiones en el hospital cuando finalice el trabajo de campo.

3.2 Testimonio etnográfico de mi ingreso al hospital como investigadora

Para narrar brevemente lo experimentado en el Hospital Psiquiátrico se hace indispensable retratar al hospital como quien retrata una figura humana en una pintura o fotografía, tratando de captar detalles, particularidades, características que permitan definirlo y diferenciarlo. En un primer momento el trabajo de observación se inicia en una fase exploratoria de reconocimiento del espacio físico y social del hospital sin tener aun definido el foco de atención de la investigación.

El primer recorrido que realizo por el hospital, más allá de la puerta principal y la recepción en la que varias veces me quede esperando, lo hago en compañía del psiquiatra Eduardo Castrillón quien muy interesado por mi trabajo de investigación y la sociología me lleva a conocer algunos lugares del hospital como el taller, algunas oficinas y al personal, como por ejemplo a la ingeniera encargada de la logística en el hospital y a Rosa la encargada de la limpieza. Era la primera vez que ingresaba a este hospital y estaba ansiosa de conocerlo y poderlo recorrer, pero lo que más me interesaba eran las “*salas de hospitalización*”, que a fin de cuentas son la razón de ser del hospital. Estas salas son los lugares más temidos y quizás desconocidos por muchos, aún más que las cárceles y los internados, por tal motivo son causa de asombro, misterio y hasta rechazo, convirtiéndose en un

lugar de mala categoría e indeseable ante una sociedad que rumora y comenta acerca de lo que sucede ahí y desconociendo en muchas ocasiones la veracidad de esta información.

Continuando con la descripción, el hospital está rodeado por jardines que hacen del lugar un espacio más libre y tolerable no solo para los pacientes sino también para todos aquellos que lo visitan y laboran en él. Caminamos por un pasillo muy largo y sin saber a dónde nos dirigíamos comencé a ver unos letreros que informaban sobre las salas de hospitalización que se encontraban a lado y lado del pasillo (sala 1, sala 2...sala 8), algunas de ellas con las puertas cerradas y las que no, permitían ver algunos de los pacientes caminando o sentados en los sillones. Durante el recorrido por el pasillo nos topamos con dos pacientes (mujeres) que abordaron de manera insistente al doctor Castrillón quien les respondió de manera seria y respetuosa pero a la vez cortante. Finalmente llegamos al final del pasillo que concluía con una reja que dejaba entrever una cancha de futbol, el doctor toco un timbre y la puerta se abrió, al otro lado unas mujeres sentadas en el piso reclamaban la atención del doctor que con rapidez atendió con un saludo fugaz para ingresar a la sala de revista donde lo esperaban estudiantes y doctores muy jóvenes y yo le seguía detrás con un poco de precaución.

Sin darme cuenta había ingresado a una de las salas más complicadas por el estado de las pacientes que se encontraban hospitalizadas, era la sala #7 de mujeres (unidad de cuidado especial). Tome asiento mientras el doctor me presentaba a su grupo de trabajo y les comunicaba sobre la razón de mi presencia. Me dedique entonces a observar y a escuchar con atención los comentarios que hacían entre ellos desde burlas hasta razonamientos abstractos sobre la enfermedad mental que no llegaba a comprender con facilidad, la mayoría eran estudiantes de últimos semestres de medicina en práctica, estudiantes de psicología y trabajo social incluyendo a la enfermera jefe y a una terapeuta que también se encontraban ahí.

Se inicia la revista de todos los lunes por la mañana donde doctores y estudiantes en práctica se dedican a analizar los diferentes casos exponiéndolos ante el selecto grupo de profesionales para llegar a posibles conclusiones sobre el estado de la paciente y su posterior tratamiento. A cada estudiante se le asigna un número determinado de pacientes dependiendo de la cantidad de personas hospitalizadas que se encuentren en ese momento, en ocasiones cuando las salas están llenas pueden ser hasta siete o más pacientes por practicante. La historia clínica de las pacientes es leída en voz alta por uno de los doctores quien posteriormente da paso a la entrevista la cual será dirigida por el médico tratante. La paciente es interrogada en mesa redonda ante unas personas que visten batas blancas en señal de autoridad y la miran con detenimiento mientras se espera que responda a las preguntas que le formulan. Cuando la paciente ingresa a la sala de revista médica, el doctor encargado le presenta a todo el personal para que se sienta más en confianza y pueda responder sin temor alguno.

La entrevista se basa en preguntas simples de reconocimiento del lugar donde se encuentran, el tiempo referido a fechas, las razones por las cuales se encuentra hospitalizada, datos básicos sobre la edad, su relación con la familia y sobre lo que cree le sucede. Muchas de ellas se extienden al hablar y narran historias interminables sobre múltiples temas a la vez y las llaman “logorreicas”, mientras otras si acaso responden a las preguntas más sencillas como por ejemplo su nombre completo y su edad.

Posteriormente el doctor Castrillón termina con la entrevista preguntándole de manera cordial pero fuerte para evitar desviaciones en las repuestas, si sufre de alucinaciones o ha tenido revelaciones, si escuchas voces, si puede dormir bien o por el contrario se desvela, si está comiendo correctamente, etc. Con esta información el doctor le comenta a la paciente el tratamiento a seguir de manera sencilla y clara para que la paciente pueda retirarse más tranquila y confiada de que pronto va a regresar a su vida anterior, algunas muy cariñosas se acercan para abrazarlo o darle la mano y luego se van acompañadas de su médico en señal de despedida. Cuando la paciente se retira del salón se solicita que el

medico encargado haga su intervención ante el grupo y exponga el caso con más detalle para llegar a una conclusión de manera conjunta pues todos los presentes pueden participar de la discusión, esto sucede en todos los casos que presencié ese día.

La información que suministran las(os) enfermeras(os), los(as) auxiliares de enfermería y terapeutas son la base para llevar a cabo las discusiones en la sala de revista médica por ser quienes comparten todo el tiempo con las pacientes desde que llegan a la sala #7 hasta que les dan salida, llenan los informes diarios desde que las pacientes se levantan hasta que se acuestan y son las personas encargadas de suministrar los medicamentos y alimentos indicados. La evaluación sobre el comportamiento se mide de acuerdo con esta información y dependiendo de ella la paciente es valorada como en proceso de recuperación y adaptación al tratamiento o por el contrario en rechazo y empeoramiento, frente a esta situación se aumenta la dosis de medicamento, se disminuye, se cambia o se cancela para analizar respuestas en el paciente. Los médicos informan sobre los posibles cambios en el tratamiento a los(as) enfermeros(as). Es importante recordar que aunque el personal de enfermería y terapia cumple un papel fundamental y sus criterios son de gran valor, quien tiene la última palabra de juicio sobre la mejoría o no de un paciente es el médico tratante.

Mientras escuchaba atenta a todo lo que hablaban los profesionales de la salud en ese pequeño salón de ventanas altas, un amplio escritorio y un archivero algo maltratado, me daba cuenta que las discusiones no eran tan serias y técnicas como pensé en un momento por la seriedad y complejidad del tema, el doctor Castrillón y el resto de estudiantes hacían de ese espacio algo muy habitual y hasta cómico, lleno de anécdotas y experiencias en su mayoría graciosas sobre los pacientes que han transitado por el hospital o las “personalidades” como ellos las llaman. Me llegue a sentir un poco mal al reírme con ellos de algunas cosas sobre las pacientes pero luego comprendí que las personas suelen hacer ese tipo de cosas en todos los espacios de interacción llámese trabajo, universidad y hasta en la familia, como una forma más de relacionarse.

En esta primera visita a la sala 7 tuve la oportunidad de presenciar la entrevista a una mujer negra de 17 años de edad y aproximadamente 1.65 de estatura que ingresa el día anterior al hospital en las horas de la tarde, uno de los doctores presentes dirige la entrevista que dura más o menos diez minutos y no es plenamente correspondida por la paciente que se encontraba un poco somnolienta por los medicamentos y no vocaliza claro, por tal motivo hacen que se retire. En medio de un corto receso de unos 15 minutos los estudiantes salen del cuarto a comer algo o simplemente descansar, y yo me quedo con algunos de ellos conversando sobre el hospital y las pacientes.

Más tarde después de terminada la sesión me dirijo a salir en compañía del doctor Castrillón recorriendo de nuevo el largo pasillo mientras él hacía algunas preguntas sobre mi trabajo de investigación y comenta que es necesario tener en cuenta el cambio de lenguaje que se ha dado desde las formas represivas y carcelarias que anteriormente se tenían para el tratamiento y hospitalización de pacientes psiquiátricas y lo que aún permanece como por ejemplo la asignación de números para identificar los pabellones de internos (sala 1.. sala 8) como se hace en las cárceles para clasificar los patios de los presos. El doctor se preguntaba ¿por qué no cambiar esos números por nombres como sucede en los hospitales de atención médica general?, usar nombres como sala de mujeres o de hombres. La reflexión me pareció bastante interesante así que tome nota de ello.

En la siguiente visita, un viernes según mi cuaderno de registro, llegue al hospital esta vez sola para recorrer el largo pasillo hasta la sala 7 que es una de las últimas junto con la sala 8 que queda al frente, y encontrarme con ellas, las pacientes, sin intermediarios pero sí con una bata blanca y un carnet que me identifica como estudiante de sociología de la Universidad del Valle y me distingue entre los visitantes, las pacientes o una intrusa observadora. En la visita anterior el doctor se había tomado la molestia de presentarme a todas las enfermeras y auxiliares de la sala para poder trabajar sin inconvenientes y así fue. Recuerdo que ese día me sentía extraña en ese lugar pues no sabía exactamente

qué hacer, camine por el pasillo de la sala hasta el final saludando antes al personal médico que se encontraba en ese momento atendiendo sus asuntos y si acaso se percataron de mi presencia, seguí hasta el final del corredor donde se encontraba un salón grande con un televisor en frente colgado en la pared y un reloj que marcaba la hora correcta , al lado izquierdo cuatro mesas de cemento con sus respectivos asientos del mismo material, dos ventiladores y cuatro ventanas con rejas que solo permite ver arbustos, centrados en la sala frente al televisor unas 20 sillas de esas que tienen las salas de espera en los centros médicos o las panaderías, una pegada a la otra y movibles. Hay un familiar con una paciente haciendo visita en las mesas de cemento, tres mujeres de edad avanzada pasan por mi lado con aspecto de zombis sin rumbo, el televisor encendido sin ninguna espectadora y ese enorme salón casi desierto. Decido seguir observando el espacio y describirlo en mi cuaderno de apuntes, al lado derecho del salón un mesón largo de cemento y baldosas blancas al igual que las otras mesas, en la pared de enfrente seguido del televisor y el reloj se encuentra un closet enorme donde se guarda las prendas de vestir de las pacientes y algunas de las pertenencias que les llevan los familiares como implementos de aseo o ropa para cambiarse.

Eran las 10:45 am y de repente salen todas las pacientes, casi veinte mujeres que empiezan a ocupar el lugar de diferentes maneras, en su mayoría son mujeres adultas madres de familia por lo que me dicen algunas auxiliares. Algunas se acercan pensando que soy doctora y de hecho así me llaman después que les comunico que soy una estudiante de sociología, supongo que al igual que muchas personas no tienen ni idea de lo que eso significa y es más fácil decirme doctora simplemente. Ese día tuve la oportunidad de hablar con muchas de ellas sin necesidad de buscarlas, querían ser escuchadas por alguien que tuviera una bata blanca y pudiera quizás solucionar todos sus problemas dejándolas ir. Me contaban su historia, sus necesidades, sus angustias, sobre sus familias malvadas que las habían llevado a ese lugar en el que no deseaban estar, sobre sus hijos desamparados y pequeños que necesitaban de sus cuidados de madre, de sus esposos que no eran los mejores pero recordaban con cariño. Otras más

resignadas trataban de adaptarse lo mejor posible al lugar y al tratamiento, pues sabían que un buen comportamiento sería la boleta de salida más rentable para regresar a sus hogares o residencias lo más pronto posible.

Ese día me di cuenta, además de muchas otras cosas, que las pacientes no tienen uniformes como la gente cree, las prendas en su mayoría donadas son selladas con un marcador con sala #7 para poderlas identificar cuando hay salidas a la cancha, a la casona donde quedan unos jardines hermosos o a los salones de recreación; estas prendas no se encuentran en las mejores condiciones, en ocasiones manchadas o muy grandes para quienes las usan. El hospital no puede garantizar según me dicen algunas enfermeras y doctores, la compra de prendas o uniformes para las internas, dependiendo así de la caridad y de lo poco que los familiares les llevan. Estas mujeres en su mayoría no tienen conciencia de su apariencia personal y los medicamentos no ayudan mucho, se pueden ver descuidadas a veces sucias o en otros casos desnudas y a medio vestir, lo que incomoda a los visitantes que deben reencontrarse con sus familiares en medio del caos del lugar y el estado de las otras pacientes.

Las mujeres que se encuentran en esta sala no están separadas por la patología de su enfermedad ni por su edad, pero si por su condición económica y la causa de la hospitalización. Básicamente son pacientes psicóticas⁴⁹ en su mayoría y que han intentado hacer daño a otros o suicidarse. Es por esta razón que en la sala 7 nos podemos encontrar con una diversidad de pacientes que padecen diferentes enfermedades desde las más complicadas hasta las que son más controlables, en edades que van desde los 14 años hasta los 70 o más. Es de considerar que estas mujeres y sus familias no gozan de las mejores condiciones económicas, muchas de ellas ni siquiera viven en Cali, vienen de los diferentes municipios del Valle. Además puedo decir con certeza que desde noviembre del año 2007 hasta noviembre del 2008, casi el 70% de las mujeres que he visto en las distintas

⁴⁹ Tomado de página web (<https://www.nlm.nih.gov/.../001553.htm> Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.) "La psicosis ocurre cuando una persona pierde contacto con la realidad. La persona puede: tener falsas creencias acerca de lo que está sucediendo o de quien es (delirios), ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)."

visitas son de raza negra desde jóvenes de 17 años hasta señoras de avanzada edad, sin desconocer la presencia de mujeres de tez blanca o más pálida pero en menor proporción, digamos que de 30 pacientes hospitalizadas que es la capacidad máxima en la sala 7, 20 son negras y el resto blancas. Podría decirse que la población de la sala siete está compuesta en su mayoría por mujeres negras de escasos recursos.

El hospital psiquiátrico como otros lugares tiene sus reglas y sus formas de organización en cuanto a los tiempos y las actividades de quienes lo habitan, por tal razón cada día de la semana tiene algo particular al día anterior, sobre todo en las actividades de recreación y terapia de los pacientes quienes viven una vida rutinaria y monótona en estas salas. Según me contaba una paciente muy joven de 17 años que estuvo hace un mes hospitalizada primero en la sala #7 y posteriormente en la #4 en un periodo de casi 30 días, que las enfermeras la hacían levantar a las 8:00 am para desayunar y bañarse, más tarde eran sacadas de la sala para realizar alguna actividad ya sea en los salones que quedan cerca de los jardines muy amplios y bonitos , en ocasiones a la cancha (zona verde) que queda enseguida de la sala 7 y en menor medida en la misma sala cuando el clima no ayuda. No todas las pacientes pueden participar en las actividades programadas por distintas razones, ya sea porque la persona está muy medicada y no puede mantenerse despierta, está lastimada (silla de ruedas o enyesada), dormida, castigada por alguna acción negativa, por la visita de un familiar o simplemente porque no desea participar.

Estuve presente en varias actividades de terapia en espacios diferentes colaborando un poco a las enfermeras con el cuidado de las pacientes y la vigilancia. La primera vez estuvimos en las horas de la mañana en los salones que quedan cerca de los jardines, salimos con unas quince pacientes cuatro de ellas muy mayores y totalmente dopadas por los medicamentos, casi había que ayudarlas a caminar. Ese día la terapia consistía en pintar la figura de un gato exactamente como estaba el modelo, la actividad incluía pintar, pegar y esparcir distintos materiales en el papel, lo que denominaba la terapeuta *motricidad fina*.

Estuvimos alrededor de dos horas o menos y luego regresamos a la sala pues pronto servirían el almuerzo. En las otras ocasiones regresamos al mismo lugar en las horas de la tarde pero esta vez a usar los juegos de mesa como ajedrez, parqués, damas, dominó, también se podía jugar sapo. Ese día me divertí mucho y compartí la tarde con las pacientes en medio de las risas, pues nunca había jugado sapo y en la competencia era la última, otras pacientes se dedicaron a jugar domino con una de las terapistas. Hay otras actividades que se distribuyen en la semana como el arreglo de las uñas y el cabello, la sesión de grupo y el dibujo.

Aunque estas actividades pueden variar en la semana dependiendo de la disponibilidad y participación de las pacientes hay una actividad recreativa que no tiene lugar a cambios o modificaciones, y es el baile de los jueves en la mañana en la casona (jardines). Todos los jueves en la mañana los internos hombres y mujeres, se preparan con sus mejores atuendos para el baile que termina pasado el mediodía. A esta fiesta están invitadas desde la sala 1 hasta la 8 incluyendo familiares y por supuesto las enfermeras, auxiliares y terapistas que acompañan la actividad y supervisan a sus pacientes.

Esta actividad en especial es la más esperada por los internos, al parecer por el grado de interacción que genera el compartir un espacio de baile, música y charla similar al que se suele disfrutar cuando están fuera del hospital y donde la espontaneidad y la libre expresión no están tan coaccionadas como cuando están en las salas. No es una fiesta como uno suele imaginarse con bombas, bebidas y comida, solo está la música, un espacio donde bailar y unos individuos dispuestos a sudarse toda la mañana bailando entre ellos. Es curioso ver como en medio de su enfermedad y su estadía en el hospital estas personas encuentran el momento para divertirse y quizás, por qué no, de olvidar que son diferentes ante la sociedad. Finalizada esta jornada de recreación los pacientes son regresados a las diferentes salas para esperar el almuerzo y continuar con un día más en el hospital. Es de mencionar que estas actividades son parte del tratamiento y por tal

razón las enfermeras y terapeutas llevan un registro de participación que incluye las firmas de las pacientes después de culminada cada actividad.

Como mencionaba anteriormente, el hospital cumple con una normatividad y organización en todas las actividades tanto del personal, como de los pacientes y familiares. En el caso de los pacientes las horas de visita, el aseo personal, las comidas y los medicamentos también tienen sus reglas y todos las conocen, o por lo menos la mayoría. Se por medio de lo que una paciente me contaba que el desayuno es temprano pero realmente no lo he presenciado, en cuanto al almuerzo puedo decir que se sirve después del mediodía (12:15 o 12:30), una mujer o un hombre llega con un carro grande donde lleva los alimentos servidos en sus respectivos platos y las bebidas y sopas que se sirven después. Las pacientes son llamadas a las mesas por su nombre y las ubican de acuerdo a su comportamiento, muchas de ellas tienen una dieta alimenticia que se sigue rigurosamente en el hospital en el desayuno, el refrigerio, el almuerzo, el “algo” y las comidas. En cuanto al comportamiento, unas son retiradas de las mesas y ubicadas en el mesón o en una mesa individual ya sea porque se comen la comida de las otras pacientes, son agresivas o están demasiado dopadas, babean y es desagradable para las demás. El almuerzo dura unos 15 minutos y las pacientes ya saben dónde poner las sobras y los platos sucios cuando terminan, algunas con mucho apetito según me cuentan a causa de los medicamentos y otras que escasamente prueban los alimentos. En el mesón se deja un balde para las sobras que luego recogen junto con los platos, muchas de las pacientes dejan comida para dar a las palomas que se acercan en grupo para alimentarse de las sobras que dejan en el patio. Esto se convierte en un verdadero problema para Lizenia la aseadora de la sala #7, una mujer negra de baja estatura y muy amable, que cada día debe enfrentarse con un espacio que la reta y cuestiona su grado de tolerancia : *“es un trabajo muy duro le pido a Dios que me ayude a tener paciencia y tratarlas con cariño”*. Realmente es un trabajo muy complicado y sin expectativas que llega a deprimirte.

En ocasiones cuando mi ánimo estaba un poco bajo, estar en la sala me distraía y escucharlas me hacía reflexionar sobre la misma sociedad, en otros casos solo deseaba salir de ahí como si esa realidad tan cercana me invadiera con su soledad y me asustara. Fue devastador en un principio ver como padres, hermanos, sobrinos, hijos visitan a sus familiares hospitalizados sin saber que decir o hacer en medio de este ambiente tan difícil de comprender, muchos de ellos solo quieren escuchar que su familiar está mejorando y salir pronto de ese lugar, se observa en sus rostros la desesperanza y resignación frente a la situación que tienen que vivir, unos enojados, optimistas y otros ausentes pero todos deseando ser otros y no tener que estar ahí.

Me encontré con varios familiares que permitían con agrado que me acercara y les comentara sobre el día que había pasado su hija o su esposa, y en sus ojos se veía la alegría de que alguien pudiera brindarles un minuto de atención en medio de su propia tristeza. Cuando una visita llega debe buscar por sí mismo a su familiar en toda la sala, en pocas ocasiones el médico encargado se sienta a conversar con los familiares para informar sobre el tratamiento. Según observaba en un tablero de información en la sala, existe un programa de orientación a los familiares de las pacientes de la sala 4 y 7 los días martes, miércoles y jueves desde las 3:00 pm hasta las 4:00 pm, y los horarios de visitas diarios son en la mañana de 9:30 a 11:00 y en la tarde de 1:30 a 4:00, en ocasiones permiten a los familiares quedarse con el paciente toda la noche con un permiso previo.

Estas son algunas de las cosas que experimente en el hospital y que permitieron la recolección de la información consignada en este trabajo de investigación.

4- EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAN ISIDRO COMO UNA INSTITUCIÓN TOTAL

En este punto se analiza al Hospital Psiquiátrico San Isidro en su organización física y social teniendo en cuenta las condiciones socio-ambientales que experimentan los habitantes transitorios y permanentes de la institución entre

pacientes, familiares y personal médico. El objetivo es analizar el Hospital Psiquiátrico bajo el concepto de institución total aportado por el autor Erving Goffman, analizando las características que definen una institución total como es el ingreso de sus miembros, los servicios que ofrece, la infraestructura y los objetivos que cumplen. Los elementos conceptuales que nos ofrece este autor nos permiten observar que aspectos tiene el Hospital Psiquiátrico San Isidro como una institución total y cuales elementos no posee, pues así como el autor Erving Goffman lo plantea en el libro *Internados*, existen diferentes tipos de instituciones que comparten características propias de las instituciones totales sin serlo. Lo importante es resaltar aquellos elementos fundamentales que diferencian las instituciones totales del resto de instituciones en la sociedad y que el autor expone con gran claridad.

4.1 Características de las instituciones totales observadas en el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

Las instituciones o establecimientos sociales son espacios donde se desarrolla una actividad específica y estas se pueden diferenciar por el tipo de personas que reciben, la forma de ingreso de sus miembros, los servicios que ofrecen y hasta los objetivos que persiguen como finalidad.⁵⁰ Además tienen como característica principal la de absorber no solo el interés de sus usuarios sino también gran parte de su tiempo, con el fin de crear un mundo propio que satisfaga gran parte de sus necesidades. En algunos casos estas tendencias absorbentes de las instituciones pueden ser más totalizadoras que en otras, impidiendo cualquier vínculo externo a través de objetos materializados en puertas, rejas, muros etc. Estas instituciones se denominan totales y se diferencian de otras igualmente por el tipo de miembros que reciben, la manera como estos ingresan y los objetivos que promueven.

⁵⁰ GOFFMAN, Erving. "Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorruu Editores. Pág. 17

Es decir que dentro de la diversidad de establecimientos que existen en la sociedad, hay un tipo particular de ellos denominados *instituciones totales*, y este grupo de instituciones posee subgrupos que se diferencian entre sí por sus características en el funcionamiento.⁵¹ Las instituciones psiquiátricas son un tipo de institución total que se define por recibir individuos que no pueden cuidar de sí mismos y al mismo tiempo pueden generar un riesgo involuntario para la sociedad. En este grupo no solo aparecen los hospitales psiquiátricos, también los leprosarios que existieron en épocas pasadas y los hospitales que atienden personas con enfermedades infecciosas, entre otras.

El Hospital Psiquiátrico San Isidro es un tipo de institución total y se diferencia de otras instituciones por el tipo de usuarios que atiende y la forma como estos ingresan al establecimiento. Básicamente los servicios que este hospital ofrece a los individuos de la ciudad de Cali y el Valle del Cauca, además de los habitantes de otros departamentos del país, son los servicios integrales de salud para la rehabilitación mental de personas en estado crítico, es decir aquellos pacientes que presenten una crisis aguda y requieran de una atención urgente. El hospital no hace hospitalizaciones crónicas, por tal motivo el periodo más largo de solución a una crisis es de aproximadamente catorce días para el caso de los pacientes que ingresan a las salas de hospitalización por motivos no penales, es decir desde la sala 1 a la 8, con excepción de la sala 9 donde se encuentran los inimputables que cumplen sus condenas determinadas por un juez a causa de hechos criminales que no pueden ser cumplidos en un establecimiento carcelario convencional, a causa de su estado mental.

La fachada principal del hospital por la calle 5ª con carrera 80 muestra las dos puertas de ingreso, la de urgencias y la puerta principal donde se encuentra la recepción. Los altos muros que rodean la institución son la materialización más evidente de separación y diferenciación de quienes se encuentran adentro y aquellos que están afuera. No hay forma de que los pacientes hospitalizados puedan tener contacto con el exterior por medio de ventanas o puertas a las que

⁵¹ Ibíd. Pág. 18

tengan acceso, el único espacio dentro del hospital donde se puede observar a través de rejas el exterior, es en los jardines de la casona y sin embargo los pacientes no pueden estar cerca de las rejas o en otro espacio del hospital sin supervisión de algún funcionario.

El ingreso de los usuarios del Hospital Psiquiátrico San Isidro se hace por las dos puertas ya mencionadas, la de urgencias por donde entran los pacientes que requieren de atención inmediata a causa de alguna crisis y aquellos que se dirigen a citas médicas programadas con antelación incluyendo los familiares o acompañantes de los pacientes. Esta es la entrada más congestionada por el volumen de usuarios que hacen uso de los servicios de salud del hospital y es custodiada por un personal de vigilancia que regula el ingreso y la salida.

La otra puerta es por donde pasan los funcionarios de la institución, es una entrada más pequeña pero al igual que la de urgencias tiene una figura de autoridad que regula el ingreso de cada persona, sea visitante, personal de salud, área administrativa, familiares de pacientes hospitalizados, estudiantes en práctica, etc. Las personas deben pasar con autorización previa y deben presentar documento de identificación además de informar a donde se dirigen, en el caso del personal externo al hospital. La información es ratificada en la recepción para permitir el ingreso, el documento se debe dejar con la recepcionista quien entrega una tarjeta de visitante al usuario, y esta le permite transitar por el hospital sin ningún problema, con excepción de las áreas restringidas donde solo se permite personal autorizado.

Estas áreas restringidas son espacios que requieren de autorización para su ingreso y los visitantes o pacientes no pueden ingresar sin acompañamiento de algún empleado de la institución. Uno de esos lugares es el museo del hospital que se ubica en la casona, este recinto alberga la historia fotográfica y material del manicomio en sus inicios, no está abierto al público en general pues considero que las imágenes e instrumentos usados en esas épocas podrían generar rechazo y miedo por la labor que el hospital realiza actualmente. Cabe resaltar que es importante ver que el hospital no oculta su historia, pues esta es la representación

más viva de todas las etapas por las que tuvo que pasar no solo el hospital en cuanto a infraestructura física, dotación e inversión social, sino todos los cambios a nivel de mentalidad por el cuidado de los pacientes y las políticas de salud en pro de los derechos humanos que promovieron los grandes cambios que hoy se reflejan en el hospital psiquiátrico San Isidro. Conservar las fotografías y herramientas de manejo de los enfermos en épocas pasadas, es muestra del gran interés por realizar avances y seguir creciendo como una de las mejores instituciones de cuidado mental en el país y reconocida internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud.

El hospital en general tiene organizado su espacio físico por áreas de acuerdo a su funcionalidad, la parte administrativa está en la primera planta junto con los consultorios médicos y las urgencias. Estas zonas son el primer contacto que tienen los usuarios con el hospital San Isidro. Más al interior se encuentran las salas de hospitalización en un ambiente tranquilo y aislado del contacto con el exterior para el óptimo tratamiento de los pacientes. Los espacios de recreación como la cancha y los salones de la casona junto a los jardines se encuentran alejados de la congestión y bullicio que sale de los consultorios de urgencias y el tránsito acelerado de los funcionarios administrativos del hospital. En la segunda planta se ubican las oficinas de trabajo social y otros funcionarios del hospital.

En el caso de las salas de hospitalización solo existen dos en las que el ingreso y la salida son autorizados desde una central de enfermería que se encuentra en el interior de estos dos pabellones. La sala 8 y 7 son las últimas salas del pasillo de hospitalización y son las únicas que poseen una gran puerta hermética con una ventanilla de vidrio que permite observar desde adentro quien requiere el ingreso. Estas dos salas poseen más controles de riesgo que las demás incluyendo la sala 9 de inimputables, los pacientes que habitan la sala 8 son los hombres que llegan al hospital en estado crítico, es decir que requieren de más cuidados y protección para sí mismos y las personas a su alrededor. La sala 7 igualmente alberga a las mujeres que llegan en estado crítico y representan un peligro para sí mismas y las demás personas, por tal motivo requieren de controles de vigilancia y observación

más intensos que en el resto de salas, es por esta razón que se encuentran ubicadas al final del pasillo de hospitalización y no al comienzo.

Las rejas y puertas divisorias están presentes en toda la infraestructura física del hospital para asegurar la restricción inmediata a ciertos espacios a personas no autorizadas. Además de coordinar el uso del tiempo en los diferentes lugares, los cerramientos permiten controlar el orden administrado por la misma institución para darlo a conocer a todos sus usuarios, sean pacientes o visitantes.

Otra característica importante de las instituciones totales es que integran los diferentes ámbitos de interacción que los individuos encuentran diversificados en la sociedad normalmente. Espacios como el trabajo, la recreación y el descanso suelen encontrarse suplididos en un mismo espacio cuando se habla de instituciones totales⁵². Además de esto los entes reguladores que supervisan el orden cotidiano de vida en los distintos lugares de interacción, en estas instituciones suele ser la misma autoridad y no varias figuras de autoridad como sucede en la sociedad civil. Existe una organización institucional que administra de manera formal cada actividad desarrollada dentro de la misma. La regulación incluye no solo los tiempos y las acciones de los integrantes sino que impone su nuevo orden en un sistema de logros y fracasos que serán atribuidos al grupo de supervisados por parte de la autoridad competente que recae en este caso sobre los funcionarios de la institución.

Y aunque estas características no son exclusivas de las instituciones totales ya que existen otros establecimientos en los que las necesidades de alimentación, trabajo, estudio o recreación se encuentren en un mismo espacio, la autoridad no juega el mismo papel dentro de una institución total. La orientación no es un objetivo de la autoridad en las instituciones totales, como sucedería en un centro educativo o en una empresa comercial, el objetivo real es la supervisión y vigilancia por parte de un grupo inferior de individuos que representa a la institución en su organización interna, y que a su vez alinea a un conjunto mayor

⁵² Ibíd. Pág. 19

de personas denominados internos o pacientes como sería el caso del hospital psiquiátrico.

La presencia de estos dos grupos humanos es indispensable y representativa en las instituciones totales y aunque su tamaño marca un contraste evidente, la diferencia más relevante es el tiempo de permanencia que cada grupo pasa en la institución. En el Hospital Psiquiátrico San Isidro estos dos grupos los representan los pacientes y los funcionarios. Para los pacientes el tiempo que permanecen hospitalizados es como mínimo de 24 horas hasta máximo catorce días, dependiendo del estado del paciente y la evolución que muestre en su mejoría, además de tener un contacto restringido con el mundo externo. El tiempo que el grupo de funcionarios o empleados permanece en el hospital varía de acuerdo a los turnos que realizan a diario para el cumplimiento de sus funciones, estas pueden estar programadas desde las 8 horas hasta las 12 horas y no pierden el contacto con la vida fuera del hospital. Se forman dos mundos sociales y culturales que se acercan pero se repelen al mismo tiempo por las diferencias situacionales y motivos por los cuales deben interactuar de manera forzada y no espontánea, como sucedería en otros espacios de selección voluntaria.

La incompatibilidad que surge entre la estructura social y las instituciones totales se puede evidenciar por ejemplo en el ritmo laboral impuesto por la institución y la vida en familia. Un paciente internado en un hospital psiquiátrico tiende a interiorizar un ritmo de trabajo que trae del mundo externo en donde la remuneración por la labor realizada es determinante y al llegar a este tipo de instituciones totales tiende a desmoralizarse por un nuevo ritmo laboral que cobra un sentido muy distinto al de la vida que llevaban antes. En el Hospital Psiquiátrico San Isidro algunos pacientes suelen estar mendigando monedas en los pasillos para comprar cigarrillos o alimentos en la tienda, y para intercambiar otras cosas con pacientes de su misma sala o de otras. Esta actividad se observa frecuentemente en el mundo externo protagonizada por personas que ven en el mendigar la salida más fácil a su subsistencia, algunos con posible vergüenza y otros con total cinismo, en cualquier caso ante los ojos de la sociedad es un acto

de descredito para quien lo realice. Dentro de una institución psiquiátrica esta actividad no es bien vista y se asimila como síntoma de una enfermedad mental en los pacientes. *“Existe pues una incompatibilidad entre la estructura básica del trabajo remunerado en nuestra sociedad y lo que se presenta en las instituciones totales”*.⁵³

Otra fuerza opositora que resiste los poderes absorbentes de una institución total es la vida en familia. En el caso de los miembros del personal, aunque sus familias permanecen por fuera la institución, su contacto con el exterior es a diario ya que solo cumplen una jornada laboral de algunas horas, sustrayéndose así a las tendencias absorbentes que si atrapan a los pacientes que deben permanecer días enteros sin tener noticias del mundo al que pertenecen a través de sus conocidos o familiares, que en ocasiones jamás regresan a visitarlos o tardan periodos de tiempo muy largos. Presentes o no, los familiares seguirán siendo el filtro que una institución total no podrá suprimir por más cerrada y restringida que sea. Aunque existen instituciones totales en las que las visitas familiares son prohibidas para crear una separación total entre el espacio institucional y el espacio habitual de los individuos, en el Hospital Psiquiátrico este contacto con lo externo representado en la familia es un factor determinante y necesario en los procesos de rehabilitación del paciente mental.

4.2 El paciente hospitalizado y su entorno social

La cultura de presentación de un paciente hospitalizado se deriva de su mundo habitual, que está representado por las actividades y rutinas que realizaba en su vida cotidiana antes del ingreso a la institución. La organización personal que cada individuo lleva consigo interiorizada forma parte de una organización social más amplia que lo condiciona, y esta es la sociedad civil. Cuando un individuo ingresa a un nuevo sistema de organización social, existe una confrontación entre su yo

⁵³ Ibíd. Pág. 24

interior y el yo institucional, cada uno intentara sobreponerse al otro tratando de controlar al individuo, sobre todo cuando se habla del ingreso a una institución total.

En el caso del Hospital Psiquiátrico, cuando la estadía del interno en la institución es demasiado larga se puede presentar una pérdida de esa cultura de presentación que traía de su mundo externo, es decir que se produce un desconocimiento a la realidad o al mundo que conocía y que temporalmente se encuentra en incapacidad para encarar en el momento que regrese, si es que lo hace. Pero no es objetivo de la institución total instaurar una nueva cultura de presentación en los internos y destruir la que tenían proveniente de su mundo habitual, pero si mantener una frágil línea de separación que permita a la institución un mejor manejo de los pacientes a través de un sistema de logros que les permite alcanzar lo que desean por medio del cumplimiento de unas tareas instauradas por la institución.⁵⁴

Para Goffman durante este proceso de adaptación del interno a la vida institucional es que se le despoja de todo aquello que representaba un apoyo y una reafirmación de su yo habitual, se produce una ruptura entre los dos mundos que va acompañado de depresiones, degradaciones y humillación para quienes se incorporan al nuevo sistema social. No quiero decir con esto que la adaptación de un paciente al nuevo sistema hospitalario en el caso de San Isidro, se produzca con maltrato por parte de los funcionarios hacia los pacientes, es el despojo mismo el que hace que estos sentimientos de soledad, desarraigo y desconocimiento ante un espacio de relación impuesto, producen en cualquier individuo que es sometido a una ruptura de su propio mundo de interacción, una idea de agresión a quienes somos y como nos vemos representados ante los demás, una usurpación a nuestro propio ser por parte de personas desconocidas solo puede generar rechazo y temor.

⁵⁴ GOFFMAN, Erving. "Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorrortu Editores. Pág. 26

La “muerte civil” del individuo es una de las mutilaciones que se hacen al yo cuando se ingresa a una institución total y se produce en el momento de la separación entre el espacio habitual y el institucional, la ruptura puede ser corta y durar solo unas horas o por el contrario meses o incluso años. El apartamiento puede ser extremo en algunas instituciones totales, hasta el punto de cortar cualquier vínculo con el exterior prohibiendo hasta las visitas familiares.⁵⁵

El comienzo para el interno es un nuevo mundo institucional al que deberá adaptarse por completo o crear resistencia ante lo que se trata de imponer. En el procedimiento de admisión el paciente es despojado de su equipo de identificación que va desde sus pertenencias personales hasta sus hábitos rutinarios, y la imagen que posee de sí mismo se distorsiona hasta llegar al desconocimiento de los roles sociales que un día representó fuera de la institución.

En el caso específico de la sala siete del Hospital Psiquiátrico, las habitaciones de las pacientes son la viva representación de todo ese desprendimiento del que serán sometidas todas aquellas pacientes que lleguen a habitar esos pequeños cubículos en su mayoría compartidos y con solo lo necesario para descansar. No se les permite conservar objetos representativos de su vida anterior ni nada que pueda representar un peligro para sí mismas o el resto de pacientes. Las habitaciones suelen ser sencillas y similares en su distribución y mobiliario, no existe nada que pueda recordarles de donde provienen o quiénes son. Muchas pacientes llegan al hospital incluso sin prendas de vestir o artículos de aseo y es el hospital quien suple las necesidades de vestuario con las donaciones que en ocasiones reciben de particulares o fundaciones. Estas prendas de vestir en muchos casos se encuentran en muy mal estado y las pacientes que no tienen el cuidado de su familia deben usarlas pues no hay otra opción para vestirlas; cosas tan íntimas como la ropa interior son repartidas y rotan entre las diferentes pacientes de acuerdo a la necesidad. Muchas de las pacientes suelen atesorar ciertos artículos materiales que consideran propios y representativos de quienes son, y los guardan bajo sus colchones de dormir o los llevan bajo su ropa para

⁵⁵ Ibíd. Pág. 28

impedir que otra paciente se los arrebatase, como todo lo demás por lo que fueron despojadas al ingresar al hospital. Algunos de estos artículos son ropa interior que traían al ser hospitalizadas o prendas de vestir de su propiedad, en otros casos objetos tan simples como aretes, manillas, pulseras, peinetas y ganchos para recoger el cabello.

Los medicamentos suministrados por el personal médico a las pacientes para su tratamiento en la enfermedad diagnosticada, producen en ocasiones pérdida de la percepción y adormecimiento en algunas pacientes, que generan posibles descuidos en su apariencia personal. Las enfermeras de la sala siete están pendientes del cuidado de las pacientes desde que se levantan en la mañana hasta su hora de dormir en la noche, pero no pueden estar al tanto de cada actividad desarrollada por cada una de las internas y es difícil mantenerlas organizadas todo el día. Esta sala se convierte en un jardín de niños grandes inconscientes de la realidad en la que están, y a muchas de ellas les deben ayudar a comer, vestirse o hasta ir al baño. Además de la constante amenaza de conflicto entre pacientes y la autoagresión que pueden protagonizar en cualquier momento, los funcionarios de la institución deben estar pendientes de las posibles fugas de las pacientes en los momentos de terapia y recreación. El acompañamiento y vigilancia constante de las pacientes de la sala siete produce otro tipo de mutilación al yo, que se produce cuando los límites de privacidad se desvanecen y son administrados por los funcionarios de la institución. Las pacientes de la sala siete deben ser observadas controladas todo el tiempo para evitar que se hagan daño o generen un peligro para las demás pacientes o incluso el personal de salud y los visitantes, es por esta razón que cada sala cuenta con un equipo médico calificado para atender cualquier emergencia que se presente en la sala y para el mantenimiento y cuidado de las internas.

Para que la observación y el control por parte de los funcionarios del hospital a los internos en cada sala sea completo y riguroso, se hace indispensable la ayuda de cámaras de vigilancia, espejos, ventanas y ausencia de puertas en las habitaciones para lograr una observación total de cada interna al interior de la

sala. Esta exhibición contaminadora de tipo físico como la denomina Goffman, no es la única fuente de contaminación que se presenta en una institución total, también existe el contacto forzado con otros seres humanos.

Este tipo de relación social involuntaria puede observarse en los hospitales psiquiátricos cuando las historias clínicas de los pacientes son revisadas por el personal médico y los estudiantes en práctica, dándose a conocer el pasado y el presente de dicha persona. Los exámenes físicos y mentales practicados en el momento de su ingreso son agregados en la historia clínica que seguirá acumulando información por el resto de su vida.⁵⁶ Además de esto, el paciente tendrá que compartir su espacio con otros pacientes en igual o peor estado, personas de diferentes edades, razas y condiciones socioeconómicas, pero con quienes tendrán que compartir la mesa para comer y hacer terapia, la misma sala de televisión, los mismos baños, una habitación con varios compañeros, cada espacio estará forzado para que interactúes con personas que no decidiste conocer pero que serán tu nueva familia.

Esta contaminación por la presencia de terceros en una relación forzada también se presenta menudo en la sala siete del hospital psiquiátrico, las visitas familiares en este caso se desarrollan en presencia de los otros pacientes quienes intervienen muchas veces en las conversaciones e incluso mendigan alimentos que los visitantes han traído a sus familiares.⁵⁷ Puede tornarse molesto tener que ver como otros pacientes vigilan la conversación y no permiten la privacidad porque simplemente no existe. Es tanta la soledad y el abandono que sufren la mayoría de estos pacientes que la sola posibilidad de creer que estas personas los vienen a visitar hacen que se sientan no olvidados por la sociedad.

El control instaurado en las instituciones totales genera en los vigilados una reacción defensiva ante lo que representa una amenaza para su bienestar. En la sociedad civil como en las instituciones totales los individuos tienen reacciones expresivas de autoprotección frente a ciertas situaciones que generan humillación

⁵⁶ Ibíd. Pág. 39

⁵⁷ Ibíd. Pág. 40

y desagrado, en consecuencia se genera una respuesta que permite conservar la dignidad y la concepción que se tenga del yo a través de gestos o ademanes que reflejen la oposición que se siente ante dicha situación. Sin embargo estas expresiones de rebeldía y desacato pueden ser sancionadas y reprimidas ocasionando un castigo inminente a quien lo protagoniza.

El mal comportamiento de una interna en el caso de la sala siete o en cualquier otra sala de hospitalización solo tendrá como resultado un castigo, no de tipo físico como quizás sucedía en épocas pasadas, pero si en ausencia de privilegios ganados. Un ejemplo de esto se presenta los días jueves en el hospital donde se organiza un pequeño salón de baile en los jardines de la vieja casona y participan los pacientes de todas las salas, el personal médico de la institución y los familiares. En ocasiones algunos pacientes son castigados prohibiendo su presencia en la fiesta pues la mayoría de pacientes de todas las salas desean estar presentes para distraerse de las frías habitaciones de hospital. En ocasiones el castigo puede llevar a trasladados de pacientes a otras salas o a cambios de habitación. Así la institución enseña que cada acto y actitud de los internos frente a una determinada situación tiene una consecuencia. A veces para bien o en ocasiones para mal. Normalmente cuando una paciente de la sala siete se comporta mal agrediendo a otras personas sea compañeras de sala o al personal médico, se recurre a la inmovilización de la interna y posteriormente a la medicación para restablecer el orden.

Todos estos procesos de mortificación o agresión al yo habitual del paciente hospitalizado están de alguna forma justificados por los objetivos que cumple la institución en este caso, el hospital.⁵⁸ La función social que cumplen estas mortificaciones en las internas de la sala siete, hace parte de un sistema organizado de normas y reglas creadas exclusivamente para diferenciar el mundo institucional del mundo externo, y lograr con esta separación el espacio propicio para la recuperación del paciente. Eliminando la autonomía y control de las diferentes esferas de interacción en que se desenvolvía el individuo, se destruyen

⁵⁸ Ibíd. Pág. 53

los roles civiles que generaban seguridad de su mundo. Al ser despojado de esto el individuo puede experimentar sentimientos de angustia y humillación ante quienes protagonizaron la usurpación.

Pero todos estos procesos de adaptación al nuevo orden social por parte de las internas se enmarcan en un sistema de privilegios y castigos asociado a las normas de la casa. La construcción de este nuevo mundo donde la obediencia a la norma genera recompensas y las rebeldías castigos, son solo la forma como el individuo deberá adaptarse y ajustar su conducta al mundo institucional. Es cierto cuando se dice que nunca apreciamos lo que tenemos hasta que lo perdemos, en este caso particular las personas que se encuentran recluidas en estas instituciones cerradas como hospitales psiquiátricos o cárceles, llegan a anhelar tanto su libertad que suelen fantasear con todo aquello que antes tenían y podían hacer sin pedir permiso. Esto suele pasar con frecuencia cuando se habla con las pacientes de la sala siete e incluso con los internos de la sala nueve. Todos suelen recordar con añoranza los momentos que pasaron antes de ingresar al hospital, tiempos donde compartían con sus familias, amigos, compañeros o el simple contacto espontaneo con un extraño al caminar por una calle. Momentos tan habituales y rutinarios de la vida imposible de contemplar en el mundo exterior, pero tan deseados cuando ya no se pueden realizar en un entorno cerrado.

El proceso de adaptación institucional impuesto, se hace tortuoso por el apego que los individuos internados tienen de su mundo habitual, que causa en muchos casos el rechazo a la norma y la rebelión. En las instituciones totales los privilegios no son considerados libertades o ventajas para el individuo, sino la ausencia de privaciones, por el contrario los actos de insolencia o infracción a la norma son acciones que cumplen una función social dentro de la institución, evitan la rigidez, y permiten la movilidad social dentro del sistema de privilegios. En conclusión *“las instituciones totales son siempre fatídicas para el yo civil del interno, aunque el apego de éste por su yo civil varíe considerablemente”*. Es importante mencionar que estos mecanismos de disminución del yo no solo involucran aspectos

relacionales en la vida del individuo sino también de tipo psicológico que pueden crear tensión y angustia.⁵⁹

Este sistema de organización de las instituciones totales incluye otro sistema interno que permiten a los internos cuestionar el orden institucional y lograr satisfacciones por medios ilícitos menos evidentes que la trasgresión directa a la norma. Estos ajustes proporcionan al interno la sensación de seguir siendo quien fue y reafirmando el dominio que aún posee de su vida. Aparecen pacientes interesados en buscar alianzas con el personal de salud, terapeutas, enfermeras o incluso el médico tratante, para obtener recompensas como el caso de Bertha la paciente que escapo del hospital, pero también están los miedosos y apáticos que no desean involucrarse con nadie ni nada. La sala siete albergaba a muchas de estas pacientes interesadas en pasar desapercibidas para vivir su propio mundo sin que nadie las interrumpa, pero también aquellas que buscaban compañía y atención. Pacientes como Leydi y Jessica, dos jóvenes en un espacio de adultos que solo buscaban que alguien las escuchara y se preocupara por ellas, o el caso de una paciente también joven de la que no recuerdo su nombre quizás porque nunca lo escuché, que permanecía aislada, desorientada y ausente de la realidad la mayor parte del tiempo, solo observaba desde su espacio sin hablar ni interactuar con nadie, su abundante cabello ondulado sobre su rostro impedía ver sus gestos y ninguna paciente se le acercaba, por supuesto yo tampoco. El único contacto que tuve con esa paciente fue cuando agredió físicamente a Jessica tomándola del cabello tan fuerte que tuve que solicitar ayuda de un enfermero para que la soltara. Después del incidente inmovilizaron a la agresora.

El autor Erving Goffman muestra algunas formas de adaptación de los pacientes a la vida institucional que pueden observarse en el Hospital San Isidro, especialmente en la sala siete donde se presentan todo tipo de pacientes, desde las sociables hasta las retraídas, pero todas compartiendo la misma realidad de encierro en el hospital. Esta interacción forzada puede generar lazos de amistad y ayuda mutua entre los internos o por el contrario puede que surjan enemistades y

⁵⁹ Ibíd. Pág. 57

situaciones de conflicto. En ambos casos el sentimiento de igualdad hace que los internos compartan la sensación de ser víctimas de la sociedad y de las familias que los ha recluso en dicho lugar y que no son tratados como merecen por quienes los cuidan o vigilan.

Las formas de adaptación del interno en la institución psiquiátrica pueden presentarse de diversas maneras, una consiste en la ausencia de participación y relación con otros pacientes, el individuo trata de tener el menor contacto con el resto de compañeros de sala y se puede ausentar casi por completo. Una segunda forma se presenta cuando el interno se enfrenta a la institución y se niega a colaborar en su adaptación. La aceptación es una forma más de adaptación a ese nuevo mundo que se impone, donde el interno termina asimilando y estableciéndose satisfactoriamente en la medida de lo posible. Hay casos de pacientes psiquiátricos que torpedean su salida de la institución metiéndose en problemas para ser reclusos por más tiempo y seguir conservando esa nueva construcción de vida. En ocasiones el interno se identifica tanto con la vida hospitalaria que termina representando a plenitud el papel de buen paciente siempre dispuesto a colaborar, esta es otra forma de adaptarse al sistema.

En la sala siete del Hospital Psiquiátrico San Isidro estas formas de adaptación al nuevo orden se observaban a menudo en forma de negación a la estancia en el hospital. La mayoría de pacientes solían esperar con anhelo el momento de la salida, aunque otras ni siquiera se percataban del lugar en el que se encontraban y quizás el tiempo tampoco se contabilizaba en sus mentes. Pero también estaban los casos de pacientes jóvenes que se encontraba allí por intentos de suicidio y consumo de drogas, estas pacientes a diferencia de otras se encontraban casi siempre conscientes de su situación y sus conversaciones eran coherentes y hasta entretenidas. Pero estos eran casos muy raros en la sala, podría decirse que el 80% de la sala era representado por pacientes aisladas, poco comunicativas y hasta agresivas, controladas bajo medicación la mayor parte del tiempo, impidiendo el acercamiento y la comunicación con ellas. Es difícil

adaptarse a un nuevo mundo estando inconsciente de él, quizás por esta razón la forma de adaptación más común era la no adaptación y el rechazo.

Una de esas pacientes jóvenes que mencioné, consciente de su estadía en el hospital y con quien tuve más cercanía que con otras pacientes, era Leydi una niña de 17 años internada por uso de drogas y varios intentos de suicidio, con dos ingresos de hospitalización en la sala siete. Leydi es una de las tantas jóvenes que ingresan a hospitalización por estos motivos que son considerados los más frecuentes en personas de su edad. Cuando la conocí desde el primer día no se apartaba de mi lado, quería pasar todo el tiempo que estaba en el hospital contándome sobre su familia y motivos por los cuales se encontraba internada.

Era una paciente fácil de tratar, no era agresiva y sus medicamentos no la dopaban así que su estado general era el de una joven común interesada en los asuntos de los adultos y de una vida que nunca tendría. En una ocasión después de pasar unos días hospitalizada en la sala siete por una de sus crisis, su buen comportamiento la traslado a la sala cuatro donde estaría más tranquila para su pronto retorno a la sociedad. Cuando pregunte por ella en la sala siete me dijeron que la darían de alta y por tal motivo se encontraba en la sala cuatro donde enviaban a las pacientes que mostraran signos de mejoría y avances en su proceso de recuperación. La habitación en la que se encontraba Leydi en la sala cuatro no se parecía en nada al cubículo que ocupaba en la sala siete, sin desmeritar las condiciones básicas de descanso con que cuenta esta sala, era obvio que las características físicas de la sala cuatro proporcionaban un espacio más cómodo y privado que no puede encontrarse en la sala siete, no solo por la capacidad de pacientes que pueden albergar cada una de las salas y la función que cumplen en la organización interna del hospital, sino principalmente por el tipo de pacientes que reciben y las condiciones en las que llegan. La habitación de Leydi tenía puerta y era habitada por dos pacientes, cada una con su propio lavamanos, una cama confortable y el permiso para conservar sus pertenencias.

Ese día le pregunte sobre su salida del hospital y si estaba contenta de salir, lo que me respondió me hizo comprender que en ocasiones estos lugares son

mejores en todo sentido que la misma casa. “Preferiría quedarme aquí, por lo menos nadie me agrede y tengo asegurada mis tres comidas y un techo seguro donde dormir tranquila”, esas fueron sus palabras porque Leydi ya estaba acostumbrada al hospital y no le parecía tan malo las reglas y rutinas a cumplir, era más que una casa para ella que su propio hogar. Naturalizo tanto su permanencia en el hospital que los deseos de volver a la sociedad y a su vida normal perdieron sentido. Para Leydi el tratamiento en el hospital se resume en estas breves palabras “*los que están locos los controlan y los que no están locos los descontrolan*”.

4.3 El personal y su entorno social

Según Goffman aunque se observen similitudes entre el *trabajo con humanos* y el trabajo con objetos, el factor determinante en el mundo laboral del personal tiene que ver con las particularidades propias del ser humano como material de trabajo. El manejo de material humano implica una normatividad que la institución debe cumplir para garantizar la integridad del interno que se sintetiza en *normas y derechos*. Para velar por el cumplimiento de estas normas existen organismos de control de la sociedad general, además del personal superior en la escala jerárquica de mando en la institución y los familiares de los internos.⁶⁰ Entre algunas decisiones de tipo administrativo que deberá manejar la institución en el caso de los hospitales psiquiátricos, está la representación legal del paciente que en muchos casos recae sobre los parientes de este pero que en el caso de no tenerla la institución la asumiría.

La obligación del personal por hacer cumplir estas *normas humanitarias* plantea un problema con respecto a la *eficiencia institucional* que también es un objetivo de las instituciones.⁶¹ Las normas del trato que merecen unos internos pueden ser

⁶⁰ GOFFMAN, Erving. “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Amorrotu Editores. Pág. 85

⁶¹ Ibíd. Pág. 84

incompatibles con las que merecen otros así que resulta casi imposible complacerlos a todos.

Otra diferencia entre el trabajo con material humano y el trabajo con objetos, es que trabajar con humanos posibilita la *impartición de órdenes* a través de elementos de persuasión para que cumplan con lo que se espera de ellos. Esto puede ser algo positivo para el personal pero al mismo tiempo implica un riesgo que no se tiene con los objetos inanimados, y es la posibilidad de refutar y cuestionar las órdenes impartidas por el personal. Es por esta razón que en las cárceles y en los hospitales psiquiátricos los guardianes o enfermeros(as) están pendientes de cualquier tentativa de evasión o desacato para suprimirla, encontrándose todo el tiempo en constante vigilancia.⁶² Bertha era uno de esos casos complicados para el personal médico de la sala siete del Hospital San Isidro, desde el día que la conocí se mostraba aislada y sin interés de participar en ninguna actividad de terapia. En una ocasión nos trasladamos a los salones de juego que se ubican en la Casona con los terapeutas encargados para una sesión de terapia, entre los pacientes se encontraba Bertha, que miraba a todos con desconfianza y desagrado, solo se acercó a mí para proponerme que la ayudara a escapar del hospital y cuando me negué simplemente me ignoró y continuo observando hacia el vacío. Esta paciente siempre fue un dolor de cabeza para el personal de salud de la sala siete, hasta que logro su cometido y escapo de la institución según me contaron tiempo después, aunque no me explicaron como lo hizo.

Para el autor Erving Goffman, otro aspecto importante sobre el trabajo con seres humanos es la posibilidad de considerarlos como *objetos de simpatía y cariño*.⁶³ Este vínculo coloca al miembro del personal que permite este sentimiento de afecto en una situación vulnerable frente a lo que pueda sucederle al interno, además de esperar mucho más de él, pues se estaría considerando como un ser humano razonable, algo así como el profesor que tiene como alumno en su clase

⁶²Ibíd. Pág. 89

⁶³Ibíd. Pág. 90

a uno de sus hijos, es inevitable que sienta que este debe dar más de sí que el resto de estudiantes y si este fracasa la derrota será para ambos. *“El interés afectuoso que el personal puede sentir con el tiempo por los pupilos de las instituciones totales está relacionado con una especie de ciclo envolvente”*⁶⁴

En la sala siete trabajaba durante el tiempo que visite el hospital, una terapeuta ocupacional llamada Luz Mary Navia quien llevaba muchos años trabajando en la institución y a pesar de eso era increíble ver como trabajaba con estas pacientes cada día, sin mostrar síntomas de fatiga y agotamiento por la labor realizada. Por el contrario era una fuente de inspiración, no solo para sus compañeros de trabajo sino para todas las pacientes de la sala que veían el empeño en cada cosa que hacía. Luz Mary fue una de esos casos extraños que encontré en San Isidro, no porque fuera la única con esa pasión por su profesión porque de seguro habría más personas con esa vocación de servicio, sino porque simplemente no permitió que la institución la absorbiera por completo y consumiera la individualidad que la diferenciaba del resto del personal. Pero hasta Luz Mary debió sentir momentos de agotamiento por una labor que arroja muy pocos resultados satisfactorios y exige demasiado trabajo para quienes cuidan a diario de estos pacientes. Debe haber ocasiones en que las personas que trabajan en este hospital se sienten sin ganas ni entusiasmo de hacer algo por los pacientes y simplemente no les prestan atención. No es que considere que el personal de salud sea frío en el trato con los internos, solo que la rutina de un trabajo agotador hace que algunos vean a estas personas como simples objetos de trabajo con los que no se pueden detener a escuchar y tomarlos de la mano por un momento, definitivamente no hay tiempo para detenerse por nadie, se necesita firmar muchos documentos, llenar formularios, autorizar medicamentos y además estar pendiente de cada cosa realizada por los pacientes durante el periodo de hospitalización.

Entre otras tareas que debe realizar el personal está la de *controlar y enfrentar las protestas y reclamos* por parte de los internos justificando su accionar a partir de

⁶⁴ Ibid. Pág. 90

los objetivos planteados por la institución.⁶⁵ Estos objetivos tienden a ser específicos y claros, como por ejemplo ofrecer protección a la comunidad contra la delincuencia en el caso de las cárceles o correccionales, o tratamiento médico y psiquiátrico en las instituciones mentales. Con estos objetivos se da por entendido que cualquier individuo que ingrese en una institución psiquiátrica o carcelaria por ejemplo, es una persona insana mentalmente o es un delincuente, pues no habría otra razón por la cual se encontrara ahí.

Las pacientes de la sala siete deben solicitar todo al personal médico, el papel higiénico, las llamadas a sus familias, la ropa, etc. las peticiones o reclamos son atendidos en la estación de enfermería de acuerdo al reglamento. Había una paciente que solía pedir ropa limpia para mojarse en los baños y pedir nuevamente ropa seca. Las enfermeras ya la conocían así que sus peticiones eran negadas la mayor parte del tiempo.

4.4 Las ceremonias institucionales en la vieja Casona

La Casona San Isidro que en 1950 funciono como el primer asilo mental de la región, hoy posee diversos salones de juegos usados por los pacientes del Hospital Psiquiátrico San Isidro donde llevan los pacientes a realizar actividades terapéuticas de recreación, cuenta con mesas de billar y sapo, funciona como sala de baile y cuenta con un salón de conferencias con capacidad para albergar a 240 personas con una hermosa arquitectura colonial que contrasta con la tecnología del lugar para brindar conferencias de alto nivel. El museo del hospital también se encuentra ubicado en la casona, pero en el solo pueden ingresar con previa autorización. Este museo cuenta con documentación fotográfica de los pacientes de esas épocas y piezas como sillas de ruedas, camillas, maquinas manuales para la elaboración de objetos de aseo, equipos de apoyo administrativo y secretarial, máquinas de coser, pararrayos, equipos de laboratorio, equipos de

⁶⁵Ibíd. Pág. 91

TEC, etc., que hacen parte de la historia de la psiquiatría del suroccidente colombiano.

Compartir con otras personas las tristezas y alegrías en un mismo espacio de interacción, permite sobrellevar cualquier clase de situación a la que el ser humano se enfrente, y creo que esto queda más que evidenciado en “*La fiesta de los jueves en la casona*”, la única actividad terapéutica y recreativa realizada semanalmente para todas las salas del hospital desde la 1 hasta la 9 los días jueves, donde mujeres y hombres de diversas edades interaccionan sin restricción alguna compartiendo y disfrutando de la diversión que puede generar la música y el contacto humano con un grado mínimo de libertad. También existen otros espacios de interacción para los pacientes del hospital que se efectúan en diferentes periodos del año como son los torneos deportivos que se realizan en la cancha de fútbol.

Si visita el Hospital Psiquiátrico los jueves en la mañana va a encontrar una tremenda fiesta en la Casona donde participan todos los pacientes del hospital siempre y cuando sean autorizados por sus salas. El jueves de cada semana sin excepción, la casona, uno de los lugares más antiguos del hospital, se convierte en albergue de la rumba por escasas 3 horas. En uno de los jardines más grandes y hermosos con que cuenta el hospital, entre enormes árboles frutales, bancas y aire fresco, un pequeño kiosco hace las veces de pista de baile para los pacientes y personal médico del hospital que también participa y comparte con sus pacientes ese espacio de recreación, que solo es cancelado si la lluvia hace presencia.

La fiesta se inicia más o menos a las 9 o 10 de la mañana, el equipo de sonido es instalado en el kiosco con dos grandes parlantes y la “caderona” empieza a sonar dando inicio a la actividad recreativa con la que también se concluye la fiesta faltando un cuarto para las doce, todos los pacientes conocen esta regla y la aceptan sin discusión. Y como en cualquier fiesta, todos los presentes se visten con sus mejores galas aunque no todos participan del baile ni del espacio, otros prefieren observar sentados desde las bancas y permanecer en silencio, en

ocasiones manifiestan su disgusto por el tipo de música, por el bullicio o la forma de bailar de ciertas personas.

Recuerdo la conversación que sostuve con el señor Apolinar de la sala #1 a quien le comente sobre mi trabajo de investigación en el hospital y no tuvo problema en hablarme un poco sobre su vida, sus hijos y su trabajo en el campo. Don Apolinar una persona supremamente religiosa y conservadora de unos 60 años, manifestaba su interés de regresar a su hogar y continuar con sus labores agrícolas, consciente de su problema esperaba con tranquilidad el día de su salida del hospital, aunque sus ojos reflejaran la tristeza del abandono por parte de sus familiares. Don apolinar era uno de aquellos que prefieren observar desde las sillas, cómo otros olvidan por breves momentos que están en un hospital del que no pueden salir por su propia voluntad y en el que la rutina y la ausencia de actividades entusiastas que los motiven, pueden llenar de desesperación y tristeza a cualquier individuo.

Sin embargo la fiesta proporciona a todos los presentes la oportunidad de disfrutar una actividad sin tantas exigencias o protocolos y además les permite compartir con el género opuesto una charla espontanea, una amistad creada y hasta el intercambio de objetos antes imposibles de entregar como cartas o cigarrillos. Pero la fiesta de los jueves no solo se ofrece a los pacientes, los visitantes del hospital pueden ser partícipes de esta actividad recreativa y terapéutica, muchos aprovechan ese espacio para compartir con sus familiares un lugar más agradable y tranquilo diferente a las rutinarias y frías salas de hospitalización, para conversar, bailar y averiguar con las enfermeras como se han portado sus familiares y si ven mejorías en ellos. Más que un espacio de baile es un espacio de comunicación y contacto entre quienes deben convivir aislados en salas de hospitalización sometidos a reglas y pastillas durante días, alejados de quienes aman.

Pero esta no es la única actividad que promueve el hospital para lograr la integración de toda la comunidad hospitalaria en pro de la salud mental y el bienestar de los pacientes como elementos de recreación terapéuticos

indispensables en el proceso de recuperación. Existen otras prácticas terapéuticas desarrolladas en diferentes momentos del año, una de ellas es el torneo de futbol que se realiza dos veces en el año durante el mes de junio-julio y en noviembre-diciembre, donde participan no solo gran parte de los pacientes hombres que habitan las salas de hospitalización, sino también el personal de salud y los estudiantes en práctica. Esta actividad tan esperada por algunos pacientes se lleva a cabo en la cancha que se ubica cerca de la sala 7 y 8 de hospitalización donde se desarrollan otras actividades de terapia ocupacional aparte del torneo de futbol. Y por último están las fiestas de fin de año que involucran la novena de aguinaldos y otras actividades decembrinas que reúnen pacientes, familiares y personal de la institución en una sola celebración de solidaridad y acompañamiento para aquellos que deben pasar los días de navidad alejados de la familia y el hogar.

4.5 Las etapas del paciente mental

Para el autor Erving Goffman las *contingencias de la trayectoria de un paciente mental* son eventualidades que se presentan y ocasionan la visita a un hospital psiquiátrico, como por ejemplo la ausencia de un familiar que se encargue de un individuo con problemas de drogas o alcohol, el caso de un adolescente incontrolable para su familia, o el individuo que lanza amenazas sin razón a los transeúntes en la calle, etc.

Desde el punto de vista de la sociedad en general, los individuos que se encuentran en instituciones psiquiátricas tienen problemas mentales, pero si se tienen en cuenta todos aquellos que se encuentran por fuera de estos establecimientos y que superan en cantidad a los reclusos, se podría decir que los segundos solo son víctimas de las contingencias de la vida más que de una

enfermedad mental.⁶⁶ Pero el tránsito de *status civil* a *status de paciente* se produce por la presencia de otras contingencias que involucran agentes y agencias que permiten que ese paso sea más rápido. Estos *agentes de rol* como los llama Goffman pueden ser interpretados más de una vez y una persona puede desempeñar más de un rol.

La persona más allegada al pre-paciente es en quien más se confía y quien haría lo que estuviera en sus manos para ayudarlo en momentos difíciles. Ese personaje suele ser un familiar o pariente cercano aunque no necesariamente. Nos encontramos ahora con el *denunciante*, aquel individuo causante de la visita forzada del pre-paciente al hospital.⁶⁷ Por otro lado se encuentran los *mediadores*, todos aquellos personajes (psiquiatras, asistentes sociales, profesores, abogados etc.) y agencias (clínicas, juntas comunales, parroquias etc.) que cooperaron de manera directa o indirecta en la llegada final del pre-paciente al hospital. Lo complicado se presenta cuando los roles mencionados se cruzan, por ejemplo cuando la persona que se considera más allegada al pre-paciente es el mismo que denuncia, tornándose una situación difícil para los implicados además de dolorosa.⁶⁸

Con frecuencia cuando se presenta esta situación, el familiar o allegado tiende a concertar con anterioridad la visita con el profesional para ponerlo al tanto de la situación. La persona de confianza será quien reciba las conclusiones a que llegue el profesional sobre el paciente y será la persona responsable de ahí en adelante sobre el tratamiento que se asigne.

El pre-paciente puede sentir durante esta primera entrevista que ha sido *traicionado* y todos están involucrados en una especie de complot.⁶⁹ La experiencia moral de ser traicionado puede ocasionar rencores y odios hacia quienes lo recluyeron, especialmente con la persona conocida, y se hace evidente

⁶⁶ GOFFMAN, Erving. "Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorrortu Editores. Pág. 140

⁶⁷ *Ibíd.* Pág. 141

⁶⁸ *Ibíd.* Pág. 141-142

⁶⁹ *Ibíd.* Pág. 143

en las primeras visitas donde el paciente desata toda su frustración al ver nuevamente a aquella persona que causó su encierro, o por el contrario el paciente puede mostrarse compasivo y tranquilo al ver a sus seres queridos para suplicar que lo saquen de ese lugar. *La intensidad con que el paciente se siente traicionado parece aumentar en presencia de testigos, como una forma de reparar su honor y prestigio social arrebatado.*⁷⁰

Goffman plantea que el *sentimiento de traición* presenta dos aspectos importantes: el primero tiene que ver con el *discurso* que se expone al pre-paciente sobre lo que le espera en el hospital que tiene como función tranquilizar y eliminar toda idea de rechazo que tenga el individuo hacia la institución y evitar resistencias con el tratamiento. El segundo aspecto es el *despojo* de todas las libertades de la vida civil al momento de ingresar a una sala de psiquiatría, su transición de persona a paciente se da en una serie de etapas que ven reduciendo poco a poco el status de adulto libre.⁷¹

Recuerdo un episodio de descontrol y alteración total protagonizado por una paciente de la sala siete en presencia de su madre. La paciente fue ingresada a uno de los cubículos que se localizan en frente de la estación de enfermería, y de repente se escuchan gritos y llanto, todo el personal de enfermería acuden a la emergencia para controlar las agresiones y reclamos verbales por parte de la paciente que intentaba lastimar a la madre preocupada, a quien culpaba de la hospitalización. La señora con gafas oscuras ocultaba la tristeza que la desgarraba al ver que su hija se convertía en una desconocida que la quería lastimar. Estos episodios de violencia hacia familiares o el personal médico eran frecuentes en la sala siete y el manejo para estas situaciones es la medicación o la inmovilización inmediata, como si se tratase de un animal furioso que debe ser controlado y aislado para la protección de las demás.

Después de pasar por esta etapa previa de *pre-paciente* en que se siente traicionado por aquellos que intervinieron en la hospitalización, y que lo obligan en

⁷⁰ Ibíd. Pág. 144

⁷¹ Ibíd. Pág. 144-145

contra de su voluntad a permanecer en un lugar desconocido en compañía de extraños, no es algo que alguien quisiera experimentar. No solo pasa en las instituciones totales como la cárcel o los hospitales psiquiátricos, sucede en toda situación en el que un ser humano es obligado a permanecer en un lugar y afrontar una realidad diferente a la acostumbrada en su rutina diaria. Este enfrentamiento forzado produce un primer contacto de rechazo y desconocimiento como cuando nos llevaban a la escuela la primera vez, o al jardín de niños, sentíamos rabia con nuestra madre o padre por abandonarnos en ese lugar extraño por tantas horas, luchábamos contra las reglas y preferíamos aislarnos hasta que regresaran por nosotros. Si esto sucede en la cabeza de un niño que no tiene autonomía ni poder de decisión en sus acciones, en un adulto puede ser más traumático cuando pierde toda libertad y seguridad de su mundo no por unas cuantas horas, sino por días enteros.

El momento en que el individuo toca las instalaciones físicas del Hospital para su posterior evaluación y diagnóstico que se realiza en la zona de urgencias donde los profesionales de la salud mental proceden a examinar a los pacientes y determinar el tratamiento a seguir, se produce el cambio de condición civil a condición de paciente hospitalizado. Tanto familiar como examinado pasan a estar en las manos del médico tratante quien decidirá si se realiza la hospitalización o el tratamiento farmacológico en casa, dependiendo de la situación. Normalmente cuando son casos críticos la solución inmediata es la hospitalización, y cuando esto sucede la condición civil del individuo se modifica por la de *paciente mental*.

Con este cambio de rol el paciente no solo pierde sus elementos materiales de identificación como sus prendas de vestir y cualquier pertenencia que antes dominaba en su espacio habitual de vida, al ingresar al espacio asilar pierde todos los papeles que desempeñaba en la vida civil y adquiere otros que le asignara la institución en el nuevo orden social del hospital. Y para lograr adaptarse al sistema el paciente mental tendrá que afrontar todo tipo de degradaciones a su yo, se le dirá cuando dormir, cuando levantarse, a qué horas comer y en donde lo hará cuando hacer terapia, todo su día estará organizado de acuerdo a las reglas de la

sala, cada actividad está programada para cumplirse en tiempo y espacio. Los cuidadores se encargan de que estas normas se cumplan para todas las pacientes y son los responsables de controlar la población de enfermos cuando se producen desacatos a la orden. Todas las actividades desarrolladas en el día por cada paciente hospitalizada en la sala siete, son registradas en sus historias clínicas que serán revisadas una y otra vez por practicantes del área de salud, psiquiatras, auxiliares, terapeutas, etc., quienes a partir de las anotaciones darán un veredicto sobre cada caso. Esto justificara el hecho de que “X” paciente se encuentra hospitalizada por razones lícitas y reales.

Goffman considera que casi toda la información consignada en las historias clínicas es verdadera *“pero también cree que casi todas las vidas pueden contener los suficientes hechos denigrantes para justificar una solicitud de reclusión”*.⁷² Cualquiera que sea la información consignada en estas historias clínicas, los pacientes seguirán sometidos a la misma presión cultural que los obliga a ocultar esos hechos y peor aún, saber que dicha información está en manos de desconocidos sin que puedan hacer nada al respecto.

Las condiciones de exhibición propias de la vida institucional hacen que las vivencias de los pacientes se construyan en medio de historias que cambian constantemente para sobrellevar la realidad de lo que significa ser un paciente psiquiátrico. Por tal motivo no es muy factible tratar de mantener una imagen fija de uno mismo y resulta más fácil acostumbrarse al juego de construcción y reconstrucción de un yo que la institución puede darle o arrebatarse cuando quiera.⁷³

Se realizó la revisión de algunas historias clínicas de pacientes de la sala siete con autorización de los médicos y el personal encargado de la sala, para constatar la cantidad de información que estas historias pueden acumular durante cada visita que haga un paciente al hospital, desde su primera intervención hasta la más reciente. Cada dato suministrado por familiares, médicos tratantes,

⁷² Ibíd. Pág. 162

⁷³ Ibíd. Pág. 167

enfermeras, terapeutas, auxiliares y hasta el mismo paciente serán consignados en su historia clínica. Para justificar la estadía de una persona en una institución de salud mental los especialistas requieren de esta información para constatar que un paciente realmente requiere ayuda psiquiátrica.

Estas historias clínicas que tuve la oportunidad de revisar, quizás un poco confusas por la cantidad de información consignada durante tantos años en los casos de pacientes con ingresos múltiples en la institución, evidencian como no todos los registros clínicos son iguales, algunas historias son muy extensas y exhaustivas, y otras con menos información consignada. En cualquier caso estos documentos nos muestran en papel el tránsito de una persona por un tipo de institución como lo es un hospital psiquiátrico, donde cada acción y cada palabra o gesto involuntario por parte de los pacientes tendrá una consecuencia que será consignada en un registro escrito.

La historia empieza a ser trazada desde que el usuario ingresa al hospital en su primera consulta con el profesional médico. A partir del primer contacto con el hospital se inicia el recorrido que puede ser corto dependiendo de los servicios que busca el usuario, o extenso si es que se produce una hospitalización que dura en promedio unos 14 días dependiendo de la crisis que presente el paciente.

Durante el tiempo de permanencia en las salas, la historia de cada paciente comienza a ser escrita cuando todas las personas pertenecientes a el área de salud revisan el comportamiento del paciente durante todo el día incluyendo la noche, sus momentos de recreación y participación en actividades terapéuticas, las comidas, la interacción con los demás pacientes de la sala, la apariencia personal, los hábitos de aseo, la adherencia al tratamiento y esto incluye la toma de medicamentos, el respeto con el personal de la institución y con las normas básicas de convivencia en el hospital.

Desde los inicios del Hospital las historias clínicas no hacían parte del material de trabajo del equipo médico, que en ese entonces no estaba ni capacitado para la atención adecuada de los usuarios, ni para el manejo administrativo del hospital.

Esta ausencia de registros escritos en el ingreso y manejo de pacientes obedecía a la función que cumplía el hospital cuando era un *asilo de locos*, donde el objetivo principal era aislar al enfermo mental y encerrarlo para que no perturbase a la comunidad. Cuando este asilo toma la condición de Hospital Psiquiátrico San Isidro también cambia su función y asume un compromiso de rehabilitación con el paciente. Todas estas modificaciones en la institución trajeron como consecuencia no solo el mejoramiento del trato de los pacientes con miras a procesos de recuperación y rehabilitación, sino también la creación de historias clínicas que fueron introducidas para clasificar los tipos de enfermedad y la aplicación de tratamientos médicos para tratarlas. Las historias clínicas son ahora indispensables en cualquier tipo de hospital para el manejo de los pacientes, sean enfermos mentales o cualquier otro tipo de pacientes. Este sistema de registro es la mejor forma de llevar un inventario del material de trabajo humano (los pacientes) y hacer el correspondiente seguimiento y evolución de la enfermedad para su adecuado tratamiento.

Hubo un caso particular de una paciente joven de la sala siete con buena presentación personal, al parecer lucida en sus ideas y consciente de su permanencia en el hospital, algo que no es muy frecuente en las pacientes de esta sala. Cuando intente conversar con ella se mostró receptiva a mis preguntas y con intenciones de compartir sus experiencias. Mientras conversábamos le hable un poco sobre mi trabajo de investigación en el hospital y mi carrera universitaria, en ese momento la paciente me dice que también estudio en la Universidad del Valle una carrera pero que no ha terminado sus estudios y lo hará cuando salga del hospital. Ese mismo día en horas de la tarde esta paciente recibió la visita de sus familiares, una hermana y el padre, quienes me encontraron conversando con la paciente y pensaron que yo era la doctora encargada del tratamiento de su familiar. Cuando les explique mi presencia en la sala y el trabajo que estaba realizando, y al no ver un encargado a quien dirigirse me preguntaron como la veía y no dude en responder que no se observaba tan mal como otras pacientes, pero que no tenía una respuesta confiable a esa pregunta, pues son los

especialista del hospital quienes pueden determinar la condición mental de una paciente y su mejoría.

Las miradas desconsoladas de ese padre y hermana me hicieron intervenir y contarles sobre mis conversaciones con su familiar y los proyectos que tenía de recuperarse para volver a estudiar, quizás eso los alentaría un poco pero no fue así, terminada mi intervención el padre y la hermana se observaron y me contaron que nada de lo que me había dicho la paciente era real, que sí había estudiado en un instituto pero no en la universidad y que era normal que siempre inventara historias tomadas de lo que otros le cuentan como una forma de mantenerse al nivel de las demás personas. Eso me hizo sentir un poco mal e inútil, quizás si hubiese conocido su historia clínica no habría creído todo lo que me contó y hubiera sabido que esa era una característica de su personalidad enferma por estar en un hospital psiquiátrico, pues si fuera el caso de un individuo de afuera solo diríamos que es un poquito exagerado en sus historias, pero que es parte de su personalidad y no adjudicaríamos la presencia de una enfermedad mental, pues no se encuentra recluido en un hospital psiquiátrico que afirme su inestabilidad mental. Esto es lo que Goffman define como desacreditación del individuo hospitalizado, donde todas sus acciones, pensamientos, reclamos y hasta su expresión corporal serán tomados como síntoma de una anomalía en su salud mental.

5- EL CASO DE LA SALA SIETE

(DIARIO DE CAMPO)

Como se había mencionado al iniciar este trabajo investigativo, la sala siete fue el espacio de intervención donde se desarrollaron la mayoría de experiencias en el hospital y por tal motivo se hace un recorrido más amplio en la caracterización no solo de la población que la integra sino también del espacio físico y social que la distingue de otras salas de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico San Isidro. Lo importante es evidenciar la cotidianidad de este espacio hospitalario y como sus habitantes viven la rutina y las contingencias del día a día. Debo advertir que

este punto está intencionalmente escrito como un diario de campo, con fechas, horas y lugares descritos minuciosamente que permiten aprovechar cada vivencia experimentada en la sala siete tal como fue observada y sentida.

5.1 Una primera visita a la sala de los pobres

El 27 de noviembre de 2007 a las 9 am me encontraba por primera vez en el cuarto de revista de la sala siete del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, en compañía de tres doctores entre ellos el Dr. Castrillón, practicantes de la Universidad del Valle la Santiago de Cali, además de una enfermera y la terapeuta ocupacional. Todos los profesionales presentes se encargan de analizar y evaluar la condición mental de algunas pacientes y para ello comienzan describiendo la historia clínica de cada interna, a partir de esto se decide su permanencia en el hospital o su posterior salida. El comportamiento de cada paciente en cada jornada del día es analizado y evaluado en mesa redonda por los profesionales de la salud y cualquier actividad considerada negativa en el proceso de recuperación afectará la salida de la paciente. En esos momentos había 30 pacientes psicóticas y con intentos suicidas, pero después de estar en esta sala algunas pasaran al "Hospital Día", pues solo hay capacidad para 20 pacientes.

A las 9:40 am se hizo un pequeño receso de unos 15 minutos, los estudiantes regresan para continuar con la evaluación de historias clínicas de pacientes de la sala 4. Es importante reconocer que me encuentro en un ambiente muy sociable, la interacción entre estudiantes y doctores es bidireccional y cada uno contribuye de acuerdo a su nivel académico, los doctores hablan con su terminología técnica frente a la problemática cuestionada y los estudiantes participan teniendo en cuenta el contacto y conocimiento que han tenido con la paciente evaluada.

La actividad de coloreado es mencionada en la sesión de diálogo como terapia posible para una paciente. Algunos estudiantes de medicina de la Universidad del Valle hacen preguntas sobre una paciente y el Dr. Castrillón da opciones de

tratamiento teniendo como prioridad el bienestar del paciente “hay que saber que es un *proceso terapéutico* donde interaccionan dos personas paciente/medico”.

Mientras comienzan con la evaluación de una paciente tomo nota de lo que dicen de acuerdo a lo que puedo comprender por el uso de términos desconocidos. El caso que se presenta es de una mujer muy joven con altos desniveles de comportamiento y que al parecer recibe una influencia o impacto negativo por parte de su madre (según la enfermera jefe y estudiantes en práctica de medicina). Se discute sobre el comportamiento de Geraldine y otro estudiante manifiesta que la influencia negativa puede provenir de la pertenencia a un culto religioso y familiar específico representado en la madre. La joven está por primera vez hospitalizada y se discute sobre la presencia de la madre en las terapias con el doctor practicante, y se decide que la madre genera un impacto negativo en la recuperación de la paciente, por tal motivo se le restringen las visitas. Otras pacientes han sido candidatas para darles *salida* del hospital por la evolución en los procesos de recuperación. Es importante prestar atención al manejo del vocabulario, normalmente hablan de dar salida al paciente como se menciona en la cárcel y no hablan de dar *de alta* como se dice normalmente en los hospitales de salud general. Estos son algunos términos que se utilizan en instituciones carcelarias y que son normales en este hospital, pero según el Dr. Eduardo Castrillón deberían ser cambiados.

Son las 10:22 am y continúan las evaluaciones, los doctores preguntan frecuentemente sobre el comportamiento cotidiano del paciente y dependiendo de la conducta esta es evaluada como *mejoría* o *empeoramiento*. Frente a esto se decide el aumento de la dosis de medicamento, la disminución o interrupción para analizar respuestas. Otro caso es el de una paciente con supuesto intento de suicidio, según sus vecinos. La mujer recurre frecuentemente a referenciar ideas religiosas (miembro de la iglesia pentecostal trinitaria) para hablar sobre su vida.

Algunos dilemas rondan por mi cabeza mientras observo las pacientes que pasan a entrevista en la sala, uno de ellos es que pasa después de que las pacientes salen del hospital hacia sus residencias si es que la tienen, el estigma social que

la enfermedad mental deja en sus vidas y las de sus familias que en ocasiones tienden a rechazar la presencia de esta persona en sus hogares y el proceso de reinserción del paciente a sus antiguos espacios de interacción social (vecindario, familia , trabajo, etc.) producen rupturas difíciles de reconstruir.

La evaluación de los pacientes no es lo que me imaginaba en cuanto a lo técnico y serio que pudieran ser las consultas por tratarse de la salud de una persona. Las sesiones son muy dinámicas, vivenciales y experimentales entre todos los integrantes, en ocasiones resultan hasta cómicas pero con esto no me refiero a burlescas que es diferente, solo digo que en todas partes y me atrevo a generalizar, las personas encuentran en sus labores diarias momentos de recreación que permiten continuar con el trabajo, a veces extenuante, agotador y deprimente para dar un respiro a una actividad que puede decepcionar, sobre todo para aquellos que trabajan en las áreas de salud. Son las 10:46 am y al parecer se toman otro receso, algunos doctores salen de la sala y otros se quedan conversando con los estudiantes mientras se reanudan las evaluaciones. Salí un momento y observe algunas pacientes caminando por el pasillo de la sala 7, otras estaban sentadas cerca de la puerta de la salida tratando de abordar a los doctores que salían.

Una enfermera comentaba sobre un nuevo proyecto de *área infantil* en el hospital psiquiátrico, esto a causa del ingreso al hospital de niños menores de 14 años que deben compartir el mismo espacio de hospitalización con los adultos que ingresan. Normalmente hasta los 13 o 12 años de edad los niños se tienen hospitalizados en las diferentes salas y los menores van a la *unidad de salud mental* en el Hospital Universitario del Valle.

5.2 El espacio asilar en la sala siete

Este espacio está compuesto por todos los elementos físicos que hacen parte de la sala, no solo el mobiliario sino también los diferentes espacios que habitan las pacientes y el personal de salud en el desarrollo de sus actividades diarias.

En una de las visitas al hospital me dedico a observar la distribución espacial y los elementos físicos que posee la sala siete. Esto con el objetivo de entender los diferentes usos sociales que posee cada espacio y como son utilizados por sus habitantes. La descripción de la sala se hará desde el interior hasta su puerta principal. Hay un salón grande que hace las veces de comedor, sala de recreación, visitas y terapia, posee dos ventiladores, un televisor en todo el centro del salón y un reloj. En este espacio las pacientes pasan la mayor parte del tiempo por ser el lugar donde se realizan gran parte de las actividades de la sala. Al lado izquierdo hay cuatro mesas de cemento y ladrillo adheridas al suelo con sus respectivos asientos del mismo material, donde las pacientes toman sus alimentos o realizan sus labores de terapia en las tardes. En este mismo salón comedor también hay un mesón largo donde las enfermeras y el personal de cocina organizan los desayunos o refrigerios de las pacientes. En el centro del salón hay 20 sillas ubicadas enfrente del televisor aunque son usadas básicamente para dormir o recibir las visitas de los familiares. En frente al lado derecho está el guarda ropa, un armario alto y ancho donde guardan todas las donaciones de ropa que hacen al hospital incluyendo las prendas que traen las pacientes cuando son hospitalizadas, también guardan los implementos didácticos que utilizan las terapeutas en sus sesiones diarias como papel, colores etc.

Enseguida del guarda ropas se encuentran los baños, hay tres duchas muy limpias con su respectiva puerta, cuatro lavamanos, tres servicios de baterías. Cuando se ingresa a los baños las pacientes pueden regresar por donde ingresaron o pasar al patio de la sala donde se encuentra un pequeño kiosco rodeado de un área verde para que las internas reciban un poco de aire fresco y la energía que solo el sol puede proporcionar en un espacio cerrado y frio como es esta sala. Este patio como todo en la sala tiene supervisión directa con la estación de enfermería a través de una ventana. En este pequeño patio las mujeres de la sala siete se acuestan sobre el prado para tomar su siesta después del almuerzo, alimentan a las palomas, extienden la ropa interior en el techo del kiosco o en el piso para que se seque más rápido y poder vigilar sus pertenencias para evitar robos protagonizados por las mismas pacientes. Y aunque el hospital posee un

servicio de lavandería muchas prefieren lavar sus prendas de vestir en los lavamanos para conservarlas, pues el hurto de estos objetos es muy frecuente. Muchas guardan como verdaderos tesoros las pocas cosas que les permiten conservar durante la hospitalización ya que son los únicos recuerdos representados en objetos que las identifican y les permiten recordar quienes eran antes de su ingreso a la institución. Y esto sucede con cualquier tipo de persona en cualquier situación y es identificarse con las cosas que nos pertenecen.

Enfrente del gran salón multipropósitos que tiene esta sala se encuentra un pasillo largo de 7 habitaciones en un lado, cada una con una cama movable, una ventana y un vestidor como los que tienen los consultorios médicos. Las habitaciones del pabellón de mujeres no poseen ningún elemento distintivo de las pacientes no se les permite tener fotografías o adornos en los cubículos, solo sus prendas de vestir. Al otro lado del pasillo hay cinco cubículos cada uno con cuatro camas. El cubículo 5 está cerca del salón comedor y en su interior hay cuatro camas cada una con un colchón, una cobija y una almohada, en un lado de la habitación existe una ventana que da a unos jardines y al parqueadero pero no hay una buena visibilidad al exterior. Las camas tienen unos números en la cabecera y en la parte inferior de la cama aparecen otros números de identificación. Frente al cubículo 5 se encuentra la habitación #7 con una cama movable, una mesita también movable y un vestidor. El cubículo 4 también con cuatro camas, enfrente se encuentra la habitación #6 con una cama, una mesita y una ventana. El cubículo 3 con cuatro camas, enfrente queda la habitación #5 con su respectiva cama, una mesita y una ventana.

En medio del pasillo de la sala siete está la *central de enfermería*, en esta se ubica todo el personal de salud de la sala y es donde se controla todo lo que sucede en su interior. Ahí las pacientes manifiestan sus solicitudes o quejas a las enfermeras de turno como por ejemplo una llamada a un familiar o papel de baño. Frente a la central se encuentra la habitación #4 con dos camas y una mesita, enseguida esta la habitación #3 con dos camas, una mesa y un vestidor. Entre estas dos habitaciones hay unos espejos que permiten dar total visibilidad al

personal de la estación de enfermería como espejos retrovisores en un auto, y en esa misma ubicación hay un reloj. Continuamos con la habitación #2 con dos camas, dos mesitas y una ventana. Enfrente de esta habitación está el cubículo #2 con cuatro camas, y una ventana con cortinas. La habitación #1 contiene una cama, una ventana y un vestidor, frente a esta se encuentra el cubículo #1 con cuatro camas.

Existe una puerta al lado del cubículo 1, según me dijeron es un baño de uso exclusivo en las noches para el personal médico. Enseguida está el cuarto de revista (procedimientos) que contiene dos puertas imposibles de abrir desde fuera para evitar la intromisión de personas no autorizadas o pacientes curiosos. El cuarto de revista posee dos ventanas altas con persianas, aire acondicionado, una cafetera, asientos en mesa redonda, una mesa larga donde se ubican los médicos, un archivero para las historias clínicas y un bote de basura. En este espacio se realizan las entrevistas a las pacientes y donde el personal médico hace sus evaluaciones sobre cada caso.

Hay un baño privado que es usado durante el día, enseguida hay un consultorio médico, una cocineta y un cuarto de ropería donde se mantienen los artículos personales de las pacientes que se les distribuyen de acuerdo a las necesidades de cada una, con previa autorización de las enfermeras o terapistas. Cerca de estos cuartos se ubican los tarros para la basura, el verde para los desechos biodegradables y el rojo para los infecciosos biosanitarios. Finalmente nos encontramos con la única puerta de entrada y salida de la sala 7, una puerta gruesa y pesada con una pequeña ventana que permite observar desde la estación de enfermería quien solicita la entrada y con los espejos observar que pacientes se encuentran merodeando la salida para escapar. Esta puerta solo puede abrirse desde la estación de enfermería mediante un botón escondido, y aunque parezca muy segura han ocurrido escapes inexplicables de pacientes que aprovechando la entrada o salida de visitantes se camuflan entre la gente y salen como si nada incluso del hospital.

Los cubículos y habitaciones pueden ser observados totalmente desde la estación de enfermería, es por esta razón que no tienen puertas ni ventanas que impidan la supervisión constante de cada paciente. Además está la puerta principal que distingue esta sala junto con la sala ocho de las restantes del hospital que poseen puertas normales para su ingreso y salida. La seguridad presente en la sala siete es más rigurosa por el tipo de pacientes que alberga y que requieren de más cuidados y supervisión que el resto de internos del hospital.

5.3 Caracterización de la población

Con los inconvenientes que tuve al tratar de buscar la información necesaria para caracterizar la población de la sala con los testimonios suministrados por las mismas pacientes de la sala, decidí buscar los datos que necesitaba en un lugar más confiable y objetivo. Por recomendación del Dr. Eduardo Castrillón elabore una carta dirigida al Dr. Carlos Alberto Miranda (Subgerencia Científica) solicitando la información. La respuesta a la carta tardó un poco, pero finalmente el Dr. Miranda me contactó con Mauricio Hernández, el estadista del Hospital, quien me ayudaría con los datos que necesitaba. El nuevo inconveniente era que el hospital no cuenta con gran parte de los datos que solicitaba y la poca información que tenía estaba consignada en una base de datos que tiempo después me envió incompleta el estadista, pues se encontraba modificándola e incluyendo algunos de los datos que yo solicitaba. La tabla contiene los datos de las pacientes que ingresan hospitalizadas a la sala 7 y 4 para el año 2006, como el nombre, la edad, fecha de ingreso y salida, fecha de nacimiento, diagnóstico de enfermedad, municipio, documento de identidad y residencia actual (barrio-comuna), el resto de datos están codificados como por ejemplo el médico tratante o la EPS a la que pertenecen los pacientes.

Estos datos aunque no actuales, pueden dar cuenta de una parte de la caracterización de la población de la sala siete. En la tabla aparecen registradas 926 mujeres, teniendo en cuenta que muchas de ellas ingresan en varias

ocasiones durante el año 2006, como es el caso de una niña de 5 años de edad con un diagnostico denominado trastorno esquizoafectivo, la niña ingresa en marzo de 2006 y dura hospitalizada diez días, posteriormente reingresa en el mes de noviembre y no aparece fecha de salida en la segunda hospitalización, como tampoco el lugar de procedencia y el barrio. Además la niña es diagnosticada con dos tipos de enfermedad mental, el primero mencionado anteriormente y el segundo, esquizofrenia indiferenciada. Es alarmante ver las edades de muchas de estas mujeres que van desde los 13 años de edad hasta la avanzada edad de 75 años.

La siguiente tabla puede ilustrarnos con mayor claridad la frecuencia en edades de las pacientes hospitalizadas en el 2006. Los datos fueron organizados en nueve intervalos entre menores de 18 años y mayores de 67 años, incluyendo los no registrados.

EDAD	NÚMERO	%
Menores de 18 años	52	5.6%
18 a 25 años	162	17.5%
25 a 32 años	167	18%
32 a 39 años	158	17.1%
39 a 46 años	155	16.7%
46 a 53 años	126	13.6%
53 a 60 años	65	7%
60 a 67 años	13	1.4%
67 o más	9	1%
No registra	19	2.1%
TOTALES	926	100%

* Mujeres Hospitalizadas en el año 2006 (salas 4 - 7)

Como puede observarse, las edades más frecuentes en las pacientes hospitalizadas en la sala 7 y 4 entre el año 2006, están entre los 18 y 53 años de edad. De 926 casos, el 88.5% son mujeres entre esas edades, el 5.6% equivale a menores de edad entre los 13 y 17 años, el 9.4% son mayores de 53 años llegando hasta los 75, y el 2.1% de casos donde no se registra la edad.

Los grandes contrastes en edad pueden generar diversos tipos de comportamiento en la convivencia diaria según lo observado en las pacientes, pero sobre todo dos tipos, cuando se trata de mujeres adultas entre los 30 y 50 años, y pacientes juveniles menores de 18 años. En un primer caso ambos grupos de edad tienden a agruparse y aislarse de las demás compartiendo similares experiencias de vida o por el contrario, el grupo de las menores busca refugio y protección en las mayores creándose una relación maternal muy fuerte o viceversa. Este tipo de comportamientos no es menos común en otros grupos sociales, y como en cualquier otro espacio de interacción social el grupo de pacientes de la sala siete experimentan las confrontaciones y enemistades, tanto como los aprecio y empatías que genera el compartir las 24 horas del día en un mismo espacio con unas personas desconocidas que se convierten en tus compañeras y únicas amigas de un momento a otro.

El *homosexualismo* es otro tipo de comportamiento que tiende a aparecer en este tipo de espacios donde los géneros son separados y se evita su contacto, además por la cercanía y el contacto estrecho que suele formarse entre las pacientes, como una forma de sobre llevar la situación, o en otras palabras la consecuencia de un estado de abandono y soledad en un espacio despersonalizado como puede ser la sala de un hospital psiquiátrico.

En todas las salas hombres y mujeres están separados, se observa tanto en las salas de estado crítico como por ejemplo la sala siete y cuatro de mujeres y la sala ocho de hombres, salas de hospitalización donde los pacientes (hombres y mujeres) se encuentran con un diagnóstico crítico de más cuidado y precaución, y no es conveniente ni seguro que los dos géneros compartan el mismo espacio físico por diferentes razones. Esto también se aplica para los pacientes de las

demás salas incluyendo la sala 9 de inimputables que en su mayoría son hombres, y los pocos casos de mujeres son enviados a la sala 7 de mujeres. Uno de los motivos de esta separación, puede ser la prevención para que hombres y mujeres de diferentes edades no tengan contacto físico e íntimo, pues esto podría desencadenar en actos sexuales entre individuos sin responsabilidad alguna a causa de su enfermedad. Sin embargo esta separación de sexos en una u otra sala no es tan severa en realidad, y puede verse mitigada en otros espacios como las *fiestas sociorecreativas* y los momentos de *visita familiar*. Además el personal médico compuesto por hombres y mujeres, está en continuo contacto con todos los pacientes partiendo de la idea que el hospital como todo espacio de interacción social exige la convivencia de hombres y mujeres para su óptimo desarrollo.

Otro tipo de comportamiento común en la mayoría de pacientes es la *inconformidad* de estar en el hospital por la voluntad de otros, muchas se rehúsan a permanecer en el hospital negando constantemente su enfermedad y rechazando todo tipo de contacto con otras personas, incluyendo el tratamiento médico y terapéutico. Para este tipo de pacientes el tratamiento y permanencia en el hospital se hace más traumático y desesperante que para aquellas que se resignan a vivir por unos cuantos días (que en ocasiones no son tan pocos), la cotidianidad del hospital.

Procedencia de las pacientes

Durante el tiempo que he visitado el hospital desde noviembre de 2007 hasta la fecha (2008), he podido constatar las grandes diferencias que existen en la población de pacientes de la sala 7, pues no solo las edades se polarizan en extremo, las procedencias tienden a ser variadas como también la condición étnica o racial. Lo que las pacientes de esta sala comparten sin distinción son los bajos recursos económicos con los que cuentan y la innegable esperanza de recuperarse de una enfermedad tan costosa e incomprensible tanto para ellos como para sus familias. La primera diferencia entre las ocho salas tiene que ver con el tipo de EPS a que están afiliados los pacientes ya que dependiendo de

esto son ubicados en segunda instancia. Digo en segunda instancia porque dependiendo del estado en que un paciente ingrese al hospital, este puede ser llevado a la sala 8 si es hombre (unidad de cuidado crítico), o a la sala 7 si es mujer (unidad de cuidado especial), cuando llegan en estado crítico

En este pasillo quedan de manera ascendente las salas de hospitalización desde la 1 hasta la 8, al fondo queda la cancha donde los pacientes hacen sus torneos de futbol y otras actividades terapéuticas como arreglo de pies y cabello en el caso de las pacientes de la sala 7. La sala 9 de pacientes inimputables ni siquiera cuenta con un espacio digno de ubicación en el hospital como el resto de salas, es casi invisible, no cuenta ni siquiera con un aviso en su puerta que informe sobre el tipo de pacientes, solo con uno que dice *“sillas de rueda”*.

A continuación se muestra una tabla con datos sobre las regiones a las que pertenecen las pacientes hospitalizadas en la sala 7 y 4 para el año 2006. Fue con los únicos datos con que pude trabajar para realizar una caracterización de la procedencia de las pacientes aunque fuera en un periodo distinto al que requería.

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	Nº	%
Santiago de Cali	Valle del Cauca	322	34.8
Tulua	Valle del Cauca	13	1.4
Buga	Valle del Cauca	7	0.7
Jamundí	Valle del Cauca	26	2.8
Buenaventura	Valle del Cauca	25	2.7
Queremal	Valle del Cauca	1	0.1
Palmira	Valle del Cauca	35	3.8
Timbiqui	Cauca	1	0.1
Restrepo	Valle del Cauca	2	0.2
Pto. Tejada	Valle del Cauca	7	0.7
Ginebra	Valle del Cauca	2	0.2

Medellín	Antioquia	4	0.4
Yumbo	Valle del Cauca	7	0.7
*	Tolima	1	0.1
Florida	Valle del Cauca	11	1.2
Yotoco	Valle del Cauca	4	0.4
Trujillo	Valle del Cauca	4	0.4
Dagua	Valle del Cauca	5	0.5
Pradera	Valle del Cauca	4	0.4
Andalucía	Valle del Cauca	3	0.3
Dovio	Valle del Cauca	1	0.1
Buga la grande	Valle del Cauca	2	0.2
Betania	Antioquia	1	0.1
Sevilla	Valle del Cauca	7	0.7
Rio Frio	Valle del Cauca	2	0.2
Quidbo	Chocó	2	0.2
Cerrito	Valle del Cauca	3	0.3
Villa Rica	Cauca	2	0.2
El Cairo	Valle del Cauca	2	0.2
Buenos Aires	Cauca	1	0.1
La unión	Valle del Cauca	3	0.3
Miranda	Cauca	3	0.3
Candelaria	Valle del Cauca	1	0.1
Toro	Valle del Cauca	2	0.2
La Cumbre	Valle del Cauca	1	0.1
La Palma	Cundinamarca	1	0.1

Gaucari	Valle del Cauca	4	0.4
Bolívar	Valle del Cauca	4	0.4
Guapi	Cauca	1	0.1
Ulloa	Valle del Cauca	2	0.2
Tumaco	Nariño	1	0.1
Pereira	Risaralda	1	0.1
Guachetá	Cundinamarca	1	0.1
Vijes	Valle del Cauca	1	0.1
Piendamó	Cauca	1	0.1
Darién-Calima	Valle del Cauca	1	0.1
Zarzal	Valle del Cauca	3	0.3
La Victoria	Valle del Cauca	4	0.4
Popayán	Cauca	4	0.4
Montenegro	Quindío	1	0.1
S.de Quilichao	Cauca	2	0.2
Armenia	Quindío	1	0.1
Corinto	Cauca	1	0.1
Toribio	Cauca	1	0.1
Argelia	Valle del Cauca	1	0.1
Cartago	Valle del Cauca	6	0.6
No Registra		366	40
TOTALES		926	100%

* Mujeres Hospitalizadas en el año 2006 (salas 4 - 7)

Como puede observarse las pacientes hospitalizadas para el año 2006 son en su mayoría procedentes del *Valle del Cauca*, de un total de 926 mujeres 528 son del Valle, es decir el 57%, 322 son del municipio de Cali (35%), y 15 son del

departamento del Cauca. Otros departamento como Tolima, Antioquia, Chocó, Nariño, Risaralda, Quindío y Cundinamarca en menor medida representan solo el 1.5% del total. La cifra más alarmante es la de mujeres sin procedencia identificada en 366 casos que representan el 40%. En estos casos solo se conoce el nombre de la paciente y su edad, al parecer son casos de mujeres sin parientes cercanos y son recluidas por vecinos u otras personas sin relación familiar.

Para el caso del Valle los municipios con mayores aportes de mujeres hospitalizadas son Palmira, Buenaventura y Jamundí con el 9.2%, después de la ciudad de Cali como se había mencionado con el 35% en un primer lugar. Es importante mencionar que muchas de las mujeres hospitalizadas son de tez negra o trigueña, con bajos niveles de escolaridad y escasos recursos económicos. Esta información aunque no obtenida de datos estadísticos recogidos por el mismo hospital, se evidencia a simple vista, en el caso del color de piel, y sobre la escolaridad y condición económica, en conversación con familiares y pacientes

5.4 Un día normal

Los días en la sala siete inician con el amanecer del paciente desde el momento que se levanta o es levantado por el personal de la institución y termina cuando este se duerme.

El viernes 30 de noviembre de 2007 a eso de las 10 am, ingreso nuevamente a la sala siete pero no al cuarto de revista, en esta ocasión recorro la sala para conocerla un poco más. En este momento hay una paciente que recibe la visita de su familia en el salón, al lado de ellos hay tres mujeres de edad avanzada que observan sin observar lo que pasa a su alrededor, pues sus miradas parecen vacías y aunque el televisor esta encendido nadie le presta atención. En un momento el salón queda vacío.

Son las 10:45 am todas las pacientes salen de sus habitaciones o cubículos, son unas 20 mujeres, algunas hablan conmigo pensando que soy una médica del hospital y es que una de las exigencias que me hicieron para ingresar a las salas de hospitalización fue la de usar una bata blanca similar a la que tienen los médicos para lograr aceptación entre las pacientes. Todas estas mujeres son en su mayoría madres de 45 años o más, no se entiende muy bien lo que dicen, quizás por los medicamentos que les suministran para su tratamiento o simplemente no desean hablar. En el interior de la sala siete hay un pequeño patio con una caseta donde muchas de las pacientes pasan la mayoría de su tiempo de hospitalización, quizás por ser de los pocos espacios en los que se puede ver el cielo y sentir que no se está encerrado o quizás porque es más cálido afuera que dentro de las salas. Algunas se acuestan en el prado hasta el punto de quedarse dormidas bajo el sol durante mucho tiempo, otras usan el espacio como tendedero de ropa y vigilan sus pertenencias pues es frecuente el hurto de prendas de vestir entre las pacientes, otras simplemente deambulan sin rumbo fijo o incluso practican algún juego.

De repente una de las pacientes ,Yolanda, aparece totalmente mojada pidiendo ropa limpia y seca para cambiarse pero no parece llamar la atención de las enfermeras pues ya la conocen y saben que con frecuencia entra a las duchas vestida y se moja solo para recibir más ropa. En el hospital no existe un vestuario oficial para los pacientes, simplemente les marcan sus prendas de vestir con el número de la sala a la que pertenecen y así son identificados por el personal de servicio del hospital. Hay terapia de grupo con las enfermeras y el Dr. Castrillón que llego hace un momento, muchos de los pacientes hablan de “hospital día” al parecer quieren llegar ahí porque la permanencia no es obligatoria y solo están en el día no en la noche “es como si solo estuvieras de visita y no viviendo aquí”, dicen las pacientes. Son las 12:25 am y ya casi es hora de almorzar en todo el hospital. Los pacientes son atendidos con todos los cuidados necesarios al momento de servir los alimentos pues cada paciente tiene unos requerimientos en su dieta alimenticia ya sea por las enfermedades que padecen al momento de

ingresar al hospital o en otros casos por las recomendaciones en su tratamiento actual.

Todas las pacientes son ubicadas en sus respectivos puestos teniendo en cuenta las recomendaciones que tengan en su dieta, las mujeres con dieta especial se sientan en una mesa aparte, las enfermeras se quedan todo el tiempo con ellas para vigilar que todo esté en orden y no haya alteraciones al momento de almorzar. Al verlas tan tranquilas almorzando no parece que estuvieran enfermas, se ven como cualquier otra persona en un comedor cualquiera. A veces me siento inútil al saber que no puedo ayudarlas con sus problemas pues no estoy formada para ello, solo puedo escuchar sus historias de vida y observar sus comportamientos como propósitos de mi investigación. Algunas pacientes se ven medianamente bien, son coherentes en lo que hablan y en cómo actúan, otras por el contrario se ven totalmente dopadas, fuera de la realidad y no pueden expresarse con claridad ni moverse con facilidad.

Las enfermeras son las encargadas de asegurarse que cada paciente consuma los alimentos durante el día llevando un control de quienes se alimentan y quienes no, estas evaluaciones diarias llegan a manos del equipo médico en el momento de hacer revista y analizar la evolución de cada paciente, cualquier anotación negativa durante el transcurso del día retrasara como consecuencia la salida del hospital. Estas anotaciones aplican a cada actividad realizada durante los días de hospitalización, no solo al momento de recibir los alimentos sino a toda actividad de integración, terapia, comportamiento con el personal médico y compañeras de sala, toma de medicamentos etc. Su vida en el momento de estar hospitalizadas pertenece por completo al cuerpo médico de la institución.

Son las 3:00 pm y es hora de la terapia en grupo (motricidad fina). En esta ocasión las pacientes deben dibujar y pintar una figura basadas en un modelo que la terapeuta ocupacional deja como guía, todas deben participar en la actividad de lo contrario serán evaluadas con anotaciones negativas en su proceso de recuperación. La persona encargada llama a lista para saber quiénes están realizando la tarea y quienes la están evadiendo. Estas actividades que realizan

en las mañanas o en las tardes tienen propósitos muy claros en el proceso de recuperación de las pacientes que tienen que ver con la memoria temporal y espacial, con la coordinación de movimientos y la recreación como un elemento importante en la convivencia y el desarrollo de la personalidad, todos estos elementos deben ser reforzados cada día a través de las terapias. Muchas pacientes no saben dónde se encuentran, algunas piensan que es una cárcel, otras creen que es un hospital general, no saben qué mes del año es ni en qué momento fueron a parar ahí. Por tal motivo en cada inicio de terapia el personal encargado recuerda con insistencia que día es hoy, que mes, de qué año y en qué lugar se encuentran y para que están ahí. Algunas de las pacientes prefieren no participar en las actividades lúdicas para deambular por la sala sin prestar atención alguna a lo que pasa a su alrededor, mientras tanto hay familiares en su horario de visitas en medio del caos de una sala de enfermos mentales.

Son las 3:05 pm hay una niña llorando y pidiendo por su mamá, una mujer anciana se ve en su cama muy adolorida. Dora la mujer indígena que habita la sala siete sigue totalmente dormida caminando por todas partes sin encontrar un lugar donde se sienta a gusto. Hay una paciente muy joven que me atemoriza, su cabello crespo abundante sobre su rostro apenas deja ver su intrigante mirada vacía. Trato de desviar mi atención de esta paciente y cruzo algunas palabras con la mujer encargada del aseo de la sala siete hace diez meses, y me dice con vos desalentadora “es un trabajo muy duro, solo le pido a Dios que me ayude a tener paciencia y tratarlas con cariño”. Es devastador ver como tantas personas visitan a sus familiares enfermos sin saber si quiera como actuar o que decir en medio de este ambiente tan difícil de comprender.

CONCLUSIONES

Después de este pequeño recorrido por el Hospital Psiquiátrico San Isidro, desde sus entradas, hasta sus consultorios, salas de hospitalización y jardines, podemos decir que el hospital es solo el reflejo de una sociedad individualista, apática ante los problemas de otros, solitaria y caótica. La existencia del hospital se ve justificada todos los días por las problemáticas evidentes que aquejan a nuestra ciudad y sus habitantes, el desempleo, la falta de oportunidades, los dilemas familiares y sentimentales, etc., que desencadenan crisis emocionales y de comportamiento. Pero comprender el mundo que habita detrás de los muros del hospital entre su cotidianidad, normalidad y por supuesto sus habitantes, fue el objetivo de este trabajo de investigación y estos son los resultados de esas vivencias.

La aparición actual de los hospitales psiquiátricos, las cárceles, los reformatorios, los conventos, etc, son solo la respuesta a una necesidad de la misma sociedad de brindar soluciones a problemáticas cada vez más frecuentes en los individuos que requieren de ayuda inmediata, pues sus dilemas ocasionan desórdenes no solo en sus núcleos familiares sino al resto de la comunidad. Todo lo que respecta a la infraestructura y diseño organizacional de estas instituciones representa un modelo de orden y disciplina que se impone no solo en los hospitales psiquiátricos y las cárceles como ejemplos más comunes, también se observan en otros espacios más cotidianos como empresas, fábricas, instituciones educativas etc, lugares donde los cerramientos representados en muros en algunos casos, la existencia de cámaras y demás sistemas de vigilancia permiten que el control sea permanente y eficaz para lograr los objetivos propuestos en cada recinto.

La institución psiquiátrica analizada en esta investigación, es para muchos estudiosos del tema de las instituciones, sean sociólogos, filósofos, psiquiatras, etc, como instituciones que cumplen una única función social, y es la de controlar y dominar en el encierro a los individuos perturbadores del orden y el buen comportamiento, su aislamiento es justificado por las consecuencias que estos

individuos generan en la sociedad. Esta concepción y la aparición de estos establecimientos cerrados, van de la mano con los ideales de la sociedad existente en los diferentes periodos. La mentalidad de las sociedades se refleja en las acciones del ser humano y en las normativas que los rigen, hasta las edificaciones que construyen muestran las necesidades de la comunidad y los cambios en las ideologías.

Anteriormente los hospitales psiquiátricos creados en función del cuidado y el bienestar de los pacientes no eran cotidianos, solo habían depósitos de desechos humanos como lo mencionaba el Dr. Alberto León cuando observo por primera vez el asilo de locos San Isidro en Cali en la década de los 40, no había distinción alguna entre delincuentes, enfermos mentales, lisiados, ladrones, alcohólicos y toda clase de población marginada y rechazada. En esa época no existía una concepción de reintegración a la sociedad para estas personas, solo primaba una idea de aislamiento y reclusión que solucionaba el problema o por lo menos lo disimulaba. Mantenerlos alejados de la sociedad normal satisfacía las necesidades de la población en ese momento específico. El término de enfermedad mental no tenía uso en el vocabulario de las personas, no solo por ser desconocido si no porque no había una voluntad de investigación para comprender de manera científica esta problemática de salud mental, pero si era común usar el concepto de “loco”, que desacreditaba y marginaba a todo aquel que ubicaran en esa categoría, el trato que se les daba en estos lugares de reclusión solo obedecía a la mentalidad que dominaba en ese entonces la pérdida de cordura en un individuo. San Isidro es un ejemplo vivo de todo ese proceso de cambio desde que era solo un lugar de almacenamiento de gente marginada por diferentes motivos, hasta lo que hoy conocemos como el Hospital Departamental Psiquiátrico Univeristario del Valle, en donde se encuentra en una de las placas informativas ubicada en los jardines de la Casona la síntesis de lo que representa el hospital para la ciudad de Cali y el departamento del Valle , y dice:

Misión: “Brindar a la comunidad servicios de salud mental integral, regidas por el respeto a la dignidad humana, a través del establecimiento de condiciones

hospitalarias de excelencia, con alta calidad, de acuerdo con los principios académicos y tecnocientíficos comprometidos con el desarrollo de su talento humano y el manejo eficiente de sus recursos.”

Visión: “El Hopsital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle y Empresa Social del Estado, será modelo en prestación de servicios de salud mental integral recococido nacional e internacionalmente, por sus logros en el campo de la investigacion psiquiátrica, en el manejo terapéutico y por su liderazgo en gestión hospitalaria.”

Como puede evidenciarse en los objetivos de esta institucion el cambio en la funcionalidad del hospital es claro y puntual desde que fue un asilo, y esta transformación en la mentalidad y las políticas de salud se complementa coherentemente no solo con la infraestructura física sino en el manejo de los usuarios por parte del equipo médico y administrattivo con cuenta el Hospital Psiquiátrico San Isidro. Los múltiples espacios verdes y áreas abiertas en todo el hospital incluyendo las salas de hospitalización , también nos dan cuenta de la preocupación por brindar espacios acogedores y terapéuticos que faciliten la recuperación y tratamiento de los pacientes y demás residentes de la institución.

El trabajo de investigacion presentado y desarrollado en cinco capitulos trató de mostrar de manera modesta una exploracion de mi tránsito por esta institucion psiquiátrica para lograr la caracterización etnográfica y sociologica del hospital y de la sala siete en mas profundidad, teniendo como unicos objetivos el mostrar el funcionamiento interno de este hospital encargado de la salud mental y dar cuenta a través de sus habitantes como es el mundo que se vive en los pasillos y salas, compartiendo de manera directa las vivencias y analizando el hospital bajo el cocepto de institucion total.

El Hospital Psquiátrico Universitario del Valle puede considerarse en conclusion como una institución total en terminos de Erving Goffman, por las partucularidades que la definen y la constituyen. Para sus residentes el hospital es un mundo aparte del que conocian fuera de sus muros, es un espacio con sus

propias reglas del juego. Las rejas y puertas que impiden el paso son obstáculos que determinan el espacio donde se puede transitar e impiden un contacto directo con el exterior. Este tipo de instituciones según el autor tiene tendencias absorbentes y brinda a los pacientes hospitalizados un nuevo ordenamiento social donde el dormir, recrearse y trabajar, se convierte en actividades que se desarrollan en un mismo lugar, junto con otras personas en condiciones similares y en vigilancia de una persona encargada. La forma de ingreso de los pacientes es otra característica permanente en este tipo de instituciones que no suele ser voluntaria. Pero como lo plantea el autor Erving Goffman, todas las interacciones sociales, prácticas, vivencias, rutinas de cualquier grupo humano adquieren sentido si las observamos de cerca y las comprendemos desde su cotidianidad, no desde lo diferente que puedan ser por desconocerlas. Eso fue lo que aprendí de este recorrido por el Hospital Psiquiátrico San Isidro, un lugar que consideraba desconocido y distante y que ahora reconozco como un espacio natural que no es ajeno a las vivencias y problemáticas que se viven en la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

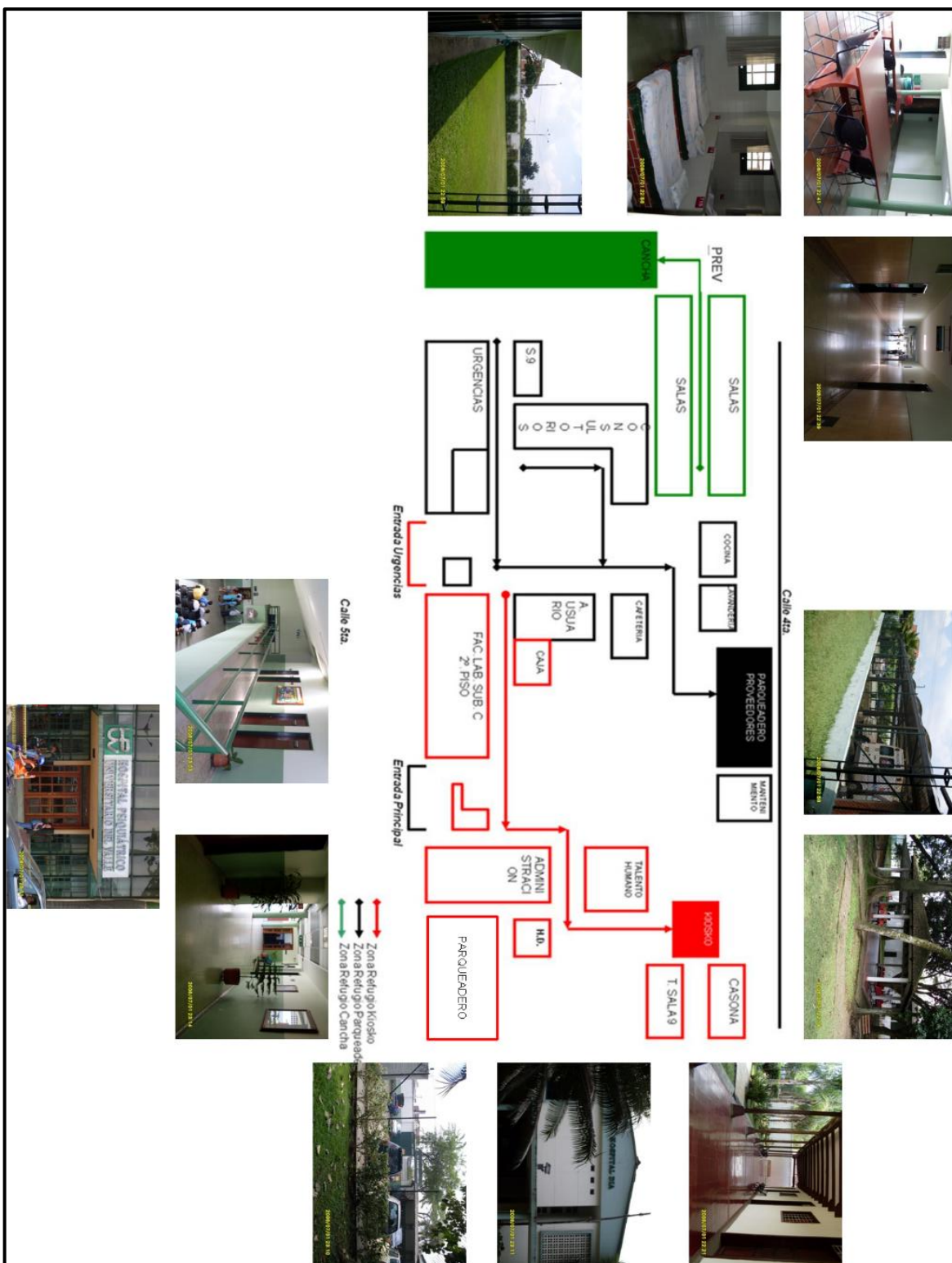
1. Bastide, R. (1983). Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI
2. Basaglia, F. (1970). La institución negada. Barral Editores, S.A. Barcelona
3. Castillo Nieto, Harold Mauricio. (2014). Presos: un nuevo individuo bajo en encierro. Estudio sobre las condiciones de vida de los internos de la cárcel Villahermosa, Cali, Colombia. Tesis Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y económicas.
4. Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. Fondo de cultura económica de Argentina S.A.
5. Foucault, M. (1998). Historia de la locura en la época clásica. Volumen I. Fondo de cultura económica, 2 Ed. (FCE Colombia)
6. Goffman, E. (2001) Internados. Buenos Aires: Amorrortu Editores
7. Larrahondo Erazo, Brayan Fernando. (2014). La carrera del paciente mental: un estudio de tres familias del Municipio de Candelaria. Tesis Universidad del Valle, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas.
8. Porter, R. (2004). Breve historia de la locura. Fondo de cultura económica.

Textos en páginas web

9. Basaglia, Franco. El manicomio liberado. Recuperado de: www.taringa.net/posts/apuntes-y-monografias/3675817/El-manicomio-liberado-por-Franco-Basaglia.html
10. Hospital Psiquiatrico Universitario del Valle. Recuperado de: www.psiquiatricocali.gov.co/hdpuv1/
11. Foucault, Michel. Perfil biográfico y académico. Recuperado de : www.infoamerica.org/teoria/foucault1.htm
12. López-Muñoz, F. Alamo, C. Cuenca, E. “La década de oro” de la Psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia Histórica de la Introducción Clínica de los Psicofarmacos Clásicos. Congreso virtual de Psiquiatría 1 de febrero- 15 de marzo de 2000. Conferencia 34-CI-C

ANEXOS

Grafica A (distribucion fisica del Hospital Psiquiatrico San Isidro)



Grafica B (Distribucion fisica de la sala siete del Hospital Psiquiatrico San Isidro)

