

La Institución Psiquiátrica en Chile desde la perspectiva del personal de salud no profesional: una mirada exploratoria de fines del s. XX

The Psychiatric Institution in Chile from the perspective of non-professional health staff: an exploratory look from late 20th century

Héctor ARANCIBIA

Universidad de Valparaíso, Chile
ps.harancibia@gmail.com

María de los Ángeles ALISTE

Pontificia Universidad Católica de Chile
maria.aliste@puc.cl

Resumen

La Institución Psiquiátrica sigue siendo el lugar preferente para la atención de personas con alguna patología de salud mental de alta complejidad. Al interior de ella se pueden identificar dos estamentos: el de los pacientes y el del personal de salud. Este último puede diferenciarse entre los profesionales –liderados por los médicos– y el personal de salud no profesional (auxiliares paramédicos y auxiliares de servicio o aseo), el cual se caracteriza por pasar la mayor cantidad de tiempo en contacto directo con el paciente, resultando de interés explorar las dinámicas institucionales desde la perspectiva de este estamento. Para ello se consideró una metodología cualitativa donde se entrevistaron a 13 funcionarios pertenecientes a los sectores agudos de dos hospitales psiquiátricos de la Región Metropolitana, Chile. Los resultados dan cuenta de una alta jerarquización de las relaciones dentro de la institución, con roles

Héctor ARANCIBIA y María de los Ángeles ALISTE

La Institución Psiquiátrica en Chile desde la perspectiva del personal de salud no profesional: una mirada exploratoria de fines del s. XX

Sur y Tiempo. Revista de Historia de América, Nº8, julio-diciembre 2023, pp. 1-40.

ISSN 2452-574X

DOI: 10.22370/syt.2023.8.3761



altamente definidos, donde el personal de salud no profesional se le mandata a cumplir con el rol custodial (vigilar, normar y controlar al paciente), estando permanentemente expuesto a agresiones de parte de los funcionarios y a sanciones administrativas de parte del estamento profesional. Dado que el material de las entrevistas data de fines de 1999, los resultados permiten nutrir las reflexiones actuales sobre las dinámicas propias de esta institución y el sentido de ella en el presente.

Palabras clave: Psiquiatría social; Salud Mental; Institución total; Antipsiquiatría; Historia de la Psiquiatría.

Abstract

The Psychiatric Institution is the preferred place for the care of individuals with complex mental health pathologies. Within it, two groups can be identified: the patients and the healthcare staff. The latter can be differentiated between professionals, led by physicians, and non-professional healthcare personnel (paramedical assistants and service or janitorial assistants), who are characterized by spending the most amount of time in direct contact with the patient. Therefore, it is of interest to explore the institutional dynamics from the perspective of this group. To achieve this, a qualitative methodology was employed, consisting of interviews with 13 staff members working in the acute sectors of two psychiatric hospitals in the Metropolitan Region of Chile. The results reveal a high degree of hierarchy in the relationships within the institution, with highly defined roles. The non-professional healthcare personnel are tasked with a custodial role (monitoring, setting norms, and controlling patients), constantly exposed to aggression from other staff members and subject to administrative sanctions from the professional group. Since the interview material dates to the late 1999, these findings contribute to current reflections on the dynamics and its relevance in the present.

Keywords: Social psychiatry; Mental health; Total institution; Antipsychiatry; History of psychiatry.

“La esclavitud y la división del trabajo;
el tipo más elevado sólo es posible
mediante el envilecimiento de un tipo más bajo
y la reducción de éste a la función”
F. Nietzsche.

La Institución Psiquiátrica ha sido fuente de una constante revisión. Desde una perspectiva crítica, diversos autores cuestionan su funcionamiento y las prácticas sociales, pretendiendo develar el programa ideológico en que se fundan y los discursos bajo los cuales opera (Basaglia y Basaglia, 1972; Cooper, 1985; Laing y Esterson, 1995). En este marco, la Declaración de Caracas (1990), firmada hace más de 30 años por diversos representantes de países Latinoamericanos, es una prueba concreta de la intención de reestructuración de la atención psiquiátrica, poniendo mayor énfasis en los modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, restándole el papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico. Esta transición, para que resulte efectiva, requiere de una planificación adecuada, un apoyo sostenido y una cuidadosa coordinación intersectorial (Montenegro Cortés et al., 2023). Pese a la declaración de intenciones, grandes hospitales psiquiátricos aún existen llevándose el grueso de los recursos destinados a la atención en salud mental (Mascayano et al., 2021). En Chile, el reformismo psiquiátrico, más bien es un ejemplo del truncado y limitado proceso de cambio que, contrariamente a lo esperado, en vez de poner término a las lógicas asilares, terminan convertidas en experiencias de abandono de sus protagonistas los cuales terminan reintroducidos en el circuito de la medicación y la internación (Morales Sáez, 2023).

Desde una perspectiva histórica, la Institución Psiquiátrica con más de 200 años de funcionamiento, al igual que cualquier otra institución, se comprende en el marco del proceso que la produjo (Berger y Luckmann, 1993). Se constituyó como un espacio que ha hecho suya una demanda de atención a un sinnúmero de sujetos que, dependiendo del momento histórico, se han nombrado como vagos, delincuentes, locos, insanos, pacientes; formas de nombrar con contenidos latentes de discapacidad y exclusión social. La revisión de su lugar social ha desplegado un sinnúmero de críticas orientadas a develar el ordenamiento social en el que se funda.

De acuerdo con Salazar (1987), la constitución de la disciplina psiquiátrica resulta de una multiplicidad de prácticas discursivas –políticas, jurídicas, médicas, sociales–, que permiten configurar el confinamiento de las personas como el objeto del discurso psiquiátrico. Este discurso está en el centro de aquello que se denomina poder. Su ejercicio a la manera que lo entiende Foucault (1976), está sustentado en ciertas disposiciones y estrategias, que se manifiestan a partir de ciertos modos de relación social. En su doble carácter de discurso y práctica, la institucionalidad es encarnada por actores sociales que son producto de dicha institucionalidad. Toda institución, en el más amplio sentido del concepto, es un engranaje de objetivaciones en el que los sujetos van tomando disposición acorde al lugar que les es concedido y programado de antemano. El ejercicio es el cumplimiento del programa. En este sentido, el mundo institucional es actividad humana objetivada, es producción de discursos y constitución de sujetos en el acto de su cumplimiento.

El conocimiento disciplinar resulta indispensable para la programación institucional de las actividades económicas y la legitimación del orden social que supone. Con ello no se impugna el conocimiento científico desarrollado sino la neutralidad de éste (Feyerabend, 1988), existiendo una indisoluble relación entre poder y conocimiento. El poder exige producción de verdad para sostenerse (Foucault, 1979). De esta manera la mecánica del conocimiento no está encaminada en el conocimiento, sino a conseguir poder sobre las cosas (Nietzsche, 2004).

La legitimación de la Institución Psiquiátrica deviene, entonces, de un saber como producto histórico que se articula precisamente en el discurso inaugural en el que se funda. La producción de este saber, funda una ciencia humana que construye un espacio social, en el que los cuerpos son tratados, elaborados, en definitiva manipulados y ordenados, de acuerdo a una lógica de separación, de distribución (Foucault, 1976). Resulta en una medicina sin sujeto en la que se objetiviza el cuerpo reforzando la interpretación técnica, diluyendo la relación terapeuta-enfermo (Morales Saéz, 2010). La Institución Psiquiátrica es el continuo de un proyecto político en el que la dominación legitimada en la técnica perpetúa una división social. Se ampara en la premisa de la salud mental, ocultándose la violencia propia del marco institucional, en tanto disposiciones y prácticas normadas que frente a la desviación

despliega sus mecanismos de ordenación.

Levinson y Gallagher (1964), consideran el Hospital Psiquiátrico como una forma de organización instrumental dirigida hacia un fin. Está destinado a servir ciertos objetivos valorados y legitimados por la sociedad como la intervención psíquica para la sanación de los individuos; la protección ante individuos calificados como “peligrosos” por su enfermedad psíquica; y la protección de los enfermos de sus propios impulsos. En comparación con la cárcel, estos autores encuentran evidentes similitudes funcionales y estructurales al señalar que “los fines de la cárcel pueden expresarse casi en los mismos términos que los del hospital psiquiátrico: reclusión, custodia y rehabilitación” (Levinson y Gallagher, 1964: 42).

La primacía de la rutina hospitalaria antepone una lógica de funcionamiento en el que prevalece un cierto ordenamiento; el ordenamiento de la reclusión. El doble discurso de la institucionalidad en el que cuidado y custodia se presentan como imperativos funcionales, resultan para Basaglia (1989a) en una contradicción de las relaciones entre personal e interno. Por un lado, hay que velar por el cumplimiento de la norma y readecuar al sujeto a ella y, por otro, velar por las necesidades de los internos en el contexto de las intervenciones destinadas a su “cura”.

5

1. Estructura, dinámicas y prácticas sociales al interior de la Institución Psiquiátrica

Una interesante aproximación a las dinámicas institucionales es la desarrollada por Goffman (1970), quien explora los procesos sociales que se dan al interior de espacios de reclusión, los cuales denominó como “Instituciones Totales”. Este concepto apela a un diseño estructural común a todas las instituciones cerradas donde permanecen reclusos temporalmente un grupo de personas a las que se les denomina “internos”. Se caracterizan por albergar a un grupo masivo de personas privadas del contacto con la sociedad en general y cuyas vidas están administradas formalmente por un grupo más pequeño que tiene la misión de velar por la aplicación de las normas. Cada grupo tiende a representar al otro en base a rígidos estereotipos (Levinson y Gallagher, 1964). El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de

muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos.

El ingreso a la Institución Psiquiátrica –en tanto Institución Total– implica para el residente un quiebre con los vínculos sociales y una regimentación de la vida cotidiana. El momento de la internación implica un quiebre con el mundo externo y la vida cotidiana del paciente. El contacto con la familia se hace efímero y las relaciones con amigos se cortan casi por completo. La Institución Psiquiátrica pasa a ocupar el lugar simbólico de la familia y de las relaciones sociales del paciente, forzando un proceso de resocialización similar al que experimenta un niño con su familia, donde la figura simbólica del padre asoma como elemento significativo para definir los roles del personal y las relaciones que se establecen (Levinson y Gallagher, 1964).

Si un individuo que vive en sociedad tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio, los internos dentro de una institución total –como lo es el hospital psiquiátrico– socializan y desarrollan sus actividades en un mismo espacio altamente normado y planificado externamente bajo la misma autoridad, traduciéndose en una seguidilla de actividades que se repiten diariamente. A ello se suma la compañía inmediata de un gran número de otros (iguales), a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. En síntesis, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, cuyo propósito final es deliberadamente concebido para el adecuado funcionamiento de la institución y el logro de sus objetivos fundantes (Goffman, 1970). Cualquier intento por sublevarse frente a este nuevo orden será rápidamente reprimido en nombre de la ciencia y de su bienestar personal. Frente a esta programación de la vida cotidiana, la desobediencia se interpreta como un síntoma de la enfermedad, implicando una prolongación de la estadía y acciones represoras por parte de los funcionarios (Goffman, 1970).

En el continuo de este imaginario, se puede considerar que el Hospital Psiquiátrico asume una posición intermedia y algo oscilante entre una cárcel y un internado con un fin terapéutico-educativo. Las dinámicas relacionales adquieren la cualidad de lo ambivalente, estando a la base de las tensiones entre el personal y los

pacientes. En este ordenamiento existe un relativo hincapié en las funciones educativas por sobre las de encarcelación, y las terapéuticas por sobre las de control y vigilancia. Pese a ello la tensión entre ambas es continua y, en última instancia, insalvable.

Los procesos de control social presentes en toda institución organizada se extreman en las Instituciones Totales. Las reglas que impone la vida institucional se dan en un sistema autoritario de tipo jerárquico, en el que “cualquier miembro del equipo del personal tiene ciertos derechos para disciplinar a cualquier miembro del grupo de los internos, aumentando las posibilidades de sanción” (Goffman, 1970: 52). En este contexto, “lo que resulta imposible es crear una relación terapéutica entre el enfermo y el enfermero, pues el enfermero es el verdugo del enfermo, es el encargado de mantener el orden de los roles dentro de la institución” (Basaglia, 1989b: 41).

El personal de salud no profesional se ve inmerso en un espacio en que es a la vez observador y observado, disciplinando y siendo disciplinado. Este poder de disciplinar y de ser disciplinado se explica dentro de un contexto donde el poder no se ejerce unidireccionalmente sino que es más bien una especie de rejilla de relaciones donde circula, lo cual no implica negar la desigual distribución de poder al interior de la Institución Psiquiátrica (Rhodes, 1995).

En este contexto altamente normado y jerarquizado, aparece la *díada* paciente-funcionario caracterizada por la ambivalencia, la cual pasa a ser parte constitutiva de la relación. Por un lado, está el mandato institucional de hacer cumplir la normativa vigente, que básicamente se relaciona con la labor custodial y con el funcionamiento hospitalario y por el otro dar una atención acorde con las características de una persona con una patología mental en proceso de rehabilitación. “Esta contradicción entre lo que la institución hace realmente, y lo que los funcionarios deben decir que hacen, constituye el contexto básico donde se desarrolla la actividad diaria del personal” (Goffman, 1970: 83).

Como la importancia en las Instituciones Totales está puesta en primer término en el cumplimiento de la normativa, la mayor parte de las peticiones de los pacientes no son atendidas en tanto desritualizan las actividades preestablecidas y generan un descontrol que la institución no puede asumir. Es así, como una institución que en

teoría fue creada para la sanación de los pacientes, se desvirtúa, al priorizar aspectos relacionados con el orden y el control. Puesta la prioridad en esta dirección, el enfermo pierde relevancia como individuo, como sujeto único, particular, transformándose en un mero objeto. La esencia de lo particular se diluye en la relación cosificada. Basaglia lo plantea en los siguientes términos: “lo que se ha revelado como antiterapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no es una técnica o un instrumento particular, sino el conjunto de la organización hospitalaria, la cual –inclinada por completo hacia la eficacia del sistema–, ha objetivado inevitablemente al enfermo, que debía ser su única razón de ser” (Basaglia, 1972: 156-157). Al momento de objetivar al individuo se comete el primer acto de violencia. El sujeto toma valor, no por lo que es, sino por lo que representa. Acto de violencia que se camufla y valida en nombre de la ciencia. Este ejercicio del poder es el que reprime, anula e invisibiliza al sujeto, posibilitando la gestión grupal de los pacientes.

El mandato de velar por el cumplimiento de la normativa es una responsabilidad que recae en el personal de los más bajos niveles de la jerarquía hospitalaria (Basaglia y Basaglia, 1972) desligándose la clase profesional de esta práctica, transformándose el funcionario de más baja jerarquía en la cara visible de dichos procedimientos (Basaglia, 1972). Nietzsche diría que “la esclavitud y la división del trabajo; el tipo más elevado sólo es posible mediante el envilecimiento de un tipo más bajo y la reducción de éste a la función” (Nietzsche, 2004: 359). Se establece la emergencia de un conocimiento subyugado para enfrentar y justificar las acciones que el personal debe realizar al interior de la Institución Psiquiátrica (Rhodes, 1995). Este conocimiento es entendido como una gama de saberes que, amparados por la ciencia, son utilizados para explicar, aplicar y justificar acciones que no serían aceptables si no estuvieran amparadas por este marco.

Goffman (1970), aunque distante del análisis socio-político planteado previamente, cuestiona el alcance terapéutico de los tratamientos mentales bajo la modalidad de internación. Denuncia el acotado trabajo terapéutico realizado en las instituciones hospitalarias, dejando al paciente la mayor parte del tiempo a cargo del personal no profesional. Si el medio en el que se encontraba el paciente previo a la hospitalización gatilló la enfermedad, no es menos cierto que este nuevo medio (el

hospital psiquiátrico) podría ser igual o más perjudicial en el desarrollo o agravamiento de la sintomatología del paciente. Así, el objetivo por el cual se justifica la Institución Psiquiátrica se ve eclipsado por otros que adquieren mayor preponderancia.

2. La división de clases al interior de la Institución Psiquiátrica

La Institución Psiquiátrica, como la mayor parte de las instituciones fundadas en la moderna sociedad burocrática, se estructura en base a una organización fuertemente jerarquizada (Lapassade, 1977), donde cada estamento ejerce un rol y ocupa una posición determinada que difícilmente se modificará en el tiempo. El personal, al hacerse parte del mundo institucional, se inserta dentro de algo dado que antecede a su existencia. Lo dado es un patrón de disposiciones humanas y materiales que posibilitan su socialización (Kaës et al., 1991). Dentro de la división jerárquica presente en la Institución Psiquiátrica, se percibe claramente una separación entre el personal y los internos, quienes ocupan el lugar más bajo dentro de la organización hospitalaria.

Si bien Goffman (1970) realiza una división al interior de la Institución Psiquiátrica básicamente en dos grupos, el personal y el interno, Basaglia (1989b) propone una mirada desde la división de clases distinguiendo entre la clase burguesa y la proletaria. En la primera sitúa a los profesionales de la salud y en la clase proletaria y subproletaria incluye al personal no profesional (paramédicos y auxiliares de servicio) y a los pacientes, respectivamente (Basaglia, 1989b: 40), dando lugar a una clara jerarquía de autoridad-subordinación (Onofri, 1970). La diferencia de estatus dentro del Hospital Psiquiátrico conlleva consecuencias prácticas. Una de ellas se refiere al tiempo de contacto entre los estamentos. El tiempo de contacto directo con el paciente está en inversa proporción al estatus institucional del personal, impactando la capacidad de movilidad, privacidad y distancia que se tiene con los pacientes (Rhodes, 1995).

La división del trabajo es especialmente funcional en instituciones donde la labor represiva ocupa un lugar esencial. La división del trabajo enajena al sujeto a su

función particular, diluyendo la responsabilidad y el alcance de sus acciones. De esta manera la administración de las normas y los eventuales sentimientos culposos producto de la represión ejercida no es asumida en su totalidad por una clase determinada, alejando de sí la responsabilidad de quien ejecuta (Nietzsche, 2004). La estructura jerarquizada concede al paciente, al personal no profesional, a la enfermera y al médico un lugar identificable y visible dentro de la institución psiquiátrica. Ninguno de ellos resulta importante en sí mismo sino en tanto parte esencial de un esquema donde se reproducen relaciones particulares (Foucault, 1979). No obstante la tarea primaria de las instituciones asistenciales debiese ser la de asistir, resulta fácil advertir cómo sus funcionarios se entregan principalmente a otras tareas que entran en una clara competencia o contradicción con la tarea principal que justifica el dispositivo terapéutico (Kaës et al., 1991).

3. Relevancia

Pese a que el personal de salud no profesional es el estamento que destina más horas de contacto directo con los pacientes, prácticamente no existen investigaciones que den cuenta de las dinámicas institucionales desde la perspectiva de este estamento. Por ello, esta investigación se constituye en un intento por rescatar la perspectiva del personal de salud no profesional de los dos principales hospitales psiquiátricos de Santiago de Chile de fines del s. XX. La importancia de explorar los significados que emergen desde la experiencia del estamento no profesional está dada por las repercusiones que estos mismos puedan tener en el bienestar de los pacientes y por ser una figura central en la implementación de las políticas institucionales. Desde la perspectiva del personal no profesional, interesa rescatar la intrincada red de relaciones formales e informales que se dan al interior de la Institución Psiquiátrica.

4. Método

Este estudio se enmarca dentro de una investigación cualitativa de tipo exploratoria-descriptiva (Hernández Sampieri et al., 2014). Particularmente

interesaba explorar las dinámicas institucionales desde la perspectiva del personal de salud no profesional (los funcionarios), intentando alcanzar una comprensión profunda de la dinámica de las interacciones y de los sistemas de tensión al interior de la institución psiquiátrica con un afán interpretativo y de descubrimiento (Martí-Tusquets, 1982). Las preguntas centrales que guiaron esta investigación fueron: ¿Cuáles son los contenidos que articulan la definición estamental del personal de salud no profesional?; ¿cómo es la experiencia de contacto cotidiano del personal con el paciente psiquiátrico?; ¿cómo es la experiencia del contacto cotidiano del personal no profesional con los profesionales del hospital?; ¿hay tensión y conflicto desde la perspectiva de los funcionarios en estas relaciones?; ¿cómo percibe el estamento no profesional el contexto institucional en el que se enmarcan las relaciones que establece con los otros actores institucionales? El trabajo de campo y el análisis de contenido fue desarrollado por los dos co-autores de la investigación. La técnica de recolección de información fue la de entrevista en profundidad. Como estrategia de triangulación los investigadores realizaron una codificación abierta de forma independiente para luego extraer de manera conjunta una codificación axial. Los análisis fueron complementados con las notas de campo extraídas durante el proceso investigativo y se contrastaron con la teoría disponible. La muestra estuvo constituida por 13 participantes de tres sectores de pacientes agudos del Hospital Sanatorio El Peral y del sector de pacientes agudos del Hospital Psiquiátrico José Horwitz de Santiago. Dentro de los criterios de selección se buscó variabilidad por género, hospital y años de servicio (Tabla 1).

Una vez conseguidas las autorizaciones institucionales de ambos hospitales, los investigadores optaron por aproximarse a los informantes de manera informal con el fin de evitar una identificación con la jefatura. De esta manera el investigador tocaba el timbre de uno de los sectores de pacientes agudos y pedía hablar con alguna persona del personal no profesional. A continuación se presentaba el investigador y se les explicaba en detalle los motivos de la investigación y sus objetivos requiriendo del consentimiento explícito para luego comenzar la entrevista. Las entrevistas grabadas (registro de voz) tuvieron una extensión promedio de 80 minutos. Para resguardar el anonimato de los/as participantes se utilizaron seudónimos y se eliminó

cualquier referencia que pudiera llevar a su identificación. El trabajo de campo fue realizado durante el año 1999.

Tabla 1. Descripción de los participantes.

Participante	Género	Hospital	Cargo	Años de servicio
1	Femenino	El Peral	Aux. Servicio	13
2	Femenino	El Peral	Aux. Servicio	8
3	Femenino	El Peral	Paramédico	18
4	Masculino	El Peral	Aux. Servicio	10
5	Femenino	El Peral	Paramédico	12
6	Masculino	El Peral	Aux. Servicio	17
7	Masculino	El Peral	Aux. Servicio	8
8	Femenino	El Peral	Paramédico	10
9	Masculino	José Horwitz	Aux. Servicio	1
10	Masculino	José Horwitz	Paramédico	2
11	Masculino	José Horwitz	Aux. Servicio	7
12	Masculino	José Horwitz	Aux. Servicio	18
13	Femenino	José Horwitz	Paramédico	25

5. Resultados

Los hallazgos fueron organizados en tres secciones: *El encuentro con lo Institucional y configuración del Rol Estamental; La Díada Paciente-Funcionario; Los funcionarios y el Estamento Profesional.*

5.1. El Encuentro con lo Institucional y configuración del Rol Estamental

El encuentro del funcionario con la institución demarca un momento emblemático en el que se ve forzado a redefinir los significados previos que tenía respecto a la Institución Psiquiátrica. Desde este momento su quehacer estará enmarcado dentro de las dinámicas institucionales que preexisten a su llegada.

Mire, en un principio ehh, me costó. O sea a mí como persona tener que venir a dejar, estar a cargo de, de personas que..., que estaban enfermas y, y a la vez hacer aseo fue como un poco grande la cosa. Pero uno a medida que va pasando el tiempo va, va tomando la experiencia y se va acostumbrando al ritmo, a todo, a la rutina, a todo lo que uno tiene que hacer acá (Entrevistado).

Surge un cuerpo de conocimientos respecto a la idoneidad de los sujetos que potencialmente pueden constituirse en actores institucionales. Los atributos que designan a aquéllos que podrán incorporarse, genera un campo de características distintivas.

Una es conocerlo y como te vuelvo a reiterar, te tiene que gustar y nacer. Aquí el que no le gusta no funciona. Te da depresión, te da angustia y lo único que querí es quedarte acostada en cama y no venir a trabajar. Te dai cuenta..., o sea esto te nace de aquí. De ese toque. O sea si tú no tení dedos para el piano para acá como se dice, tu cuerpo y tu mente te va a rechazar. No quiero ir a trabajar, te vay a empezar a angustiarte y que pucha que no quiero salir, que los pacientes me vean, que me toquen. Vay a empezar a elaborar mal, vay a tirar licencia.... (Entrevistada).

El conflicto se instala de manera incipiente en torno a la problemática de la aceptación del cuerpo de creencias, prácticas y valores institucionales.

Nunca me había imaginado que porque quedara embarazada una paciente enferma mental le hacían aborto en vez de prevenir los embarazos, le hacían un aborto. De hecho, yo vi una vez..., cuando estaba haciendo el curso nos, nos pasábamos por eh..., por el quinto servicio y ahí asistimos a un aborto de una paciente joven. No sé si eran clandestinos o eran legalizados, no tengo idea, pero lo hacían médicos aquí (Entrevistada).

La tolerancia y aceptación de las condiciones que demanda el trabajo sellan la

pertenencia y membresía institucional.

Me dijeron a mí que tenía que presentarme tal día, en tal servicio y, y llegué al servicio de medicina en ese entonces..., y fue impactante. También me quería ir como los otros que habían llegado poh oye, pero sabes que con, como te digo, como el incentivo de los compañeros así, me ayudaron así que aguanté todo el día..., y llegué al otro día. De ahí el doctor me felicitó y..., que no esperaba que yo llegara al otro día. Verme ahí de nuevo, así que hizo todas las gestiones y me contrataron a la semana siguiente (Entrevistado).

La pertenencia institucional implica, en ocasiones, sobreponerse a pruebas impuestas por los mismos compañeros. Su superación implica la aceptación de los otros y se configura como el paso que sella su membresía estamental.

El primer día que yo entré a trabajar me mandaron a darle comida a una paciente que estaba en el cuarto de aislado. Yo no tenía ni idea que pasaba en ese cuarto de aislado porque era mi primer día, mi primer almuerzo con los pacientes. Entonces me mandaron a darle comida, que era la paciente Juana y yo entro con la bandeja. Me acuerdo perfectamente qué era: papas con chuchoca. Unas papas grandotas... Y la paciente se me abalanza encima y empieza a comer con las manos y era una comida caliente y yo quedé así, petrificada, sin saber qué hacer. Y eso como que me molestó que me hicieran eso porque mis compañeras sabían la rutina. Ellas ya llevaban años trabajando ahí y en eso estaba mi hermana que me lo hizo como una broma, mmm. Eso me molestó porque no sabía cómo reaccionar. Después las cosas se me fueron haciendo fácil. No me costó ambientarme, nada (Entrevistada).

Aceptar las condiciones que impone el trabajo dentro del Hospital Psiquiátrico es, en definitiva, aceptar las prácticas que conforman el quehacer de la psiquiatría institucional. Implica un conocimiento paulatino de la realidad hospitalaria, internalizando en este proceso los discursos que articulan y legitiman los procedimientos tendientes a concretar los objetivos institucionales. Aquí cobra relevancia el apoyo recibido por el personal antiguo, quien socializa al nuevo funcionario en las dinámicas institucionales, transformándose en el referente más próximo: “Siempre los compañeros habían estado al lado mío, porque esto también es impactante, me decían ellos (...), también cuando llegaron ellos acá también fueron

impactados en las imágenes que tenían, por la clase de paciente. En ese sentido me, me ayudaron bastante” (Entrevistada).

Un momento significativo es el que se da en los primeros encuentros con los pacientes psiquiátricos donde emergen los atributos socialmente vinculados a ellos y a la institución psiquiátrica. El contacto entre ambas figuras es el momento del despliegue de las definiciones previas a la instalación del discurso y las prácticas institucionales: “Es que lo más que siente con el paciente psiquiátrico es el miedo porque no los conoce. Nunca hacía atención sola con el paciente. Siempre con dos personas. Siempre pidiendo ayuda y mucha distancia, así ja, ja, ja. Pero después ya no” (Entrevistada).

Pese a la distinción en el grado de información que presentaban los funcionarios al momento de incorporarse a la institución y con ello el grado de acercamiento a la realidad hospitalaria, existe una percepción compartida de las significaciones sociales otorgadas a la Institución Psiquiátrica. Las nociones vinculadas a la locura, al hospital psiquiátrico y a las fantasías de lo que ocurre en él, se transforman en el eje de la identidad institucional, en cuyo seno están anclados los supuestos históricos que han vinculado a la institución al concepto de “lo terrorífico”.

Lo ven como, a ver, como terrible. Por ejemplo..., porque inclusive entre los funcionarios, entre, digamos funcionarios de salud de otras especialidades. Me ha tocado estar en congresos de funcionarios con otros paramédicos y jamás trabajarían en un psiquiátrico. Tienen la impresión de que un psiquiátrico es la locura perpetua (Entrevistada).

Las terroríficas definiciones previas se van reelaborando a medida que pasa el tiempo. En el proceso de socialización, el funcionario se hace acreedor de un saber respecto a la realidad institucional, el cual debe defender y negociar con la comunidad externa para desmitificar percepciones negativas sobre la Institución Psiquiátrica: “Yo les explico que son todos mitos. Bueno, de partida que andamos de blanco no de verde ja, ja. Que andamos con jeringas, no con palos. Que las camisas de fuerza se usan una vez a las mil quinientas. Que los aislamientos casi la mayoría de las veces están desocupados” (Entrevistado).

No sólo el funcionario debe negociar esta imagen asociada a un personaje

castigador, sino que también la percepción externa de un sujeto que –dada la cercanía con el paciente psiquiátrico–, se expone tanto a una potencial agresión como al contagio de la locura. El funcionario al ingresar al Hospital Psiquiátrico percibe ocupar un lugar no deseado socialmente, encontrando en algunos casos una fuerte oposición del medio.

Lo que yo hago y a mí me gusta y no por eso voy a volverme loca. No voy a cambiar porque trabaje con loc, con pacientes psiquiátricos. O no un auxiliar que trabaje en la cárcel va a, a ser delincuente (Entrevistada).

Yo trabajé en la Católica con pacientes en ginecología. Pero era un vacío, era una frialdad de parte de las compañeras, porque yo ya había estado acá. Hice un reemplazo allá y el hecho de haber trabajado aquí, era como que yo era un paria. Era lo, lo, cualquier cosa, lo peor. El hecho de haber trabajado con pacientes psiquiátricos a mí me veían como cualquier basura digamos. Y qué, si era un auxiliar paramédico cualquiera no más (Entrevistada).

La figura del funcionario se define a partir de los supuestos respecto a la institución. La defensa de la institucionalidad por parte del funcionario es también la defensa de su propia identidad. Él tiene un saber que intenta comunicar. Su esfuerzo por desmitificar y con ello normalizar la imagen institucional y romper con el estereotipo tanto del paciente como de sí mismo, es un intento que se gesta en el momento que hace propia la herencia simbólica de la Institución Psiquiátrica de la que ya se siente parte.

En el relato de los funcionarios aparecen ciertos mitos unificadores que tienen como propósito justificar y legitimar las actuales prácticas institucionales (Enríquez, 1996). Así, el discurso emergente respecto a una humanidad que se instala en el actual trato hacia el interno desvincula al funcionario de los contenidos que puedan resultar disonantes en su quehacer que lo expondrían a un cuestionamiento público. La memoria histórica colectiva de maltrato de la institución psiquiátrica, la contrasta con la del presente, ofreciendo una construcción idealizada de la actual Institución Psiquiátrica.

Antiguamente..., aquí cuentan por ejemplo que antes aquí en los patios tiraban unas piletas, como tinas y las llenaban de agua.

Entonces el paciente cuando se agitaba iban y los tiraban en la pileta. Entonces ahí lo tenían un buen rato hasta que se le pasara. Los pacientes aquí por ejemplo cuando los contienen, los tienen media hora para que les haga efecto el medicamento. Los contienen, le ponen un..., una inyección y los dejan ahí media hora, le sacan la contención y que siga durmiendo el paciente. Antes, por ejemplo, los funcionarios antiguos contaban que antiguamente estaban todo el día, toda la noche con la contención, entonces el paciente se orinaba ahí mismo. Antiguamente, ahora no. Ahora el paciente se agita se..., la camisa de contención se pone ya si es mucho. Hay como más respeto al paciente (Entrevistado).

Este último informante idealiza a la Institución Psiquiátrica al señalar que el paciente encuentra la libertad que no le es dada en la sociedad, renegando las características constitutivas de la Institución Psiquiátrica como el encierro, la vigilancia, la represión y el restringido contacto social: “Los pacientes son entretenidos porque aquí se sienten como bien, como en su casa. Claro esta es como la casa de ellos, entonces aquí están felices” (Entrevistado).

Si bien este último informante refiere acerca de la calidad de casa y del bienestar del paciente al interior del Hospital Psiquiátrico, en su discurso se contradice al plasmar en una canción escrita por él, las características represivas que presenta la Institución Psiquiátrica para el paciente. Esta contradicción se plasma en la mayor parte de los funcionarios entrevistados. A pesar de coexistir discursos contradictorios, éstos no se interfieren en la medida que operan en el funcionario como lógicas discursivas encapsuladas donde prima una por sobre otra.

Ehh..., dice: “ven, se abren las puertas hacia ti, van todos entrando a un pasillo sin fin, tu no mires hacia atrás, las puertas se cierran, infierno estatal y comienzan a interrogar, tu mente se agita, los quieres matar, la vista se empieza a nublar, tendré que salir o me voy a escapar, déjenme salir ya no quiero estar en el pabellón”, ... después ..., “ven, tu cama está por aquí, pinchazo en la nalga y vete a dormir, y si no lo haces verás un shock de corriente directo a tu sien, la camisa espera por ti, con broches y amarras te van a encerrar, visitas no te verán, estás encerrado en la pieza de atrás”..., y ahí después se escapa el paciente..., “por los muros arrancaré y en la calle libre estaré, los hombres de blanco no me van a atrapar, estoy libre de verdad”, ...después lo pillamos..., “ven, ven, de nuevo estás por

aquí, las mismas locuras esperan por ti, la rutina no cambiará, ya sabes que hacer, no me obligues a contener, la noche empieza a caer, jeringas y benzos, eso va a doler, qué es esto horrible, para normal, quiero escapar del sector tres (Entrevistado).

La pertenencia institucional impone el desempeño gradual de un rol que, inscrito en una estructura institucional, delimita su campo de accionar. Inicialmente la definición del rol se encausa en los aspectos formales que delimitan su quehacer dentro de la institución. Las actividades descritas se configuran en torno al cargo específico que detentan, sea este auxiliar paramédico o de servicio.

Acá todos hacemos, hacemos lo mismo, incluyendo al paramédico. Hacemos el mismo trabajo. Y todos estamos ahí. Cuando se nos agita un paciente tenemos que estar ahí. Así todos apechugamos, o sea todos hacemos el mismo, el mismo trabajo. Lo único, la única diferencia que hay entre un auxiliar de servicio y un auxiliar paramédico es, en el sentido que el paramédico está más dedicado a lo que es medicamento, todas esas cosas. Más papeleo y nosotros más lo que es aseo y vigilancia. Es lo único que cambia, el resto es, hacemos todo el trabajo igual (Entrevistado).

Pese a la distinción entre los auxiliares de servicio y los auxiliares paramédicos, las acciones cotidianas de contacto con el paciente les confiere una identidad común constituyéndose en el eje articulador de una concepción de clase. Esta labor compartida se articula en torno a tres dimensiones básicas: la vigilancia, el control conductual y el cuidado. Estas dimensiones pueden ser contenidas en lo que se entiende como el “rol custodial”.

Yo soy paramédico, auxiliar paramédico. Ehh, estoy encargada de..., aquí más que enfermería es, es vigilancia. Yo hago enfermería, por ser doy medicamentos, preparo medicamentos, sé para qué sirve cada medicamento que se está dando ehh, hacemos inyectables, ponemos, tomamos exámenes, ehh, y lo más ehh, conversar con pacientes. Mirar que no haya agresiones más que cosas de enfermería. Que se, que se hagan cuidados de enfermería no es tanto eso. Es más, el contacto con el paciente, sacarlo..., conversar con él, sacarlo al patio, salir al baile que hacen baile aquí de repente. Eso es más lo que hacemos nosotros. No tanto de enfermería. Aquí no se ocupa mucho la, esa parte, sino que cuando hay que poner un inyectable o un

SOS. Se pierde la enfermería acá, es más, es otra cosa el trabajo de nosotros (Entrevistada).

Bueno aquí nosotros hacemos aseo. Por ejemplo nosotros enceramos, ehh, pasamos virutilla, ehh, estamos a cargo de los pacientes, ehh, como le dijera, contenemos de repente cuando están los pacientes muy agresivos. Ehh, les damos la comida. A muchos hay que bañarlos. Hay que darles el confort al paciente. Esa sería la actividad que realizamos casi todos los días (Entrevistado).

El contacto continuo con el interno es evaluado en ocasiones, como una fuente de interferencia que dificulta la realización efectiva de tareas que le han sido encomendadas. Por ejemplo, el velar por el mantenimiento del aseo –tarea formal del auxiliar de servicio–, y atender al paciente psiquiátrico, responden a mandatos institucionales que, en su coexistencia, generan una tensión y un cansancio en el estamento no profesional.

Estamos acostumbrados acá a que te estén cateteando, preguntándote 1000 veces lo mismo, que si te van a preguntar la hora, te preguntan cientos de veces. Uno se acostumbra en realidad. No, al de afuera que le llama al tiro la atención eso. Que está acostumbrado, le dan una orden de trabajo y listo tenía que hacerla pero sin que esté alguien detrás de él cateteándolo (Entrevistado).

Esta función que exige la atención continua del personal no profesional encadena al funcionario a la corporalidad del interno, implicándolo en una interacción en la que se ven restringidos sus propios movimientos: “Es el encierro eso es lo que cansa. No es tanto el trabajo, pero es el encierro el que cansa (...). Encerrado porque uno aquí mismo está dándose vuelta dentro de la misma sala. Del comedor hasta acá dentro. O estar aquí un rato... Nunca va a estar descansando. Uno tiene que estar vigilando a los pacientes” (Entrevistado).

El control de la conducta difiere del de la vigilancia puesto que supone la regulación preventiva del comportamiento de los pacientes. Si la vigilancia es persuadir mediante la presencia o anticiparse al movimiento del otro, el control implica el despliegue activo de estrategias con el fin de mantener el orden conductual de los internos.

Con mi compañero de servicio hacemos lo que tenemos que hacer y se va desenvolviendo el día en por ejemplo dejando papeles o carpetas ehh, y, y repasando el aseo no más. Vigilancia con los pacientes por si hay alguno que está peleando o se quiere botar a choro. Porque este servicio es sumamente complicado. Mucho más complicado que los demás. Porque aquí llegan pacientes reos, ehh, llegan los más locos que están, ya. Y aquí, aquí hay que calmarlos a cualquier forma (Entrevistado).

Bajo la dimensión de la vigilancia, se establece una normativa respecto a la utilización de los espacios y de qué manera deben ser ocupados por la díada vigilados-vigilantes. En el eje del control conductual, se establece una normativa respecto a un espectro de conductas que se vinculan primordialmente a la tranquilidad y docilidad de los cuerpos, que permite que se implemente el tratamiento, se acepte las condiciones de vida que la institución impone a sus miembros y que finalmente no representen un riesgo para el personal ni para otros internos: “Los médicos siempre le dejan en una tarjeta un S.O.S., que son medicamentos aparte de los de las nueve de la noche. Si como a las once o doce no se duerme, se le puede administrar como una pastilla o como una inyección intramuscular. También puede ser endovenoso, según lo que esté indicado por el médico” (Entrevistado).

La agitación es entendida como una situación en la que se extrema el desajuste de los pacientes a las expectativas institucionales. Es un momento emblemático en el que el funcionario se ve requerido en la utilización de recursos complementarios con el fin de readecuar la conducta del interno. Esta función recae esencialmente en el estamento no profesional.

Bueno, ahí vemos si en la tarjeta tiene algo indicado, o si no tenemos que enchaquetarlo. Y si no, si somos pocos funcionarios tratamos de pedir ayuda a los mismos pacientes, que ayuden a contenerlo, a echar fuerza, con eso..., bueno lo enchaquetamos y lo contenemos a la cama. Tenemos que lograrlo, tenemos que lograrlo, porque si no nos deja la escoba aquí adentro (Entrevistado).

Este mandato institucional obliga al funcionario a desplegar todos los recursos con los que cuenta para prevenir y controlar la agitación del paciente. Las estrategias utilizadas van desde la contención verbal hasta la física, donde la experiencia del

funcionario adquiere un rol relevante.

Por ejemplo ahora hay un paciente que primera vez que viene. Se enojó con el papá delante. Estaba enojado, super enojado. Quería irse y toda la onda porque en urgencia se le había perdido un cassette, algo así..., una radio, no sé. Entonces al paciente yo no lo conocía, entonces yo conversé con el paciente y yo le dije: “mira te vamos a poner un...”, porque no quería inyectarse, entonces “mira te pones el medicamento y yo llamo por teléfono a urgencia y vemos que pasa con la casetera, y si está yo te la voy a buscar”. Entonces esas, esas cosas, el paciente se quedó tranquilo, se dejó pinchar y ahora está durmiendo (Entrevistado).

El ingreso del paciente al régimen hospitalario, y por ende a la normativa que opera y establece una rutina respecto a variados aspectos de su vida cotidiana, implica una fuente de tensión y angustia para el personal de salud no profesional dado su rol ejecutor de las políticas establecidas: “A nosotros nos angustia porque la paciente cree que nosotros somos los culpables. En cierto momento nos culpan a nosotros de que las tengamos encerradas. No miran que el médico es..., o su enfermedad. Por causa de su enfermedad” (Entrevistada).

Otro nivel funcional que se presenta es el rol de cuidado, el cual se realiza en un marco fuertemente regulado, y que en su operar, impone una rutina que es delegada para su cumplimiento al estamento no profesional (Goffman, 1992). Este acercamiento al interno está mediado por las tareas preestablecidas que atañen a su estamento y que refuerzan la condición no autovalente del paciente.

Los llevo a deambular, ehh, ehh, más como que los cuido, algo así, los cuido. Los cuido, o sea por ejemplo si salgo a actividades con los pacientes digamos, bajo mi responsabilidad para otro sector, por ejemplo, tengo que cuidarlo. Estoy para eso. Los asisto (Entrevistado).

Pensaba que, y lo pienso ahora, que los pacientes son como los bebés que uno tiene que decirles todo lo que tienen que hacer y tiene que cuidarlo (Entrevistada).

El funcionario junto con asumir tareas de higiene y alimentación también atiende a las necesidades socioafectivas de los internos: “El paciente se apoya harto

en uno. A veces lo que no encuentra en su casa en su familia lo encuentra acá..., la comprensión, que se yo, la atención, entonces el paciente se encariña mucho, el paciente se encariña mucho con uno también” (Entrevistado).

La mayor parte de los informantes se refieren a la importancia de mantener al paciente activado para hacerle olvidar su condición de interno y de enfermo. El personal no profesional ha hecho suya esta labor al ver las escasas actividades terapéuticas destinadas a los usuarios.

Nos dimos cuenta que los pacientes se pasaban sin hacer nada. Pasaban muchos días acá y, y no participaban en terapia, no participaban en ninguna cosa. Entonces ahí los fuimos tomando nosotros. Haciéndolos hacer ehh, que sé yo, aseo los chiquillos ehh, que estén activados, que se levanten, que no pasen en cama, que se hagan su aseo personal, que vean televisión (Entrevistada).

El funcionario se percibe como una figura cercana ante un interno infantilizado, semi abandonado y dependiente afectivamente.

A los pacientes, en general..., eso como un niño. Niños que dependen mucho de uno. Mucho de los funcionarios más que del médico. Uno está todo el día, toda la noche, todos los festivos con ellos, entonces pasan mucha parte de su vida con ellos, entonces ellos dependen mucho de uno. Siempre están, siempre están más cerca de uno para preguntarle cosas... El paciente siempre está preguntando cosas, tía que este examen para qué, tía cuándo me voy, tía cree que este remedio me va a hacer bien (Entrevistada).

Desde este vínculo establecido con el paciente, en el relato de algunos entrevistados aparece la necesidad de contactarlo con el estamento médico, interpelando por una mayor atención y cercanía con los internos.

Este paciente ha intentado hablar con su doctor varias veces y la doctora nunca tiene tiempo, nunca tiene tiempo para él, entonces yo estoy tratando..., yo siempre con los pacientes yo hago un nexo entre médico y paciente por lo menos para saber que decirles..., a los pacientes (Entrevistado).

De repente los pacientes se dan más con nosotros que, que realmente con un médico o con un enfermero. Por ser a nosotros

nos cuentan caleta de cosas que yo creo que ni al médico se los cuentan. Nosotros siempre, no sé poh, estamos conversando de distintas cosas y no los médicos. Yo creo que los médicos siempre los llaman por lo mismo. El enfermero la misma cosa. Así que yo creo que por eso, o sea los pacientes como que tienen más comunicación con nosotros. Además que les damos el espacio nosotros. El médico no, es muy rara la vez, o sea que le den un espacio (Entrevistado).

5.2. La Díada Paciente-Funcionario

La tensión que emerge en el contacto cotidiano hace inevitable que en ocasiones el funcionario no logre reprimir sus emociones, poniendo límites en la interacción: “Uno puede tener impulsos que a veces uno no se da cuenta. Impulsos en hablarle en un tono más elevado al paciente por ejemplo. Que el paciente por ejemplo a uno lo puede cabrear, cabrear con lo mismo... ‘Oye, sabís que más, no me molestí más...’ Yo por eso te digo; yo escucho y no escucho” (Entrevistado).

Filtrar estímulos que provienen de los pacientes es un intento de resguardo de la propia integridad. El agotamiento emocional emerge con fuerza en el discurso de los funcionarios: “En algún momento hay que salir un rato de aquí, a tomar aire afuera ja, y a conversar con un compañero de afuera y después volver (...). Al menos mi forma de pensar es que tú tienes que salir un momento, una media hora para afuera y después vuelves como nuevo” (Entrevistada).

En algunos casos la necesidad de contar con un espacio diferenciado es ejemplificado mediante la lógica de separación que supone el acceso y utilización de ciertos utensilios de uso cotidiano.

Hay algunos funcionarios que no..., “¡ellos son pacientes!” Hay un poco así de escrúpulos. De repente no se poh, yo agarro un jarrito de esos azules tomo agua y todos me dicen “¡uyy!, estay tomando agua en el jarro de los pacientes”. Entonces digo: “si el jarrito está limpio”... “Vo erí más cochino que los pacientes, yo en tu casa no tomaría, ja, ja”... O que se yo, que te sentís con los pacientes a almorzar..., bueno, claro no con la bandeja pero con tu plato de comida... “¡Pero cómo te vas a sentar con los pacientes a almorzar!” Hay así como una distancia... Algunos que son la minoría en todo caso (Entrevistado).

La necesidad de diferenciarse se entiende también como una estrategia para salvaguardar el estatus y los roles al interior de la institución, lo cual se observa con mayor intensidad en el estamento profesional.

Bueno eso viene parte de la jefatura también, algunos..., enfermeros, doctores no les gusta que haya eso..., se sienten..., no les gusta eso, no les gusta que..., que el funcionario se relacione con los pacientes... No sé, a lo mejor le afectará en algo al paciente. Se hará muy amigo del funcionario y después no se va a querer ir..., creo que debe ser así (Entrevistado).

La presencia continua del funcionario con los pacientes posibilita una interacción más íntima. Así emerge la idea de lo clandestino, una complicidad al margen del estamento profesional.

Yo pensé que iba ser una relación paciente y paramédico, una barrera al medio entre el paciente y... “¡Yo soy paramédico!” De hecho, aquí la mayoría de los pacientes cuando no están los jefes me dicen Panchito, Pancho, y cuando están los jefes me dicen don Francisco. Es que yo les digo uds. me pueden decir flaco, Pancho, lo que quieran, pero cuando esté la jefa me dicen don Francisco (Entrevistado).

No obstante los positivos efectos de la cercanía percibida por los funcionarios, ésta los expone a situaciones extremas. Los casos más extremos se producen cuando los pacientes se descompensan, afectando incluso la integridad física del funcionario. La casi totalidad de los funcionarios refieren haber experimentado agresiones físicas.

A los dos días un paciente me había pegado una patada en los testículos. A los seis meses un paciente me mandó unos palmetazos en la cara y me dejó los pómulos hinchados. De que..., tienes que salir arrancando, corriendo de repente porque viene un paciente a pegarte (Entrevistado).

Aquí estamos en riesgo constante de que nos pase algo, de hecho, el noventa por ciento de los funcionarios hemos tenido licencia por agresión, licencias médicas, nosotros nos mandan al hospital del trabajador y cuando llegamos “¡ahh!”, nos dicen, “¡son del psiquiátrico!” La agresión la sufren siempre los auxiliares, nunca ni enfermero ni médicos (Entrevistado).

La impredecibilidad de los internos interpela al funcionario a estar en

constante alerta para el resguardo de su propia integridad.

Yo llegué a trabajar al pensionado y sin conocer a los pacientes, entonces en un descuido un paciente me quiso ahorcar..., de ahí otros pacientes y otros colegas trataron de sacármelo de encima, entonces yo de ahí, ya de esa vez cuando ya el paciente intentó de ahorcarme, o sea de (agarrarme) del cuello, de ahí ya tuve más cuidado..., de ahí empecé a tener más cuidado, de tener más ojo. De ahí aprendí que ya no voy a tener la vista hacia el frente, hay que tener la vista también atrás, cosa de no descuidarse en ningún momento (Entrevistado).

Si bien el miedo es un componente emocional central que se reactualiza cada vez que se debe hacer frente a los momentos de agitación, con la experiencia se va aplacando. El continuo contacto con los pacientes lo hace acreedor de un saber respecto a éstos, que los miembros del estamento profesional no poseen.

Nosotros sabemos cómo duermen, cómo se levantan, cómo despiertan, si acaso se bañan, si acaso no se bañan, qué comen, a qué hora comen, lo que comieron, me entendí. Nosotros sabemos todo con respecto a ellos, los problemas que tienen, los problemas que pasan por su cabeza en ese mismo instante (Entrevistado).

El paciente le cuenta al médico mil y una y no saben realmente lo que pasa con el paciente..., mmm..., si comió o no comió, si está apartado, si está aislado, si habla, si no habla..., cosas que nosotros sabemos (Entrevistado).

El contacto cotidiano con el paciente lo expone también a las demandas continuas de éste, especialmente aquellas relacionadas con información de su proceso terapéutico, las cuales escapan a su conocimiento que, en ocasiones, son fuente de conflicto.

Aquí no nos gusta mentir. Incluso hemos retirado médicos que mienten. Que le dicen oye no, si mañana te voy de alta; para qué le mienten, delante del paciente. Para que le miente si el paciente no se va a ir. Durante una semana va a estar aquí metido. El paciente se exalta, se agita. Tú le dijiste la verdad poh. Lo primero que tenís que decirle es no, tu voy a estar una semanita no más. Tu no podís mentir, eso es lo que pasa (Entrevistada).

5.3. Los Funcionarios y el Estamento Profesional

El personal de salud no profesional, en su quehacer diario, no sólo toma contacto con los pacientes sino que también con el estamento profesional (e.g., enfermeras (os), psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas y médicos). El saber del funcionario, amparado en su experiencia de trato directo y continuo con los pacientes, le permite visualizar críticamente algunos aspectos relacionados con la labor del estamento profesional.

Aquí te lo sacan por media hora a terapia y te los devuelven. Eso no sirve. La terapia aquí debería ser excelente porque hay terapeutas, pero no se da la atención que se debería dar. La terapia que se da aquí es de media hora. Los llevan, después en la tarde los llevan media hora y te los traen. Están haciendo un dibujito y te los traen de vuelta. No, eso no es terapia. Eso cambiaría yo. Lo esencial para un paciente psiquiátrico es la terapia. Eso es lo, lo fuerte, para mantenerlo ocupado (Entrevistada).

Esta visión crítica hacia los profesionales no sólo se sustenta en las acotadas actividades que realizan, sino que también en la elección de “los mejores” pacientes para trabajar. Ante esta realidad percibida, los funcionarios intentan suplir estas carencias generándose cierta tensión entre los estamentos.

La otra vez tuve un problema con una psicóloga por lo mismo. Porque yo digo por qué sacan a trabajar a las pacientes a los talleres, a la paciente de mejor nivel y al paciente que necesita atención, que necesita que se le incentive en algo se le deja de lado. De 15 de 20 pacientes son 2 o 3 entonces eso lo encuentro un poco ridículo.... Mmm, se llevan a tres pero nosotras trabajamos con 15, y las 15 participan y eso es lo que decimos nosotros que si las 15 participan con nosotras por qué ellas dicen que con ellas no participan. Entonces, eso yo lo encuentro un poco como para darse de cabezazos (Entrevistada).

Aquí hay un poquito de tirantez con las personas de terapia ocupacional porque ehh, a veces nosotros hacemos cosas con los pacientes que ellas no las hacen. Entonces ehh, se demostró ayer en una reunión clínica que nosotros también podríamos hacer, no, no, no sobrepasándolas a ellas, ya, pero que ellas se den cuenta que no estando ellas también se hacen cosas. Y es

cosa porque nosotros queremos, no es porque, la obligación de nosotros no es esa (Entrevistada).

En el nivel más alto de la jerarquía hospitalaria se encuentra el médico psiquiatra, quien es visto por el funcionario como una figura ausente y distante, afectando la adecuada evolución del tratamiento de los pacientes.

Los médicos tienen una función como de alta responsabilidad como es tratar a los pacientes. Yo creo que el médico tiene muy poco tiempo como para atender el servicio..., porque siempre andan viendo al paciente a la carrera (...). La reunión de ingreso por ejemplo el día lunes a mí me encanta porque ahí ven todos los pacientes que han ingresado y ahí le dedican toda la mañana, entonces hacen su diagnóstico, su buen tratamiento, y todo, pero ya el resto de la semana es, no se pöh, si hay pocos médicos o que, pero los pacientes no están muy atendidos 100%, porque no son vistos eh... Todos los días no sé si será necesario pero ehh, para mí yo creo que es necesario que un paciente sea evaluado todos los días o día por medio, ¿no es cierto? Hay pacientes que no son evaluados, que se dejan estar, y estar y estar (Entrevistada).

Algunos entrevistados se explican la distancia y la ausencia del médico por la primacía del tratamiento farmacológico, sin embargo, el funcionario percibe que esto no basta para la óptima recuperación del paciente, tomando relevancia aspectos relacionados con el contacto directo y continuo con el sujeto tratado.

Yo pienso que los médicos piensan que está más orientado a los medicamentos porque con los medicamentos pueden mantener más controlado a los pacientes. Para que te voy a decir lo contrario. Yo pienso que el medicamento ayuda pero la palabra ayuda más. Claro, la palabra ayuda más y el darle confianza al paciente, conversación al paciente, un poco de atención, le ayuda bastante. Eso pienso yo que les hace falta. Un poco más de terapia, un poco más de atención (Entrevistada).

Este abandono institucional por parte de los profesionales, particularmente del médico, genera en el funcionario la sensación de tener que hacerse cargo de parte del proceso terapéutico. No obstante, el personal no profesional intenta comunicarse y hacerle ver esta situación al estamento médico, consiguiendo escasos resultados: “Nosotros sí podemos decirle al médico de vez en cuando acerca del paciente y el

médico. La mayoría de los que están acá recepcionan lo que una les dice, pero no por eso lo llevan a la práctica. Sencillamente uno le dice de esto, esto y esto otro pero se queda en palabras” (Entrevistada).

El funcionario no sólo percibe críticamente la focalización del médico en el tratamiento farmacológico, sino que también su escaso seguimiento. Esta es la razón por la cual los funcionarios se explican el fracaso de los tratamientos y la extensión de la internación de los pacientes.

Hay casos en que, yo he tenido casos en que se han caído, en el sentido que los medicamentos ellos creen que le van a hacer bien pero no les hacen bien... Por decirle un tratamiento son por diez días y ellos lo hacen por quince días, yo me he dado cuenta que a los quince días los pacientes están mal, y con diez, el paciente estaba bien ya. Entonces con quince ya se pasaron del tratamiento, ya. El paciente después ya no..., se empieza a orinar, se empieza a defecar, se empieza a perder en el espacio, pierde el conocimiento, entonces empezar con él todo el tratamiento de nuevo. Hay que suspenderle todo el tratamiento que tiene, por si es que estuviera pasado de medicamentos, como desintoxicarse, de repente colocarle suero al paciente, cosa que no deberían ser, deberían ser más o menos ir dándose cuenta, día a día, o día por medio, como va evolucionando el paciente (Entrevistado).

Este potencial retroceso experimentado por el paciente producto de la falta de observación directa y continua del médico, también se extiende al tratamiento electroconvulsivo. En relación con lo anterior, uno de los entrevistados señala:

El médico en la ficha le coloca..., que le hagan quince sesiones de electroshock, hay algunos que le hacen veinte y tantos... Entonces a eso es a lo que voy yo, que deberían de ver que a los que en vez de veinte sesiones pueden ser con quince, a lo mejor con diez, hay algunos que pueden ser hasta con tres o cuatro. Entonces qué es lo que pasa, que donde se equivocan porque uno mismo lo lleva al paciente, uno lo está viendo al paciente, como va evolucionando porque uno lo ve todos los días (Entrevistado).

En el relato de uno de los entrevistados, se da cuenta de un caso emblemático.

Había un paciente que nunca había hablado. Nunca había hablado, entonces estaba en la ficha por mudo... Cuando llegué

yo lo miraba..., y con mi compañero dijimos cómo este paciente se hacía caca todos los días parado... Se orinaba, no andaba nada. ¿Cómo si este paciente está tan bien físicamente? Nos empezamos a acercar a él..., y de repente el paciente dijo: “yo no me quiero ir para mi casa”. Y yo le dije: “¿por qué no te quieres ir para tu casa?” “Porque mi mamá me pega. Es mala conmigo... Mi mamá me pega con un palo”. Pero le dije yo: “¿por eso te haces caca todos los días en los pantalones?, ¿no te da asco?, ¿no te da vergüenza?”... “No, no me da vergüenza porque así si yo me hago caca todos los días en los pantalones, no me van a dar de alta”... Después a la doctora nosotros le contamos y la doctora no nos creyó... Y yo llamé al paciente y hablé con él delante de la doctora. La doctora dijo: “¡ohh!, y hablabai hombre” (Entrevistada).

A pesar de la importancia atribuida por los funcionarios al saber que ellos tienen de la observación constante del interno, la mayor parte de los médicos no se interesa en recabar sus opiniones. Esto habría cambiado ya que en el pasado existía una mayor fluidez y comunicación con el estamento profesional.

Antiguamente los médicos nos preguntaban a nosotros que cómo estaba el paciente durante el día, y nosotros le contabas la historia del día del paciente... Entonces eso no lo hacen ahora, ahora los médicos nunca nos preguntan cómo estuvo el paciente. “¿Qué le parece que le demos permiso o no le demos permiso?”... Entonces uno tenía una pequeña opinión (Entrevistada).

En esta misma línea, uno de los entrevistados realiza una diferencia entre los médicos antiguos y los actuales becados. Según su parecer, estos últimos tendrían menos disposición a escucharlos y valorarían menos sus observaciones. Este informante critica esta actitud al sentirse con el derecho de dar sus impresiones y ser escuchado dado el tiempo que lleva trabajando en la Institución.

Siendo que aquí nosotros llevamos más tiempo. Hay médicos que llegan becados. Primer año que se meten aquí y vienen pura teoría, o sea, yo sé lo que tengo que dar al paciente. Nosotros hemos tenido al paciente desde que tenía 17 años, por ejemplo. Oiga doctor, el paciente sale con tal medicamento. No, yo soy el médico, yo sé lo que le doy. Eso es lo que pasa. La mayoría de los médicos llegan así. Prácticamente que ellos son dioses y yo sé lo que le voy a dar a los pacientes. Claro, meten las patas, el

paciente se agudiza y queda peor (Entrevistada).

Un contenido significativo que surge en el relato de los entrevistados se relaciona con el tiempo que se lleva laborando al interior de la institución y los derechos que se adquieren. El tiempo y la experiencia ganada en la contingencia les daría un manejo y un conocimiento de los pacientes que no tienen otros.

En el relato de la mayor parte de los funcionarios se articula la idea de una escasa comunicación con el estamento médico que también se ve reflejada en la escasa consideración que tienen de los registros y anotaciones a las que se ven obligados a realizar diariamente. La palabra del funcionario se mantiene silente.

Dada la necesidad de ser tomados en cuenta por los médicos, algunos auxiliares de servicio transmiten sus impresiones a través de los auxiliares paramédicos. Esta estrategia se hace necesaria dado que el médico estaría más dispuesto a escuchar a estos últimos. Aquí se evidencia la lógica de separación y de clases con la que operan los miembros de la Institución Psiquiátrica. La posición institucional determina a priori qué y quién puede hablar y con quién.

Nosotros no nos quedamos ahí. Nosotros ahí nos juntamos. “Oye, ya poh, pónganse las pilas ustedes”, les decimos a los chiquillos de la clínica. El paciente está mal y el doctor lo piensa dar de alta. Está mal, el paciente hizo tal, tal cosa. Entonces qué pasa; el auxiliar paramédico lo asume como que ellos lo vieron. Mira poh, la única tontera que hay que hacer. Si no, no nos creen. Entonces es la única forma para que nos hagan caso (Entrevistada).

Aquí ha habido brazos caídos, como se dice. Nosotros hemos defendido a los pacientes, y no hemos trabajado. No se trabaja. Y todos nos unimos de esa forma, nos unimos (Entrevistada).

La escasa presencia del médico en el servicio también afecta al funcionario quien es el receptáculo del descontento y de la agresión del paciente. Se percibe que el estamento médico no comprende y no se compadece de ellos ante las consecuencias que deben enfrentar al momento de ocurrir el desajuste de los pacientes producto del escaso seguimiento.

Entonces encuentro que le deberían dedicarle más tiempo a los pacientes, aquí hay mucha reuniones sociales, mucho quequito, mucha tortita, mucho cafecito y los pacientes chao pescao, entonces después nosotros sufrimos las consecuencias porque los pacientes piensan que nosotros somos los que no queremos hacer el contacto..., el contacto de paciente con médico porque nosotros siempre tenemos que andar encubriendo que el médico está ocupado, que está aquí, que no vino que esto, o sea nosotros tenemos que tener respuesta para todo y entonces cuando pasan los problemas somos nosotros quienes tenemos que sufrir las consecuencias (Entrevistado).

El descuido del médico con el paciente es también el descuido hacia el personal. El funcionario responsabiliza directamente al médico de la mayor parte de las descompensaciones de los pacientes.

Si hay un conflicto con un paciente acá ehh, que siempre ehh, es los que son choros. Ehh, que se enganchan con uno. Entonces el otro día intentó agredirme poh. Entonces uno..., la molestia mía es que uno por ejemplo avisa acá, le dice a los médicos y todo eso entonces como que ellos lo ven así al pasar no más. Entonces ellos no, no toman en cuenta que uno está todo el día, está todos los días o, o las noches qué sé yo con ellos. Entonces ver la posibilidad de, de un remedio, de un medicamento (Entrevistado).

Por ejemplo el otro día estaba un paciente bien ehh..., a punto de la agitación... Uno conoce al paciente cuando está a punto de agitarse. Entonces vino el médico tratante y me dice: “hay estoy tan apurada”, me dijo. “Yo le..., me parece que tiene un PRN ehh, póngaselo no más”. Y se fue poh. Se fue corriendo. Yo voy a ver y el paciente no tenía un PRN. Entonces me quedé de brazos cruzados con el paciente... Y el paciente seguía ahí..., incluso golpeaba las puertas (Entrevistada).

Uno de los informantes, en relación con la responsabilidad que les cabe a los profesionales en la prevención del desajuste de los pacientes, también incluye a la jefatura directa. Desde su perspectiva la enfermera debiera tener la capacidad de prever este tipo de situaciones, protegiendo así al personal que está a su cargo.

El rol del enfermero para mí debiera ser igual que el de nosotros, cachai. O sea ellos deberían estar en la cabecilla de nosotros, no nosotros en la cabecilla de ellos. Así que pienso que tendrían que, no sé poh, podrían, cómo te dijera yo, ehh,

manejarse mejor en el sentido, o sea por el cargo que ellos tienen por ser jefes y todo el atado deberían manejarse mejor en el sentido de manejar a los pacientes antes de que se agiten (Entrevistado).

El maltrato al interior de la Institución Psiquiátrica, así como las definiciones de violencia y agresión, son elaborados al interior del hospital bajo características particulares, que hacen de estos términos, un alcance distinto al que pudiesen tener fuera de él. Es así como una cantidad importante de aspectos de la vida cotidiana del interno, como algunas conductas del personal profesional como no profesional, que en un contexto extrahospitalario podrían calificarse como violentas, abusivas o maltratadoras, no adquieren esa significación al interior de la institución hospitalaria. No obstante, la posibilidad de la ocurrencia de hechos relacionados con el maltrato de los pacientes en la Institución Psiquiátrica es un secreto a voces.

Generalmente no se conversa, o sea se trata de no, de no hacer mayores comentarios. Ehh, es que por ejemplo aquí si llegas a agredir a un paciente te echan al tiro. Entonces la gente, ehh, igual aquí no, en el sector se caracteriza por no ocultar las cosas. Si tú ves algo así tú hablas al tiro con la enfermera y se toman las medidas correspondientes. Pero si tu no lo ves... Es un tema bien delicado, pero no tan tabú, no tan tabú. A veces se ocultan muchas cosas, muchas cosas, muchas cosas. Los enfermeros para no meterse en líos tampoco hacen nada. Los jefes, los médicos jefes también..., pero hay médicos que también han agredido a pacientes poh. Se ocultan como situaciones que se puedan dar con los pacientes (Entrevistado).

A pesar de que el potencial maltrato dado a los internos no se circunscribe al estamento no profesional, éste al estar en contacto permanente con el paciente está más expuestos a recibir críticas sobre su quehacer, siendo la cara visible del maltrato institucional.

Una parte importante de los funcionarios vincula a su propio estamento con la mayor ocurrencia de conductas maltratadoras. Por ello le asignan una gran relevancia a la presencia continua y el control del estamento profesional. A través de este control se lograría una relación “más humanizada” entre los pacientes y el personal de salud no profesional.

El trato ahora está más humanizado entre funcionarios y pacientes. Hay más control, entonces está más humanizado (Entrevistada).

La enfermera es bien fregada, super fregada, pero si ella no fuera como es, nosotros tendríamos los zapatos brillosos en el pote de los pacientes. Claro, si ella no fuera como es, los pacientes sufrirían porque aquí lo, los funcionarios, no digo que en este sector no más, y no digo todos, ehh., son muy livianos de mano (Entrevistada).

En el relato de casi la totalidad de los funcionarios entrevistados, surge la idea de la división jerárquica al interior de la Institución Psiquiátrica y de las diferencias entre el personal profesional y no profesional que se genera a raíz de ésta. El funcionario percibe ocupar el lugar más bajo dentro de esta jerarquía. Esta percepción se sustenta a partir de diversos aspectos y condiciones de la vida cotidiana que invariablemente lo situarían en esta posición. Uno de estos aspectos es la distancia que mantiene el estamento profesional con los funcionarios.

Cambiaría de mi trabajo que los médicos y que los enfermeros trataran de ser más unidos con nosotros. Que no los, que no nos separaran tanto. Sería lo único que cambiaría (Entrevistado).

En algunas partes es fácil llegar con los médicos..., en algunas otras partes es difícil... Es que son como, no sé, como que te miran en menos algunos... No sé, al auxiliar de servicio lo miran en menos... Como que lo ven a uno como “¿él hace el aseo! ¿Cómo voy a estar con él?, ¿Cómo voy hablar con él?” Entonces..., casi la mayoría son así. Hay algunos que no, son como más sencillos (Entrevistado).

Aunque la estructura jerárquica es parte constitutiva de la Institución Psiquiátrica, en algunos servicios estaría menos presente.

Y este servicio es ehh, uno de los, bueno, no es porque yo trabaje aquí pero, es muy bueno el equipo. Muy bueno porque desde el médico hasta la última persona se complementa bien el equipo, se conversa mucho. Si hay algún malestar por parte de nosotros hacia los profesionales; “ehh, sabe que pasa esto...” Se arregla acá. Ahh, somos escuchados por la, por los profesionales no como en otros lados que resbala la cosa y todo sigue igual. Porque yo soy profesional no puedo aceptar una opinión tuya (Entrevistada).

Esta diferencia percibida por los funcionarios, donde unos están al tope y otros en el último eslabón de la jerarquía institucional, se evidencia concretamente en las labores encomendadas en el servicio. Por ejemplo, el funcionario en la casi totalidad de las ocasiones debe hacerse cargo de la descompensación del paciente, exponiéndose a los riesgos que esta acción conlleva. El profesional se repliega tras el funcionario asegurando su integridad física.

Yo siempre he visto que los profesionales nos miran como..., a mí parecer, ja, ja y a varios más, de que nos miran como, no sé poh, los más bajos de repente. Ahí tú tienes un ejemplo de suponte un paciente se agita, ya, hay que amarrarlo y ahí tienes un ejemplo. Si nos miraran bien, cachai, ehh, te diría yo puta, apechugamos con ustedes, vamos y amarrémoslo, por ejemplo. Hay una diferencia, sí. Hay una diferencia grande. Son cosas de la vida. Estudiamos menos no más (Entrevistado).

Paradójicamente, pese a que el funcionario asume las tareas más riesgosas dentro del servicio, no cuentan con un seguro médico, lo cual sí tendrían los médicos.

No tenemos seguro, o sea, yo me puse..., todos tenemos un seguro pero particular, digamos. Te das cuenta. Tú tienes que ir a imponer y todo el atado. Pero en los hospitales psiquiátricos, ninguno te tiene un seguro a los funcionarios. En cambio, los médicos sí. ¿Te day cuenta de la diferencia? Siendo que el médico te mira de afuerita; pónganle tal cosa, chao, chao. Somos nosotros los que estamos... Mis compañeros tienen nariz quebrada, rodilla quebrada, tienen punzazos, de ese toque (Entrevistada).

Ehh, la injusticia de que nosotros no tenemos ese bono de riesgo como lo tienen los profesionales. Eso es lo que más me molesta. O sea los riesgos los corrimos nosotros y los bonos se los pagan a ellos. Eso es lo que a mí no me gusta (Entrevistado).

El otro día una enfermera hizo un comentario: “aquí los médicos se cubren entre ellos, las enfermeras tenemos el poder y el hilo se corta por lo más delgado que son los auxiliares y ustedes...”. Tu carrera, tu carrera puede ser cortada en tres tiempos... Claro puede ser una cosa que uno haga y no sea aceptada por los profesionales y lo otro que te puedan inventar algo y es la palabra tuya contra la de ellos, con los profesionales y entonces como está ese mito que entre ellos se cubren, que las enfermeras tienen el poder y el hilo se corta por lo más delgado que son los funcionarios, los auxiliares, entonces es más fácil cerrarte la boca echándote (Entrevistado).

Esta característica de la vida institucional, donde el funcionario percibe el lugar que cumple y su valor asignado al interior de la Institución Psiquiátrica, le permite definir su posición institucional como la de un “suche”. Al respecto uno de los entrevistados señala: “No, no me gustaría que mi hijo trabajara en lo que hago yo. Uno siempre espera para los hijos espera lo más. No importa si trabajara así pero, trabajara en un hospital, pero trabajara así con una profesión por ejemplo..., pero no un suche como yo ja, ja (Entrevistado)”.

Los funcionarios, así como el resto del personal está afecto a las políticas institucionales generadas por la dirección del Hospital Psiquiátrico. Estas políticas o decisiones de la dirección, tendientes a regular el funcionamiento hospitalario, generan distintas opiniones en los funcionarios, llegando incluso a ser contradictorias. Ejemplo de esto se encuentra respecto a la decisión de suprimir los aislados del servicio en uno de los hospitales. Unos, frente a la decisión de eliminar a los aislados señalan:

Esto antes era un aislado. Ahora lo hicimos esta sala de estar de los funcionarios.... Cuando cambian los directores, llegan siempre nuevas ideas. Llegaron médicos que habían estado en Europa, muchos exiliados, entonces vienen con otra visión de la psiquiatría... Entonces decidieron eliminar los aislados. Y caramba que fue buena idea. Muy buena idea porque cuando teníamos los aislados, el paciente que llegaba agresivo, alterado, sabía que su camino era..., de ahí de la escala al aislado y la inyección. Ahora no poh. Ellos saben que llegan y no van a ser metidos en el aislado. Por muy descompensado que venga, el paciente sabe que no va a ser metido en una pieza donde va a estar solo (Entrevistada).

Otros perciben críticamente esta decisión:

No, aquí nosotros, lo que siempre peleamos fue por un aislamiento. El director actual mandó a cerrar todo lo que era aislamiento. Ese fue el conflicto peor que fue para nosotros. Fue terrible. El hecho de que si un paciente está agrediendo a los demás o está mal, tú tienes que aislarlo. Tienes que tenerlo en un lugar en donde solamente este su cama y él solo para que no te vean los demás, ¿cierto? Es penca que tú te sientas mal y más encima te ponen a hacer expuesto a que los otros te miren, se rían de ti, digan “pucha que está loco este”. Yo creo que nadie tiene ese derecho de que el otro te insulte. El director de aquí

negó todos los aislamientos. Ahora el paciente es agredido, es contenido, inyectado, todo delante a veces de los compañeros que están acostados. Y eso es denigrante (Entrevistada).

Esta diferencia de opinión podría explicarse por las características propias de cada servicio. Los funcionarios que apoyaban esta decisión tenían a su cargo pacientes mujeres, mientras que los que se oponían trabajaban en un sector de hombres, catalogado como de alto riesgo. Los funcionarios de este último sector, al contener al paciente en un lugar no aislado, están expuestos a ser agredidos por los otros internos. De esta manera, se podría entender el acuerdo o el desacuerdo de esta decisión, en virtud del riesgo que corre el funcionario. En definitiva, al personal le cuesta entender una medida que pudiese traer consecuencias sentidas como peligrosas para ellos.

Otra norma elaborada por la dirección se relaciona con la flexibilización de los horarios de visita. Aunque esta medida se podría evaluar favorablemente por la oportunidad que se les abre a los familiares que no pueden concurrir en el horario habitual de visitas, es evaluada por algunos como una medida negativa, en tanto los expone por más tiempo al contacto con el familiar que por momentos es visto como “más loco” que el propio paciente. A esto se agrega una sobrecarga del trabajo por el hecho de estar pendiente de las visitas. El funcionario manifiesta su descontento frente a esta medida ya que no se han tomado en cuenta las consecuencias que ésta trae en su persona. Nuevamente sale a relucir una queja en la que se refuerza la idea de que su opinión no es considerada.

La última norma que hicieron aquí fue que las visitas podían entrar a cualquier hora del día. Es una locura para nosotros eso, porque si tú has hablado con familiares de paciente están más locos que los pacientes. Yo creo que el mismo hecho de vivir con un paciente psiquiátrico en tu casa te trastorna. Y las normas de aquí que la familia venga a verlo todos los días, pero es lo más agotador que existe. Es la norma peor que hicieron (Entrevistada).

Consideraciones finales

Toda institución es un ordenamiento social en el que se instala una lógica relacional en el que la actividad de sus miembros está objetivada por un discurso que encausa su comportamiento. En el caso de la Institución Psiquiátrica, se observa la existencia de una identidad estamentaria de la que participan auxiliares de servicio y auxiliares paramédicos (los funcionarios) que se cristaliza en el mandato custodial que se articula en torno a la vigilancia, el control y ajuste a la norma y el cuidado de los pacientes.

La definición estamental está mediada por la experiencia de contacto con el interno y las significaciones que de ella devienen, así como por los discursos que se producen en el marco de la misión institucional que determina el quehacer del funcionario. La diferencia de estatus institucional se conforma como un referente que señala la posición del personal no profesional respecto a los otros miembros de la Institución Psiquiátrica. La experiencia de contacto de los funcionarios con el estamento profesional se configura bajo una lógica de clase de la cual emerge la definición de las funciones encomendadas.

El funcionario percibe un desamparo institucional dadas las condiciones de riesgo bajo la cual asume el mandato custodial del paciente psiquiátrico. El funcionario interpela al estamento profesional por una demanda de mayor protección. Lo que hace o deja de hacer el médico con los pacientes, es lo que hace o deja hacer por ellos. En este sentido, la agitación significada como la disrupción a una normativa respecto a la docilidad de los cuerpos, no sólo es la expresión sintomática de una enfermedad sino también el correlato de un funcionamiento negligente que la posibilita. La no utilización efectiva de algunos recursos técnicos por parte del estamento profesional, como actos preventivos frente a episodios de desajuste conductual del interno, son elementos que sostienen y refuerzan la concepción estamentaria del funcionario de un lugar marginal en la estructura social del hospital.

La esencia contradictoria sobre la cual se funda la Institución Psiquiátrica pone en tensión la labor del funcionario. Por un lado, el velar por el cumplimiento de una terapéutica del interno y por otro el imperativo de someter al paciente al régimen que

regula las condiciones de vida al interior de la Institución. Esta contradicción fundante sobre la cual se estructura la Institución Psiquiátrica traspasa y permea el discurso del funcionario. Estas lógicas coexisten a partir del repliegue y despliegue de racionalizaciones contrapuestas.

El funcionario es un agente institucional en permanente riesgo, no sólo de las eventuales agresiones de los pacientes, sino que también por la posibilidad de ser enjuiciado por los miembros del estamento profesional. El error en algún procedimiento de parte del funcionario –delimitado por un fino o incluso inidentificable margen– mantiene la incuestionabilidad del régimen institucional y protege a los otros actores libres de un juicio moral. La división del trabajo al interior de la Institución Psiquiátrica, donde se ha objetivado la labor de cada uno de sus participantes, logra enajenar la responsabilidad institucional, depositándola en el nivel más bajo.

Bibliografía

Basaglia, F. (1972): “La institucionalización de la violencia”, en *La Institución Negada*. Barcelona, Barral.

Basaglia, F. (1989a): “La Institucionalización Psiquiátrica de la violencia”, en *Razón, Locura y Sociedad*. México, Siglo XXI.

Basaglia, F. (1989b): “¿Psiquiatría o ideología de la locura?”, en *Razón, Locura y Sociedad*. México, Siglo XXI.

Basaglia, F., y Basaglia, F. (1972): *¿Psiquiatría o Ideología de la Locura?* Barcelona, Anagrama.

Berger, P. L., y Luckmann, T. (1993): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.

Cooper, D. (1985): *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Barcelona, Paidós.

Enríquez, E. (1996): “El trabajo de la muerte en las instituciones”, en R. Kaës (Ed.), *La Institución y las instituciones*. México, Paidós.

- Feyerabend, P. (1988): *La ciencia en una sociedad libre*. México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976): *Vigilar y Castigar*. México, Siglo XXI.
- Foucault, M. (1979): *Microfísica del poder* (2.^a ed.). Madrid, La Piqueta.
- Goffman, E. (1970): *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014): *Metodología de la investigación*. México, McGraw-Hill.
- Kaës, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R., y Vidal, J. P. (1991): *La institución y las instituciones*. México, Paidós.
- Laing, R., y Esterson, A. (1995): *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos* (1967.^a ed.). México, Fondo de Cultura Económica.
- Lapassade, G. (1977): *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona, Granica.
- Levinson, D., y Gallagher, E. (1964): *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Martí-Tusquets, J. Luis. (1982): *Psiquiatría Social*. Barcelona, Herder.
- Mascayano, F., Alvarado, R., Martínez-Viciano, C., Irarázaval, M., Durand-Arias, S., Freytes, M., Montenegro, C., Susser, E., y Bruni, A. (2021): “30 years from the Caracas Declaration: The situation of psychiatric hospitals in Latin America and the Caribbean prior, during and after the COVID-19 pandemic”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(8), 1325-1327. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02100-1>
- Montenegro Cortés, C., González Moller, J., Irarázaval Dominguez, M., Thomas, F., y Urrutia Ortiz, J. (2023): “Moving psychiatric deinstitutionalisation forward: A scoping review of barriers and facilitators”, *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 1-26. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.18>
- Morales Saéz, N. (2010): “El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: Apuntes históricos sobre la medicalización”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 2(3), 82-85.
- Morales Sáez, N. (2023): *Del asilo al activismo. Hacia una antropología política de la salud mental*. Tesis Doctoral inédita, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.

Nietzsche, F. (2004): *La voluntad de poder*. Madrid, Edaf.

Onofri, F. (1970): *Poder y estructuras sociales en la sociedad industrial de masas*. Caracas, Tiempo Nuevo.

Organización Panamericana de la Salud (1990): *Declaración de Caracas*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Rhodes, L. A. (1995): *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. California, University of California Press.

Salazar, L. (1987): “Michel Foucault: Un ejercicio de crítica materialista”, en A. Pereira (Ed.), *La Herencia de Foucault*. México, El Caballito.

Fecha de recepción: 23 de mayo de 2023

Fecha de aceptación: 27 de julio de 2023