

UNIVERSIDAD UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAGISTER

“HOSPITAL PARA LOCOS: ESPACIO IMAGINARIO Y SIMBÓLICO”

**ESTUDIO SOBRE LAS SIGNIFICACIONES QUE TIENEN RESPECTO DEL HOSPITAL, LA
ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO UN GRUPO DE PACIENTES DEL INSTITUTO
PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK**

Tesis para optar al grado de:

MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE ADULTOS

CAROLINA ABUFOM F.
Tesisista

HORACIO FOLADORI A.

RESUMEN

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es un centro de salud mental que ofrece atención Psiquiátrica y Psicológica a pacientes con “patologías psiquiátricas severas” pertenecientes al área norte de Santiago.

Una investigación realizada entre los años 2007-2009 da cuenta que un grupo de pacientes ambulatorios, tratados farmacológicamente durante 6 meses, no presentan cambios significativos en su sintomatología, relaciones interpersonales y ajuste social. A pesar de no presentar mejoría alguna, los pacientes continúan asistiendo al hospital para ser atendidos, lo que llama la atención y conduce a preguntarse cuáles son las significaciones que tienen estos pacientes respecto del hospital, su enfermedad y el tratamiento. El objetivo es precisar el lugar que ocupa la institución en sus vidas, y pensar esto en relación a la investidura que posee el antiguo *Manicomio Nacional*, en tanto espacio simbólico e imaginario.

Dentro del enfoque cualitativo se optó por un enfoque biográfico, y se utilizó la técnica del Relato de vida. Se realizaron entrevistas a tres participantes que fueron parte de la investigación anterior y que al momento del estudio continuaban atendándose en el Hospital.

Los resultados arrojan que aquello que sostiene la “adherencia crónica” al Hospital, se basa en una *demanda de amor* acogida y satisfecha por el médico, eternizando así, la permanencia de los pacientes en la institución y provocando una disminución significativa de las altas. La red de relaciones y significaciones se construyen sobre tres puntos: el médico, la enfermedad y el hospital. Se trata de una relación profundamente afiada, donde el tratamiento se pierde. Dicha relación genera seguridad y reconocimiento mutuo, sin embargo, deja afuera una serie de elementos con tal de preservar el vínculo; una especie de *pacto denegativo*.

Considerando el costo económico que significa mantener la atención de pacientes que no mejoran con su tratamiento, y el costo subjetivo que implica la

enfermedad mental sostenida en el tiempo, incluir dichas significaciones en el trabajo clínico podría implicar potencialidades terapéuticas para ellos.

Palabras Claves: Hospital Psiquiátrico, Transferencia institucional, Relatos de vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis agradecimientos a Carmen Luz Silva y Francisca Mendoza, dos colegas que fueron fundamentales en la realización de este estudio. Ambas colaboraron como investigadoras externas, leyendo el material y ofreciendo su experiencia en investigación, así como su análisis e interpretación. Agradezco el trabajo comprometido y la manera desinteresada en que se involucraron. No tengo duda alguna que aquello que las movilizó a participar fue el interés por el conocimiento y el deseo de aprendizaje.

También quiero expresar mi gratitud a los protagonistas principales de esta investigación: los pacientes. Son ellos, con su saber ilimitado, quienes orientan día a día nuestro quehacer y práctica institucional. El trabajo cotidiano con cada uno constituye la sede desde donde emergen las interrogantes y cuestionamientos que activan el deseo de buscar e investigar, con la esperanza de aproximarnos a entender los fenómenos propios del psiquismo y del mundo de la institución.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1.
II.	OBJETIVOS	6.
III.	RELEVANCIA	7.
IV.	MARCO TEÓRICO.....	9.
1.1	LOCURA Y ENCIERRO.....	9.
1.2	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO DR. JOSÉ HORWITZ BARAK: <i>HOSPITAL PARA LOCOS</i>	36.
1.3	LA INSTITUCIÓN.....	40.
1.4	INSTITUCIONES TERAPÉUTICAS E INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS.....	45.
1.5	TRANSFERENCIA INSTITUCIONAL.....	59.
V.	HIPÓTESIS.....	74.
VI.	MARCO METODOLÓGICO.....	75.
VII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	85.
1.	ANÁLISIS SINGULAR: LA HISTORIA RECONSTRUIDA DEL RELATO.....	85.
2.	ANÁLISIS TRANSVERSAL: EJES DE ANÁLISIS O DIMENSIONES.....	126.
VIII.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	155.
IX.	BIBLIOGRAFÍA.....	177.

X. ANEXOS.....	181.
----------------	------

I. INTRODUCCIÓN

El Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak es la institución de salud mental más conocida de la Región Metropolitana. Es un establecimiento de referencia nacional y parte de la red asistencial de salud del Área Norte de Santiago. Es un servicio que brinda asistencia psiquiátrica y atención psicológica a dicha población, sin embargo, no se trata de cualquier población. Los pacientes que acuden al hospital son definidos como casos de “alta complejidad” con “patologías psiquiátricas severas”. En la práctica, esta definición se traduce en que los pacientes derivados al hospital son aquellos que presentan comportamientos disfuncionales asociados a un cuadro psiquiátrico que no puede ser abordado ni menos resuelto por el sistema de salud mental de atención primaria y secundaria. En definitiva, acuden al hospital los pacientes psiquiátricos que sobrepasan la capacidad asistencial y de tratamiento de los equipos de salud en esos niveles.

Esta es una institución que tiene una larga historia y tradición en nuestro país; es el primer establecimiento creado en Chile para acoger a los alienados. Es un lugar que ha vivido a lo largo del tiempo una serie de transformaciones y modificaciones, tanto en su estructura como en su manera de tratar, mirar y abordar la enfermedad mental. Parte de esos cambios se ven reflejados en los diferentes nombres que ha recibido la institución; comienza como la *Casa de Orates*, luego se transforma en el *Manicomio Nacional*, más tarde en *Hospital Psiquiátrico* y finalmente como lo conocemos hoy en día; *Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak*, dedicado no solo al diagnóstico y tratamiento de pacientes, sino también a la formación de especialistas.

Para empezar, podemos decir que es una institución que contiene en sí misma múltiples investiduras; es un espacio simbólico en tanto icono de la locura, y

un espacio imaginario en tanto alberga una serie de ideas, fantasías y representaciones acerca de la sin razón. Es un espacio funcional, imaginario y simbólico, un micro cosmos de las representaciones actuales e históricas de la locura, que alberga las significaciones que los pacientes con trastornos mentales crónicos o transitorios construyen sobre el lugar que los recibe y les brinda tratamiento a su padecer.

La presente investigación surge desde las inquietudes y observaciones que tienen lugar en el trabajo clínico desempeñado en los últimos años en el Instituto. Al escuchar con detención el relato de los pacientes que llegan al hospital, se pesquiza un recorrido previo de ellos por el sistema de salud, y una llegada a la institución como efecto de una derivación a la “última instancia” de la red, es decir, como consecuencia de algo previo que no pudo ser resuelto dada la complejidad de sus características. Desde aquí resulta pertinente pensar, por una parte, el impacto que produce en ellos la etiqueta de “paciente psiquiátrico”, en el sentido de quedar ubicados en el lugar del estigma, y por otra, cómo el hospital va siendo significado por ellos, en tanto parece ser asociado (incluso por los profesionales de la red de salud) a un reservorio de lo marginal, de la locura, de lo irrecuperable. Dicha asociación, probablemente también guarda relación con los orígenes de la institución; la “Casa de Orates de nuestra Señora de Los Ángeles”, nace en 1952 como una institución dedicada a la caridad y acogida de insanos, basada en un modelo religioso de la sin razón; un depósito de enfermos que ocupaban socialmente el mismo lugar que vagabundos, delincuentes y pobres.

En relación a este tipo de instituciones sociales, hay varios estudios que examinan la relación entre la locura y las instituciones psiquiátricas, y los efectos o consecuencias que se derivan de ella. Los estudios de Foucault (1964) sobre la locura analizan el discurso, la representación social de la locura y el lugar que ocupa “el loco” en el imaginario colectivo, y concluye que estos serían factores determinantes que conducen al encierro y a la alienación de la atención psiquiátrica. Goffman (1961) centra sus investigaciones en la observación minuciosa de los comportamientos sociales y de interacción que se dan, en lo que denomina

institución total, como el manicomio. A pesar de las reformas, el Instituto Psiquiátrico -institución asilar en su origen- pareciera conservar algunas de estas relaciones, lo que es posible pensar a propósito del funcionamiento crónico que tienen algunos pacientes ambulatorios del hospital y que aparece reflejado en una reciente investigación realizada en la institución.

Tal vez, en este punto sea pertinente realizar una aclaración respecto de la mirada hacia la función que cumplen los hospitales psiquiátricos en el tratamiento de enfermedades mentales. No es afán de esta investigación ofrecer una mirada antipsiquiátrica, sino más bien reflexionar críticamente acerca de la institución manicomial como tal y en particular, de manera que nos permita pensar, analizar y reflexionar sobre algunos elementos que se presentan en ella y que pueden ayudarnos a explicar ciertos fenómenos que observamos y escuchamos en el trabajo cotidiano. No se trata de destruir lo que ya está, sino de buscar –idealmente– elementos que puedan ser susceptibles de trabajar e incorporar en la manera que miramos, tratamos y abordamos a nuestros pacientes. Inevitablemente, este es un lugar que también se encuentra investido por quien se decide a hacer esta investigación; no hay duda de que existen ambivalencias en el encuentro con la institución y con la locura que en ella se aloja (de pacientes y no pacientes), así como también, un movimiento oscilante permanente que hace transitar entre la creencia y la desesperanza de que algo puede ser modificado. Sin embargo, intuyo que parte del trabajo de cada día se sostiene en alguna ilusión subterránea de que es posible funcionar mejor en estas instituciones, y que el esfuerzo debe ser orientado a que, tanto los pacientes como los equipos, puedan verse beneficiados.

Es también, en relación a esos beneficios, que hoy en día sabemos que la solución de los problemas de salud mental se ha vuelto una tarea fundamental de la salud pública del mundo. El impacto de las enfermedades mentales es muy alto a nivel económico y emocional. Según la OMS (2001) se calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales y el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler al 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados.

En Chile, la prevalencia en la vida de los principales trastornos mentales es de 36% y los más frecuentes son la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9,0%), la distimia (8,0%) y la dependencia del alcohol (6,4%). Estas afecciones explican el 15% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. En Chile la séptima causa de muertes en hombres es por suicidio, lo que representa una tasa de 16,8 por 100.000 habitantes de ese sexo. Estas cifras revelan la importancia de los efectos que tienen las enfermedades mentales a nivel mundial y a nivel local. Por una parte, es posible pensar todos los costos económicos y sociales que significa esto, y por otro, los costos subjetivos implicados.

El malestar psíquico se inscribe en cada sujeto y en cada sistema familiar de una manera particular. El contacto cotidiano con los pacientes nos muestra algo de ese padecer subjetivo. Como miembros de instituciones de salud tenemos cierta responsabilidad, tanto en aquello que ofrecemos como tratamiento, como en la manera de mirar la salud y la enfermedad. A raíz de esto, durante el periodo 2007-2009 se realizó una investigación en el Instituto Psiquiátrico, orientada a evaluar la efectividad y eficiencia de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos (aún no publicada). Se trata de un estudio descriptivo, con diseño cuasi-experimental, para el que se utilizó el cuestionario de autoevaluación OQ-45.2, diseñado para evaluar sensibilidad a la psicopatología y para detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico. La muestra se compone de dos grupos de pacientes, uno en tratamiento psicoterapéutico y un grupo de comparación, sin psicoterapia, solo con tratamiento farmacológico. Se trata de 47 consultantes ambulatorios; 38 mujeres – 9 hombres, de los cuales 19 son atendidos en la Unidad de Psicoterapia (reciben fármacos y psicoterapia) y 28 pertenecen al programa de Depresión, Ansiedad y Comportamiento (DAC) del policlínico (solo reciben fármacos). Se les aplicó el OQ en 6 mediciones regulares. En el grupo de pacientes sin psicoterapia no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre la primera y última aplicación del instrumento, evidenciando que no habría una mejoría de este grupo de pacientes durante 6 meses de tratamiento farmacológico; la medicación no produce cambios en los síntomas, ni en las relaciones interpersonales, ni en el

ajuste social. Distinto del grupo con psicoterapia que si presenta cambios significativos en estas variables.

Cabe destacar que el programa DAC tiene una larga historia al interior del hospital. Cuando se indaga en ella aparecen confusiones respecto de su funcionamiento. Se trata de un programa que ha cambiado varias veces de nombre; originalmente “Programa de Neurosis”, luego se le denomina “Programa de estudio y diagnóstico”, nuevamente “Neurosis”, y actualmente es el “Programa de Depresión, Ansiedad y Comportamiento” (DAC). Históricamente ha cumplido la función de recibir a aquellos pacientes sobre los cuales el discurso psiquiátrico presenta dificultades para pronunciarse en términos diagnósticos, lo que da como resultado la dificultad de precisar qué tipo de pacientes, en términos psicopatológicos, son los que componen el programa. Probablemente se trata de pacientes típicamente llamados *límites o fronterizos*, lo cual añade la dificultad respecto de ofrecer tratamientos específicos, en tanto se trata de un grupo de sujetos definidos y conceptualizados ambiguamente.

Que los pacientes no presenten mejoría es un hecho que no se puede marginar ni obviar, sin embargo existe otro dato que vuelve aún más interesante dicha situación, y es que los pacientes a pesar de no presentar cambios siguen asistiendo y circulando por el hospital para ser tratados. Este suceso estimula la apertura de interrogantes respecto del lugar y el tipo de relación que mantienen con la institución, el tratamiento y su enfermedad, donde opera como telón de fondo un discurso psiquiátrico sobre la normalidad y la anormalidad, y donde predomina la práctica de la medicalización del malestar subjetivo de los pacientes.

Esta investigación nos entrega datos relevantes pero no explica lo que allí ocurre, situación que motiva a aproximarse a la significación que los pacientes del programa DAC -que participaron de la investigación anterior- tienen de la institución, en tanto ésta representa un espacio simbólico e imaginario, en el que pareciera desplegarse cierto tipo de transferencia que estaría sosteniendo la “adherencia” de los pacientes al hospital, a pesar de no presentar mejoría.

En relación a los antecedentes planteados se desprende un problema de investigación que se sitúa en un grupo de pacientes ambulatorios atendidos en el programa DAC del Instituto Psiquiátrico, que no presentan mejoría en su tratamiento y que continúan asistiéndose en el hospital. Esta problemática puede ser traducida en la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las significaciones que tienen respecto de la institución hospitalaria, el tratamiento y su enfermedad los pacientes pertenecientes al programa DAC que no mejoran y continúan asistiendo al hospital?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Conocer cuáles son las significaciones que tienen respecto del hospital, el tratamiento y su enfermedad un grupo de pacientes ambulatorios que se atienden en el programa DAC del Instituto Psiquiátrico, que a pesar de no presentar mejoría en sus tratamientos continúan asistiendo al hospital para ser tratados.

Objetivos específicos:

1. Describir cuál es la relación que mantienen los pacientes con la institución hospitalaria, el tratamiento y su enfermedad.
2. Identificar el tipo de relación que establecen los pacientes con los médicos y/o profesionales de la institución.
3. Precisar cuáles son las expectativas que tienen los pacientes respecto del Instituto Psiquiátrico y el tratamiento.

4. Identificar cuál es el lugar que la institución hospitalaria ocupa en las vidas de los pacientes.

III. RELEVANCIA

Los pacientes que reciben tratamiento en el Hospital Psiquiátrico, no presentan cambios significativos en su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. La primera relevancia de llevar a cabo esta investigación responde al alto costo económico que significa mantener la atención de pacientes que no mejoran con su tratamiento. Recordemos que la OMS (2001) calcula que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler al 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados. En Chile, durante la década de 1990, se realiza una fuerte inversión económica, aumentando considerablemente el gasto en salud en los sectores de menores recursos de la población. Esto significa que el sistema de salud estatal atiende hoy a la población más pobre, de mayor edad y con mayor carga de enfermedad (Minolletti y Zaccaria, 2005).

Otro nivel de relevancia tiene relación con los costos subjetivos que implica las enfermedades mentales, tanto a nivel individual como familiar y social. Esto nos obliga a tomar distancia del discurso predominante que ha adoptado el sistema de salud pública en los últimos años, cuyo énfasis se ha situado en la gestión y la administración por sobre la mirada clínica. Ver más allá de los “indicadores de gestión”, se traduce en poder interrogarnos sobre las problemáticas cotidianas con las que nos encontramos en el ejercicio clínico, implica preguntarnos qué estamos haciendo como institución de salud mental en el trabajo con los pacientes que presentan enfermedades de este orden. No solo es importante cuánto gastamos en salud y cuántos pacientes logramos atender bajo este modelo, sino también qué tipo de atención ofrecemos en términos de calidad.

Develar y especificar tales significaciones sería un aporte a la práctica clínica, en tanto nos ofrece un campo de acción sobre el cual intervenir para generar cambios que vayan en beneficio de los pacientes. Habrían potencialidades

terapéuticas que se pueden desprender de este análisis en la medida que se pudiesen rescatar estas significaciones y trabajar con ellas clínicamente, ya sea incorporándolas en los dispositivos existentes, o bien creando nuevos dispositivos de atención.

Estas potencialidades se juegan, en parte, en la relación médico-paciente; espacio donde la investigación podría orientar nuevas intervenciones considerando estos aspectos y, asumiendo también que la transmisión de la lógica institucional se escenifica en este encuentro (y en otros); en la interacción que se da entre el “discurso psiquiátrico” y el “discurso del enfermo”.

Por otra parte, la relevancia práctica-clínica contiene algo del orden de la ética. Ubicarnos en una posición psicoanalítica es poner en juego una ética particular; una manera de mirar, escuchar y comprender el sufrimiento psíquico. Esto se traduce en ir más allá de la cifra para comprender algo del sujeto y de la institución. Cuando se trabaja en un hospital –necesariamente- debemos conducirnos a recoger la enseñanza de los enfermos; son ellos quienes pueden orientarnos acerca de nuestro propio saber y práctica institucional. Ante el dato que los pacientes no reportan mejoría alguna, corresponde intentar no ubicarnos en un lugar de indiferencia o negación. Los resultados que arrojan las investigaciones podemos utilizarlas solo para acumular conocimientos y generar teorías, o para hacer algo con ello en la práctica cotidiana.

IV. MARCO TEORICO

1. Locura y encierro

A principio de los años 60 dentro del mundo de las investigaciones sociales, aparecen dos estudios que van a tener amplias consecuencias en la manera de mirar fenómenos como la *locura* y prácticas como la *internación*. Michel Foucault y Ervin Goffman van a tomar estos lugares marginados para ponerlos en el centro de la discusión.

Foucault (1964) realiza un amplio y profundo estudio de la historia de la locura en la época clásica. Dentro de sus observaciones, hay dos ideas que para efectos de esta investigación resultan centrales; la primera guarda relación con el lugar y las representaciones sociales del loco que conducen a su encierro. Y la segunda, es respecto de la alienación del loco al médico psiquiatra.

En términos generales, Foucault nos muestra cómo a lo largo de la historia los discursos sobre la locura y las prácticas de exclusión y encierro han cambiado. En la época del Renacimiento la “nave de los locos” expresa algo de ese lugar, los sujetos son expulsados de las ciudades y arrojados a vagar a la deriva en el espacio azaroso del agua (símbolo de purificación). En el siglo XV la figura del loco es importante, éstos son vinculados a un saber oscuro, son el reflejo de la sin razón, complejos y amenazantes. Lentamente esta imagen del loco amenazador va cambiando, siendo la creación de grandes internados en Europa durante el siglo XVII crucial en ello; ahora el loco es encerrado, se retiene, se vuelve más dócil y visible.

Durante el renacimiento, la voz de la locura es liberada y dominada, sin embargo durante la época clásica la locura va ser silenciada mediante, lo que Foucault llama; *un extraño golpe de fuerza*. En este periodo la locura se convierte

en una forma relativa de la razón, o dicho de otra forma, toda locura tiene su razón y viceversa. Ambas entran en una relación, volviéndose cada una en medida de la otra.

El autor refiere que desde Pinel, Tuke y Wagnitz que se sabe que los locos han sufrido el régimen de los internados durante un siglo y medio. Se los descubre en las salas del Hospital General y en los calabozos de las casas de fuerza, sin embargo no se precisa cuál es el lugar que ocupa en esos recintos, más bien, parece compartir el mismo estatuto que los pobres, los desocupados, los insensatos y los sujetos de correccional.

Desde mitad del siglo XVII que los locos han estado ligados a los internados, como si éste indicase que era su sitio natural. La experiencia clásica de la locura se visibiliza en la estructura del internado. Es en estos lugares, donde más tarde (siglo XIX), Pinel y la psiquiatría va a encontrar a los locos. Ciertamente en condiciones deplorables; mal alimentados, privados de las cosas necesarias de la vida, abandonados y vigilados, habitando espacios sucios, sin luz ni aire.

Un dato orientador, es que en 1656, se funda en París el Hospital General; se trata de un lugar destinado a acoger, a dar hospedaje y alimentar a personas que vayan por su voluntad o que hayan sido enviados por alguna autoridad real o judicial. Claramente no se trata de un recinto médico, sino de una estructura semi-jurídica que decide, juzga y ejecuta. *“El Hospital general es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión. Los alienados que Pinel encontrará en Bicêtre y en las Salpêtrière, pertenecen a este mundo”* (Foaucault, 1964, pág. 82).

El rey en 1676, prescribe el establecimiento de un Hospital General en cada ciudad de su reino. La Iglesia no se quedará excluida de este movimiento, por el contrario tiene una fuerte participación; reforma sus instituciones hospitalarias, distribuye de otra forma los bienes de sus fundaciones y crea congregaciones con

objetivos similares a los del Hospital General. De hecho, los grandes asilos de Alemania e Inglaterra se sitúan en antiguos conventos.

Estos lugares comienzan a cumplir funciones de ayuda y represión; se auxilia a los pobres, pero son lugares con celdas donde se encierra a los pensionados. Muchas veces estas casas se instalan en los lugares que en el Renacimiento eran leprosarios. Así como la Edad Media crea la segregación de los leprosos, la época clásica crea el internamiento, ubicando en esos lugares vacíos, a los nuevos personajes del mundo europeo: los internados.

En estos lugares se mezclan los poderes de la Iglesia con el afán burgués de poner orden a la miseria, entonces lo que aparece es la ayuda y la represión, la caridad y el castigo. *“El internamiento queda así doblemente justificado en un equívoco indisoluble, a título de beneficio y a título de castigo. Es al mismo tiempo recompensa y castigo (...) tendrá esa extraña reversibilidad que le hace cambiar de sentido según los méritos de aquellos a quienes se aplique”* (Foucault, 1964, pág. 98). Para la estructura y significación del internamiento la oposición entre pobres buenos y pobres malos es fundamental. La locura también se reparte en esta dicotomía, por lo que es tratado bajo una valoración ética, es decir, como sujeto moral. El gesto del encierro tiene para Foucault un sentido político, social, religioso, moral y económico.

En el Hospital General de París, pocos años después de su fundación, se encontraban más de 6 mil personas encerradas. Foucault, para lograr entender cuál fue la forma de sensibilidad ante la locura en una época en que prima los privilegios de la razón, se va a preguntar cuál fue el modo de percepción de la locura. La miseria, el desempleo, la ociosidad, la ética del trabajo y la obligación moral, son temas que están muy presentes en el momento en que se construyen estas ciudades del encierro. Para el autor, son estos los temas que explican en parte, la manera en que la locura fue vista durante el clasicismo.

A fines del siglo XVIII todavía se encontrará la locura al interior del Hospital al lado de los pobres. La sensibilidad hacia la locura ya no es religiosa, sino social,

incluso policial, en tanto se trata del orden en la sociedad. La locura ocupa un lugar entre los pobres, míseros y vagabundos; el internamiento es una medida de sanidad que los saca de circulación. De esta manera, es posible precisar que el confinamiento está lejos de la preocupación por la cura, más bien se trata de una condena a la ociosidad. La creación del Hospital sustituye la *exclusión* por el *encierro*; el loco ya no es expulsado ni castigado, sino que es encerrado y mantenido con dinero del Estado a costa de su libertad.

Con la creación de grandes internados se produce una mezcla entre los locos, los pobres y los desocupados. Sin embargo, el Hospital General nada tiene que ver con lo médico, es más bien una instancia de orden vinculado a lo jurídico. La locura se asocia a la pobreza, a la incapacidad de trabajar y a la falta de valores éticos. Así, los espacios correccionales agrupan tanto a los desocupados, a los mendigos como al loco. *“Nuestro saber positivo nos deja desarmados e incapaces de decidir si se trata de víctimas o de enfermos, de criminales o de locos (...) De esta existencia surgían, indiferentemente, los degenerados, los disipadores, los blasfemos, los locos; en ellos solo había una cierta manera, característica de ellos y variada según cada individuo, de modelar una experiencia común: la que consiste en experimentar la sinrazón”* (pág. 171, 1964). El fondo de la sin razón marca el borde entre un adentro, donde están los hombres razonables y lo excluido, donde está todo lo no racional, aquello que estaba fuera del mundo social, recluido en el asilo. La función del hospital no era terapéutica, sino de corregir y aislar. *“El internamiento de los alienados es la estructura más visible en la experiencia clásica de la locura”* (pág. 80, 1964).

El encierro para Foucault tienen mucha relación con los problemas económicos que vive Europa en esos tiempos, sin embargo fuera de las épocas de crisis, la internación comienza a adquirir otro sentido. Se trata no de encerrar a los sin trabajo, sino de dar trabajo a quienes están encerrados, con el fin de hacerlos útiles y productivos. De todas formas, esta fue una estrategia poco fructífera; no se obtuvieron de ella los resultados esperados. El vínculo entre la internación y las

exigencias del trabajo no está determinado por los requerimientos de la economía, sino que se sostiene por una visión moral.

“En estos sitios de la ociosidad maldita y condenada, en este espacio inventado por una sociedad que descubriría en la ley del trabajo una trascendencia ética, es donde va aparecer la locura, y a crecer pronto, hasta el extremo de anexárselos” (Foucault, 1964, pág. 115).

Para Foucault, la internación es una creación institucional propia del siglo XVII, es un invento de medida económica y precaución social. Hasta el Renacimiento la locura estaba vinculada a la presencia de trascendencias imaginarias, sin embargo, estos significados cambian en la época clásica, quedando la experiencia de la locura ligada a la pobreza, a la incapacidad de trabajar y de integrarse socialmente. El internado será la eliminación de los *asociales*, en tanto la locura es aprehendida como desorganización de la familia, desorden social y peligro para el Estado.

Es en este gesto de la internación, donde el autor ve la creación de la alienación, en otras palabras; el campo de la alienación ha sido circunscrito por el espacio del internado, no obstante, es necesario para él saber cómo se realizó ese gesto y cómo se constituyó la experiencia de la locura en la manera en que el internado ha sido formado.

La sexualidad, la profanación y el libertinaje, forman con la locura, en el espacio del internado, un mundo homogéneo donde la alienación mental tomará el sentido que conocemos. Se emparentan con la sinrazón y con la enfermedad mental, ciertas formas de sexualidad, así como las prácticas de magia, alquimia y profanación. El Hospital General y las casas de internamiento, reciben a muchas personas homosexuales y a otras que se han dedicado a la hechicería, la magia, la adivinación y la alquimia.

“Durante 150 años, los enfermos venéreos van a codearse con los insensatos en el espacio de un mismo encierro; y van a dejarles por largo tiempo cierto estigma donde se traicionará, para la conciencia moderna, un parentesco oscuro que les asigna la misma suerte y los coloca en el mismo sistema de castigo” (Foucault, 1964, pág. 137-138).

De esta manera, la locura se encuentra cercana al pecado, la sinrazón tiene un parentesco con la culpabilidad; anudación que el alienado experimenta por varios siglos. Por más de cien años, la psiquiatría positiva no ha podido romper esta alianza. Lo interesante es que con la incorporación en el internado de enfermos venéreos, homosexuales, alquimistas y libertinos, se abre y delimita un espacio social que no es exactamente el de la miseria y la enfermedad. En el internado no hay aún ninguna coherencia médica, ni psicológica, ni psiquiátrica, sino más bien un intento de aislar la sinrazón, la que va tomando el aspecto de un hecho humano, de una variedad espontánea de las especies sociales, y que se evalúa según el apartamiento de la norma social.

A partir del siglo XVII el hombre sinrazón es un personaje concreto, que proviene del mundo social verdadero, juzgado y condenado por la sociedad a la que pertenece. Lo interesante para Foucault es que la locura es bruscamente investida en un mundo social. Es en esa sociedad que se designa a los locos como alienados, es en ella donde la sinrazón queda alienada, exiliada y silenciada. El internamiento la pone a distancia y la asegura en la superficie de ese espacio social. Si bien, el internamiento le da una cierta objetividad, la sin razón se convierte en un castigo. En el fondo, el internamiento se trata de una operación subterránea que busca un reajuste del mundo ético, donde se vuelve casi imposible distinguir entre víctimas, enfermos, criminales o locos.

La locura fue la sinrazón durante los ciento cincuenta años que separan el gran encierro de la “liberación”¹ de Pinel y Tuke. Una liberación entre comillas

¹ Las cremillas son del autor.

porque para Foucault en este gesto se encierra una paradoja: por un lado, Pinel es el único hombre que formula la teoría de la existencia de la sin razón, y por otra parte, es el primero que intenta hacer de la locura una ciencia positiva, haciendo callar los propósitos de la sin razón para no escuchar las voces patológicas de la locura.

La ausencia de médicos en el Hospital General permite pensar este recinto análogo a una cárcel. El caso de encontrar un médico en este lugar estaba dado por el temor que genera la enfermedad de los encerrados, no porque haya existido una conciencia de la existencia de la enfermedad. La internación no se trata de un esfuerzo para ir hacia la hospitalización del loco, sino de corregir y generar el arrepentimiento. La experiencia de la locura como enfermedad proviene de este tipo de experiencia.

La medicina aquí se trata de una práctica pre-médica, aún no logra formularse como tal. La hospitalización adquiere sus primeras formas en el siglo XVIII lo cual marca el progreso y simbólicamente el término de esta etapa pre-médica. Sin embargo, para Foucault la locura sigue en un estado de alienación, solo que ahora bajo el modelo positivista de la enfermedad mental propuesto por la medicina.

“El positivismo (...) ha retomado el tema de la locura animal y de su inocencia, en una teoría de la alienación mental como mecanismo patológico de la naturaleza; y al mantener el loco en esta situación de internamiento inventada por la época clásica, lo mantendrá oscuramente, sin confesárselo, en el aparato de la coacción moral y de la sinrazón dominada” (Foucault, 1964, pág.253). La psiquiatría del siglo XIX, de todas formas, ha heredado los nexos que hizo la época clásica con la sinrazón y que se encuentran atravesados por la ética de la sinrazón y el escándalo de la animalidad.

A lo largo del siglo XVIII la idea de la eficacia del medicamento se construye alrededor del tema de la naturaleza; la acción del medicamento sigue un curso

natural, se trata de una comunicación originaria con la naturaleza. El mundo de la curación en esta época sigue estando en el espacio de la generalidad abstracta; una enfermedad puede borrarse si encuentra su antídoto. El cuerpo también es considerado como uno de los remedios privilegiados de la locura; el principal interés del tratamiento consiste en el movimiento de los espíritus en los nervios y la densidad de los humores. La esencia de la locura es considerada como naturaleza y como enfermedad. Años después esta distinción desaparecerá, cuando la locura sea una enfermedad confiscada en la institución moral y la distinción será otra; la enfermedad dependerá de lo orgánico y la sin razón será puesta al interior de la psicología. De ahí la importancia de Freud y el psicoanálisis, puesto que restituye al pensamiento médico la posibilidad de un diálogo con la sinrazón.

Finalmente la locura es reconocida como una enfermedad y tratada como tal, momento en que se inaugura el asilo con las intervenciones de Tuke y la liberación de los encadenados con Pinel (1793). Esta liberación para Foucault contiene cierta ambigüedad, *“(...) constitución de un dominio en que la locura debe aparecer en una verdad pura, a la vez objetiva e inocente, pero constitución de ese dominio sobre un modo ideal, siempre indefinidamente diferido, en que cada una de las figuras de la locura se mezcla con la no-locura en una proximidad indiscernible”* (Foucault, 1964, pág. 202. Tomo II).

El asilo no permite distinguir la verdad de la locura, el gesto que la libera al mismo tiempo la disemina y la oculta en formas concretas de la razón. En el siglo XVIII la locura ya no es una enfermedad de la naturaleza o del hombre mismo, sino de la sociedad, por lo que se instala el *Retiro* (Por Tuke), donde supuestamente el grupo humano es devuelto a sus formas originarias y puras, se reubica al hombre en sus relaciones humanas elementales. Con el retiro desaparecerá del espíritu alienado lo que la sociedad ha puesto allí de preocupación y obligaciones ajenas a la naturaleza, devuelve al hombre a sus verdaderas esencias, sin embargo, bajo la alienación, aparece lo inalienable; que es la naturaleza, verdad, razón y moralidad social. La locura es alienación y su curación el retorno de lo inalienable. Lo

importante es el poder que cobra el internamiento en tanto el hombre es llevado a lo inalienable cuando la locura se revela como alienación.

El positivismo va a contrarrestar este movimiento mítico admitiendo que la verdad de la locura es la razón del hombre. Desde aquí el desenlace de la alienación está dado por el dominio objetivo de la locura. Para Pinel, el asilo debe liberarse de la religión y de todos sus parentescos imaginarios, sin embargo Foucault cuestiona este aspecto, en tanto el asilo pasa a ser un lugar de uniformidad moral y de denuncia social; una especie de continuidad ética entre la locura y la razón. Se impone una moral desde el interior a aquellos que no la conocen; los valores de la familia y el trabajo reinan en el asilo. La locura se relaciona ahora con la decadencia social (ya no con la indigencia, pereza, y vicios con los que se asociaba en la época clásica), que parece ser su causa, su modelo y su límite. La enfermedad mental se asociará a la degradación, la locura esencial es la que asciende de los bajos fondos de la sociedad. El asilo de la época de positivistas es un espacio de la observación, de la terapéutica y el tratamiento, pero también es un espacio judicial, donde se acusa, juzga y condena. La locura será castigada en el asilo y será prisiones de un mundo moral, incluso en nuestros días.

La síntesis moral opera para Pinel en tres medios principales: el silencio, el reconocimiento reflejado y el juicio perpetuo. No es interés de este trabajo profundizar en ellos, sin embargo, hay una cuarta estructura en el mundo del asilo que resulta sumamente interesante y relevante de profundizar; se trata de la *figura del médico*.

De todas las estructuras del asilo, sin duda esta es la más importante, puesto que va a instaurar una nueva relación entre la alienación y el pensamiento médico, así como también va a ordenar toda la experiencia moderna de la locura. *“Con el nuevo estatuto del personaje médico es con lo que desaparece el sentido más profundo del confinamiento: la enfermedad mental, con las significaciones que ahora le atribuimos, se hace entonces posible”* (Foucault, 1964, pág. 252. Tomo II). Previamente, en la obra de Tuke y Pinel, el médico no tenía ningún lugar en la vida

del confinamiento, en cambio, ahora es la figura principal en el asilo, en tanto el médico instala este lugar como un espacio médico. Sin embargo, el punto esencial es otro, y guarda relación con que el médico no ocupa este lugar dado su saber o el conjunto de sus conocimientos objetivos, sino que posee autoridad dentro del asilo por ser *prudente*. La profesión médica no es garantía de un título científico, sino que jurídica y moral, ya que el trabajo en el asilo consiste en una inmensa tarea moral, siendo la única que garantiza la curación del insensato.

El papel del médico se encuentra revestido de tal autoridad, ejerce la mayor influencia sobre los enfermos y se encuentra por encima de todos los vigilantes. Dicha autoridad está dada porque desde un comienzo el médico es padre, juez, familia y ley. Para Foucault, Pinel y Tuke introducen en el asilo un personaje y no un saber, más bien sus poderes son de orden social y moral que se enraízan en la alienación del loco. El médico puede aislar la locura porque la domina no porque la conozca, sus prácticas medicinales son herencia de los viejos ritos del orden, la autoridad y el castigo. El médico cura cuando recurre a esas figuras de otros tiempos y no a partir de una definición objetiva de la enfermedad o de un diagnóstico clasificador. De esta manera, se convierte en un operador casi mágico de la enfermedad y toma la figura del tamurgo (persona capaz de hacer milagros o cosas prodigiosas).

Basta con que el médico observe y hable para que la locura desaparezca y se ordene a la razón. El está dotado del poder de desalienación que descubre la falta y restaura el orden de la moral. Para Foucault este dominio prácticamente milagroso es muy llamativo y paradójico porque se trata de un momento en que la enfermedad mental intenta adquirir un carácter de positividad. *“Por un lado, la locura se coloca a distancia, en un campo objetivo, donde desaparecen las amenazas de la sinrazón; pero, en ese mismo instante, el loco tiende a formar con el médico, y en una unidad indivisible, una especie de pareja, donde la complicidad se une por medio de viejas dependencias”* (Foucault, 1964, pág. 257. Tomo II). El asilo permite que nazca esta estructura, definida por el autor como la célula esencial de la locura y donde se encuentran simbolizadas las grandes estructuras de la

sociedad burguesa y de sus valores; relaciones familia-hijos, falta-castigo y locura-desorden. Desde aquí el médico extrae su poder de curación; este poder casi milagroso se da en la medida que el enfermo se encuentre alienado al médico.

El psiquiatra del siglo XIX no sabía bien cuál era la naturaleza del poder que había heredado de los grandes reformadores, la práctica psiquiátrica se vuelve misteriosa incluso para ellos mismos. Después de Pinel y Tuke, el psiquiatra adquiere una autonomía nunca antes vista de la medicina y adquiere características particulares. Cada vez más el enfermo aceptará abandonarse a las manos del médico; ante sus ojos el médico se encuentra cargado de poderes capaces de destruir las alienaciones. Este personaje se encuentra fuera de la medida humana; es divino y satánico al mismo tiempo y de esta forma el enfermo cada vez se aliena más a él, aceptando sus prestigios, sometiéndose a su voluntad mágica *“(...) convirtiéndose así, a fin de cuentas, en el correlativo ideal y perfecto de los poderes que proyecta sobre el médico, puro objeto sin otra resistencia que su inercia, completamente dispuesto a ser precisamente esa histérica de la cual Charcot exaltaba el maravilloso poder del médico”* (Foucault, 1964, pág. 258. Tomo II).

Para Foucault la psiquiatría surge bajo el mito de la objetividad, pero tras el mito oculta un sustrato moral. Se trata de una estrategia de poder-saber camuflado bajo el discurso de un saber científico. El enfermo será el primero en creer en el saber del médico, como si tuviera el poder de destruir las alienaciones, ante lo cual acepta abandonarse en sus manos. De esta manera cada vez se alienará más en él, sometiéndose como dice Foucault, a una voluntad que siente como mágica (quizás lo que hoy se encuentra desplazado en el fármaco), convirtiendo en la pareja médico-enfermo el lugar donde se anudan y desanudan todas las alienaciones.

En el espíritu positivista del médico, le resulta difícil aceptar tal transferencia, por lo que comenzará a atribuirle la responsabilidad a la locura de esas anomalías. En la pareja médico-enfermo se encuentran para el autor, todas las alienaciones, razón por la cual la psiquiatría del siglo XIX recae en Freud, en tanto es el primero

en aceptar realmente lo que ocurre entre el médico y el enfermo y las consecuencias que se derivan de ello. Foucault en este reconocimiento no deja de ser crítico con la operación freudiana, en tanto traslada al médico todas las estructuras que Pinel y Tuke habían situado en el confinamiento y amplía los poderes de esta figura. La situación psicoanalítica sería el circuito donde la alienación llega a ser desalienante, porque dentro del médico ella llega a ser sujeto.

Por su parte, Goffman (1961) en sus estudios sobre la vida de los pacientes en los hospitales psiquiátricos, propone el concepto de *institución total*. Se trata de establecimientos donde la tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por la dificultad que se da para la interacción social con el exterior, generalmente facilitado por las características materiales del lugar (puertas cerradas, muros altos, alambres de púas, etc.). Los hospitales psiquiátricos son recintos que están destinados a cuidar a personas que, además de no poder cuidarse a sí mismas, representan una amenaza involuntaria para la sociedad; ejemplo típico de este tipo de instituciones totales.

En términos generales, Goffman describe con mucha sutileza y agudeza la violencia implícita que se ejerce en este tipo de espacios. Habrían importantes procesos de agresión y mortificación al yo como identidad subjetiva, siendo dudosa la efectividad terapéutica de los manicomios. Observa en los internos una obediencia absoluta, humillaciones, desprovimiento de sus objetos personales, uniformización, alimentación reglada, control de movimientos, y violaciones de la intimidad entre otras cosas. Estos rituales de agresión al yo son estrategias poco beneficiosas para los pacientes y tienen una serie de efectos en ellos, como por ejemplo la anulación del rol social. Los internos adoptan tácticas para poder adaptarse a esta nueva situación de control, entre ellas, la regresión, la intransigencia y la conversión.

Para este autor las instituciones psiquiátricas son lugares destinados a alojar la locura, despliegan sutiles mecanismos de alienación cuyo efecto tiende a verse más

como una condición subjetiva que como un producto institucional. Para Goffman hay un desfase entre los supuestos fines de la institución y la realidad, en tanto los fines se tratarían del logro de algún objetivo económico, el tratamiento médico o psiquiátrico, la purificación religiosa y la protección de la comunidad contra la contaminación; punto de encuentro con algunos de los supuestos focultianos.

Veamos en detalles las observaciones descritas por Goffman en su libro "Internados".

Todas las instituciones tendrían tendencias absorbentes en el sentido que absorben parte del tiempo y el interés de sus miembros y de cierta manera les proporciona un mundo propio. Esta tendencia absorbente o totalizadora estaría simbolizada por ciertos obstáculos que se oponen a la interacción social con el mundo exterior y a la salida de la institución de los miembros. Esto suele adoptar una forma material que se traduce en puertas cerradas, altos muros y alambres de púas entre otros.

Una de las características centrales de las instituciones totales tienen que ver con que ámbitos de la vida como dormir, jugar y trabajar comienzan a darse en las instituciones; todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una misma autoridad. Estas actividades cotidianas se dan en compañía de un gran número de personas que están en la misma condición; se les ofrece el mismo trato y se los insta a realizar juntos las mismas actividades. Además de estas, las prácticas cotidianas se encuentran completamente programadas, lo que significa un conjunto de actividades que se imponen desde un lugar jerárquico superior, que poseen una serie de reglas explícitas a cargo de los funcionarios. Se trataría para Goffman de un plan racional, calculado e intencionado para cumplir con los logros de la institución. El punto central de las instituciones totales, desde el cual se derivan una serie de consecuencias, es el hecho que mediante la organización burocrática de conglomerados humanos se logran administrar una serie de necesidades humanas.

Uno de los grandes problemas de dicha administración es la escisión que se da entre el personal y los internos. Por una parte la actividad específica del personal consiste en la vigilancia: *“ver que todos hagan lo que se les ha dicho claramente que se exige de ellos, en condiciones en que la infracción de un individuo probablemente se destacaría en singular relieve contra el fondo de sometimiento general, visible y comprobado”* (Goffman, 1961, pág. 20). La gran diferencia entre ambos es que el personal está socialmente integrado con el mundo exterior. En esta constitución binaria de la institución, suele ocurrir que cada grupo tiende a representarse a los otros con estereotipos bastante rígidos y por lo general el personal se siente superior y justo, en cambio los internos suelen sentirse inferiores y débiles, incluso culpables.

Otro de los aspectos que Goffman observa guarda relación con la comunicación de la información; con cierta frecuencia el personal obstruye la información a los internos respecto de los planes que hay para ellos. Se los mantendría en la ignorancia sobre las decisiones que se toman, lo que le otorga al personal una distancia y posibilidad de ejercer su dominio sobre los pacientes. Esta sería una restricción del contacto que podría ayudar a mantener los estereotipos antes mencionados, lo que terminaría por engendrar dos mundos sociales y culturales diferentes, que apenas se tocan.

Un problema central en la administración de conglomerados humanos que ejercen las instituciones totales concierne al tema del trabajo. Para los internos el incentivo ofrecido para el trabajo no posee la significación estructural que tendría en el exterior, donde el pago es usado de la manera en que se les antoja, sin control sobre ello. Evidentemente esto genera distintas motivaciones y actitudes en relación al trabajo. A veces ocurre que el trabajo es muy poco o por el contrario, muy exigente; sea como sea el individuo previo a la internación tenía internalizado un ritmo de trabajo, por lo que tiende a desmotivarse con el sistema laboral de la institución total.

Para Goffman habría una incompatibilidad entre la estructura básica del trabajo remunerado en la sociedad y la institución total, así como también en lo que respecta a la vida familiar. Muchas veces la potencia de la institución total está dada por la supresión de un círculo de familias reales o potenciales, en el sentido que la organización de la familia sería una estructura de resistencia permanente a la institución, o dicho de otra forma, se trata de otra institución que garantiza dar la pelea con una institución total.

“La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí su particular interés sociológico. Hay también otras razones para interesarse en estos establecimientos. En nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada uno es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo” (Goffman, 1961, pág. 25).

Para el autor es fundamental en el estudio de las instituciones totales, considerar la perspectiva que proviene desde el mundo del interno. Previo a la internación –sea voluntaria o no- la organización personal del interno era parte de un marco de referencia más amplio, ubicado en su entorno: *“un ciclo de experiencias que confirmaba una concepción tolerable del yo, y le permitía un conjunto de mecanismos defensivos, ejercidos a discreción, para enfrentar conflictos, descréditos y fracasos”* (Goffman, 1961, pág. 26). De todas formas, las instituciones totales no reemplazan la cultura propia del sujeto que ingresa por algo ya formado. Si la estadía es muy prolongada en el tiempo, puede ocurrir lo que llama *desculturación*, donde se pierde temporalmente la capacidad para enfrentar ciertos aspectos de la vida cotidiana en el mundo exterior. Ahora bien, va a depender de la significación particular que tenga cada interno sobre el hecho de estar adentro o encerrado puesto que no se trata de un significado absoluto. De esta manera, lo que crearían las instituciones sociales es una suerte de tensión entre el mundo habitual y el institucional; tensión utilizada por la institución para lograr sus propios fines (conceptualización que evidencia el carácter político de la institución total).

Cuando el interno llega a la institución es despojado del apoyo que ciertas disposiciones sociales otorgan en el establecimiento de una concepción de sí mismo. Esto significa que empieza para el interno una serie de degradaciones y humillaciones del yo; se trata de una mortificación del yo sistemática y no siempre intencionada. Para Goffman, la mortificación del yo de una persona es un proceso que se da casi de rigor en las instituciones totales, lo cual se marca de entrada con la barrera que levantan estas instituciones entre el interno y el exterior, que por cierto, lleva a romper inmediatamente con la programación del rol del individuo en tanto la separación puede durar incluso años. Sin duda, el interno al salir al exterior puede recuperar algunos roles, pero también se dará cuenta que algunas pérdidas son irrevocables, lo cual puede ser muy doloroso.

Otras situaciones al interior de la internación pueden llevar a experimentar la sensación de desposeimiento, por ejemplo, la falta de gavetas individuales, los registros y las confiscaciones periódicas de objetos personales. “(...) *al ingresar en una institución total, probablemente se le despoje de su acostumbrada apariencia, así como de los instrumentos y servicios con los que la mantiene, y que sufra así una desfiguración personal*” (Goffman, 1961, pág. 32). De hecho, esta amenaza a la integridad física es con frecuencia experimentada por los internos de los hospitales psiquiátricos con las cirugías y terapias de shock. Goffman compara esta conducta de despojo con la austeridad difundida por los religiosos.

Otro ejemplo de mortificación al yo consiste cuando a los internos se les impone una rutina diaria que es vivida por ellos como ajena, se trata de un papel que lo desidentifica y que tiene consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del yo. Lo mismo ocurre cuando los pacientes ingresan y son expuestos a lo que Goffman llama una *exposición contaminadora*, se trata de límites personales que son violados en las instituciones totales, en primer lugar la intimidad que el sujeto guarda sobre sí mismo. Pierden la posibilidad de que sus visitantes no los vean en circunstancias humillantes o la exhibición que resulta de los dormitorios compartidos y los baños sin puertas. “*Quizá represente un extremo en este aspecto la situación del paciente mental autodestructor, a quien se despoja de todo lo que*

siente como una protección propia, para encerrarlo desnudo en un cuartito constantemente iluminado, por cuya claraboya puede atisbar cualquiera que pase por la sala. Por lo demás, el interno casi nunca está completamente solo; siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado” (Goffman, 1961, pág. 36).

La experiencia de contaminación interpersonal ocurre en este tipo de instituciones, por ejemplo el hecho de mezclar grupos de edades, pueblos y razas diferentes en los hospitales psiquiátricos puede generar que un interno se sienta contaminado por el contacto de compañeros que para él son indeseables.

Para Goffman otra fuente de mortificación al yo, menos directa en sus efectos y no tan fácil de determinar para el sujeto, guarda relación con un quiebre en la relación habitual entre el individuo actor y sus actos. Las instituciones totales desbaratan el dominio de los internos sobre su mundo y sus actos, negando la posibilidad de ser una persona con autodeterminación, autonomía y libertad de acción propia de un adulto. El efecto de aquello es una sensación de estar degradado en la escala jerárquica de las edades. La autonomía se ve debilitada aún más si el comportamiento se utiliza como testimonio del estado de conciencia psiquiátrica, religiosa o política del sujeto.

Un ataque contra el sujeto como actor es a propósito de la regimentación y tiranización. La primera está dada porque los sujetos deben obligadamente realizar actividades al mismo tiempo que sus compañeros, y la tiranización es porque estas reglas provienen de un sistema autoritario jerárquico que tiene la capacidad de sancionar.

En la vida civil hay una serie de actividades individuales en que la autoridad no juzga o se abstiene de intervenir. El sujeto queda libre de programar sus actividades, por ejemplo puede decidir comer más tarde para terminar un trabajo; se trata de una cierta economía personal de los propios actos. Sin embargo, en una institución total el personal puede someter a juicios y reglamentos provocando una

permanente invasión a la vida del interno por las habituales sanciones. Como resultado de esta actitud se viola la autonomía misma del acto. Por ejemplo, una clara manera de violar esta autonomía es cuando se le obliga a pedir permiso en situaciones mínimas que no requieren de otros en la vida exterior (fumar, ir al baño, afeitarse, hablar por teléfono, entre otras). De esta manera el individuo queda expuesto a la intromisión del personal, además de quedar, evidentemente, en un rol de sometimiento e invalidez.

“Menos ritualizada, pero igualmente grave, es la represión de la autonomía que resulta de estar encerrado en un hospital, metido en un envoltorio de sábanas mojadas, o atado en una camisa de fuerza, y de cualquier modo privado de la libertad de intentar pequeños movimientos de acomodación” (Goffman, 1961, pág. 54).

Por otra parte, en los hospitales psiquiátricos como en las cárceles suelen restarles valor a las afirmaciones de los individuos, su palabra pierde peso en tanto se interpreta o utiliza como síntomas. Las instituciones totales suelen justificarse ante las agresiones que ejercen sobre el yo del individuo, mediante racionalizaciones que se escudan en los esfuerzos realizados para manejar un gran número de personas, en espacios reducidos y con pocos recursos. Ahora bien, para Goffman es probable que estas mortificaciones al yo impliquen un nivel de tensión psíquica para el individuo, sin embargo algunos encontrarán alivio psíquico en esa mortificación, por ejemplo aquel que se encuentra completamente ajeno a sus culpas.

Paralelo a este proceso de mortificación se da el sistema de privilegios y castigos; sistema propio de toda institución total. Por una parte, el privilegio consiste en el ofrecimiento de recompensas a cambio de la obediencia total. Muchas veces estas gratificaciones eran antes para el interno algo seguro en su vida en el exterior, por ejemplo, podía decidir si quería beber café o prender un cigarrillo, o cuando quería hablar; derechos que pueden volverse problemáticos en la institución. Y por

otra parte, quebrantar las reglas trae como consecuencia el castigo; que puede ser la supresión de los privilegios o la pérdida de derecho a acceder a ellos.

Para el autor el sistema de privilegios sería un marco de referencia en el cual se da lugar para la reconstrucción del yo. Otros aspectos que apuntan a esta reconstrucción es el alivio de las responsabilidades económicas y sociales, aunque a veces pareciera tener un efecto más desorganizador que organizador. Sí parecieran ser muy importantes los procesos de cofraternidad, donde personas socialmente distantes se prestan ayuda, comparten hábitos comunes de resistencia contra el sistema que los obliga a una intimidad poco natural. En los hospitales psiquiátricos es común que se agudice la escisión entre los internos y el personal, cuando el enfermo se da cuenta que muchos de sus compañeros son tan semejantes a él mismo. Este proceso de cofraternidad y de rechazo al personal se ve claramente en la indisciplina colectiva, por esta razón el personal procura impedir la formación de grupos primarios. Si bien, tiende a existir poca lealtad de grupo en las instituciones totales, los internos aspiran a conservarla, siendo este un aspecto de su cultura.

El interno debe adaptarse al sistema de privilegios y a la mortificación del yo, evidentemente en este proceso hay diferencias individuales que van a permitir en mayor o menor medida esa adaptación. Puede ocurrir lo que Goffman llama *regresión situacional*, que se caracteriza porque el interno retira su atención de todo aquello que no tiene que ver con su cuerpo, habría una abstención radical de toda interacción; esta regresión se da en su forma más pura en los hospitales psiquiátricos. Otra posibilidad es la *línea intransigente*, que es cuando el interno se enfrenta con la institución, lo desafía y se niega a cooperar con el personal. Una tercera estrategia en el mundo de la institución total es la *colonización* (efecto muy interesante para esta tesis) y es cuando el establecimiento pasa a ser la totalidad del mundo para el interno; aquí se construye una vida placentera y estable, se obtiene de la institución el máximo de satisfacción que se puede conseguir. Se utiliza el mundo exterior como punto de referencia en un gesto de demostrar lo deseable que es la vida institucional. Habría una disminución de la tensión entre

ambos mundos. Es como si el interno hubiese encontrado un hogar, a falta de haber tenido uno mejor antes. Es probable que el personal se sienta incómodo con esta situación, en tanto le parece un abuso; situación paradójica para el personal que intenta hacer más tolerable la vida en las instituciones totales, puesto que corre el peligro que aumente el atractivo y las perspectivas de la colonización.

Por otra parte, la conversión sería la cuarta forma de adaptación al ambiente y consiste en que el interno pareciera asumir totalmente la visión que el personal tiene de él y se esfuerza en ser el interno perfecto. *“Mientras el interno colonizado construye para sí, con los limitados recursos a su alcance, algo bastante parecido a una comunidad libre, el converso toma una orientación más disciplinada, moralista y monocroma, presentándose como aquel con cuyo entusiasmo institucional puede contar el personal en todo momento”* (Goffman, 1961, pág. 72).

En algunos hospitales psiquiátricos habrían dos posibilidades de conversión; una para quien ha ingresado recientemente que acepta el punto de vista psiquiátrico sobre sí mismo, y otra para el paciente crónico que ayuda al personal auxiliar en el cuidado de otros enfermos, adopta la actitud y vestimenta del personal, siendo a veces superior a él en la severidad profesional.

Estas cuatro estrategias son formas de adaptación que pueden seguir los internos frente a las tensiones de las instituciones totales. También puede ocurrir que la vida previa del interno los vuelva inmunes a la vida de la institución, por lo tanto en estas situaciones no es necesario desarrollar ningún esquema de adaptación. Se trata de personas que por ejemplo vienen de orfanatos, reformatorios o cárceles.

En los hospitales psiquiátricos y en las cárceles puede evaluarse el grado de adaptación del interno según su vivencia del tiempo, en el sentido si lo experimenta como interminable o como algo llevadero.

Las instituciones totales tienen el discurso de ser lugares destinados a la rehabilitación del interno, a la reparación de los mecanismos autoreguladores, sin embargo, Goffman plantea que dichos cambios no son frecuentes que ocurran o no alcanzan el nivel esperado por el personal.

Cuando el interno egresa de la institución total pareciera que recuperara en gran medida parte de cómo era previo a la internación, sin embargo aquello que conserva de su experiencia institucional habla bastante de este tipo de instituciones totales. El ex-interno psiquiátrico saldrá portando un *estigma* por lo que se esforzará en ocultar su pasado, al igual que aquel que egresa de la cárcel.

Previo a la liberación hay niveles de ansiedad altísimos en los internos, según Goffman uno de los efectos más importantes a la hora del éxodo de la institución, tiene que ver con el fenómeno de *desculturación*; la pérdida o dificultad para adquirir los hábitos necesarios para vivir en la sociedad general. El otro fenómeno es la *estigmatización*; al salir de la institución el individuo se encuentra con una fría acogida y con dificultades a la hora de buscar trabajo y un lugar donde vivir.

Otro tema interesante que investiga Goffman y que ofrece a los lectores del libro "Internados" es respecto del Modelo Médico y la Hospitalización Psiquiátrica. Plantea una formulación sociológica respecto del *servicio profesional* aplicado en su versión médica a la psiquiatría institucional.

Básicamente, propone que para entender algunos de los problemas de la hospitalización psiquiátrica habría que explorar los supuestos que se fundan en la relación de servicios, entendida ésta como una de las formas de vinculación más importante entre dos personas. *Servicio profesional* se define como aquella situación en que se presta con regularidad un servicio profesional especializado a una serie de individuos, con los que se debe mantener una comunicación personal directa pero con los que no se tiene otro tipo de vinculación.

El autor considera en este trabajo el tipo de relación social donde algunas personas se ponen en manos de otras. El cliente aporta a la relación respeto y confianza por la técnica del servidor, además de gratitud y honorarios. Por su parte, el servidor ofrecerá una competencia efectiva, discreción profesional y una gentileza de intensión servil. En esta conjunción queda configurado el *servicio de reparación*. El servidor toma contacto con dos entidades básicas; un cliente y un objeto de éste que anda mal, el cual es reparado o construido por el servidor. Aquí es cuando comienza el proceso de observación, diagnóstico, prescripción y tratamiento.

Una de las dificultades asociadas a este proceso tiene que ver con la confianza de entregar el cuerpo a otro; siempre habría una suerte de recelo de ceder el cuerpo a los cuidados de otro, por lo que necesitan que el servidor apunte constantemente su confianza. Por otra parte, la docilidad con la que suelen entregar sus cuerpos al médico, se constituye como un problema para éste, en tanto implica una tensión emocional cuando no está seguro de haber encontrado el mal, o cuando no sabe el procedimiento exacto para repararlo, incluso cuando sabe que no hay remedio y debe comunicarlo. Soluciones habituales que se encuentran en el mundo médico ante estas situaciones, son la anestesia o el trato impersonal.

Dentro de la psiquiatría occidental, más allá de las diferencias de perspectivas, se legitima aplicar a los internos del asilo la versión médica del servicio profesional, lo que significa que sea cual sea el carácter particular de su enfermedad, se podrá encarar su problema desde un enfoque: la técnica psiquiátrica.

La formulación de Goffman propone que habría varios inconvenientes en la interacción de la psiquiatra institucional y el paciente como producto natural de la hospitalización. El concepto de servicio profesional no se haría extensivo a los pacientes mentales, más bien estos carecerían de un verdadero servicio profesional.

Los hospitales psiquiátricos públicos incluyen una obligación que entorpece de entrada la aplicación del modelo de servicio a la psiquiatría institucional, y es que deben proteger a la comunidad contra el peligro y la molestia de conductas irregulares, teniendo como consecuencia que la función de custodia de estos hospitales se vuelva primordial. De hecho, el hospital psiquiátrico es una de las instituciones de la red que está destinada a dar alojamiento a personas con ciertas perturbaciones. Muchos de esos pacientes debieran estar en otras instituciones más idóneas para ellos (orfanatos, reformatorios, hospitales generales, prisiones, casas para ancianos), pero se quedan allí porque no hay disponibilidad o no pueden obtener un lugar. Sin embargo, esto es un aspecto que casi no se menciona en la institución, por el contrario, el énfasis está puesto en los servicios terapéuticos. Más que una relación de servicio, habría uno que manda y uno que es mandado, un funcionario y los que están bajo su autoridad.

Otra situación interesante, es que mientras los pacientes estén internados pasaran de la jurisdicción de un médico a otro, hay una serie de desplazamientos, no solo de médicos, sino de salas, que poco tienen que ver con decisiones técnicas, sino con situaciones institucionales, quedando el médico y el interno, como miembros de la misma organización, sometidos a decisiones que no dependen de ellos respecto a las personas que verán.

Para Goffman es probable que el encuentro con los psiquiatras del hospital tenga efectos alienantes para el interno. La estadía en el hospital psiquiátrico suele ser muy larga y sus efectos muy estigmatizantes. *“En respuesta a su estigmatización y al sentimiento de desposeimiento que ocurre cuando entra al hospital, frecuentemente desarrolla cierta alienación de la sociedad, que se traduce algunas veces en una aprensiva resistencia a salir de ahí”* (Goffman, 1961, pág. 350). La alienación sería un efecto secundario de la hospitalización y no necesariamente por las dificultades originarias del paciente.

La psiquiatría sostiene para Goffman un mandato difuso de diagnóstico, en tanto los otros servidores auxiliares de la psiquiatría en el hospital –psicólogos,

asistentes sociales, enfermeros, practicantes internos- deben otorgarle información que solo él tiene derecho oficial a incorporar en la evaluación general del paciente, puesto que todo lo relacionado al interno le concierne. El rol del psiquiatra es único, ningún otro contiene tanto poder, al igual como lo planteaba Foucault.

“En psiquiatría, aunque formalmente se intenta proceder como si se debatiera solo un tratamiento, y no un juicio moral, el intento no se mantiene. La neutralidad ética resulta difícil en este terreno, porque la alteración del paciente está en íntima relación con el modo de comportarse que ofende a los testigos. La forma normal de encarar estas ofensas en nuestra sociedad consiste en sancionar al ofensor, negativa y correctivamente” (Goffman, 1961, pág. 359). Esta es una manera para la sociedad de mantener el orden social.

Para que el psiquiatra valore la información que entrega el paciente como algo que lo conduce a precisar los síntomas, el paciente debe responder de una manera muy particular; por una parte, con términos no técnicos, y por otros debiendo mostrar un deseo por modificar su yo con el tratamiento psiquiátrico. Esto es poco probable que suceda en pacientes sin instrucción, además ante él, el psiquiatra es una figura de poder. Ante los desbordes del paciente, el psiquiatra le resta valor a sus palabras, renunciando a utilizarlas como información de síntomas, tendiendo a ver solo signos de su enfermedad. Esto lleva anular al paciente como participante y como objeto de la relación de servicio.

Para el autor, lo que se produciría en el contexto institucional es una relación falsa y violenta. *“El psiquiatra debe atenerse a la modalidad del servicio, en sus actitud profesional, pero no puede mantener esta actitud, más allá de lo que el paciente puede aceptarla. Cada una de las partes está condenada a buscar a la otra para ofrecerle lo que no puede aceptar; y cada una está obligada a rechazar lo que la otra le ofrece”* (Goffman, 1961, pág. 361). Es frecuente ver un tipo de interacción donde el psiquiatra comienza el intercambio y el paciente responde algo que no va en dirección de ese intercambio. El médico se siente en un aprieto del que intenta escabullirse. De este modo, se observa que el personal psiquiátrico se repliega cada vez más durante el día.

El psiquiatra, al igual que los internos, también desarrolla estrategias de adaptación. Muchas veces para solucionar los problemas asociados a su rol, el abandona el trabajo estatal y se retira al mundo privado. Cuando no quiere dejar el hospital, surgen otras posibilidades, por ejemplo querer redefinir su rol renunciando a la actividad asistencial y dedicándose al mundo administrativo de la institución, o abandonando la terapia individual con los pacientes para trabajar en terapias sociales, incluyendo a la familia del interno. También puede volverse a la investigación psiquiátrica, o replegarse lo más posible de los pacientes reemplazándolo por un trabajo de oficina, o dedicarse al trabajo psicológico con grupos inferiores del personal. Por otra parte, una estrategia de adaptación es que éste intente hacer un esfuerzo por convencer al paciente de que él sabe muy poco, lo cual estaría destinado al fracaso, ya que la definición social del médico es de alguien que sabe. El punto es que si no utiliza alguna de estas estrategias de adaptación, corre el riesgo de volverse cínico frente a su rol, con lo que terminará protegiéndose a sí mismo y no a los pacientes.

Por otra parte, la historia o ficha clínica también desempeña un rol, en tanto demuestra que en el paciente un proceso morboso se ha ido infiltrando, hasta que se ha convertido en algo completamente patológico. Aquí se registran diagnósticos, los cuales pueden ser tremendamente vagos e imprecisos, aspecto reconocido por el personal, pero que sin embargo tienen la facultad mágica de reducir a una unidad simple la naturaleza del paciente. A través de la ficha clínica es posible desatender el funcionamiento normal del paciente, se trata de un marco de referencia técnico que pone el acento en el modo de engendración de la enfermedad sin incluir la contribución del hospital a ella. De alguna manera, esto habla de la transferencia que ubica a los pacientes en el lugar marginado de lo patológico (Szasz en Goffman, 1961).

Este proceso de transferencia puede diferenciarse según Goffman de lo ocurrido en las terapias de grupo. Si bien reconoce que esta sería la terapia de carácter verbal más importante que reciben los pacientes, de todas formas, los

terapeutas ante las quejas de los pacientes intentarán convencerlos que los conflictos que tienen con la institución, la sociedad o su familia, son conflictos que le pertenecen a él y le sugiere que desista de alterar la acción de estos agentes y que en vez de ello, reordene sus propios conflictos internos. Para el autor, se trata de un esfuerzo de transformar al paciente en un sistema cerrado que necesita servicio. Este punto es interesante, en tanto permite mirar la transferencia que sostiene el hospital hacia los pacientes, ubicándolos en el lugar de la culpabilidad. Este aspecto podría dar luces sobre cómo la transferencia hospitalaria ofrece un marco para la construcción de la transferencia de los pacientes.

Habría dos imputaciones más a la naturaleza del paciente. La primera se refiere a que cuando un paciente se compromete en una actividad para asegurar su estadía o retención en el hospital, esto es interpretado por el personal como indicio de que el paciente no está preparado para marcharse porque aún está muy enfermo. Lo que no se considera es que hay varias otras razones por las que el enfermo no quiera salir del hospital, por ejemplo la estigmatización de ser un enfermo mental y las consecuencias que esto arrastra para la calidad de vida y oportunidades que pueda tener en el mundo exterior. Además, es probable que cuando el paciente esté listo para el egreso, sea coincidente con el momento en que él ha aprendido bien sobre el sistema institucional, y ha logrado, por ejemplo, una posición deseable al interior de la sala. Resulta interesante pensar los motivos que hacen que un paciente no se vaya del hospital, éstos no necesariamente tienen que ver con estar más o menos enfermo, sino con lo que deben enfrentar en el mundo exterior.

La segunda imputación que se le hace al paciente desde el modelo médico se refiere a la súbita alteración de la conducta del paciente; la conducta es tomada como el reflejo de la organización de su personalidad. Se trata de recaídas, regresiones o remisiones espontáneas, que si bien no tienen noticia de por qué se producen, les provoca alivio pensar que tienen control sobre ellas o que pueden manejarla desde el modelo médico. Esto descarta la posibilidad de mirar estos fenómenos dentro de una perspectiva social.

Lo que sugiere Goffman, es que esta manera de definir la naturaleza del paciente, le permite al modelo médico convertirlo en una clase de objeto que requiere de los servicios psiquiátricos, es decir, se lo convierte en un objeto de servicio, aunque haya muy poco servicio disponible para ofrecerles.

El personal de la institución también tiene una definición de la naturaleza del paciente, la cual es importante considerando que el personal tiene la voz de la institución. Primero, el hecho de que el paciente esté en el hospital, significa de inmediato que está mentalmente enfermo, ya que el hospital psiquiátrico es para tratar enfermos mentales. También refieren que el hospital proporciona al paciente un sentimiento de *seguridad* y un alivio de las *responsabilidades* diarias, siendo ambos, dones terapéuticos.

“Pueden mencionarse otras transferencias más. La regimentación se definiría como un marco de referencia terapéutica, destinado a apaciguar la inseguridad; la promiscuidad social forzada con una multitud de compañeros de internación, heterogéneos y desagradables, como una oportunidad para aprender que hay otros que están peor” (Goffman, 1961, pág. 373).

Respecto del alta, ésta suele tomarse como prueba de que ha ocurrido una mejoría gracias a los mecanismos de la institución, siendo en realidad muchas veces otros los motivos por los cuales se egresa un paciente, como por ejemplo, la superpoblación de pacientes o la remisión espontánea. En cambio, la imposibilidad de dar el alta se asocia a las dificultades propias de la enfermedad del paciente, lo que lleva a corroborar de todas formas el modelo médico. Para el autor, incluso un gran número de altas podría demostrar el mal funcionamiento del hospital, ya que debido a la escasez de tratamiento real, la mejoría se produce a pesar de la hospitalización.

Si bien, Goffman hace una crítica y muestra las dificultades de la aplicación del modelo médico al hospital psiquiátrico, no desconoce que también se dan

tratamientos que resultan útiles para los pacientes. Refiere que los hospitales psiquiátricos se mantienen no porque permita dar trabajo a un grupo de personas, sino porque hay un mercado para ellos. Probablemente si los cerraran, la sociedad y los mismos pacientes exigirían un nuevo establecimiento para satisfacer sus necesidades. Esta crítica no supone tener una solución mejor para el manejo de los enfermos mentales. Sin duda, el personal psiquiátrico tiene un rol complejo, nada fácil.

De estos postulados se derivan algunas de las hipótesis de la presente investigación; por una parte, la representación que se tiene de la institución psiquiátrica no puede desprenderse de las representaciones que se han dado históricamente a estos lugares y a la locura. Y por otra, la dependencia a estas instituciones se encuentra atravesada por la alienación y sometimiento al médico o su discurso, siendo el yo, como entidad subjetiva, agredido y violentado. El objetivo es discutir cuánto de esto se encuentra presente en la relación que mantienen los pacientes con la institución y sus tratamientos, para lo cual es necesario escuchar a los propios pacientes. En este caso específico se trata de los pacientes que se atienden en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak, por lo que se vuelve relevante conocer algo de la historia de esta institución, en tanto historia particular, y en tanto también carga consigo parte de la historia universal de la locura y la internación.

1.2 Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: *Hospital para locos*

Esta institución es un lugar que data de una larga historia y tradición, se trata del primer establecimiento creado en Chile para acoger a los alienados. El 8 de Agosto de 1852 es inaugurado como la “Casa de Orates de nuestra Señora de Los Ángeles”, ubicada primero en el barrio Yungay y trasladada posteriormente, en 1858, al sitio que ocupa hoy en día en la calle Olivos. Previo a la construcción de esta casa, los locos se encuentran vagando libremente por los campos y pueblos,

algunos eran encerrados en hospitales y los menos eran encerrados en sus casas. Las familias más pudientes mandaban a sus enfermos a la Casa de Locos de San Andrés de Lima. *“Si eran pacíficos, vagaban por las ciudades y campos, o se les encontraba en las cercanías de las iglesias, provocando la piedad de algunos, las risas y burlas de otros. Si los dementes provocaban actos antisociales, se les recluía en las cárceles, en los hospitales o en sus casas. No existía en Chile un hospital para enfermos de la mente”* (Ahumada, 1954, pág. 58).

En 1856 se dicta una ley que involucra a los lugares de locos en los asilos de alienados y otros similares. Se pone énfasis en la admisión de indigentes o en aquellos que alteren la tranquilidad u ofendan la moralidad pública. En 1883 los enfermos quedan a cargo de las Hermanas Hospitalarias de San José, congregación chilena.

Al revisar textos de la época nos encontramos con una mirada sobre la locura no muy distinta a la planteada por Foucault. “Estudio sobre la hospitalización de la locura” es un artículo que data de 1896. Ziilleruelo, su autor, refiere que en la época en que es construida la Casa de Orates, el alienado no era considerado como un enfermo mental, sino como un ser sobrenatural, poseído del demonio y tratado peor que un preso *“nuestra casa de Orates se edificó dándole ese aspecto funebre i sombrío que ha conservado hasta hace poco tiempo i que la hacía aparecer a los ojos del visitante más bien como un presidio que como un sitio de retiro i asilamiento de un regular número de enfermos”* (pág. 33, 1896). El texto hace alusión a “desgraciados” e “infelices” para referirse a los sujetos que eran recibidos en este lugar. A medida que crecía el número de enajenados, el hacinamiento aumentaba en los cuartos oscuros, sin ventilación y en condiciones higiénicas deplorables. Los registros refieren que en 1894 había 897 enfermos encerrados en un lugar construido para 272 individuos.

“La Casa de Orates (...) fue planeada con criterio político, es decir, como un depósito de enfermos. Orientada así en la finalidad de secuestrar al enajenado, experimentó un gran avance en este sentido, desviando su atención a la importante

y fecunda asistencia de los pacientes agudos” (Vivado, Larson y Arroyo, 1939, pág. 52). La preocupación social frente al enajenado, era librarse de sus reacciones peligrosas. Durante los primeros 23 años de existencia, el recinto no contó con personal médico especializado. Existe un evidente atraso conceptual respecto de la enfermedad mental, lo que tiene como efecto un atraso en la instalación de una práctica psiquiátrica curativa y preventiva. Para Vivado, Larson y Arroyo (1939), en estos momentos la misión de la psiquiatría es, principalmente, la defensa social, que significa apartar de la sociedad a los peligrosos o antisociales. La consecuencia de ello es que la asistencia psiquiátrica se orienta hacia el tratamiento de los crónicos, siendo sinónimo de encierro o secuestro.

Lentamente y a medida que avanza el conocimiento, la institución se va modificando desde un lugar de reclusión y asilo hasta alcanzar la categoría de Hospital. No se trata de periodos sucesivos, sino de etapas que se van superponiendo, de manera tal que siempre existen trazos de épocas más antiguas. Hacia 1900 La Casa de Orates tiene más de 1.000 pacientes. Y desde 1901 a 1931 es un periodo en que se insiste en abandonar los tratamientos de aislamiento, camisas de fuerza y reclusión, para instalar otros tratamientos como; largos baños, terapia eléctrica, reposo en cama, terapia de trabajo, y también terapia de la libertad que consistía en dejar salir a pasear a algunos enfermos. Los pacientes asisten a diferentes talleres y fábricas, actividades complementadas por las Ordenes de los religiosos Hermanos de San Juan de Dios y las religiosas Hermanas Hospitalarias de San José (Escobar, 1990).

Entre 1895 y 1906 se efectúan nuevas habilitaciones, destacándose los Departamentos de Crónicos, el Salón del Teatro Grez, el Laboratorio para Autopsias, la Biblioteca y otras dependencias.

En 1920 La Casa de Orates se dividía en tres secciones con diferentes jefaturas y funcionarios; cuenta con el manicomio para los pacientes crónicos, con una sección de Hospital Psiquiátrico para ingresos voluntarios y pacientes en observación. Y un Asilo de Temperancia para los bebedores. En 1923 se adquiere la

chacra Quinta Bella donde se envían los pacientes convalecientes y en 1928 se compra el fundo El Peral que funciona como un Open Door para la rehabilitación de algunos pacientes (Murillo, 1998). Este mismo año la Casa de Orates pasa a denominarse “Manicomio Nacional” que significa *hospital para locos*, transformando parte de su estructura en unidades hospitalarias donde se ponen en marcha nuevos tratamientos para los alienados.

La distribución se divide en; *pabellones de observación, pabellón de pensionistas de 1era clase y 2da clase, pabellones de convalecientes, enfermería, pabellón de semitranquilos, pabellón de los epilépticos, pabellón de los sucios y de los agitados*. Esto da cuenta de cierta manera de mirar y entender la locura, aún muy cercana al presidiario, marginado y excluido social. Estos cambios también muestran que el problema de salud mental ya no es un problema religioso, sino un problema de la medicina que debe ser abordado desde la razón, en tanto existe una especificidad de la enfermedad mental.

“Establecido ya como un axioma que el enajenado es un enfermo como cualquier otro, hay que abandonar la idea de solo recluirlo, con lo que antes se contemplaba el bien colectivo de seguridad social” (Malbrán, 1937). Esto implica que la institución debe especificar su atención y lugar al interior del campo de la Salud Mental.

Previo a 1930 los tratamientos con los que se disponían era electroterapia, sedantes como el bromuro, hipnóticos, antisifilíticos y antimaniacos. Posteriormente se comienza a implementar el coma insulínico, electroshock y terapia aversiva (Murillo, 1998).

En 1955 el Manicomio Nacional pasa a llamarse “Hospital Psiquiátrico”. En los años sesenta, el Hospital contaba con cuatro Servicios Clínicos y en los setenta se suman Psiquiatría Infantil, Medicina, Neurocirugía Estereotáxica, Posta Antialcohólica y Talleres de Rehabilitación de distinto tipo.

En el año 1983, el Establecimiento es acreditado como Instituto y se denomina “Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak”, el que se plantea como un establecimiento hospitalario de referencia nacional para patologías en salud mental de alta complejidad y con una importante función docente y de formación para médicos especialistas y otros profesionales del área de la salud mental. Ya no tiene la cualidad de asilo que sostuvo por más de un siglo, vive en la actualidad los frutos de una reforma que implica una atención mejorada y una integración a las redes de atención psiquiátrica, lo que se basa en la concepción de un sujeto que puede ser rehabilitado y reinsertado socialmente mediante el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento. De todas formas, es una institución que en sus orígenes carga con el imaginario del enfermo mental alienado, el abandono social, la cronicidad y la irreversibilidad; imaginario que parece difícil de ser removido de la memoria social.

Esto nos conduce a preguntarnos por las instituciones psiquiátricas, no solo desde la perspectiva sociológica de Goffman, y la visión histórica-filosófica de Foucault, sino también desde el psicoanálisis, en tanto puede contribuir a responder interrogantes respecto del funcionamiento y la lógica de las instituciones como tales, y particularmente de las dinámicas específicas e inconscientes que se dan en las instituciones psiquiátricas o terapéuticas.

Como plantea Bleger (1961), el psicoanálisis tiene una trascendencia social, en tanto es un método de investigación que aporta valiosa información sobre las leyes psicológicas que rigen la salud y la enfermedad, y porque nos permite comprender los efectos de ciertos sucesos en la formación y evolución de la personalidad. Se trata de un método de investigación que aporta conocimientos respecto de la materia que se investiga, en las condiciones en que lo hace.

1.1 La Institución

Bleger (1966) nos ofrece una definición de institución, basada en parte, en lo propuesto por Fairchild en su diccionario de sociología; *“Organización de carácter público o semi público que supone un cuerpo directivo y, de ordinario, un edificio o establecimiento físico de alguna índole, destinada a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado (...)”* (pág. 45). Lugar donde se dan una serie de fenómenos humanos que se relacionan con la estructura, la dinámica, las funciones y objetivos de la institución, y que por lo mismo ofrece un campo de investigación e intervención para la psicología.

Para Bleger, la institución forma parte de la organización de nuestra personalidad, refiere que es posible plantear que en ciertos sectores de la personalidad, el esquema corporal incluye la institución o parte de ella, o viceversa. La forma y la medida en que ello se da, va a configurar distintos significados y valores de la institución para los diferentes individuos o grupos que a ella pertenecen.

El ser humano va a encontrar soporte, apoyo, seguridad, elementos de identidad o pertenencia en las distintas instituciones. Un punto interesante que plantea el autor, es que mientras más inmadura sea la personalidad, mayor será el nivel de dependencia hacia la institución y más difíciles las posibilidades de cambio o separación de ella. Distinto de lo que ocurre con personalidades más integradas, que tienden a establecer relaciones más independientes del soporte que le presta una institución particular. Entonces, a diferencia de los postulados sociológicos de Goffman y Foucault, Bleger incorpora una mirada psicológica a la institución y propone que *“(...) toda institución no es solo un instrumento de organización, regulación y control social, sino que al mismo tiempo es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad, y de la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de éstas se hallan cristalizada en las instituciones; en las mismas se dan los procesos de reparación tanto como los de defensa contra las ansiedades psicóticas”* (Bleger, 1966, pág. 67).

Así, la institución también se halla reflejada por lo que los seres humanos proyectan en ella y no solo debido a las leyes objetivas de su propia realidad social. Una de las dificultades que se desprende de esto es que las posibilidades de la institución de ofrecer seguridad, gratificación, reparación y desarrollo de la personalidad, pueden ser muy limitadas. Esto puede transformarse, en algunas instituciones, en una fuente de empobrecimiento y estereotipia del ser humano, de hecho la estereotipia es una de las defensas que utiliza la institución ante el conflicto, lo que se transforma a la vez en un problema necesario de resolver. Desde el punto de vista psicológico esto ocurre porque en la institución están actuando ansiedades psicóticas propias de los seres humanos, o bien responde a que la institución se ha convertido principalmente en un sistema de control externo de esas ansiedades.

“Una fuente de infelicidad y distorsión psicológica de los seres humanos en la institución se basa en la estructura alienada de las instituciones, relacionada con la misma estructura alienada de todo el sistema de producción y distribución de la riqueza” (Bleger, 1961, pág. 68).

Lo que a Bleger le va a interesar investigar es todos esos esfuerzos que los seres humanos invierten en la institución para que esta no cambie, al mismo tiempo que se esfuerzan en modificarla porque la consideran inadecuada o insuficiente. Resulta relevante ver cómo los sujetos alienados y sometidos a instituciones alienadas se refuerzan en una resistencia al cambio. Las instituciones serían depositarias de las ansiedades psicóticas y se configuran como sistemas de control o defensa ante dichas ansiedades.

Para el autor, los seres humanos a través de las instituciones pueden enriquecerse o empobrecerse, aquello que comúnmente se le llama adaptación se trata del sometimiento a la alienación y a la estereotipia institucional. En la adaptación lo que ocurriría sería un proceso de homogenización, en cambio en la integración el individuo se insertaría con un rol en un medio heterogéneo pero que funciona de manera unitaria. Es común la tendencia a confundir la integración con la

aglutinación, que a veces se da en grupos e instituciones homogenizadas con individuos despersonalizados.

“Todas las instituciones tienden a retener a sus miembros y formalizarlos en una estereotipia espontánea y fácilmente contagiosa. Esta homogenización se cumple de acuerdo con las estratificaciones de mando, de tal manera que al estatus superior se le vea facilitada la tarea de mando” (Bleger, 1961, pág. 68). Los conflictos de los altos mandos suelen ser canalizados y actuados en los mandos inferiores; un nivel bastante más homogéneo, ambiguo y dependiente.

Así, al ser las instituciones lugares donde se depositan las partes más inmaduras de la personalidad (mientras más regresiva más estereotipias) se genera una mayor resistencia al cambio, justamente porque implica cambiar algo no solo de la institución, sino también de la personalidad.

Para René Kaës (1987) la institución es algo que nos precede, nos piensa, nos habla, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y discursos. Cuando logramos comprender esto, podemos pensar que la institución nos estructura y sostiene algo de nuestra identidad, en tanto es un sistema de vinculación en el cual el sujeto interviene y a la vez es una parte constituyente de ella. Esto implica asumir que la vida psíquica no se centra exclusivamente en un inconsciente personal, sino más bien, que una parte de ese inconsciente le pertenece a las instituciones en las cuales se apuntala.

La institución sería un producto social y cultural, por lo tanto contraria a lo establecido por la naturaleza. *“La institución es el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: se inscribe en la permanencia”* (pág. 22). Cada institución tendría un fin que la hace identificable y la distingue, además de las diferentes funciones que cumple. Según Dumézil (en Kaës, 1987) dichas funciones serían jurídico-religiosas, defensivas o de ataque, y productivas o reproductivas. Las instituciones asistenciales tienden a cumplir funciones mixtas y complejas.

Kaës enriquece esta definición de institución con los aportes realizados por Castoriadis respecto de la articulación entre lo instituyente y lo instituido, y que tiene relación con la manera en que se da en la institución lo simbólico. Castoriadis (En Kaës, 1997) plantea el lugar de lo imaginario en la institución como aquello que permite la producción y el movimiento de los símbolos, los cuales evolucionan y están ligados a la historia. Se trata de la atribución de nuevas significaciones a símbolos ya existentes. Lo imaginario tiene la característica de tener una vertiente individual y una social. Lo imaginario individual sería preexistente a y preside toda organización de la pulsión, y *“Lo imaginario social, con la necesidad de la organización y de las funciones, está en la fuente de la institución y en la base de la alienación: la alienación es el momento en que lo instituido domina a lo instituyente”* (pág. 24).

Para Kaës la institución no es solo una formación social y cultural, sino también, al igual que para Bleger, realiza funciones psíquicas múltiples para los sujetos, tanto en su estructura, como en su dinámica y su economía personal. Estas funciones aportan a la regulación endopsíquica y además aseguran las bases de la identificación del sujeto con el conjunto social. La institución es el lugar donde pueden ser depositadas y contenidas algunas partes de la psique que escapan a la realidad psíquica. De esta manera es un campo de trabajo sobre el cual es posible pensar la relación objetal en la institución, la constitución de identificaciones imaginarias y simbólicas, cuestiones sobre la ley y el encuadre, y sobre la transferencia de funciones. Por otra parte, la vida psíquica misma supone la institución y constituye una parte de nuestra psique.

De esta manera, la institución nos precede y al igual que la función que cumple el “otro”, nos introduce en el orden de la subjetividad, lo que significa que la institución predispone las estructuras de la simbolización mediante; la ley, la introducción del lenguaje articulado y los referentes identificatorios. Tiene una doble función psíquica; nos estructura y a la vez funciona como continente de lo indiferenciado.

Para Enríquez (1987) las instituciones se tratarían de sistemas culturales, simbólicos e imaginarios. *Culturales*, en tanto ofrecen un sistema de valores y normas, y un sistema de pensamientos y acción. Ofrecen un armazón estructural que definen una determinada manera de vivir en la institución. También desarrollan procesos de socialización y formación de los diferentes actores de ella, donde cada uno puede definirse en relación al ideal propuesto.

Es un sistema *simbólico*; cuenta, inventa, evoca o construye una historia que ocupa la memoria colectiva, que le sirve a sus miembros como sistema de legitimación, otorgándole sentido a sus prácticas y a sus vidas.

Y es un sistema *imaginario* “*en la medida en que la institución va a tratar de atrapar a los sujetos en la trampa de sus propios deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencia o en su demanda de amor, fortaleciéndose de poder responder a sus deseos en lo que tienen de más excesivos y arcaicos (...) y de transformar sus fantasías en realidad*” (pág. 91). Es un sistema imaginario porque también la institución le permite a los sujetos protegerse en términos de su identidad, de sus miedos de destrucción y de la angustia de fragmentación generada en la vida institucional.

1.2 Instituciones terapéuticas e instituciones psiquiátricas

Para Bleger (1961) el contacto con la enfermedad y la muerte genera altos niveles de ansiedad; crea necesariamente en los equipos de médicos y auxiliares, comportamientos defensivos de distinto tipo. Por ejemplo; cuando las tensiones en el equipo médico no son explicitadas y resueltas en ese nivel, son desplazadas al personal auxiliar o a las relaciones entre los pacientes y el personal. Los médicos tienden a adoptar una actitud omnipotente, lo que se conjuga con la dependencia de los pacientes, facilitada por la regresión a la que lleva la misma enfermedad. A los

pacientes se les exige de una manera implícita que se porten bien, es decir, de una manera dependiente.

Los altos niveles de ansiedad provocado por estas situaciones, muchas veces se combina con el uso alienante y abusivo de fármacos, particularmente sedantes e hipnóticos. Para Bleger esto solo viene a encubrir las situaciones de conflicto. Otra circunstancia de conflicto institucional tiene relación con la necesidad inconsciente del médico de retener a su paciente, el cual inconscientemente también desea ser retenido desde su necesidad de dependencia. Se estructura lo que él llama “una simbiosis hospitalaria”, donde se vuelve difícil dar altas en tanto implica para el médico reintroyectar todo lo que el tenía depositado o proyectado. Y por el lado del paciente, quien está en un estado regresivo, el alta moviliza sus ansiedades ya que implica reubicarse en la vida extrahospitalaria, y asumir responsabilidades, obligaciones y conflictos de los que estaba separado durante la internación. Punto de encuentro con los postulados de Goffman, quien también observa que muchas veces los pacientes no se quieren ir del hospital por el temor que les genera retomar sus actividades, roles y responsabilidades.

Bleger plantea que las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar. En las instituciones que atienden enfermos mentales se da una fuerte disociación entre los objetivos explícitos e implícitos de la institución: *“entre los primeros se halla, evidentemente, el propósito de curar enfermos mentales, pero en contradicción con ello el instituto psiquiátrico tiende a defender a la sociedad del alienado, segregándolo, y en este sentido la institución tiende en su organización total a consolidar la alienación y la segregación del enfermo mental”* (1961, pág. 74-75). Es en este sentido que la institución tiende a adoptar la misma estructura que aquellos problemas que debe enfrentar.

“El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes: los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte

deprivación sensorial, que refuerza y afianza la alienación de los pacientes” (Bleger, 1961, pág. 75).

Las instituciones son los instrumentos de la sociedad; tienden a reprimir y segregar a aquellos que se manifiestan como síntomas de una sociedad perturbada, entre ellos los locos (igual que las prostitutas y los delincuentes). Ubicarse en una postura distinta implicaría tomar conciencia de aquellos conflictos que denuncian una sociedad que crea alienados, prostitutas y delincuentes. Esto se entiende de mejor manera, si recordamos que las instituciones sociales cumplen la función de servir para depositar o proyectar la personalidad sincrética, por lo que movilizar la organización de la institución implica generar un movimiento en aquellas ansiedades psicóticas depositadas. Al paciente le es más fácil manejar su personalidad inmadura en un marco rígido más que un mundo de la realidad cambiante y dinámica.

En instituciones psiquiátricas, así como en otras, es frecuente el fenómeno de la deprivación sensorial, donde se tiende a la estabilización, monotonía y estereotipia y por ende al empobrecimiento de las relaciones interpersonales. La burocracia por su parte, respondería al mismo fenómeno social y psicológico. Ambos fenómenos significan para Bleger la alienación, el empobrecimiento y la deprivación de los vínculos humanos.

Para Henríquez (1987), las instituciones terapéuticas se caracterizan por estar compuestas por individuos que por naturaleza ocupan posiciones asimétricas. Por una parte están los médicos, enfermeros, analistas, formadores que tienen técnicas específicas, y por otro, están los pacientes o “clientes” que son objetos de esas técnicas. Pero además, la institución terapéutica tiene la particularidad de que esas relaciones asimétricas son permanentes, distinto por ejemplo del niño que se convierte en padre o el alumno en maestro. Los pacientes no llegarán a ser miembros activos de la institución, además vienen en busca de ayuda, de asistencia o de consejo, hay una demanda de cura. *“Llegan llenos de esperanza y dispuestos*

a la sumisión (...), pero también con sus exigencia desmesuradas y sus posibilidades de rebelión y violencia” (pág. 93).

Henríquez en su texto “El trabajo de la muerte en las instituciones” (1987), se va a preguntar qué es lo que motiva a los operadores sociales (médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, etc.) en su relación con los pacientes. Refiere que dichas razones remiten a ciertas constantes, por ejemplo, los operadores son seres marginales, en el sentido de ser personas que no se interesan ni en la producción, ni en la decisión en el poder. Es una manera de conducirse por otra vía que la del sistema social productor-consumidor, tomando muy en serio el tema de la verdad y autonomía del sujeto. La posición marginal del operador social corre el riesgo de negar u olvidar las exigencias sociales, así como la realidad histórica en la que están comprometidos paciente y terapeuta. *“La complacencia para con su acción, el interés por su función, pueden arrastrar al terapeuta (...) a la instauración de un proceso de desrealización. En ese momento puede ponerse a creer que el amor de transferencia que se despliega es un verdadero amor y que el análisis puede reemplazar la vida” (pág. 101).*

El operador como ser marginal aspira convertirse en central, si bien, la tentación es grande, por lo generalmente el terapeuta no cae en esa trampa. En caso de no ser así, le impedirá al paciente desprenderse de él y de la relación entre ambos, puesto que el operador se ha convertido en su padre, su madre y su amante real.

Además de ser seres marginales, para Henríquez los operadores son personas preocupadas por sus problemas psíquicos. Es frecuente que el terapeuta en la relación que entabla con el paciente, realice un trabajo de exploración de su propia psique. El terapeuta al tener sus propios conflictos y caos interno, puede crear nuevos vínculos simbólicos y adoptar nuevas formas. Para Enríquez (1987), el problema fundamental que vive el terapeuta es respecto de su propio mito personal, que hace referencia a una pregunta sobre el origen, se refiere a la filiación y el parentesco, a la diferencia de los sexos y de las generaciones. Estas serían

preguntas muy activas en los operadores. Necesitan pasar por el encuentro con otros para tener posibilidades de responder estas preguntas.

El riesgo propio y para los pacientes es que al no poder tratar sus conflictos, se posicione como referencia, como el único padre, provocando un conflicto importante en el paciente. El operador puede tender a volverlo loco, enfermo o sin deseo. El deseo inverso de formar, es deformar, fragmentar al otro, romper. *“Todo padre formula inconscientemente deseos de muerte sobre sus hijos. Obsesionado por el problema de filiación, el que trabaja en lo social tiene más oportunidades que otros de hacer que esos deseos sean operantes”* (Henríquez, 1987, pág. 104).

Y por último, otro aspecto que está en juego en los operadores, es que éstos tienden a ver al individuo como un ser en proceso de cambio que vive en un intento de tratarlos. Todo terapeuta pone en el otro sus propios fantasmas inconscientes referidos al modelo del formador. El deseo de cura puede encerrar más aún a los pacientes en sus dificultades, provocando una reacción terapéutica negativa. El riesgo es no lograr escuchar realmente la queja del paciente y contestar a su demanda. Este referente de formación puede llevar obligadamente a los pacientes a un marco preestablecido de cómo debe ser o comportarse; el deseo de que aparezca otro puede llevar a desplegar las pulsiones más destructivas y autodestructivas. Para Henríquez, todo terapeuta puede caer en la tentación de abusar de su poder, perdiendo la posibilidad de ocupar el lugar de un padre referente, para convertirse en un negador y castrador de los otros.

Enríquez intenta comprender por qué la muerte o la tendencia mortífera repercute de tal forma en la institución. Refiere que *“los proyectos y fantasmas de los terapeutas se inscriben en un funcionamiento institucional que concurre al despliegue del trabajo de la muerte”* (1987, pág. 105). Para el autor este problema ocurre porque en una institución asistencial no se puede eludir el problema de la vida y la muerte física o psíquica de los pacientes.

La relación que los asistentes entablan con los pacientes esta influenciada por la relación que mantienen con la institución. A veces puede ocurrir que los asistentes se vean tentados de utilizar a los pacientes para expresar sus necesidades narcisísticas y consolidar una personalidad amenazada. Enríquez refiere que se desplegarían dos estrategias; la primera se trata de no hablar del objeto de su trabajo o hacerlo a su manera pero sin correr riesgos. Muchas veces se observa que los operadores hablan de teorías o discuten ciertas prácticas pero nunca refiriéndose al sufrimiento específico del paciente o de la relación que el equipo terapéutico establece con ellos. Una manera de entender esto, guarda relación con la necesidad de los operadores de defenderse ante la herida narcisista, y la presencia permanente del fantasma de la muerte psíquica o física del paciente. *“Cuando la locura (...) constituye la “normalidad”, el sistema cultural falla, las prohibiciones y las estructuras se vuelven frágiles: las relaciones de fuerza, que ponen en juego los cuerpos y las psiques, son susceptibles de prevalecer sobre las relaciones donde se respeta la alteridad del otro. De hecho, cuando un grupo funciona bajo la égida de la relación de fuerza, nunca está lejos de la muerte, física o mental”* (Henríquez, 1987, pág. 111).

Quienes atienden a los enfermos también están expuestos a la muerte y a la agresión física y psíquica por parte de sus pacientes, de los cuales sienten miedo. El ataque al vínculo los hace sentir destruidos en su acción y en su ser. Pero la violencia también puede producirse cuando hay relaciones de confianza entre los pacientes y el equipo asistencial; como si la proximidad excesiva no permitiese que los pacientes expresaran su angustia y protesta si no fuera de forma explosiva. Esto confirma que el objeto externo sigue siendo una amenaza para la psique, aunque este se comporte de buena manera. Puede ocurrir también, que los cuidadores se sientan fascinados por la enfermedad de sus pacientes y se coludan con sus delirios. Los asistentes pueden ser manipulados por los pacientes, estos pueden llevar al equipo asistencial a realizar acciones irreflexivas que amenacen su equilibrio. De esta manera, podemos decir que no solo los pacientes se sienten en riesgo, sino también, quienes los atienden, y desde aquel temor y ansiedades se ponen en práctica mecanismos protectores.

La segunda estrategia planteada por el autor consiste en utilizar a los pacientes directamente para regular los problemas de grupo. *“Las relaciones de poder instituidas que existen en el equipo pueden modificarse o modularse gracias al poder que ejercen de modo real o ficticio algunos miembros, jerárquicamente ubicados en posiciones subalternas, sobre algunos enfermos”* (Enríquez, 1987, pág. 112). En una institución terapéutica todos pueden querer modificar el comportamiento de los pacientes de manera distinta e incluso contradictoria. Algunos van a ejercer más influencias que otros, el punto es que dichas contradicciones puede acarrear conflictos de diversa índole; ya sea de estatus, teórica, de acción y de personalidades. Los pacientes se convierten en seres manipulados y manipuladores de la situación. Dicho ambiente contradictorio puede llevar a enloquecerlos, o a dejarlos atrapados en un proceso de fragmentación, ya que no son contenidos ni tratados por una ley organizadora. Más bien, la rivalidad y la afirmación narcisística de los operadores, los lleva a experimentar directamente en su psique la violencia de la fragmentación institucional.

Para el autor, una salida posible a esta tendencia del tánatos en la institución, estaría dada si las instituciones terapéuticas decidieran no espantarse ante la muerte y pudiendo permanecer en ella permitiendo que surja la posibilidad de la vida.

Por otra parte, Laurent (2000) señala que los esfuerzos institucionales en salud mental tienden a fomentar el establecimiento de reglas con fines utilitaristas que fomentan las identificaciones. Sin embargo, destaca la desconfianza a las identificaciones, que transmiten ideales dentro de ideologías del superyó que presentan formas violentas de hacer desaparecer el sentido, además de la emergencia del sujeto y su deseo dentro de esto. Los esfuerzos de las instituciones en salud mental deberían propiciar las particularidades de cada sujeto, no ahogándolo con la causalidad o el imperio del superyó.

Las instituciones que trabajan con fines terapéuticos tienen objetivos distintos a lo que puede ser una organización que funciona en términos de un engranaje orientado a un resultado objetivo, como la producción de un producto. Un fin terapéutico implica un interjuego de distintas subjetividades en interacción para lograr una cura, o en su efecto, ciertos cambios que posibiliten cierta sanidad en nudos conflictivos de un individuo, lo cual involucra a aquellos llamados “pacientes” y a otros, denominados “terapeutas”. Campo de interacción que conjuga dinamismos importantes de reflexionar, en el sentido del impacto que generan en los equipos para favorecer la cura o la patología en la relación establecida.

Los aportes de Pulido (2008) en su texto “Los equipos de salud mental y los factores terapéuticos” son interesantes de pensar a la luz de la importancia que cumple la función terapéutica de los equipos de salud mental en el abordaje clínico de las enfermedades psiquiátricas. Dicho rol guarda estrecha relación en cómo los equipos enfrentan las tendencias antiterapéuticas que proliferan en toda institución terapéutica o psiquiátrica.

Las instituciones de salud mental pueden convertirse en instrumentos terapéuticos o en medios patógenos a la hora de ofrecer tratamiento a sus pacientes; contradicción que le compete absolutamente a las instituciones terapéuticas y a los hospitales psiquiátricos. Aquello que se vuelve fundamental en el trabajo con este tipo de pacientes, no tiene relación con las acciones específicas que los miembros desempeñan, sino más bien, con la capacidad que tengan para analizar y elaborar constantemente las tendencias antiterapéuticas que emergen en este tipo de instituciones. Aquellas tendencias, generalmente están condicionadas por la cultura de la institución de salud mental de la que son parte y también por las dinámicas y relaciones que se establecen con los usuarios (Pulido, R., 2008).

Para Pulido, los hospitales psiquiátricos permitieron estudiar y comprender mejor ciertos mecanismos básicos del funcionamiento de toda institución, y que operan, muchas veces, obstaculizando los procesos terapéuticos. En esta línea, propone distinguir entre *separación* y *escisión*, ya que la confusión de ambas trae

consecuencias tanto para los pacientes como para los operadores. La separación implica un grado de madurez psíquica, conlleva aceptar la propia soledad y hacerse cargo de los propios deseos, esto significa poder elaborar fantasías de omnipotencia narcisista y de fusión simbiótica con el todo. En cambio, la escisión lleva a una anulación de toda diferencia, lleva al aislamiento y por lo tanto a la muerte simbólica del otro. *“Aún cuando las actuales instituciones terapéuticas funcionan y se organizan con modalidades diferentes a las de los viejos manicomios, no están eximidas de estas dinámicas: apenas ellas se constituyen alrededor de la escisión y no de la separación de los tratantes y tratados, reproducen la mismas “enfermedades institucionales” de los hospitales psiquiátricos que creyeron haber resuelto”* (Pulido, 2008, pág. 128).

Que la institución pueda cumplir una función terapéutica o patógena va a depender del grado en que los miembros del equipo tratante acepten o no la diferencia del otro, y también en la medida que puedan identificar y elaborar las escisiones, así como también la tendencia a la homogeneidad y a que nada cambie. De alguna manera estos eran los objetivos de las *psicoterapias institucionales*; modelo de intervención que busca promover y desarrollar habilidades autoreflexivas de la institución. Esto permitiría que el equipo terapéutico sea capaz de enfrentar las complejidades de su propio ejercicio y las exigencias externas, a la vez de poder otorgarle sentido a las acciones que realiza. La idea es lograr poner en movimiento procesos de mentalización y elaboración frente a los conflictos y angustias; para ello es necesario promover constantemente la autocrítica y estimular la autonomía del equipo.

Pulido centra su atención en estructuras donde la institución se constituye como un organismo total, presentándose a sí misma como el motor de transformaciones terapéuticas. Un ejemplo de este tipo de institución son las comunidades terapéuticas, los hospitales de día, los centros diurnos, programas de rehabilitación, entre otros. Ahora bien, para que se llegue a constituir una institución de estas características se necesitan como mínimo dos condiciones: que el grupo de operadores se constituya como un equipo (y no como pseudo equipo) y que el

equipo se mantenga vivo ante las tendencias mortíferas que emergen en toda institución.

“Introducir en las prácticas psiquiátricas la idea que los equipos son el instrumento terapéutico, no es en ningún caso una tarea simple, por el contrario, es una noción compleja y difícil de asimilar, pues demanda que la institución y sus miembros superen, en alguna medida, la dicotomía individuo-grupo y reconozcan la naturaleza también intersubjetiva que subyace la psicopatología” (2008, pág. 132).

Bajo esta perspectiva, cuando se trabaja con pacientes graves, fácilmente las dinámicas grupales y relacionales se ven invadidas por elementos destructivos. Existe el riesgo de abandonar la función y la potencialidad terapéutica del equipo si no se desarrollan sus capacidades auto-reflexivas y se despliegan en el grupo. Que un equipo ejerza una función terapéutica o patógena, depende en gran medida de un fenómeno central que interviene en el trabajo, y es que existe una constante y recíproca influencia entre el enfermo y el equipo tratante.

Stanton y Schwartz (1954) planteaban que cuando en el equipo tratante se produce una discordancia sobre un enfermo, ésta manifiesta el conflicto mismo del paciente. Los enfermos captan con prontitud cuando hay una incongruencia en el equipo, situación que los lleva a agravarse si no se resuelve oportunamente (en Pulido, 2008).

Cuando el equipo se vincula con la enfermedad del paciente de una manera más total, por lo general se genera una situación emocional compleja que excede los recursos del operador singular, al igual como lo va a plantear Menzies en su estudio con las enfermeras del Hospital General. Situación que frecuentemente hace que el operador despliegue una serie de estrategias para involucrar al resto del equipo, como una manera de poder compartir sus emociones y sentimientos, liberar y descargar angustias (Pulido, 2008).

Por otra parte, hay algunas experiencias de observación bastante interesantes que arrojan luces sobre lo que ocurre en los equipos de salud a nivel inconsciente en el trabajo con pacientes. Ambas experiencias tienen lugar en Londres. Por una lado, nos encontramos con el trabajo de Isabel Menzies (1970): *observación a un equipo de enfermeras en un Hospital General de Londres*. Y por otra, con las descripciones de Matías Sanfuentes (2007). *Observación de una unidad de pacientes psiquiátricos con antecedentes delictivos en el Reino Unido*.

Menzies (1970) realiza una investigación en un servicio de enfermería de un hospital general de Londres. Su estudio arroja interesantes observaciones respecto de un grupo de enfermeras y la relación con los pacientes y las demandas institucionales. Analiza los fuertes e intensos sentimientos de ansiedad experimentados por ellas y busca explicarlos, así como también comprender la naturaleza de los métodos que utilizan para aliviar dicha sensación, y que evidentemente guarda relación con un funcionamiento inadecuado. Si bien, se trata de un estudio realizado en un hospital general y en un grupo de enfermeras, de todas formas son observaciones que resultan aplicables a otras instituciones terapéuticas en donde la tarea principal también está orientada al cuidado y tratamiento de personas con enfermedades. Además, son observaciones que se interpretan utilizando algunos postulados psicoanalíticos.

Esta autora toma los aportes de Freud y de Klein respecto de la fantasía y los mecanismos defensivos para realizar su análisis. Plantea que *“la enfermera asocia inconscientemente la inquietud de los pacientes y los parientes con la que experimentan las personas en el mundo de la fantasía inconsciente de la propia enfermera; y ello acentúa su ansiedad y la dificultad para manejar la situación”* (Menzies, 1970, pág. 65).

Generalmente los pacientes se muestran bastante resentidos ante su propia situación de dependencia, implícitamente ellos y sus parientes esperan que el hospital acepte y los libere de ciertos aspectos de los problemas emocionales suscitados por el enfermo y su dolencia. Sobre el hospital se proyectarían

sentimientos de depresión, ansiedad, temor y desagrado asociados a la enfermedad. Situación que se relaciona con lo planteado por Henríquez (1987), quien refiere que los pacientes vienen con una demanda de cura, la cual puede contener altas exigencias y cargada de agresión.

Para Menzies, los miembros de la organización tienen la necesidad de utilizar la *tarea* justamente en la lucha contra la ansiedad, lo cual conduce al desarrollo de una serie de mecanismos de defensa que se estructuran socialmente y que van a aparecer como elementos de la estructura, de la cultura y el funcionamiento de la organización. “*Un aspecto importante de muchos mecanismos de defensa estructurados socialmente es el intento de los individuos de externalizar y dar sustancia en la realidad objetiva a sus característicos mecanismo de defensa*” (Menzies, 1970, pág. 70). Como efecto de ello, lo que se produciría en el tiempo sería un *sistema social defensivo* (concepto de Elliot Jacques), que se desprendería de la interacción y el acuerdo colusivo –inconsciente- entre los miembros de la organización.

Los mecanismos defensivos que Menzies observa que se despliegan en el contacto de las enfermeras con los pacientes son; la *disociación*, la *despersonalización*, *categorización*, *negación* del significado del individuo, *distancia* y *negación* de sentimientos, *idealización* y *subestimación* de las posibilidades de desarrollo personal, actitud negativa frente al cambio, entre otros.

El rasgo fundamental de este sistema social de defensa, es que ayuda al sujeto a evitar experiencias de culpa, incertidumbre, duda, y la ansiedad vinculada con residuos psicológicos primitivos de la personalidad. Dichos sentimientos de ansiedad son de tal potencia y profundidad que se corre el riesgo de la desorganización personal y el caos social. Si bien, esta ansiedad se encuentra contenida de cierta manera, no habría una elaboración profunda que permitiera su auténtico dominio y modificación.

Finalmente Menzies formula que el éxito y la viabilidad social de una institución dependen o están relacionados con las técnicas que se utilizan para contener la ansiedad. Probablemente serán mayores las resistencias al cambio en instituciones en que los sistemas sociales defensivos están dominados por mecanismos de defensa primitivos (defensas esquizo-paranoides en lenguaje kleiniano).

“Puede compararse esta experiencia socioterapéutica con la experiencia corriente de la terapia psicoanalítica, en el sentido que la labor más difícil es la que se realiza con pacientes cuyas defensas son principalmente de este tipo, o en las fases del análisis en el que predominan dichas defensas” (Menzies, 1970, pág. 118).

Por su parte, Sanfuentes utiliza el método psicoanalítico de observación de organizaciones desarrollado por R. D. Hinshelwood (2000) para analizar el funcionamiento de una unidad de pacientes psiquiátricos con antecedentes penales que enfrentan la dualidad de rehabilitar y recluir a los internos. Para esto, observa un día a la semana por unas horas tomando nota *a posteriori* sobre lo ocurrido en su visita, centrado en tres temas principalmente: eventos objetivos que ocurren, la atmósfera emocional del lugar y las propias experiencias internas (contra-transferencia). El análisis realizado aborda las estrategias defensivas inconscientes que ocupan tanto los pacientes como el equipo a cargo.

La unidad tenía cupo para 14 pacientes de ambos sexos y se ubicaba en un recinto que anteriormente había sido un hospital psiquiátrico. Se caracterizaba por una diversidad de la población atendida, en términos que algunos de ellos tenía una historia de institucionalización, viviendo por 15 años en un hospital, con mayores índices de discapacidad mientras que otros presentaban un mejor funcionamiento social y mental. La mayoría de las intervenciones eran a nivel grupal, ya sea en talleres o grupos de discusión.

El autor describe situaciones de cierta desconfianza por parte del equipo que lo recibe. Le manifiestan advertencias respecto de la legalidad de los

procedimientos, o la importancia de mantener la confidencialidad, de lo contrario debería volver inmediatamente a su país de origen.

Una vez inserto en el lugar, registra su tendencia a la desconcentración como forma de no estar mentalmente ahí en ese espacio, en palabras del autor: *“El lugar me provocaba fuertes sentimientos de futilidad, sinsentido, apatía y desesperanza, los cuales me eran difíciles de tolerar”* (Sanfuentes. 2007. Pág. 7). El mismo equipo con actitudes u omisiones mostraban una tendencia a ignorar su presencia, lo que denotaba una forma de negar lo desagradable que pudiese presentarse en el lugar.

La observación de algunos talleres dio cuenta de una dificultad del equipo por escuchar cualquier dicho o acontecimiento que rompiera con el establecimiento del *status quo* institucional, como si los funcionarios se protegieran de una falta de límites a partir de mantener las normas y burocracia, perdiendo la capacidad de contención ante situaciones conflictivas. Incluso llegando a conductas y palabras agresivas hacia los pacientes para mantener lo establecido sin dar parte al análisis y trabajo sobre lo ocurrido, como por ejemplo: el desinterés de los individuos en algún tema o actividad, o por alguna discusión. Dentro de esto, la comunicación se establecía como un “modo de acción” y no como una forma de comunicarse.

“Esto conlleva una fragmentación de la capacidad del equipo tratante para discriminar las necesidades de los pacientes. La experiencia psicótica de disolución de los límites yoicos permeaba el funcionamiento de toda la organización con gran intensidad, lo que se traducía en la acentuación de fuertes sentimientos de futilidad y vacuidad” (Sanfuentes. 2007. Pág. 12).

Otro importante elemento observado por Sanfuentes es la desconexión emocional de los profesionales frente a manifestaciones intensas de los pacientes, ya sea por una fuerte carga afectiva de sufrimiento, ensimismamiento o expresiones bizarras. Ante un fuerte ambiente disruptivo los funcionarios operaban como si sus emociones las hubiesen “congelado”, las que funcionan de estrategia defensiva ante la realidad del lugar.

Esto genera en los pacientes; despersonalización, mayor ensimismamiento, aislamiento y pasividad en detrimento de lograr objetivos terapéuticos o rehabilitadores. De este modo, se contribuía a provocar un ambiente enajenador y desconectado de la realidad inmediata, no contribuyendo a mantener una práctica reflexiva para tratar la psicosis.

Hasta este punto hemos revisado algunos postulados psicoanalíticos que permiten entender dinámicas y procesos inconscientes propios de las instituciones terapéuticas y particularmente de las instituciones psiquiátricas. Se ha descrito aquellos fenómenos característicos de la institución y la interacción que se da con los pacientes. Por supuesto, son fenómenos que se interrelacionan y no es posible pensarlos separadamente, sin embargo, se vuelve necesario profundizar en aspectos que surgen y operan en la relación que el paciente establece con la institución, con el médico, con el saber de la psiquiatría, con el fármaco y con su propia enfermedad. Para ello, la noción de *transferencia institucional* es un concepto que podría otorgarnos luces y vías de acceso para comprenderlos y explicarlos.

1.3.1 **Transferencia Institucional**

Para entender algunos fenómenos que ocurren al interior de las instituciones, es fundamental considerar el concepto de transferencia institucional; concepto que podemos pensar tiene sus orígenes en el texto de Freud “Psicología de las masas y Análisis del yo” (1921). Esta es considerada la obra social de Freud donde inaugura la noción de que la vida en los grupos hay que explicarla por un elemento natural como el liderazgo, siendo a través de él que el grupo se estructura, se dinamiza y se organiza.

Freud distingue las masas originarias de las masas artificiales; estas últimas pueden sobrevivir más en el tiempo porque poseen una organización basada en relaciones jerárquicas entre funciones despersonalizadas. Esto

permite que se establezcan los mecanismos de identificación y se protejan de la disgregación. En las masas más estables y organizadas, como el estado, la unidad se produce mediante la identificación con una idea. El estado no es la masa originaria sino una idea fuerza, una ideología, un contenido que se distingue de otras ideas como la religión o la nación. Freud va a plantear que en estas masas con alto grado de organización -que se protegen permanentemente de su disolución- es posible observar con claridad ciertos nexos que en otro tipo de masas están más encubiertos.

A partir de ello, Freud toma la Iglesia y el Ejército como dos imágenes de mucha potencia; *Dios* y el *comandante* son los organizadores del grupo. Tal como lo planteaba, el grupo es la identificación de sus miembros con el jefe y la de ellos entre sí.

Se produce un fenómeno identificatorio, donde los miembros quedan supeditados al líder porque depositan en él todos sus ideales (ideal del yo). Las masas institucionalizadas, cuyos modelos ejemplares son el Ejército y la Iglesia, configuran el espacio social donde se verificarán nuestros ideales que se prolongan desde la infancia. Este elemento fuertemente identificatorio opera desde la relación que se tiene con los padres. Cuando se produce la identificación con el líder se depositan todos los elementos propios del individuo, quedando resumidos en él.

Lo que se busca es que aquel líder ame a todos por igual; el efecto es que cada sujeto identificado con su líder, en tanto ideal del yo, establece igualmente una identificación horizontal de un individuo a otro.

Al igual que la institución Estado, podemos pensar la institución hospitalaria como una estructura jerárquica con una fuerte organización, y por lo tanto como una entidad que también se defiende de la disolución mediante el mecanismo de la identificación. Se puede hipotetizar que dicha identificación opera en los pacientes o usuarios del hospital provocando una fuerte "adherencia", o un tipo de relación transferencial por la pertenencia y dependencia. Siguiendo los planteamientos de

Freud, dichas identificaciones ocurren, tanto con la ideología de la institución hospitalaria, como con los miembros de ella, es decir, los pacientes.

Se puede plantear entonces, tal como lo refiere Baremlitt (1991), que hay fenómenos de transferencia *colectiva* y no bipersonal. La transferencia se inscribiría entonces, en el dispositivo colectivo, adquiriendo características distintas a las que se dan en la situación transferencial clásica.

“Entre las potencialidades positivas está la de que la identidad común adquirida por la transferencia colectiva dará un peculiar sentimiento de poder a la masa, una capacidad de reaccionar en consenso y en armónico acuerdo, una particular disposición para la solidaridad, para sentimientos nobles de fraternidad y comunión, una especial sensación de coraje y algunas manifestaciones de altruismo y renuncia al egosimo que caracteriza habitualmente a los sujetos aislados” (Baremlitt, 1991, pág 14).

Ahora bien, aquel liderazgo planteado por Freud, podría ser ejercido no por un individuo o sujeto concreto, sino también, por alguna entidad abstracta, constituyendo un lugar donde podría ser depositada las transferencias y resistencias psíquicas. Baremlitt comenta en su texto “La concepción institucional de la transferencia” (1991), que a partir de esto, se descubrió que los pacientes de una organización psiquiátrica establecían múltiples transferencias laterales con sus iguales, así como con los equipos de médicos, enfermeras, con el equipo administrativo, con los jefes y con la organización en su conjunto. Es decir, la transferencia no era solo con el lugar físico o con la infraestructura, sino también con la ideología de la organización: sus ideales, principios, su sentido de existencia, su concepto de servicio al usuario.

“En otras palabras, los integrantes internos de una organización establecían transferencias con todas las características que estudiamos, con el concepto de locura, de psicosis, que poseía la organización, y con toda la parafernalia que arbitraba para dar cuenta de ese objeto. Esto no es más que la aplicación de las

ideas freudianas de la Psicología de las Masas en el campo de un establecimiento psiquiátrico concreto” (pág. 15).

Para Baremlitt, aquellos que se dedicaron a estudiar el mundo de las instituciones, encontraron que la clásica división freudianda de transferencia positiva y negativa también ocurría con la transferencia institucional. En la transferencia amorosa o positiva, entendida como el motor de la cura, ocurre que se repite de manera diferenciante experiencias ocurridas antiguamente, sin embargo, se trata de una repetición que puede ser utilizada al servicio del trabajo, de la toma de conciencia, y de la posibilidad de modificar aquello que se repite. Es decir, se repite lo igual y lo diferente, en cambio en la transferencia negativa lo que predomina es la repetición de lo igual, por lo tanto aquello que no se puede utilizar, convirtiéndose en una oposición al trabajo terapéutico y una resistencia.

Lo que el autor observa es que efectivamente aparecía una tendencia a repetir lo igual –al modo de una resistencia- lo cual era favorecido por las características autoritarias, cerradas o dominantes de las organizaciones psiquiátricas. Esto se establecía entre la transferencia institucional de los usuarios, considerada como resistencia y la contratransferencia institucional conservadora de toda organización; lo que él llama una especie de pacto para la enfermedad, de forma que los usuarios repetían su patología provocados por la organización.

“Y la organización repetía, en la medida en que encontraba en los usuarios una transferencia erótico-dependiente o negativa, ambas resitenciales, estableciéndose un círculo vicioso, especie de baluarte que conocemos con el nombre de HOSPITALISMO” (Baremlitt, 1991, pág. 15).

Una de las consecuencias de ello, es que los pacientes responden ante la imposición de respetar los dispositivos organizacionales, enfermándose. El círculo vicioso termina en una cronificación de la patología de los usuarios, perpetuándose así la estructura represiva y autoritaria de la organización. Muy por el contrario, cuando se le permitía a los usuarios asumir de manera activa sus existencia en la

organización, se formaba un proceso de potenciación de la transferencia positiva amistosa, tanto entre los usuarios, como entre los integrantes de la institución, así como entre los usuarios y el equipo. Claramente, esta transferencia amistosa se volvía terapéutica para los pacientes y terapeutas. Esto es lo que da origen a la *psicoterapia institucional*.

De este modo, la importancia radica en que la transferencia opera de forma cruzada entre todo el colectivo; incluye tanto el equipo técnico como la ideología de la organización. Además, hay una serie de resultados terapéuticos que son efecto de la utilización de la transferencia, los cuales no son transitorios sintomáticos ni supresivos, sino estables en el tiempo.

Cuando se habla de transferencia institucional se está pensando en una teoría psicoanalítica del sujeto psíquico, por lo tanto, en la existencia del inconsciente y en el hecho de poner en movimiento la realidad del inconsciente, entendida como la transferencia. Ésta puede ser utilizada al servicio del crecimiento, de la cura o puede operar como resistencia. *“Todas (las tendencias) reconocen que la transferencia no es desencadenada exclusivamente por un interlocutor puntual y corpóreo, pudiendo efectuarse en grandes conjuntos sociales. Estos conjuntos sociales “fijan” la transferencia a aspectos abstractos como la ideología, los valores, las organizaciones, el establecimiento, el fluxograma, el organigrama, etc.”* (Baremblytt, 1991, pág. 18).

Por su parte, Michaud (1967), realiza un análisis de la relación entre la transferencia y el cambio institucional, justamente por la consideración que en el cuidado psiquiátrico el cambio desaparece muy rápido. Para hacer este análisis propone comprender la noción de cambio como: 1) corte o pérdida del objeto portador de valor, 2) aceptación de la pérdida de ese objeto invertido y 3) circulación de este objeto invertido. El cambio no es un criterio natural, ni psicológico ni psicosocial. Para que se de el cambio es necesario un movimiento similar al de la transferencia en la situación analítica. Se requiere de un lugar disponible para que el sentido de la dinámica del cambio se cumpla.

La transferencia significa contrato e implica una “demanda” que drena un deseo inconsciente. *“La institución siendo una realidad social cuya función es permitir el cambio, debe poder formular demandas del grupo. Esta formulación tiene el mismo rol que la palabra en la cura analítica”* (Michaud, 1967, pág. 7). Es decir, deseo inconsciente y cambio están ligados y la posibilidad de estar en posición de sujeto deseando es lo que permite el cambio.

El autor, toma la figura del “club” en la institución, como aquel organismo que tiene el rol de mantener una demanda simbólica permanente, de la cual el enfermo no se puede sustraer. De esta manera, el enfermo que se encuentra atrapado en una red de significaciones, podrá manifestarse a través de la relación transferencial. Para analizar la transferencia, propone permitir a cada enfermo formular su demanda articulada con la del grupo, para así introducirla en el circuito de los cambios donde puede encontrar su función de hombre libre.

Hasta este punto hemos hablado de transferencia institucional situada en la organización, aquella que produce un grupo humano historizado, que tiene su propia existencia sociocultural, entendida como un conjunto de significaciones, de normas, de reglas, y por cierto, portadora de una ideología. Sin embargo, resulta necesario pensar y aterrizar cómo el fenómeno de la transferencia opera en la institución psiquiátrica. Dicho dicho de otro modo; ¿dónde es posible escuchar y analizar la relación transferencial? o ¿en qué o quién se encarna el fenómeno de la transferencia? Me parece que es posible ver los efectos de la operación transferencial en lugares más específicos, como lo son la relación del paciente con el médico y con el saber de la especialidad psiquiátrica. Para efectos de poder pensar y analizar dicho fenómeno, tomaré dos autores; Balint y Galende. Si bien ninguno de ellos hablan directamente de transferencia institucional, lo que describen puede ser pensado desde esta óptica, en tanto sitúan la figura del médico y de la psiquiatría como instituciones en sí mismas, portadoras de una serie de significaciones que tienen el efecto de formar imaginarios sociales, y por lo mismo promover una serie de demandas a ser cumplidas y satisfechas.

Las observaciones de Michel Balint descritas en su libro “El médico, su paciente y la enfermedad” (1961), son bastante interesantes puesto que permiten pensar con más detalle la relación que el paciente mantiene con su tratante, con la enfermedad y con el fármaco.

Dichas descripciones son producto del trabajo realizado por el autor durante algunos años con un grupo de discusión, compuesto por médicos generales y psiquiatras. Balint parte de la idea, que desde el punto de vista psicológico, en la práctica general hay más de lo que dicen los textos entre el paciente y el médico. Su objetivo es describir ciertos procesos que se dan en la relación médico-paciente; causa de innecesarios sufrimientos, irritación e inútiles esfuerzos del paciente y su médico.

Plantea que la droga más frecuentemente utilizada por los médicos, es el propio *médico*. En este sentido, no solo importa la medicina, sino cómo el médico las ofrece al paciente; toda la atmósfera en que la droga es administrada. Sin embargo, esto conlleva un problema y es que en ninguna parte existe un libro que explique la dosis que debe usar el médico cuando se trata de su propia persona, en qué forma y con qué frecuencia. Tampoco se sabe los riesgos ni los efectos secundarios que puede producir dicha medicina.

De alguna manera, podemos pensar que cuando Balint habla del médico como la droga, estamos en el campo de la transferencia, la dificultad de dosificar puede ser entendida como la dificultad de administrar el fenómeno transferencial, basado probablemente en un desconocimiento del médico sobre aquella operación fundamental que media la relación que se da entre él y los pacientes.

El autor, refiere que cuando las personas están perturbadas físicas o mentalmente, suelen acudir a su médico para quejarse “*en esta etapa inicial no sabemos que es más importante, si el acto de quejarse o los motivos que informan la queja*” (Balint, 1961, pág. 3). Es decir, hay una queja que tiene un destinatario,

una demanda que apela a un lugar. A partir de esto, Balint analiza las posibles reacciones del médico.

Se pregunta ¿Por qué es tan frecuente, que a pesar de los esfuerzos de ambas partes, la relación entre el médico y el paciente resulte insatisfactoria y desgraciada? ¿por qué la droga doctor no tiene los efectos esperados? Para responder estas interrogantes pone a los médicos generales a observar su propia experiencia cotidiana con sus pacientes. El objetivo es comprobar que hay problemas que generan trabajo innecesario, molestias y sufrimientos inútiles para los pacientes.

Se observa que algunos pacientes que presentan dificultades para resolver sus problemas personales, acuden al recurso de enfermarse. Si el médico puede ver al paciente en las primeras fases del proceso, es decir, antes que el paciente adhiera a una enfermedad “organizada”, podrá pesquisar que ellos proponen varias enfermedades hasta que ocurre un acuerdo entre el médico y el paciente, de modo tal, que ambos aceptan la justificación de esa dolencia. Cuando hay un acuerdo entre el médico y el paciente, la enfermedad entra en su fase organizada. El punto es que las reacciones del médico pueden contribuir considerablemente a la forma de la enfermedad que adherirá el paciente.

Descuidar una enfermedad psicológica para confirmar que no existe una enfermedad física y viceversa puede ser muy nocivo para el paciente. Uno de los principales problemas tiene que ver con que éste busca un nombre para lo que le sucede, anda tras un diagnóstico. Solo en una segunda instancia pide tratamiento para aliviar su sufrimiento. La falta de atención a este tipo de aspectos son los que causan importantes irritaciones y una suerte de desengaño entre el médico y el paciente. Esto sería un efecto secundario de la droga médico.

Se esperaría que después de comunicarle a un paciente que se encuentra sano, éste mostraría un alivio, sin embargo muchas veces ocurre todo lo contrario, siendo la reacción del médico sorpresa e indignación. Lo que propone Balint, es que esto podría evitarse si los médicos recordaran que el paciente exige un nombre para

su enfermedad, por lo tanto no se produce un alivio ante la comprobación de que todo marcha bien.

El paciente en cierto sentido, ofrece enfermedades al médico, sin embargo en ocasiones no se produce un entendimiento, sino una confusión, a pesar del esfuerzo y el deseo de ayuda. *“La reacción del médico ante las sugerencias del paciente, o ante los síntomas ofrecidos, constituye un factor concurrente de extraordinaria importancia para el desenvolvimiento concreto de la enfermedad”* (Balint, 1961, pág. 53).

Otra observación interesante tiene que ver con el tema del diagnóstico. El deseo del médico de ser comprendido y aceptado por sus colegas sería uno de los motivos que lo llevan a mantener diagnósticos físicos incompletos. En muchas oportunidades los médicos generales no se atreven a escribir en las fichas clínicas diagnósticos psicológicos que explican el cuadro del paciente. Prefieren diagnosticar enfermedades físicas, antes que hacer diagnósticos de la personalidad. Para Balint, cuando el médico logra un nivel más profundo del diagnóstico le permite comprender mejor el problema en cuestión y evita tomar decisiones a ciegas.

Por otra parte, tiende a existir una falta de comprensión suficiente de las tendencias regresivas del paciente dentro de la relación triangular paciente-médico-especialista, donde éste tiende a maniobrar a un profesional en contra del otro. Otra puntualización interesante se vincula con la “complicidad en el anonimato”; tanto el médico, el paciente y el especialista se sienten abrumados ante el peso de la responsabilidad, ante lo cual las tres partes reaccionan derivando parte de ella a las otras dos.

El autor plantea que una transformación positiva solo puede alcanzarse cuando se profundiza en la investigación de la patología de la personalidad total del paciente, es decir un método que permita niveles más profundos de conocimiento sobre el diagnóstico.

Balint realiza un análisis del lugar de la psicoterapia. Si bien es cierto, organizar adecuadamente un trabajo psicoterapéutico entre el médico y el paciente implica mucho más tiempo que recetar fármacos, a la larga, puede llevar en muchos casos a un ahorro importante de tiempo para ambos. Se observa que en la mayoría de los casos que llamaron “psicológicos”, el curso del tratamiento era recetar casi mecánicamente sedantes o tónicos. Con frecuencia estos recursos fracasan por lo que tienden a enviar al paciente a otros especialistas, cuando en realidad lo que se necesita es alcanzar un nivel de intimidad, en tanto es la condición esencial para obtener la información que no se revela espontáneamente a quien observa. Además, las formas más comunes de tratamiento del médico general es el *confortamiento* y el *consejo*; una de las modos más frecuentes de administrar la droga del “doctor”.

Ahora bien, para llegar al diagnóstico *“el médico siempre desempeña el papel activo: el paciente puede mantenerse pasivo, aunque se trate de una pasividad que coopera”* (Balint, 1961, pág. 179). *“Para formular un buen diagnóstico, el primer requisito es, naturalmente, la capacidad del profesional de recordar toda clase de enfermedades, y en segundo lugar debe poseer suficiente vivacidad y elasticidad mental como para advertir toda respuesta desusada o inesperadas a sus preguntas, y para mostrarse capaz de modificar en consecuencia sus propias ideas”* (Balint, 1961, pág. 180).

Para que el médico pueda llegar a un diagnóstico más profundo debiera en primer lugar aprender a escuchar; una técnica más compleja que calmar al paciente. La capacidad de escuchar consiste en una habilidad que implica una modificación considerable, pero limitada, de la personalidad del médico. De alguna manera este aprender a escuchar evita la confusión de lenguas y permite comprender que no existen preguntas directas capaces de traer a la superficie el tipo de información que él busca. Este aprender a escuchar puede ser traducido en una aprender a escuchar la transferencia, la demanda, el reclamo y el deseo inconsciente que tiene como destinatario a la figura del médico que encarna un saber.

Por otra parte, disciplinas como la psiquiatría tienen la particularidad de ser formadores de imaginarios sociales específicos que se articulan con los comportamientos de las personas, es decir, tiene la capacidad de ejercer una función social. La disciplina psiquiátrica utiliza como práctica dominante en la institución, la medicalización del malestar psíquico, lo que conlleva a tener un papel en la vida social, en el sentido de la aceptación de la medicalización de las problemáticas del sufrimiento mental.

La psiquiatría positiva prescinde del sujeto al considerar el trastorno como enfermedad mental, o dicho de otra forma, al considerar los síntomas subjetivos del malestar psíquico como enfermedades, ignorando por cierto, el conflicto que expresa el síntoma. Lo que propone la psiquiatría moderna es suprimir aquel síntoma mediante el medio artificial del medicamento. El psicofármaco alivia y silencia los afectos que acompañan el conflicto y que manifiestan el malestar del sujeto. Sin duda, no es posible negar la ayuda que ha significado el medicamento en el tratamiento de ciertas afecciones psíquicas, el punto es hasta dónde se utiliza y cómo. De alguna manera el fármaco juega a favor del síntoma y su permanencia ya que no le permite al sujeto actuar con conciencia respecto de la contradicción de sus deseos o de su realidad (Galende, 2008).

Como plantea Galende (2008) *“Para la mayor parte de los individuos resulta tentadora la “solución” del medicamento para los dolores del malestar subjetivo: al entregarse al saber y al poder del especialista, establecidos en el imaginario social como dominio médico del malestar, pueden abandonar los esfuerzo por hacer ininteligible su malestar y enfrentar las contradicciones de su vida”* (pág. 10). En este sentido, refiere que la oferta del medicamento ofrece desubjetivar el conflicto, atribuyéndolo a causas exteriores al sujeto y por lo tanto eximiéndolo de su responsabilidad al momento de entenderlo o tratarlo.

Para Galende, tanto las drogas ilícitas como las lícitas, se relacionan al deseo de alterar la conciencia y sus emociones, de alguna manera suspender el

pensamiento y volver más liviano el peso de existir. Suprimir los motivos que generan angustia, las razones del insomnio, la tristeza, la ansiedad o cualquier otro síntoma de esta índole es, de alguna forma, poder enajenarse de uno mismo respecto del malestar que se experimenta en la vida. Esto es lo que el autor llama “la ilusión de no ser”; ilusión de suspender la condición subjetiva que nos hace presente lo que somos y lo que vivimos.

Para el autor, el poder terapéutico se encuentra en la relación que se produce entre el médico y el paciente y la posibilidad de comprensión que allí se dé. Esto es lo que podemos entender como el manejo de la transferencia. El tema es que por lo general, el médico suele basar su práctica en un supuesto saber especialista, que clasifica síntomas, e impone diagnósticos sobre los que actúa prescindiendo del sujeto. *“Llenar el vacío de la ignorancia sobre las determinaciones múltiples del sufrimiento del sujeto con supuestas causas biológicas, no hace más que sancionar la impotencia de ambos, del paciente para actuar sobre su malestar, del psiquiatra para atenderlo”* (Galende, 2008, pág. 19). Observaciones no muy distintas a las que hizo Foucault acerca del personaje del médico y su poder sobre el loco.

Con los fármacos los sujetos buscan aliviar ansiedad, acallar la angustia, la tristeza y el decaimiento, sostenido en la ilusión de dejar fuera el conflicto propio de la existencia, de lo contrario el sujeto tendría que vérselas con sus contradicciones.

El retorno de un positivismo médico psiquiátrico y la excesiva medicalización del malestar, es posible para Galende –la hipótesis sobre la cual sustenta sus argumentos- dado ciertos significados y valores de la sociedad de consumo y de la cultura que lo acompaña. No se trata solo de la responsabilidad del psiquiatra, sino también de un lenguaje cultural empobrecido, donde faltan palabras y se hace más difícil la pausa que requiere el pensamiento y la reflexión. Este retorno es de alguna forma, una muestra de que convivimos entre la razón y los viejos mitos, la tecnología también aloja las viejas ilusiones de los hombres.

Mucho más allá de las críticas hacia la práctica psiquiátrica, hay un punto interesante en los planteamientos de Galende respecto de la función social de la

disciplina psiquiátrica y de la transferencia existente hacia ese lugar. Evidentemente hay una aceptación social y una validación de la práctica psiquiátrica, que si bien, no estuvo exenta de polémica, logró que su funcionamiento social se enraizara en la sociedad. Hay una aceptación por parte de los individuos de la medicalización de la vida. Recordemos que esta nace a comienzos del siglo XIX en el campo de la medicina y se realiza en un momento de auge y prestigio social dada por la “razón moderna”. En este contexto desarrolla una serie de acciones destinadas a dominar y controlar a aquellos que no eran comprendidos. Construye un saber “especializado” basado en descripciones del comportamiento anormal y clasificaciones que se confunden con un saber acerca de la causa de los trastornos, pero que oculta, como ya lo planteó Foucault, el poder *disciplinario que las orienta*.

“ (...) con frecuencia, la palabra del psiquiatra, investida por la autoridad que le otorga ser “representante” del saber disciplinario, se afirma en la desestimación de la palabra del paciente, que debe ceder su lugar al nombre diagnóstico para su conciencia de enfermedad” (Galende, 2008, pág. 56).

Por lo general, el nombrar la enfermedad tranquiliza y someterse al saber del otro trae la calma. El paciente “sabe lo que tiene”, se le ha otorgado un nombre a su padecimiento. Para el autor esta dominación simbólica, evidentemente no es igual entre paciente y especialista, sino que depende del capital simbólico del que dispone cada uno, lo cual instala una asimetría necesaria para que el paciente pueda reconocer la autoridad del psiquiatra y el saber disciplinario.

El otorgarle un nombre a la enfermedad, tiene una eficacia casi mágica y es inseparable del acto institucional, en tanto es la institución, su aceptación y reconocimiento social, aquello que genera las condiciones para que esta magia de las palabras tenga efecto en el paciente. Importa de igual forma el o los títulos del especialista, el lugar de encuentro, así como los rituales del mismo. El tejido social otorga autoridad a la figura del especialista, no por su saber, sino por su capacidad para dominar y controlar la anormalidad, igual como lo plantea Foucault.

El acto psiquiátrico y su magia en el plano social están dados para Galende, por la reproducción social de la autoridad de la disciplina, se trata de un acto autorizado. La eficacia está dada por un lenguaje de autoridad que requiere del reconocimiento y colaboración del paciente, para lo cual se necesita la legitimación institucional y la aceptación de su función social, fundadas por cierto en el desconocimiento. La autoridad del psiquiatra no tiene relación con un aspecto personal, sino con que es representante y depositario del poder social de la disciplina. Es la institución psiquiátrica quien lo consagra y autoriza como tal. “*Las ciencias sociales conocen en detalle la eficacia simbólica de los ritos institucionales, es decir, el poder de la pertenencia al autorizar una intervención sobre lo real del sufrimiento al mismo tiempo que esta consagración como agente de la disciplina lo transforma a él mismo en persona consagrada*” (Galende, 2008, pág. 61).

Cuando se instituye la figura del especialista, no solo se le asigna una competencia social, sino que también se le impulsa el derecho de ser tal, lo cual retorna al sujeto en un *deber ser*. Lo relevante es que ese acto de consagración institucional está dado por las atribuciones personales y sociales, donde se legitima la categorización de especialista. Para Galende, no se trata solo de un *supuesto saber* que puede desencadenar la transferencia, sino de una transferencia institucional sobre la institución disciplinaria misma.

El acto institucional de otorgamiento de honores, de membrecía, de grados, tiene el poder de instituir un valor en alguien, una autoridad, un estatus o una nueva propiedad, en tanto actúa en lo social como garantía de formar parte de una institución reconocida. Además, el acto institucional tiene la eficacia de lograr que los especialistas consagrados creen profundamente en su existencia real, es decir, que se sientan especialistas. Esto genera una apropiación de la institución en sí mismo que puede llevar al especialista a desconocer el acto de la institución que los ha consagrado, ignorando la falta de relación de ese acto con el saber. De esta manera, el acto institucional divide claramente al sujeto del saber y el objeto de conocimiento. El problema es que la creencia de la objetividad está dada, no por la

teoría, sino por el acto institucional, la creencia y la aceptación en la autoridad de la institución.

“(…) todo acto de institución deviene en un acto de derecho, consistente en afirmar con autoridad social una verdad que tiene fuerza de ley, como acto de conocimiento que ya no precisa de ser fundamentado, ya que, como todo acto de poder simbólico, basado en su reconocimiento previo, produce la existencia en la realidad de eso que enuncia” (Galende, 2008, pág. 63).

Resulta interesante mirar cuánto de esto se juega o se encuentra presente en los pacientes que se atienden en el Instituto, en tanto puede entregar luces del juego transfrenal que se da en la relación que mantienen con la institución, con la figura del médico, con el tratamiento y con su propia enfermedad.

V. HIPÓTESIS

1. Los pacientes continúan atendiéndose en el hospital a pesar de no presentar mejoría alguna porque la institución articula, organiza o estructura algo de sus vidas. Habría una relación de dependencia a la institución en tanto esta es significada como un lugar que satisface necesidades y afectos distintos al deseo de mejorarse o encontrar alivio de la enfermedad. Esto estaría fomentado por el discurso psiquiátrico y la medicalización del malestar, que aumentan la dependencia de los pacientes y genera un tipo de transferencia particular.

2. El Instituto psiquiátrico es una institución, en tanto espacio simbólico e imaginario, atravesada por significaciones asociadas al enfermo mental alienado, el abandono social, la irrecuperabilidad y la exclusión; características propias que responden a la cualidad de asilo que sostuvo por más de un siglo. Es una institución que puede ofrecer a los pacientes un tipo de reconocimiento identificadorio, lo que explicaría el hecho de por qué un programa ambulatorio termina funcionando como un programa crónico (cronicidad ambulatoria), donde los pacientes circulan y asisten a pesar de no tener mejoría alguna.

VI. MARCO METODOLÓGICO

Frente al dato que los pacientes no presentan cambios significativos en su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social, y a pesar de ello continúan atendiéndose en el Instituto Psiquiátrico, es fundamental una aproximación cualitativa que entregue información sobre las significaciones y asociaciones que tienen los pacientes respecto del hospital, su enfermedad y el tratamiento. A raíz de esto en la presente investigación se opta por una metodología cualitativa, de carácter descriptivo, por cuanto enfatiza el estudio de procesos sociales y, desde una perspectiva interpretativa, privilegia la subjetividad de los individuos y sus procesos de interacción. Este énfasis se traduce en asignar importancia, en la investigación como proceso de construcción de conocimiento, a los significados que los sujetos otorgan a la realidad, a la relación de tales significados con sus conductas y sus perspectivas acerca de sus experiencias y prácticas cotidianas (Krause, 1995).

La vida personal, social e institucional es compleja en todas sus dimensiones, para poder afrontar y abordar esta realidad se han desarrollado metodologías cualitativas que intentan ser sensibles a estas complejidades y que además, están dotadas de procedimientos rigurosos, sistemáticos y críticos, es decir, que son respetados científicamente (Martínez, 2006). La metodología cualitativa consiste en el estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es. En palabras de Martínez; *“la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones”* (pág. 11, 2006). El enfoque cualitativo es dialéctico y sistémico, es decir, se sustenta en una epistemología que rechaza el positivismo, y se basa en una modelo dialéctico que asume y acepta el conocimiento como resultado de una dialéctica entre el sujeto y el objeto de estudio (no existen conocimientos estrictamente objetivos). Esto implica

al interior de una investigación considerar diferentes perspectivas en el proceso investigativo, al igual que se combinan distintos métodos y estrategias para la recolección de la información.

Dentro del enfoque cualitativo se opta por un *enfoque biográfico*, utilizando la técnica del *Relato de vida*. Básicamente esta es una técnica que en la investigación en ciencias sociales permite articular significados subjetivos de experiencias y prácticas sociales. A partir de la profundización y conocimiento de los casos individuales es posible acceder a una dimensión más universal (Sharim, 2005). Es una técnica que puede utilizarse con diversas finalidades y que reúne influencias de distintas corrientes de pensamiento, como del marxismo, existencialismo, estructuralismo, hermenéutica y psicoanálisis. Se constituye como un enfoque interdisciplinario que posee influencias que van desde la antropología, la sociología, la psicología, hasta la educación y la historia, entre otros (Cornejo, Rojas & Mendoza, 2007).

Como plantea Guy de Villers (2001) en los últimos años se ha producido una renovación de las investigaciones cualitativas en sociología debido al deseo de acercarse más a los micro-procesos de cambio social; es una manera de entender cómo se establecen, desde el interior del sujeto, sus relaciones con la sociedad y la cultura (Cfr. G. Balandier en De Villers). *“Lo importante es mostrar que el individuo no es solamente producto de la historia social. Que hay espacios de mediación entre el sujeto y la estructura que lo determina y es dentro de ese espacio que el sujeto retraduce y crea su propia vida”* (De Villers, 2001).

El relato de vida corresponde a la enunciación –escrita u oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella. Al utilizar el relato de vida, se trabaja analíticamente sobre el relato de una persona, sobre si misma o sobre un aspecto de su vida. En otro nivel de interpretación, se interpreta la producción del narrador. Sin duda, los relatos de vida están llenos de contradicciones, tensiones y ambivalencias; las historias cambian constantemente en función de otra que las integre y les dé un nuevo sentido. El relato de vida es un método de investigación con su propio objeto de estudio, en tanto se trabaja con interpretaciones en

diferentes niveles (Cornejo, Rojas & Mendoza, 2007).

Para De Villers (2001) el *acontecimiento lingüístico* es un aspecto que constituye el relato de vida; el relato es una toma de la palabra y por ende, un acto de producción del sujeto de la comunicación. Dicho de otro modo, la toma de la palabra es constitutiva de la venida del sujeto a sí mismo. Esto es posible, en la medida que hay otro que sostenga esa palabra y la reciba como palabra del sujeto que la dice. En este sentido, se entiende que la institución del sujeto, es la institución de la palabra que se hace representar por los significantes del código lingüístico que es el sujeto.

La narración y el relato constituyen el núcleo central de este método; por su parte, la narración es del orden de la enunciación o expresión, y el relato es del orden de lo enunciado o expresado. El relato es el producto del acto del sujeto enunciante en la interacción con un narrador. Desde el momento en que el sujeto habla, realiza la experiencia de división entre lo que él es y eso que él dice ser, entre el sujeto que habla y el sujeto del cual se habla, es decir, el sujeto del enunciado y el sujeto de la enunciación (De Villers, 2001).

“Cada vez que un sujeto de la palabra surge en el campo del lenguaje, se produce un efecto que puede o no tomarse en cuenta –aquel de la opción ética-, y que nosotros llamaremos el efecto sujeto, es decir, un efecto de producción del sujeto mismo que habla” (De Villers, 1992, pág). Es del sujeto del cual parte y hacia el cual retorna el mismo mensaje que emite. La única condición para que se produzca el advenimiento del sujeto, es que haya otro en una posición de escucha. De esta forma, el relato como palabra dirigida a otro, tiene una función de autoformación del sujeto.

Por otra parte, para De Villers (2001), el relato de vida es la puesta en escena de la relación del sujeto con su historia. El relato revela la posición que el sujeto a tomado frente a una serie de acontecimientos. Los acontecimientos externos son vividos por el sujeto según sus propias emociones y representaciones mentales,

producidas en parte, por el universo cultural de su entorno. Esto implica reconocer la capacidad del sujeto de autoreflexión, susceptible de traducirse de acuerdo a los códigos simbólicos de su contexto social. De esta forma, el relato de vida anuda la dimensión externa e interna de la historia de una vida.

El relato de vida permite el conocimiento de un tema en particular que adquiere su sentido en relación a la experiencia de vida de un individuo singular. *“(…) se entiende aquí que la narración de la propia historia expresa la capacidad de un individuo de tener una palabra propia, singular, lo que hace de su narración, aunque sea en su mínima expresión, el relato de un sujeto. El relato se constituye así en una herramienta de reflexión sobre sí mismo”* (Sharim, 2005). En este sentido, el relato de vida no se trata solo de un enfoque metodológico, sino de un abordaje teórico-metodológico sobre la cual se asienta una concepción de sujeto.

Acerca del diseño metodológico:

Entrevistas para la recolección de datos: Al ser el narrador un sujeto interpelado en su historia y no solo un informante, éstas se realizarán en un dispositivo de escucha. Al tratarse de la temática específica de la relación de los pacientes con el hospital, el tratamiento y su enfermedad, las consignas iniciales serán amplias y generales, de modo que entreguen libertad a los narradores para estructurar su relato desde y hacia donde ellos prefieran hacerlo. *“El uso de consignas amplias, se fundamenta en la opción ética de que sea el narrador quien asuma un rol principal, como sujeto agente y responsable de su propio relato”* (Cornejo, Rojas & Mendoza, 2007, pág. 36). La consigna a utilizar será: *“hableme de la evolución de su enfermedad”*.

Al ser necesaria la elaboración del relato, una inmersión en la historia y una profundización de ella a través de la construcción de una relación que permita sostener la historia que se construye, se vuelve necesario realizar más de una

entrevista, en este caso particular, son 3 encuentros con cada participante. Un primer encuentro destinado a abrir la narración y el despliegue de los temas que trae el narrador. Un segundo encuentro donde se incorporaran preguntas de profundización, y un tercer encuentro de cierre, tanto de la narración del relato como de la relación establecida entre narrador y narratario. En el intervalo de una entrevista a la otra se realizaran interanálisis, donde se incorpora la participación de una tercera persona exterior, cuyo rol es acompañar en la producción y análisis de los relatos. Dicho participante leerá la entrevista inmediatamente luego de ser transcrita y elaborará un comentario con el fin de guiar la siguiente entrevista, lo cual incluye preguntas orientadoras que serían relevantes de hacer. El intervalo entre los encuentros será determinado desde un principio e informado a los participantes. Este tiempo considera la transcripción del encuentro y su análisis preliminar para preparar el encuentro siguiente. Las entrevistas serán entre una hora y una hora y media aproximadamente y se realizarán en las dependencias del Instituto Psiquiátrico. De todos modos, la duración de ellas va a depender de la dinámica específica que se genere.

Para efectos del análisis de la información, las entrevistas serán grabadas en formato de mp3 y serán transcritas textualmente.

Participantes: la selección de los participantes se efectúa mediante un *muestreo intencionado*, es decir, se utilizará como criterio de inclusión aquellos participantes de la investigación anterior pertenecientes al Programa de atención ambulatorio DAC, que fueron evaluados durante 6 meses, y cuyos resultados arrojan que no hay cambios significativos en su sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Además los participantes deben seguir en tratamiento en el hospital, es decir estar asistiendo a sus controles médicos al momento de realizar la investigación. Las entrevistas se realizan a 3 sujetos y es condición acceder voluntariamente a ser entrevistado/a.

La investigación es planteada a los participantes como un estudio orientado a ver la evolución de la enfermedad de cada uno de ellos durante el periodo en que han recibido tratamiento en el Instituto, con el objetivo que los resultados puedan orientarnos para realizar un aporte a dichos tratamientos, como al sistema de salud en general.

Consentimiento informado: cada participante debe firmar un consentimiento informado donde se expliciten todos los aspectos relacionados a las consideraciones éticas, especialmente lo referido a la confidencialidad y anonimato, así como su libre participación y su derecho a suspender en cualquier momento su colaboración en el estudio.

Reconstrucción y Análisis de los Relatos

El análisis del material recogido seguirá una secuencia metodológica para cada relato, donde primero se generará una visión singular de cada caso en profundidad, para luego dar una mirada transversal a todos los relatos.

1. Transcripción y Lectura de los Relatos

El primer paso es la transcripción completa de las entrevistas, es decir, pasar de lo oral, a lo escrito.

Luego de cada encuentro con el participante y de la transcripción de su relato se construirá un dispositivo relativo a *momentos de interanálisis*. Esta instancia consiste en la participación de una tercera persona exterior que cumple el rol de acompañar en la producción y análisis de los relatos; el objetivo es poder mirar en perspectiva los encuentros con los participantes. Es una manera de otorgarle mayor espesor analítico y complejidad comprensiva a los resultados. Lo que se busca es

que la tercera persona exterior colabore en una discusión crítica respecto del relato y de la historia narrada, y luego de cada lectura proponga preguntas orientadoras para el próximo encuentro, de manera de ir dándole continuidad al caso singular y al análisis (Cornejo, Besoaín & Mendoza, 2011). Serán dos lectores externos, los cuales estructurarán los datos de la siguiente manera luego de cada entrevista:

I. Aspectos de la Interlocución

Fijarse en los aspectos de la interlocución es una decisión metodológica, en tanto no solo es importante lo que dicen los participantes, sino cómo lo dicen. Se vuelve relevante la situación de interlocución, entendida como una de las *condiciones de producción del material*, es significativa para analizarlo, dándole especificidad y un carácter particular. La consideración de las condiciones bajo las cuales fue producida la palabra o el texto pueden enriquecer o alterar el curso del análisis de los textos, aportando elementos importantes para su interpretación. En relación a la narración se privilegiará una mirada sobre el estilo de contar del narrador, el tipo de conducta que sostiene la narración y las particularidades del vínculo entre el narrador y la investigadora (Cornejo, Besoaín & Mendoza, 2011).

La estructura para registrar estos aspectos es la siguiente:

- 1) A quién cuentan esta historia, cómo la cuenta, cómo ocupa el espacio de entrevista?
- 2) Quién cuenta esta historia? Quién es esta paciente?
- 3) Rol de la entrevistadora.

II. Ejes temáticos

Dentro de los ejes temáticos, es decir los contenidos de la narración, habrá una especial atención en tres categorías: enfermedad psiquiátrica, hospital psiquiátrico y

lugar de los médicos y/ o profesionales en el relato. Dichas categorías corresponden a una desición metodológica en el sentido que son categorías que se van a ir a buscar en el material que surga de los relatos, en tanto guardan relación con los objetivos de la investigación y con conceptos propuestos en el marco teórico.

Desde el inicio, habrá una lógica de lectura que es interpretativa puesto que incorpora la mirada subjetiva del lector externo. En este sentido se trata de una reconstrucción del relato, puesto que hay otro que escucha y un levantamiento de categorías. En dicha estructura se incorporan las reflexiones interpretativas iniciales que hace el lector externo a medida que va leyendo el texto.

La estructura para registrar los contenidos es la siguiente:

- 1) Enfermedad psiquiátrica: cómo aparece representada para la paciente?
- 2) El hospital psiquiátrico.
- 3) Lugar de los médicos y/o profesionales en el relato.

2. Análisis del relato e Interpretación

Se realiza en base a dos lógicas: una *singular* y una *transversal*.

I. Análisis singular se encuentra orientado a reconstruir una historia de cada narrador a partir de los relatos recogidos. Se trata de una lógica intra-caso donde se busca analizar en profundidad cada uno de los relatos. La idea es llegar a una *historia reconstruida* desde un ordenamiento cronológico y la construcción de ciertos ejes analíticos temáticos individuales y de hipótesis interpretativas singulares de cada historia reconstruida. Se construirán categorías respecto de cada área temática, tales como: evolución y noción de enfermedad, el hospital psiquiátrico, relación con los médicos y/o profesionales, entre otras. Se realizará un encadenamiento temporal de los periodos y etapas, y en relación a los ejes temáticos que organizan la narración, atravesando los distintos periodos biográficos.

Se busca analizar las historias mediante la codificación y análisis de manera de ir generando progresivamente diferentes categorías, propiedades e hipótesis emergentes acerca del fenómeno en estudio.

El énfasis está ubicado en la significación e impacto subjetivo de estos, de acuerdo a la interpretación ya realizada por la investigadora. La idea es que surja un nuevo texto para cada relato que permita dar a conocer la historia que se ha recogido.

II. Análisis transversal se construye a partir de la emergencia de ejes analíticos temáticos a partir de volver a analizar las historias reconstruidas, con la idea de rescatar elementos que orienten a dar cuenta del fenómeno estudiado.

Se trata de una lectura más analítica del material. Se busca organizar en relación a cada historia las reflexiones libres que habrán aparecido en las lecturas. Aquí se incorporan los referentes teóricos utilizados en la tesis, específicamente los relacionados al apartado teórico de **Transferencia Institucional**. Desde allí se interpretará el material, de manera que pueda ayudar a iluminar el análisis transversal que cada historia permite en relación a la temática investigada.

De esta manera el análisis de cada narración y su entrecruzamiento busca identificar las significaciones de los pacientes respecto de la institución, su tratamiento, enfermedad y el vínculo con el médico y/o profesionales, lo cual se irá despejando por medio de las lecturas sucesivas de cada narración, que luego se organizan en esta etapa más interpretativa y analítica de la investigación. Se busca precisar tanto las semejanzas como las diferencias en los relatos.

La idea es que la interpretación de los diversos sentidos del contenido de un relato, vayan abriendo nuevas lecturas y miradas de cada narración, para ir llegando a un análisis más completo del material.

Tanto en el análisis singular como en el transversal, se incluirán datos cualitativos respecto de la forma de contar que tienen los narradores, el contexto en que surgen esos contenidos, la relación de los participantes con la investigación, las impresiones de la investigadora, entre otros.

Se espera que el análisis de cada relato y la mirada transversal del material recogido y producido a lo largo del trabajo, permita construir hipótesis respecto de la temática de investigación. Esto permitirá avanzar a una etapa de discusión de las interpretaciones del material y a la formulación de aspectos claves de la problemática en cuestión. También en esta etapa resulta pertinente plantearse preguntas que orienten nuevas investigaciones (Sharim, 2005).

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. ANÁLISIS SINGULAR: LA HISTORIA RECONSTRUIDA DEL RELATO

En este primer análisis del material de los relatos, se privilegiará la singularidad y la particularidad de cada historia relatada, intentando ser fieles a una de las premisas fundamentales del enfoque biográfico. En este sentido, la *lógica singular*, intra-caso o “caso a caso”, analiza y trabaja en profundidad las historias relatadas por cada una de las participantes del Programa DAC que hasta el momento del estudio se encontraban recibiendo tratamiento en el Instituto Psiquiátrico. La idea es llegar a una historia reconstruida a partir de la historia escuchada, desde un ordenamiento cronológico del relato y de la construcción de ejes analíticos individuales e hipótesis interpretativas singulares.

La reconstrucción de historias apunta a dejar consignado y analizado para cada uno de los participantes, cuál es la historia biográfica desde la que enferman, llegan al Hospital y cómo se da la relación con la institución. Este es un trabajo de análisis que se realiza en conjunto entre quien recogió el relato y el acompañante del proceso de recolección y análisis.

A. Identificación descriptiva de Guillermina

La participante llega al Instituto Psiquiátrico derivada desde el Hospital Oncológico. Un médico y una psicóloga la encuentran llorando en un pasillo luego de haber sido operada de un cáncer mamario.

Los síntomas que aparecen en ese periodo y justifican la derivación, son la dificultad para respirar y dormir, sensaciones de pánico y deseos de desaparecer.

En ese momento el psiquiatra le receta un medicamento que sería para “toda la vida” y la envía con una interconsulta al Hospital. Previamente la participante nunca había consultado a un especialista de salud mental. Sin embargo, esto es confuso en el relato, ya que efectivamente cuando recién conoce a su pareja (años antes de enfermarse de cáncer) ya recibía tratamiento psiquiátrico, siendo imposible identificar dónde. El inicio de la enfermedad no es claro y tampoco el periodo del ciclo vital en que ocurre, por lo tanto, no es posible situar el momento de la primera consulta y si esta aparece junto con la sensación de enfermedad. Aparentemente, el momento en que le hacen el diagnóstico no coincide con la sensación subjetiva de sentirse enferma; para ella no es preciso cuándo comienza la enfermedad.

La enfermedad para Guillermina se vuelve una limitación en su vida, le resulta complejo realizar sus proyectos; por ejemplo, cuando tiene 27-28 años las religiosas de la congregación donde estudia en Buenos Aires le piden que se regrese a Chile y deje el trabajo voluntario, a propósito de lo visible de sus dificultades. En ese momento deseaba irse con las religiosas contemplativas, sin embargo no se lo permiten; este proyecto queda truncado en su historia. Ciertamente estas dificultades Guillermina no las puede ver, sino que debe ser un otro quien cumple la función de mostrárselas. Sus problemas mentales también son una limitación para hacer lo que más le gusta; cocer y confeccionar ropa. Dada su inestabilidad anímica difícilmente logra terminar algo cuando lo comienza, tiende a dejar las cosas a medias, de lo cual si logra darse cuenta.

La participante no hace una relación entre su enfermedad y su infancia o conflictos familiares, más bien lo sitúa en la herencia familiar; su madre y hermana eran todas iguales: “Depresivas”.

Guillermina sitúa los mejores momentos de su vida en el periodo en que estudia en la Congregación Religiosa de Buenos Aires. Los momentos más difíciles los ubica cuando llega atenderse al Instituto Psiquiátrico, ya que se sentía muy perdida, desorientada, decontrolada, “se habría cortado la cabeza”. Otro momento

complejo en su historia es cuando su pareja se enferma de Alzheimer y debe comenzar a cuidarlo, situación totalmente actual para ella.

En el año 2001 Guillermina llega al Hospital y es recibida por una comisión médica que la evalúa y le asigna un médico tratante. La participante refiere que sabía que de este lugar no iba a salir, intuyó que la enfermedad ya no “tenía vuelta” porque se trata de “un monstruo” que lleva adentro suyo.

Inicia su tratamiento con una doctora que describe “muy buena” y con quien estuvo por más tiempo en tratamiento (no precisa cuánto porque no recuerda). Después de eso y durante los 10 años que lleva atendándose en el Hospital ha tenido varios médicos tratantes, por lo general cada año le asignan uno nuevo. Para Guillermina todas las experiencias que ha tenido con los médicos en el Hospital, son descritas como “buenas”; en general los profesionales han sido y son muy pacientes con ella, incluso cuando ha tenido reacciones bruscas o “encontrones”, ha recibido un buen trato y una buena atención. Es decir, los profesionales son personas capaces de contener su agresión, la toleran y sobreviven a sus ataques rabiosos.

Durante estos años ha participado de talleres grupales para pacientes con trastorno de personalidad que son dirigidos por médicos y psicólogos.

Respecto de su diagnóstico Guillermina dice que “al parecer” es Bipolar y tiene Trastorno de la Personalidad; sufre de altos y bajos todo el tiempo, en el día siente cuatro o cinco bajones, cambia de estado de ánimo con rapidez, los momentos buenos solo duran algunos minutos y le resulta muy difícil disfrutar de las cosas buenas de la vida. De todas formas, hasta el día de hoy duda si ese es exactamente su diagnóstico. Siempre le ha sido complejo aceptar que tiene una enfermedad psiquiátrica, ha sido “lo peor” que le ha podido pasar, provocándole una especie de rebeldía contra la enfermedad y mucha rabia. Dicha resistencia se expresa en la dificultad para seguir el tratamiento farmacológico, habiendo periodos en que no toma los medicamentos. Ella es una “rebelde de los fármacos”, no se los toma todos porque no podría “andar en pie”. Sin embargo, siente bastante

dependencia a ellos, es una “drogadicta dependiente del remedio”; se toma el Ravotril y se siente otra persona, se le pasan los achaques, los dolores y los nervios.

Piensa que necesita un psicólogo permanente que la vea una vez a la semana o cada quince días; necesita un tratamiento para siempre. Refiere que es más importante la atención psicológica que la psiquiátrica porque en ella se dan muchos fármacos. Cree que va a tener 80 años y va a seguir atendándose en este lugar, de aquí no tiene salida porque lo suyo es enfermedad crónica, como por ejemplo; el pánico.

Guillermina utiliza con cierta frecuencia el Servicio de Urgencia, saber que está abierto las 24 horas le provoca una sensación de tranquilidad. Ella necesita que exista el Instituto Psiquiátrico, siente que es un lugar que la acoge y la calma. Si bien, haber llegado a atenderse a este lugar era sinónimo de muerte, la participante siente que la salva de una catástrofe; probablemente no estaría viva si no hubiese llegado hasta acá.

B. La escucha de la historia de Guillermina

- Descripción del proceso vincular con el narrador

La primera impresión relevante de cómo la participante se relaciona con la investigadora, guarda relación con el hecho de que Guillermina traer una historia que pareciera espera ser contada, pero como si no fuese destinado a alguien que debe comprender lo que ella dice; quién está en frente no es relevante, podría ser cualquiera, una especie de objeto indiscriminado.

No es capaz de detenerse en su discurso, este es avasallador y agotador, saturando por momentos el espacio de entrevista. La participante pierde los límites en el contexto de entrevista de una investigación, el que aparece más bien como un

espacio terapéutico donde ella puede descargarse. Asocia esta instancia a un lugar donde puede ser validada; aquí le creen y la escuchan, en contraposición al lugar estigmatizado de la locura y la enfermedad psiquiátrica. En varios momentos impresiona que Guillermina pide un tratamiento psicológico. Paralelamente, la investigadora se encuentra intentando ordenar y aclarar lo que Guillermina dice; su discurso es confuso y lleno de contradicciones. Aparece la necesidad de ir ligando lo desligado, de establecer ciertos acuerdos, de ir deteniendo el discurso para comprender. La participante se disculpa por ser tan “repetitiva”, como si se diera cuenta que abrumba con su palabra acelerada.

Si bien, Guillermina no interpela al entrevistador y se adapta a la situación, en alguna ocasión se compara con la investigadora y le pide a ésta que imagine su situación. En la tercera entrevista se evidencia que la entrevistadora se ha vuelto más visible; la participante recuerda algo dicho por ella que le hizo sentido, denotando cierta continuidad en el proceso. El vínculo establecido es asimétrico, la participante es la “enferma” y la investigadora la “profesional”.

Guillermina se ubica con una excesiva disponibilidad para colaborar en lo que se le pida; una especie de agradecimiento infinito, un estar en “deuda” con el hospital y sus profesionales. Refiere al terminar el proceso: “cualquier cosa ya sabe que existe”, dando a entender que ella existe para lo que la institución le solicite, dispuesta a entregar su testimonio de enfermedad para mostrar que se puede estar mejor y que la vida no acaba.

Resulta interesante que luego de la segunda entrevista la investigadora tiene la impresión que no sería necesario un tercer encuentro, creyendo que no aparecería nada nuevo o distinto en el material. En cambio, la participante hubiese deseado más encuentros (más de tres), quisiera haber contado con detalles su semana y quizás repetir muchas cosas que ya ha dicho, como si esa fuese una prueba de que existe, que sus bajones son reales y que alguien los quiere conocer.

Aparece como si no tuviera otros intereses, otra cosa más que venir y contar. Sin embargo, en otros momentos da cuenta que tiene una vida afuera, dedicada al cuidado de su pareja enferma, con responsabilidades y deberes.

- **Contenidos discriminantes**

Aquellos contenido que dan el sello más específico al narrador como sujeto podríamos decir que son:

1. Paciente psiquiátrica “irrecuperable” (crónica).
2. Paciente que tiene un “mounstro” adentro de ella.
3. Mujer “nula”, “inservible”, “estancada” y limitada por la enfermedad.
4. Mujer que necesita “sentirse persona” (con dignidad) siendo una paciente psiquiátrica.
5. Enferma que cuida a otro enfermo.
6. Persona con una identidad cruzada por la locura y la marginación; no sabe si se ajusta o no a la realidad.
7. Persona que aburre, repite, con la cual hay que ser paciente.
8. Alguien que requiere del recuerdo de otro para poder hacer las cosas bien.

- **Interrogantes**

Descripción de las dudas, preguntas, enigmas del relato de la narradora.

1. La participante se diferencia de otros enfermos, sin embargo no queda claro ¿cómo opera ese acto de diferenciación en ella?

2. ¿Qué implicancias subjetivas tiene el paso de la atención primaria/secundaria a la terciaria donde están los “especialistas”?
3. El hospital tiene el objetivo de recuperar; ¿cómo es posible recuperar lo crónico?
4. Al Hospital se llega con el “mounstruo”; ¿ayuda el hospital a crearlo? ¿cómo hace eso?
5. Los médicos están para ayudarla y no para complicarla; ¿en qué la complicarían a ella?
6. La doctora es una amiga, una hermana y a la vez tiene un rol asistencial; ¿cómo se inserta lo terapéutico allí?
7. Se debe ser honesto con los profesionales para no perjudicarse ella, ni a la institución, ni a los profesionales ¿De qué manera los demás podrían verse perjudicados por su falta de honestidad?

C. Hitos biográficos en la historia de Guillermina

Agrupación de algunos hitos biográficos, desde un orden cronológico, que caracterizan la historia de Guillermina y que incluyen hitos de su historia y de su enfermedad psiquiátrica.

- Es la última hija de 13 hermanos.
- Segundo año de enfermería profesional. No pudo seguir estudiando por enfermedad del oído (P. A. 46).
- 10 años de voluntariado en convento de Buenos Aires (18-28), periodo bueno y tranquilo (P. A. 48). Deseaba irse a las monjas contemplativas, pero ellas descubren que algo le pasaba, le dijeron que no tenía vocación y que lo mejor es que volviera a Chile (P. A. 82, A. 84). La función del otro aquí es mostrarle algo que ella no ve; mentalmente hay desequilibrios que Guillermina no quiere asumir o no puede mirar.

- 1970-1971 Vuelve a Chile sin querer hacerlo, fallece su padre, ella cuida a su madre (P. A. 88).
- 27-28 años. Se dedica a trabajar y estudiar curso de Auxiliar de Asistente Social en la Cruz Roja. Cuando fallece su madre no quiso hacerse cargo de sus hermanos (P. A.106). La función de cuidado parece ser muy importante en su historia y cargada de cierta ambivalencia.
- Forma el grupo “Gente Sola” destinada a solteros, viudos, separados, personas que sintieran la soledad. Ella se presenta como “enferma” (P. A. 108). Aquí nos percatamos que ella ya tenía un tratamiento psiquiátrico, y que un doctor la llamaba para decirle que era enferma y que detuviera sus porfías. Al parecer en ese momento la paciente se rebelaba contra su enfermedad (P. A. 116). No queda claro donde se atendía en este periodo ni cómo se da la primera consulta.
- En esta época, aproximadamente a sus 40 años, se empareja con Renato.
- El 2001 un médico la deriva al Instituto Psiquiátrico desde el Hospital Oncológico, donde se encontraba recuperándose de una operación de cáncer mamario, después de la cual quedó con limitaciones para valerse por sí misma. *“Todo negro y puro llanto”* (P. A. 134).
- Ingreso al hospital: recibe su primera atención psiquiátrica (P. A. 36) (luego se esclarece que no es la primera).
- Actualidad: si bien se diferencia de pacientes que no asumen su enfermedad, ella refiere que todavía no ha aceptado la propia (P. A. 128), por eso pide ayuda psicológica una vez a la semana (P. A. 146).
- Asumirse enferma provoca sentimiento de alivio (P. A.194).
- Cuida a su pareja que sufre de Alzheimer (P. A. 40). Cuidarlo a él la hace cuidarse a ella misma, pero también la limita, eso la enrabia.
- Proyección: a los 80 años cree que estará igual. Su enfermedad es crónica, se encuentra muy enraizada en ella, y por ello se ve siempre vinculada al Instituto Psiquiátrico (P. A. 164). En un tiempo más se imagina haciendo un taller de modas (P. A. 168).

D. Sobre las significaciones del Hospital, su enfermedad, el tratamiento y el vínculo con el médico.

Guillermina es una “paciente psiquiátrica irreversible”, una persona que sufre algo crónico. Dentro suyo lleva un “monstruo”; la enfermedad es significada como endemoniada, poseída, más cercana a contenidos míticos y religiosos. Un mal incurable que no tiene vuelta, lo peor que a alguien le puede suceder; una especie de maldición. *“Me siento como que ese monstruo tiene personalidad, tiene fuerza para pescarme, tiene autoridad y yo a lo mejor si no hubiese llegado aquí a lo mejor ese monstruo no existiría pero no sé qué tanto bajón habría tenido”* (P. B. 41). Al definirse como incurable, es claro que alguien debe hacerse cargo de ella, en este caso el Hospital.

La enfermedad psiquiátrica está más cerca de la fragilidad, inestabilidad, desvitalización y la muerte. La enfermedad también tiene el lugar de la estupidez y la tontería; algo que no permite cuidarse, disfrutar de las cosas buenas, ni avanzar en la vida, más bien es algo que la hace caer, la limita, la tranca y la aplasta. La vuelve inútil, nula, inservible; todo su potencial se halla atrapado por la enfermedad. Es vivida como algo persecutorio, asociada a lo poderoso, a lo sucio, a lo mal hecho; genera una etiqueta, un estigma y un menosprecio, el “paciente psiquiátrico” es un ser perdido, inmóvil e irrecuperable, de lo cual se avergüenza. Para Guillermina la enfermedad es algo hiper-consciente, pero a la vez muy impreciso. Tiene algunas ventajas; otorga una especie de “licencia”, “chipe libre” que permite justificar sus acciones y conductas; “un permiso para loquear”. En esta misma línea aparece la idea que la enfermedad psiquiátrica es un galardón, una especie de

etiqueta pero en el sentido contrario al estigma; le otorga cierto estatus dentro del sistema de salud.

Alguna participación tiene ella en sus descompensaciones, no todo es atribuible a la enfermedad en sí misma. Ésta es algo que no se cura, pero que se cuida. Se trata de una herencia familiar o un hecho de simple transmisión, no asociada a conflictos o vivencias de la infancia o de otros momentos de su vida; ninguna relación con los vínculos tempranos.

El Hospital es significado como muerte-encierro y salvación; encierro en el sentido que no le permite a Gulilermina participar de la “normalidad” del mundo exterior; muerte porque una vez que se entra ya no hay salida, a este lugar acuden los que no tienen remedio, los enfermos de la cabeza, la gente desquiciada, “meterse al hospital es como matarse”, pero sin él se habría muerto o se “habría cortado la cabeza”. El Hospital la salva de una catástrofe, la acoge y la cuida para evitar que se dañe, es un lugar que tiene el objetivo de recuperar, de hacer que las personas se sientan bien. Es un lugar que le permite descubrir el “mounstruo” que lleva adentro, se trata de una madre nutricia que alimenta y ella como paciente es una niña que debe mamar. *“Yo creo que ahí va la buena institución y la buena, a ver, es como la mamá y el hijo, usted puede tener leche muy buena para amamantar a un niño pero si el niño tiene las manos o tiene reflujo o que se yo que ni por más que le meta la tetita él no va a poder mamar porque se lo va a botar, se va a ahogar, entonces nosotros tenemos que tener instituciones para poder ser ayudadas, pero también nosotros tenemos que poder mamar esa leche y nutrirnos”* (P. C. 98).

Un lugar al que siempre debe venir, al que acude cada cierto tiempo porque le da estabilidad, seguridad, hay un alivio y una calma en la asistencia. Sin embargo tiene una falla; no puede estar siempre y tiene pocos recursos, “hace lo que puede con lo que tiene”, es necesario que el mundo social (los parlamentarios) presten más atención a este lugar. Ella exige y reclama visibilidad para su Hospital.

También aparece la asociación de que el Hospital es exceso de medicamentos, que por cierto, no curan. La institución es una totalidad, es el continente que la acoge y se hace cargo de ella.

Atenderse en el Hospital, ubicado en el nivel terciario del sistema de salud, es un privilegio. “Llegar aquí es el hoyo del queque”, lo cual significa que nadie se la pudo en la atención primaria y secundaria. De todas formas, ingresar al Instituto y estar con otros pacientes psiquiátricos la hace sentir menos loca, se compara con ellos y se rescata. Es un lugar donde también aparece la dignidad de ser escuchada y aceptada.

Para Guillermina el tratamiento es algo que puede ayudarla a estabilizarse pero nunca a mejorar del todo. Hay una idea de pseudo-tratamiento con los medicamentos; aunque no la mejoran los toma igual. *“Si mal no me acuerdo yo le dije que aquí dan muchos remedios y uno queda dopada y al final la enfermedad sigue igual, las ñatas dan vueltas y vueltas en las terapias y quedan ahí, y después claro, se acaba la terapia pero la persona no hizo nada por avanzar porque con los remedios ¿qué fuerza van a tener? es cómo que les quita o absorbe más el ánimo para empujarlos o para salir. A ver, yo siento que se pierde algo de la vitalidad, de la fuerza que uno tiene como persona en la personalidad, la enfermedad psiquiátrica hace perder algo de esa vitalidad, y claro, con remedios uno apacigua las crisis de que no se quiera matar o matar a otros, crisis, o sea sencillamente para mantener a la personas más con la gente para que pueda convivir, pero que la vaya a mejorar”* (P. B. 67). El problema que se desprende de aquí es que si los medicamentos curaran, ella arriesgaría recibir el alta, y por ende, de quedarse sin el continente. En este sentido, es preferible el Hospital que la medicación.

No aparecen expectativas mágicas ni ideales en relación al tratamiento; sabe que no se va a mejorar con los fármacos, pero le han ayudado a tener una vida más llevadera y soportable. Con el tratamiento que recibe (control psiquiátrico, atención

psicológica, fármacos, talleres psicoeducativos) ha podido aprender a controlarse y conocer cuales son las consecuencias de sus actos, es como si el tratamiento insertara la capacidad de auto-observarse, el pensamiento causa-efecto le ayuda a regularse, a postergar la satisfacción e ir más allá de la descarga. En otras palabras, le ayuda a cuidarse. Guillermina no se puede responsabilizar sola de su tratamiento porque se olvida, necesita de otro que la ayude.

Respecto del vínculo con el médico y los profesionales de la institución, lo primero que aparece es la capacidad de ellos de “descifrar” sus necesidades y “percibir” su sufrimiento, a diferencia de otra personas como su pareja. Un médico y un psicóloga la “pillaron” llorando en los pasillos del Hospital Oncológico, y la enviaron a este Hospital. El médico es alguien que le ha permitido descubrir el monstruo que lleva adentro y al mismo tiempo le otorga la fuerza necesaria para luchar contra él. Gracias a la doctora que la recibe en el Hospital, ella se salva de desaparecer del mapa, con ella -y los demás- ha podido desahogarse y vaciarse, gracias a que le tienen mucha paciencia.

A Guillermina le daría más pena su enfermedad si no viniera al psiquiatra, por lo mismo la doctora no puede dejarla sola, ella no tiene a nadie más a quien decirle lo que le ocurre. El médico es alguien que tiene la obligación de escucharla y de acoger sus necesidades no resueltas y no satisfechas en el mundo externo.

El médico ocupa un lugar diferente al amigo y a la religión; es distinto y por eso necesario. La doctora es alguien que le da “todo” a la paciente, aquí aparece la totalización y la idealización de esta figura. En respuesta a eso hay que ser honesto con los profesionales para así no perjudicarse ella, ni a la institución, ni a los profesionales. No es claro cómo los demás podrían verse perjudicados por su falta de honestidad.

Sin embargo, en el control no dice todo, porque si así fuera la habrían dejado hospitalizada muchas veces. Hay que esconder y ocultar la verdad para no ser una hija mala castigada por los padres. Tal vez, el castigo significa perder el Hospital.

Guillermina asocia la asistencia a los controles como un “acto de fidelidad”. Cuando falta a ellos y no sigue el tratamiento entonces “falla”, queda en deuda. Aquí la falla y la deuda son para el otro, no para si misma. Los profesionales son como padres a los que hay que demostrarles algo y al mismo tiempo obedecerles. El compromiso de no hacerse daño es con la doctora no consigo misma.

El médico es una figura omnipotente y omnipresente, sabe más de la participante que ella misma, conoce lo que va hacer o como va a reaccionar, esto le produce alivio, la tranquiliza. En el médico busca un acercamiento humano, afecto, el trato de una hermana o amiga. *“Yo creo que eso es un acercamiento humano que uno lo necesita, necesita no solamente palabras de repente, sino que ese apoyo como amiga, como hermana, como una persona cercana, no como un doctor que está por allá y viene y ya “qué fue lo que tiene, aaa va a tomar esto y chao”, esas atenciones no sirven”* (P. B. 102).

Cuando viene a ver a su doctor se siente como importándole a alguien. El control es, en palabras de la participante; una “medicina”, una especie de vitamina que le presta energía hasta el próximo control, le da defensas, la protege. El encuentro con el médico le da estabilidad cuando ella se “divide”, cuando se fragmenta, cuando se escinde, cuando “loquea”.

E. Notas para análisis transversal

A partir de la recolección y el análisis de la historia de Guillermina, aparecen algunas ideas interesantes de consignar para luego observar en las demás historias, en la línea de hipótesis o ejes analíticos transversales.

1. Paciente crónica e irreversible.
2. Enfermedad psiquiátrica como monstruo.
3. Hospital como encierro-muerte y salvación.
4. Hospital como un objeto seguro que le da existencia e identidad.
5. El control psiquiátrico como una medicina en si misma.
6. La búsqueda y encuentro de afecto en la relación con el médico.
7. El médico como alguien que tiene la obligación de escuchar y satisfacer necesidades y demandas no resueltas en el mundo exterior.

A. Identificación descriptiva de Berta

Berta llega al Instituto Psiquiátrico luego de que un médico la deriva desde el Consultorio de la Pincola. La derivación, según su relato, es planteada por la doctora como “un secreto entre las dos”, “un favor especial”; será enviada al lugar donde dejará de pagar, recibirá medicamentos sin costo y será curada. Algo que Berta siente que le “resulta”.

En ese momento la participante se siente muy “enferma de los nervios”, con angustia, dolores de cabeza, tiritones y sudoración. Varios síntomas que se confundían con problemas somáticos, lo que le había hecho circular por el circuito de salud sin resultados; médicos generales, neurólogos, atención en el sistema privado, consultas en el Hospital San José y en la Clínica de la Universidad de Chile. En esas atenciones refiere que le daban un medicamento, le extendían la receta, ella los compraba y “eso era todo”.

Para la participante la enfermedad ha sido una limitante, implicó dejar de trabajar intensamente como lo hacía, “incluso los días domingos”, situación que le permitía sostener económicamente su casa. Durante los 13 años que trabaja en una fábrica textil, refiere sentirse una mujer activa, enérgica y vital; parecen ser los mejores años de Berta. Además, le otorgaba cierto estatus al interior de su hogar y en relación a su marido; ella mandaba, dirigía y controlaba todo lo que se hacía y ocurría en su familia. Se preocupa de la educación de sus hijos y de todas las labores domésticas. Cuestiones que ha dejado casi por completo porque “se la pasa acostada”.

Su jubilación coincide con el periodo en que comienza a atenderse en el Hospital. Berta siente que la enfermedad la cambió, la transformó; “ya no es la misma de antes”. Posterior a su retiro laboral ha realizado trabajos en la JUNJI en el área de alimentación, sin embargo ya no lo hace, desde enero del 2011 que siente que “cayó al fondo”, no quiere levantarse, se siente cansada, angustiada, con sueño y sin deseos de levantarse. Sitúa en la actualidad el momento más difícil.

Berta es ambivalente al momento de establecer una relación o el origen de su enfermedad. Oscila entre una “maldición divina” y una relación biográfica. Por momentos logra atribuir su “depresión definitiva” a su historia; tuvo una infancia difícil y dolorosa, marcada por la separación con su madre a los 7 años. Observa mucha violencia física entre la madre y la pareja; ante lo cual ella intentaba defenderla. Sufre maltrato psicológico por parte de su marido que es alcohólico, nunca físico porque ella, en sus propias palabras, es “intocable”. En el origen de su enfermedad sitúa el momento en que su único hijo varón se va al norte a hacer el servicio militar; ella no lo pudo evitar ni tolerar. En otros instantes ubica en la herencia los orígenes de su enfermedad; “algo que se pega” en las familias. A ella se lo pegó su madre y ella a sus hijos. Dos de sus hijas también se atienden en el Instituto Psiquiátrico, presentan problemas similares a los de ella, con el agravante que han intentado quitarse la vida.

En el años 2008-2009 (no recuerda exactamente) comienza a atenderse en el Hospital. La participante considera que todos los médicos que la han atendido

han sido “buenos”, le han tenido paciencia, la saludan con afecto, se preocupan, sobretodo porque le consiguen muestras médicas muy “caras”. En alguna ocasión refiere que un médico no le gustó porque quiso retirarle un medicamento que provocaba daño a la memoria. Ella no lo toleró porque lo necesitaba para tranquilizarse y dormir, pidió cambio de médico, el cual es aceptado de inmediato. Con su última doctora, “la claudita”, tuvo un mal comienzo, un desencuentro que derivó en una conversación bastante confrontacional, sin embargo, las cosas se arreglaron entre ellas, “nos hizo bien decirnos las cosas”. La figura de esta doctora es importante para la participante; siente mucho cariño y agradecimiento por su preocupación. Para Berta es una lastima que al cumplirse un año con el médico tratante se lo cambien, la hace sentir triste porque se acostumbra a conversar con ellos.

Respecto de su diagnóstico la participante refiere sufrir una “Depresión Definitiva”, algo que padece hace más de 10 años; no se le va a quitar, no puede cambiarlo, quedó enferma. Esto significa tener altos y bajos, a veces no querer comer, solo estar acostada, sin hacer y pensar en nada. Berta se ha vuelto adicta a los medicamentos, aunque no saben si la ayudan de verdad. No tolera el malestar, así que ante cualquier problema o disgusto acude de inmediato a tomar los fármacos, “no espera a que se le pase”. Tiene la idea de que si le abrieran el estómago encontrarían una bolsa de remedios, o “dulces” como le llama ella.

En relación a su tratamiento, a veces le gustaría que la hospitalizaran, piensa que le ayudaría a estar mejor porque podría “estar acostada” y “alguien le daría los medicamentos”. Estaría sin hacer nada, sin pensar, sin saber de nadie. Su última doctora no acepta hospitalizarla porque le parece que no estaba en condiciones para ello. Nunca ha participado de una instancia o dispositivo terapéutico distinto al control médico.

Berta utiliza el Hospital con frecuencia, no aparece el Servicio de Urgencia en su relato como instancia a la que acuda, sin embargo, si se siente mal, cualquier día y en cualquier momento acude al policlínico en busca de su médico. Sabe que

encontrará a su tratante o que alguien que la atenderá. Los aspectos del Hospital que más destaca, es que es un lugar limpio, no tramitan y es “gratuito”. A pesar de ser sin costo, recibe medicamentos caros y buenos, además de una atención especial.

B. La escucha de la historia de Berta

- Descripción del proceso vincular con el narrador

Berta comienza a contar un relato hilado de una historia que pareciera haber sido contada más de una vez, pero que impresiona no estar destinado a alguien más, a una persona vista por primera vez (investigadora), a una desconocida. Parte de lo que más llama la atención es el no-involucramiento de la interlocutora en el primer encuentro; ella cuenta una historia donde el investigador se pierde, desaparece, quedando sólo en el espacio de entrevista. En este contexto la entrevistadora intenta aparecer mediante preguntas, precisiones, reiteraciones de algo dicho por ella. E incluso, en ocasiones, mediante la traducción interpretativa de lo dicho por la participante.

Berta asocia el espacio de entrevista de investigación con el espacio psicoterapéutico, de lo cual ella tiene un muy mal recuerdo. Refiere que en una ocasión una psicóloga la hizo hablar, ella recordó, revivió, se puso mal y la enfrentó; “hice un escándalo”. Por lo cual, este espacio de entrevista se vuelve hostil y persecutorio para ella, generando muchas resistencias, lo que es posible de apreciar en su dificultad para asistir. Falta sin avisar en reiteradas ocasiones, hace esperar, dilatas los encuentros, es necesario llamarla, lo que genera una sensación en la investigadora de “estar persiguiéndola”. Desde la vivencia paranoide interpela a la investigadora con preguntas acerca del objetivo del estudio, como si nunca tuviera muy claro de qué se trata esto o para qué es, a pesar de todas las

explicaciones y aclaraciones ofrecidas al respecto. Para que Berta pueda estar más “tranquila”, la entrevistadora debe diferenciar este espacio de investigación de un espacio terapéutico.

Lo más llamativo de todo el proceso vincular, es que Berta “olvida” el primer encuentro y asegura con convicción (telefónicamente) que ella nunca estuvo en una entrevista, que no acudió, que no hubo encuentro, “no sabe de lo que se le habla”. Esto provoca una sensación de “impacto” en la entrevistadora y por algunos segundos una sensación de “locura” ¿existió el encuentro realmente? ¿A qué se debe ese “olvido”? No parece haber problemas cognitivos u orgánicos de por medio, por lo que es interpretado como una manera agresiva de atacar el vínculo y “hacer desaparecer” al otro. Berta ha “borrado” todo el primer encuentro, aquí aparece la necesidad de la investigadora de recordar los acuerdos tomados, los objetivos de la investigación, “re-hacer” y “recordar” todo el proceso, incluyendo el consentimiento informado. Más adelante dirá que solo recuerda la grabadora pero no a la entrevistadora, ejemplo gráfico del borramiento del otro. Ante esta situación la investigadora intenta hacer recordar a la participante que ese primer encuentro existió y tuvo lugar entre las dos, generándose una lucha “por existir”.

La asistencia de Berta a la investigación está mediada por la relación transferencial con su doctora, quien la incentiva a participar. El “buen” vínculo con la entrevistadora está marcada por el “buen” vínculo con su médico. Desde ahí Berta asiste, incluso estando enferma y con indicación de reposo, lo cual hace sentir a la investigadora culpable de “hacerla venir”. Berta es enfática en decir que seguramente su doctora preguntará si asistió y que la investigadora debe contarle que así fue; *“seguramente la claudita la va a venir a preguntar si yo vine, dígale que aquí estuve, ha sido tan buena conmigo que cómo no iba a venir”* (P. B. 227). Se siente tan agradecida –en deuda- del cariño de su médico que no puede fallarle (como los niños a los padres) no participando de esta investigación. La participante responde al pedido de su médico pero no al de la “psicóloga extraña que algo quiere

de ella”. Es evidente que la experimenta persecutoriamente, como alguien que la podría hacer hablar, recordar, revivir y por lo tanto dañar.

Berta termina agradeciendo la posibilidad de participar en el estudio “le gustaron las conversas”. Pareciera que le agradó ser objeto –de estudio, de deseo, de pregunta- pero no advenir sujeto de extraer algo positivo y constructivo para ella desde este ejercicio, espacio que tampoco se diferencia mucho de otros que ella ya ha visto o vivido en el Hospital.

De este modo, la participante es quien le hace un favor a la investigadora, siendo ésta la depositaria de todo deseo y necesidad; se constituye como una fuente de donde obtener el deseo de otro, o algo que la ayude a paliar una profunda soledad.

- **Contenidos discriminantes**

Aquellos contenido que dan el sello más específico al narrador como sujeto podríamos decir que son:

1. Paciente psiquiátrica crónica, con una Depresión definitiva.
2. Paciente enferma de los nervios.
3. Alguien que está muriendo en vida, nada le agrada, desearia no sentir ni saber de nada.
4. Mujer intocable, que manda, controla y domina a otros y a sí misma.

5. Alguien que se hizo mal sola.
6. Persona que cambió, se modificó, se transformó por la enfermedad.
7. Mujer esforzada y trabajadora que merece la gratuidad del Estado.
8. Alguien que le teme a la locura. La locura está en otros, no en ella.

- Interrogantes

Descripción de las dudas, preguntas, enigmas del relato de la narradora.

1. ¿Cómo experimentará Berta los cambios de médico? Ella se adapta, pero ¿sentirá algo más?
2. Ella se merece la atención “gratuita” ¿qué libertad terapéutica puede haber allí?
3. ¿Cómo era la participante antes de la “depresión definitiva”? Además de trabajar ¿habían otras áreas donde ella se vitalizaba?
4. Usa la depresión como verbo –depresionar- algo que la depresiona. Un parecido a presión o ser presionada ¿desde dónde? ¿por quién?
5. Con su médico cuando conversan van cambiando los temas ¿por qué ir cambiándolos, no quedarse en algo y profundizar? ¿contribuye a este estilo superficial el hecho de que los médicos roten una vez al año?
6. No queda claro en el relato ¿qué es lo que ha hecho ella por su recuperación, para estar bien-lejos de hospitales y dispositivos de salud?
7. Si mucho de su experiencia como paciente está marcada por lo que le dan y ella recibe ¿qué habrá sentido que esta investigación le dio? ¿para qué le servirá?

C. Hitos biográficos en la historia de Berta

Agrupación de algunos hitos biográficos, desde un orden cronológico, que caracterizan la historia de Berta y que incluyen hitos de su historia y de su enfermedad psiquiátrica.

- Cuando tiene 6 años la madre se casa (P. B. 97). Ella no toleraba a la pareja de su madre porque era violento y la golpeaba. Fue una infancia difícil, nunca conoció a su padre.
- A los 7 años se va sola a Santiago a la casa de unos amigos de la madre (P. B. 93). *“Estuve un año con ella, vi que las cosas estaban mal y me fui”* (P. B. 97). *“Salir y decir “no volver más” y no volví más, yo no tenía un bolso y no tenía nada, pesque una caja de cartón y hice mi ropita que tenía y dije “hasta luego yo me voy a Santiago no vuelvo nunca más para acá” y no volvi, yo adoraba a mi madre”* (P. B. 243).
- A los 16 se casa (P. C. 105). Marido alcohólico, la maltrataba psicológicamente. El la amenazaba de pegarle pero ella no lo dejaba; ella es quien lo golpea (P. A. 24).
- Trabajó durante 13 años en una empresa de plásticos (P. B. 177). Hacía trabajo de hombres con máquinas inmensas, era casi la única mujer y 500 hombres. Trabajaba con overoles y pantalones, andaba arriba de los fierros (P. B. 199). Le gustaba mucho su trabajo.
- Esta época impresiona como la mejor para la participante, era activa, enérgica y vital; trabajaba hasta los días domingos. Era la que llevaba la casa, le permitía mandar y controlar las cosas. Daba ordenes, pero “se hizo un mal” porque le quitó el mando a su marido (P. A. 115).
- En 1993 comienza la enfermedad cuando su único hijo varón parte a hacer el servicio militar al norte del país, se le hizo todo un mundo, no le pudo sacar el servicio a su hijo (P. A. 12).
 - En esa época sentía angustia, el corazón se le apretaba, se perdía, tiritaba, sudaba, dolores de cabeza. Comienza el circuito por medicina general y neurología. Se inicia la “Depresión Definitiva”. (P. A. 22). La paciente no es clara si la “Depresión definitiva” comienza hace 10 o 18 años atrás.
 - Logra sacar al hijo del servicio, pero ya quedó enferma (P. A. 22).

- Una doctora del consultorio le dice que estaba perdiendo el tiempo, le hace una interconsulta para que traiga al Hospital, pero le pide que no le cuente a nadie. En este lugar iba a dejar de gastar plata, de andar de médico en médico, le iban a dar remedios y a curar (P. A. 72).
- 2008 -2009 (no recuerda exactamente) comienza a atenderse en el Instituto Psiquiátrico. Coincide con su jubilación, lo que provoca un derrumbe económico en su hogar (P. A. 145)
- Desde la Jubilación trabajó un tiempo en la JUNJI en alimentación (P. B. 171)
- Actualidad: Desde enero del 2011 hasta esta fecha cayó al fondo (P. A. 4). Se cansa, no se levantaría en todo el día, siente angustia, sueño, por ella fuera siempre de noche (P. A. 6). No trabaja.
- Proyección: confusa. Se imagina atendiéndose un año más en el hospital, pero se ve eternamente enferma, llendo a médicos particulares (P. A. 141), aunque está jubilada y sabe que no tendrá dinero para eso (P. A. 143). Piensa mejorarse, pero le pide a los hijos que en el futuro la cuiden, que la bañen porque mucha depresión no dan ganas de metese al agua (P. A. 129).
- Aunque no tome medicamentos en el futuro, se imagina viniendo al Hospital a darse una vuelta y a visitar a los doctores que alguna vez la atendieron.

D. Sobre las significaciones del Hospital, su enfermedad, el tratamiento y el vínculo con el médico.

Berta es una mujer que se construye desde su historia como alguien “intocable” físicamente, y probablemente, intocable psicológicamente desde su agresión que pone freno al otro haciéndolo desaparecer. Borramiento de la existencia del otro y en cierto nivel de la suya propia. “ (...) soy una persona que en 5 minutos puedo perder el equilibrio o la mente y dejo la escoba, y la dejo porque yo no dejo que nadie me toque, desde los 7 años he tenido siempre mi vida eee he cumplido que voy a dejar nadie me toque” (P. A. 14).

La participante sufre de una “Depresión definitiva”, algo similar a una “cadena perpetua” de la cual no se puede liberar; asociación de la enfermedad como “encierro” del que no es posible salir. En otras palabras, se trata de una paciente psiquiátrica crónica, afectada por una “maldición”. La enfermedad aparece, en primer lugar significada desde un modelo mítico-religioso; una responsabilidad divina tiene el poder de otorgarla y también de quitarla. En otros momentos la enfermedad tiene un origen biográfico, es decir, es significada como un efecto de una infancia difícil, de carencias ubicadas en los vínculos tempranos, de traumas asociados a la violencia, pérdidas y frustraciones. También es algo que se hereda – modelo científico biologicista- más bien que se “pega” de generación en generación. Una madre que se lo pega a ella, y ella a sus hijos que también son pacientes psiquiátricos. *“Es una enfermedad, es como si fuera una maldición porque si uno se enferma de la vesícula la operaron y se sanó, pero esto cuesta mucho sanarse, mucho, y es como que tu vai pegando esto, porque en mi familia se ha ido pegando esta enfermedad, tengo un hijo que también se está tratando acá, a veces mi hijas también se sienten muy enfermas, es como que yo tengo esa idea, o bien es como que el que no sabe es como que no ve, de que esto es hereditario, como que se va pegando”* (P. A. 90).

La enfermedad mental es vivida por la paciente como algo más difícil que la enfermedad física, en tanto es algo en lo que “se cae” pero de lo cual no se puede salir. Se trata de un estado permanente, inalterable, crónico, marcado por altos y bajos, pero imposible de modificar. Es posible pensar que una de las razones importantes que la enferman o hacen caer, es el hecho de jubilarse; momento en que comienza una necesidad por el hospital y luego una dependencia absoluta hacia la institución.

Berta es una mujer que teme a la locura, por lo tanto ésta es ubicada en los otros y no en su persona. Hay una separación permanente entre los enfermos públicos –los locos- y ella. Su enfermedad es distinta a la esquizofrenia, quien sería

el genuino enfermo mental. Berta se salva de estar en ese lugar, no es igual a ellos pero lo suyo es para siempre.

A la participante, los otros la enferman cuando se le acercan, cuando le hablan, cuando la necesitan o cuando aparecen con su propio padecer. En esos momentos aparece la sintomatología panícosa que le impide mantenerse presente y conectada. En comparación a sus hijas –enfermas psiquiátricas también- Berta es quien tiene siempre los problemas más graves, los dolores más fuertes y los conflictos más difíciles de superar. Competencia solapada por el lugar del “más enfermo”, del “más irrecuperable” en la trama familiar.

Por momentos la participante tiene el discurso de una enferma terminal frente a dolores que ameritan morfina. La enfermedad es significada por ella como algo que “mata”, que “se la come por dentro”; está muerta en vida, nada le agrada, quisiera no sentir, no recordar, no saber, estar acostada y atendida: expresión máxima de la regresión total.

Por momentos la participante siente alguna responsabilidad en su padecer y cree que necesita estar en una posición más activa para poder mejorar. Sin embargo, la mayor parte del tiempo su relato da cuenta de una posición totalmente pasiva ante su afección.

El Hospital para Berta es un lugar que se va modificando; hay una “evolución” en su manera de significarlo, marcado por un antes, donde ella no es paciente, y un después donde pertenece a la institución como usuaria. En el primer periodo el Hospital es un lugar devaluado; vienen los sujetos “locos” y “peligrosos”, se maltrata a las personas y se les agrede físicamente. Le genera temor, hay un miedo a la locura y al ataque. Es un lugar que le provoca angustia porque las personas se mezclan, incluso ella.

Luego el Hospital pasa a ser un lugar idealizado; espacio omnipresente, totipotencial y omnipotente, que le da sin restricciones ni límites. Además, es muy importante para Berta lo “limpio” que es el Hospital, haciéndolo de esto uno de los criterios que permiten calificarlo de “bueno”.

Espacio donde dan remedios, mejoran a las personas y ayudan a controlarse. Pero por sobre todo, es un lugar donde recibe “amor”. Aquí le dan un trato especial, único e importante. Un cuidado que no recibió en el mundo exterior, en su infancia ni con sus seres significativos. El Hospital sirve como paliativo sustituto de las redes que no tiene o que no funcionan, reemplazo de los vínculos perdidos o fracturados. “ (...) yo he ido a consultorios y me han tratado así, bien déspota, y sin embargo acá no, acá la tratan como con un amor a uno, en los consultorios uno se siente mal es humillante, pero acá no, acá a uno le dan la hora y en todos lados acá hay amor” (P. A. 38).

Todo lo que recibe Berta en el Hospital es “gratis”, no hay transacción sino un exclusivo recibir. El significante “dinero” mediatiza la calidad de la atención; a pesar de ser gratuito los remedios que dan son buenos y caros, y el trato es especial. La gratuidad es un derecho, es algo que merece y exige, una deuda que el Estado tiene con ella.

El ingreso al Hospital es un “privilegio clandestino”, una derivación secreta que hace su médico del consultorio. Lo clandestino la ubica a ella en un lugar especial, es favorecida aunque al margen de la ley. Llegar a este lugar se trata de un “encuentro milagroso”, lo cual habla de la idealización contenida en cómo se ha investido el Hospital: “un lugar especial para alguien que merece un trato especial”.

Berta tiene expectativas mágicas e ideales en relación al tratamiento, piensa que necesita un remedio exacto –que algún día alguien le dará– para estar mejor. Se encuentra a la espera de recibir esa “pocima mágica”. Aparece la idea de un pseudo-tratamiento; a pesar de tomarse los medicamentos ella igual “cae al fondo”.

Los remedios no curan, pero los toma porque en algunos periodos la ayudan a controlarse o a activarse. *“Mi enfermedad tiene altos y bajos, hay tiempos en que yo me siento mejor, pero que ni yo me explico que caigo después al fondo y tomando los remedios, después los intercambio, porque a lo mejor es mucho o tengo que tomar menos pero igual me siento pésimo”* (P. A. 4).

La medicina biológica ayuda al genuino enfermo mental; el paciente esquizofrénico. Dicho de otro modo, no hay medicina para ella que no es una verdadera enferma mental. Berta llama a los medicamentos “dulces”, eso son para ella, unas golocinas a las que acude ante la más mínima expresión de molestia, dolor o conflicto. El medicamento tiene la función de “anestesiarse” el sufrimiento; los usa para no sentir, para no pensar, para no recordar y para no necesitar algo o a alguien. Se define como “adicta al fármaco”, en otras palabras adicta a no sentir. Son tantos años de consumo que Berta tiene la fantasía de que si abrieran su cuerpo se encontrarían con una bolsa de medicamentos-dulces.

Por otra parte, la participante es enfática en dejar claro que el dolor es de ella, se trata de un dolor propio, único, secreto y privado, que ningún tratamiento puede ayudarla a aliviar. Probablemente se trata del dolor de su historia que no tiene cura. Los medicamentos van y vienen, pero el malestar es permanente.

Para ella es confusa la idea del “alta”, cree que en este Hospital no se dan, algo así como quien entra nunca más sale, lo cual es posible de vincular con la asociación del encierro; los pacientes ingresan con cadena perpetua, son crónicos ya al momento de entrar.

Su tratamiento ideal sería la internación, le permitiría “estar acostada”, “no saber de nada” y alguien le daría los medicamentos; nuevamente la regresión total como fantasía idealizada de recuperación. El tratamiento devaluado es aquel que la hace hablar, como el tratamiento psicológico; hablar la enferma aún más, recordar y revivir la dañan profundamente, por lo mismo, el estatuto de la palabra está

denegado en la idea de tratamiento. Ella cierra de par en par la posibilidad de acceso a la elaboración de vivencias dolorosas o traumáticas a través de, por ejemplo, el trabajo psicoterapéutico. Ya resolvió –pseudomaduramente- y el tema se cierra ahí, no admite matices ni desacuerdos: el dolor es de ella, y nadie puede ayudarla, aliviarla, entenderla, ni empatizar con su padecer.

Para Berta la relación con los médicos es significada como “buena” porque han sido muy pacientes con ella. La ayudan, la tratan bien, se preocupan, “los médicos la tratan con amor”, hay una búsqueda y un encuentro de afecto en la relación médico-paciente. Lamenta que le cambien una vez al año a su doctor, sin embargo se adapta con facilidad, una suerte de aceptación resignada del encuadre y una indiferencia hacia el objeto-médico.

Con el médico se establece una relación de confianza, se pactan compromisos que, por cierto, no son con ella misma sino con la figura del doctor. Aparece la necesidad de “cumplir” igual como lo hacen los niños a los padres, probablemente porque si no lo hace emerge la “falla”, la “desobediencia” y por ende, el castigo. En este sentido, el médico es la encarnación de la ley, del control y también de la contención. Por momentos, la separación de la dupla médico-paciente se rompe apareciendo la fantasía fusional de ser uno.

Tremendamente llamativo es como Berta significa lo que el médico le entrega: “el médico le receta otro médico”. *“No seguimos ahora, nos despedimos porque yo ya no la voy a ver, yo le dije si iba a poner una clínica, algo para uno comprar un bono y seguirla viendo, pero me dijo que no porque iba a trabajar adentro del hospital, ya no va a estar abajo, entonces me recetó otra doctora, me dijo que le iba a hablar y que me iba a tratar muy bien y que me iba a sentir muy bien con ella, así que tengo fe de que ella me va a sanar y yo tengo que poner mucho de mi parte”* (P. A. 137).

Lo recetado es el amor que puede aparecer disfrazado bajo la forma de un examen o de un scanner. Hay una “fe” depositada en la figura del doctor como alguien capaz de sanarla; lugar de omnipotencia total, poder de sanación, obra divina. Existe la fantasía que el médico le dará remedios mágicos, caros y exclusivos (muestra médica conseguida con los laboratorios). Lugar de la idealización.

Los médicos son comprometidos, la cuidan y la hacen sentir especial. Es como si la participante sintiera que está siempre presente en la mente de su doctor, esto le otorga un lugar privilegiado, le da existencia y continuidad, al menos en su padecer. La doctora le da más que unos remedios, se preocupa, “me llama hasta mi casa para saber como estoy”, es una especie de madre todo poderosa, abnegada y volcada hacia ella. Idea de la madre nutricia y el bebé que mama.

Si Berta se siente mal sabe que puede ir en cualquier momento a ver a su doctora; modelo de la libre demanda, la ilusión de que ella pide y la doctora le da. Por otra parte, aparece en el relato que ella hace lo que quiere con los médicos “si al doctor le decía que se pusiera de cabeza él lo hacia”. Como si el ser un buen médico fuese sinónimo de responder a lo que desea o pide. En algún nivel están obligados a obedecerle; ella es quien domina y controla.

La participante piensa –a modo de una ilusión- que quizás alguna día va a dejar de tomar medicamentos, pero “igual vendría a darse sus vueltas o a visitar a los doctores”. Hospital presente siempre en su vida, con o sin enfermedad, “darse unas vueltas” como si no hubiese otros espacios a los cuales acudir o visitar. Hacer un circuito que incluye visitar a los médicos configura un vínculo continuo y permanente en su psiquismo, independiente de quien sea. Ellos no pueden hacer más de lo que ya han hecho por ella; asociación con la imagen de un ser que se sacrifica, que lo entrega todo, más allá de su posibilidades.

D. Notas para análisis transversal

A partir de la recolección y el análisis de la historia de Berta, aparecen algunas ideas interesantes de consignar para luego observar en las demás historias, en la línea de hipótesis o ejes analíticos transversales.

1. Enfermedad mental como algo que mata.
2. Enfermedad mental como encierro y condena perpetua.
3. Hospital como sustituto paliativo de redes que no funcionan y de vínculos perdidos o fracturados.
4. Hospital como un lugar donde recibe afecto y atención especial.
5. Tratamiento como pocima mágica.
6. El tratamiento no cura el dolor propio y privado.
7. Los médicos le entregan amor.
8. La receta-medicamento es el médico.

A. Identificación descriptiva de Mercedes

La participante llega al Instituto Psiquiátrico derivada desde Neurología del Hospital San José. Se atiende en ese servicio porque sufría de desmayos; caía al suelo y luego ya no sabía qué había pasado y dónde estaba. En este lugar se le realiza el diagnóstico de epilepsia.

En esos momentos la participante se siente muy “deprimida”, con angustia, mucho llanto, crisis de pánico, desánimo. Sus síntomas se confunden con síntomas somáticos, por lo que realiza un recorrido previo por el sistema de salud; comienza en el consultorio, luego en Neurología y finalmente en el Hospital Psiquiátrico.

Previamente la participante nunca había consultado a un psiquiatra. En cambio, hay una historia de enfermedades físicas que hacen de Mercedes una consultante frecuente del sistema sanitario; operada de úlcera, gastritis crónica, hipertensa, problemas a la tiroide y sufre una trombosis en una pierna.

La enfermedad mental aparece con sus primeros síntomas luego de que su marido sufre una trombosis que lo deja en silla de ruedas durante 8 años. En ese periodo no consulta especialistas de salud mental. La consulta psiquiátrica se inicia luego de que el marido muere. Resulta entonces, posible identificar con claridad el inicio de la enfermedad y el tratamiento.

Para Mercedes la enfermedad es una limitante porque la hace estar encerrada y vivir en soledad, disminuyendo las posibilidades de relacionarse con otros y estar contactada en el mundo social. Se trata de un encierro en el que casi no habla, lo que junto con sus enfermedades físicas la hace sentir inútil y como un estorbo. Previo al inicio de su enfermedad psiquiátrica, la participante trabaja cuidando enfermos, en general adultos mayores, sin embargo eso es algo que ya no puede hacer, se siente sin las fuerzas y deseos para hacerlo.

La participante, hace una relación entre su enfermedad y los “dolores de la vida”, los golpes y situaciones traumáticas que ha experimentado, lo cual ha estado asociado a múltiples pérdidas de personas significativas: la muerte de su marido, una sobrina, un hermano y sus padres, a quienes cuidó con devoción. En otras ocasiones, Mercedes se explica el origen de su enfermedad a propósito de lo heredado, es decir, algo con lo que se nace o se tiene desde muy pequeño. De todas formas, le es difícil entender su “depresión”, a veces no encuentra respuestas a por qué le ocurre esto.

En el relato de Mercedes resulta complejo ubicar el mejor momento de su vida, es algo que no queda claro en tanto su historia ha estado atravesada por el dolor y sufrimiento. Sin embargo, hace algunas referencias a los periodos en que trabajaba cuidando enfermos, siendo enfática en que era una actividad que le

generaba mucha satisfacción. Esto es previo al inicio de la enfermedad de su marido. La muerte de él es claramente el momento más difícil, ahí queda sola; antes al menos lo podía cuidar, era una especie de compañía. Allí comienza el encierro y la pérdida de vínculos con el mundo exterior.

El año 2003-2004 (no recuerda con exactitud) comienza a atenderse en el Hospital Psiquiátrico, donde se le realizan una serie de exámenes y se descarta el diagnóstico de epilepsia. Desde el inicio Mercedes refiere que los médicos que “le han tocado” han sido buenos con ella, siempre muy amables, no tiene queja alguna al respecto. Por la rotación de médicos, ha tenido varios tratantes, sin embargo los califica a todos como “muy buenos”. Resiente bastante que actualmente “se le haya ido” su doctora, alguien con quien sentía mucha confianza y agradecimiento. Refiere que su médico la iba a derivar a otra doctora, sin embargo se le asignó un médico varón, algo que no le agrada. Siente una “pequeña desilusión” porque su doctora no cumplió con su palabra, a pesar de esto cree que será posible adaptarse.

Respecto de su diagnóstico, Mercedes refiere que tiene una “Depresión Permanente”, se trata de un estado que no se le pasa, que se caracteriza por llanto, sensación de soledad, encierro, deseos de no estar, falta de sentido, sensación de ser inútil o nula. Además, presenta crisis de pánico ocasionales, sin embargo, a diferencia de la “depresión”, esto es algo que ha ido disminuyendo en el tiempo, siendo cada vez más espaciadas. Allí, nota efectivamente una mejoría con los medicamentos, se siente más tranquila, con menos miedo y temor.

Para Mercedes el tratamiento significa más que el medicamento, implica el encuentro con el médico, conversar con él, contárles su problemas; poder hablar -sacar la voz para no enmudecer- a alguien que la escuche. Pero por sobre todo, sentir el cariño, el cuidado y la preocupación hacia su persona; una palabra amable, una sonrisa, un otro que la haga sentir sujeto, que le de existencia con su presencia. Sin esta combinación entre un destinatario de su palabra y los remedios, la participante no se visualiza. Cree que su médico “la podría tener” uno o dos años más en tratamiento, sin embargo no se imagina sin él y sin la existencia del

Hospital; definitivamente estaría “peor” privada del sostén que le brinda. Para Mercedes el mayor signo de mejoría sería poder dormir sin medicamentos.

La participante utiliza el Hospital, por lo general, cuando le corresponden sus controles, los que cumple “religiosamente”; jamás llega tarde o se ausenta. Refiere que cuando debe venir, ella lo hace con agrado porque sabe que va a conversar, lejos de ser una obligación, es algo que ella espera y agradece; una suerte de oportunidad, de encuentro en otro espacio social. No suele usar el Servicio de Urgencia, ni asistir al policlínico cuando no tiene hora, es más, cuando se siente mal “no se le pasa por la mente” venir al Hospital porque podría estar usando el espacio de atención que, tal vez, otro paciente pudiera necesitar más que ella. Cree que de la única forma que podría acudir sería si estuviese con una especie de “ataque”, aunque no es muy clara respecto de qué significa eso. Nunca ha participado de otra instancia o dispositivo terapéutico distinto al control médico.

Mercedes se ve en el futuro de una manera similar, siempre atendiéndose en el Hospital (y en otros), sola, como un estorbo para sus hijas y sin alguien que la pueda cuidar como ella lo hizo con los suyos.

B. La escucha de la historia de Mercedes

- Descripción del proceso vincular con el narrador

Desde un comienzo Mercedes cuenta una historia con extrema preocupación por el qué se dice y cómo se dice. Da la impresión de que no quiere hablar mal del Hospital, es más, lo cuida, le hace propaganda, no lo toca ni con la más mínima descalificación y/o agresión. Es como si el espacio de entrevista fuese una “encuesta de satisfacción usuaria” y de ella dependiera la calificación de la institución.

La participante cuenta su historia a una desconocida, sin restricciones se instala y se deja llevar pasivamente por la situación de entrevista, pese a no saber o no entender cabalmente en qué está participando. Se somete rápidamente, es “obediente”, “buena alumna”. Busca satisfacer a la entrevistadora. No la interpela con preguntas, solo plantea sus aprehensiones cuando es motivada a hacerlo, cuando es por una petición del otro.

Durante los encuentros, Mercedes pierde los límites en el contexto de entrevistas de una investigación, en tanto se le vuelve un espacio terapéutico. Es experimentado por ella como un lugar exento de juicios en el que puede desahogarse. Allí encuentra, a través de las preguntas, preocupación e interés por ella y sus problemas. Aparece la idea de un verdadero privilegio de poder estar en este contexto. Se trata de una instancia de encuentro interpersonal de la cual ha estado -y está- muy privada.

Para Mercedes se da un vínculo de confianza con la entrevistadora, a quien trata de “doctora” en todos los encuentros. Es una persona que puede recibir sus secretos y confesiones, incluso las mentiras que le ha dicho a su médico tratante. Es un lugar para sincerarse y decir la verdad: espacio seguro para develar lo oculto. Cuando Mercedes abre contenidos que incluye la mentira hacia su doctora, la entrevistadora cambia bruscamente de tema sin reparar en ello, probablemente para no entrar en el terreno de lo terapéutico.

Si bien, la entrevistadora adopta un rol más neutro (que en los otros procesos), frente a un relato ordenado, con menos desbordes y excesos, igualmente surgen deseos de ayudar a Mercedes; ella es elocuente y gráfica. Sus palabras calan, tocan y conmueven cuando describe su padecer. Hay una disyuntiva incómoda permanente: mantenerse en el rol de investigadora y no de interventora. Esto es evidente en momentos en que la entrevista adquiere un tono más emotivo y doloroso, donde la investigadora elude el lugar y la posición terapéutica.

La participante se siente ayudada en el espacio de entrevista, le habla a alguien que le ha entregado algo, mostrando a su vez, el infinito agradecimientos de poder ser escuchada; un lugar para que su “voz” pueda salir y no enmudecer. Valora en términos afectivos los encuentros, repitiendo en esta instancia la misma posición que mantiene con el Hospital y con los médicos.

Antes de venir a las entrevistas Mercedes se prepara, deja su ropa ordenada el día anterior; está atenta a la fecha y hora de encuentro, no quiere “fallar”, quiere cumplir con el acuerdo establecido.

Se trata de un vínculo asimétrico, donde la investigadora es la “profesional” (igual al médico) y ella la “paciente” dispuesta a colaborar en lo que le pidan.

- **Contenidos discriminantes**

Aquellos contenido que dan el sello más específico al narrador como sujeto podríamos decir que son:

1. Mujer con una Depresión permanente. Sin ganas de vivir, no encuentra un sentido.
2. Mujer que se siente encerrada, inútil e impotente por sus enfermedades.
3. Alguien que se ha postergado y sacrificado por cuidar a los demás.
4. Persona que para no estorbar y molestar, se aísla.
5. Mujer que ha dedicado su vida a la casa, el hospital y los tratamientos.
6. Alguien que teme perder la imagen de persona normal. Temor a la locura.
7. Persona que necesita la atención, el cariño, el cuidado y preocupación del otro para mejorarse.
8. Alguien que está en el aire.

- Interrogantes

Descripción de las dudas, preguntas, enigmas del relato de la narradora.

1. ¿En algún momento logra tener un rol más activo en su padecer, o siempre ha estado ubicada como objeto pasivo para que los médicos hagan con ella lo que estimen conveniente?
2. Si los problemas vitales son enfermedades ¿cómo puede actuar ahí la medicación?
3. Si la verdadera enfermedad mental es aquella que es visible en el loco ¿Significará la participante su enfermedad mental como un tumor invisible que hay que extraer?
4. El Hospital aparece como la “gran red de apoyo” ¿Qué pasa con el “encuentro social” en la comunidad? ¿cómo experimentará las instancias comunitarias donde ella podría asistir?
5. Cuando se siente mal no se le ocurre venir al Hospital o al Servicio de Urgencia ¿cómo verá el Hospital si no puede acudir a él cuando no se siente bien?
6. Si al venir al Hospital se siente bien ¿cuándo estaría bien para irse de alta y dejar el Hospital?
7. Para la participante la relación médico-paciente vas más allá, se trata de una relación de amistad ¿será del mismo modo para los doctores?
8. El tema del género aparece en los médicos: no desea ser atendida por un doctor hombre ¿qué es lo que se pondrá en juego en ese caso? ¿por qué le dimos poca cabida a este aspecto en los encuentros?

C. Hitos biográficos en la historia de Mercedes

Agrupación de algunos hitos biográficos, desde un orden cronológico, que caractericen la historia de Mercedes y que incluyen hitos de su historia y de su enfermedad psiquiátrica.

- La mayor de 6 hermanos. Aparece una historia familiar marcada por la muerte. *“Mire en verdad mi mamá tuvo trillizos, gemelos y si hubieran nacido todos hubiéramos sido 19 hermanos pero quedamos 6, falleció una hermana quedamos 5, y después falleció el Toñito y ahí quedamos los 4 que hasta ahora estamos vivos”* (P. B. 54).
- La madre trabaja fuera de Santiago en los veranos. La participante es quien se hace cargo del cuidado de su padre, hermanos y de las labores del hogar. Deja sus estudios porque no le daba el tiempo (P. B. 44).
- A los 17 años se casa. Sitúa aquí la frustración y rabia con su madre por no haberla ayudado a que se casara por la iglesia y de blanco como “ella se lo merecía” (P. B. 60). No había quién organizara algo, ella como hermana mayor debía encargarse de todo (P. B. 62).
- Trabaja la mayor parte de su vida cuidando enfermos; generalmente adultos mayores. Algo que le gustaba mucho hacer. Quizás aquí se sitúe el periodo más feliz de la participante. También cuidó a su madre, al padre, el hermano, el sobrino, y luego al marido. *“siempre he sido más de casa y más fría en cuanto a ser una curación, si se cortaban o que se yo siempre he sido fría más en eso, entonces no me asustaba a mi cuidar una persona enferma, a mí se me han muerto personas, en mi brazo se me han muerto personas”* (P. A. 90).
- Operada de úlcera, sufre de gastritis crónica, hipertensa, trombosis en una pierna y con problemas a la tiroide. Se define como una persona muy enfermiza, (P. A. 96).
- 1993. Su marido sufre una trombosis y queda en silla de ruedas durante 8 años. *“fue mi bebé, yo tenía que levantarlo, vestirlo, bañarlo, todo como un niño, y ahí yo me empecé a sentir mal, súper súper mal, mal, mal, una que no aceptaba de que el estuviera en esas condiciones cuando no se lo merecía, pensaba yo ¿ya? Y eso me produjo yo creo la angustia, la depresión, no se de ahí comencé con ese problema* (P. A. 6). Comienzan los síntomas.

- 2001. Fallece su marido. Aquí sitúa el comienzo de la enfermedad: se inicia la “Depresión” y las “crisis de pánico”, se inicia la soledad: *“ahí comencé con mis problemas, tal vez porque me sentía muy sola, porque aunque él estaba sentado en una silla sin hacer nada era mi compañía”* (P. A. 8).
- Luego de eso comienza el circuito por el sistema de salud. Primero se atiende en el consultorio de Huechuraba, luego es derivada al neurólogo del Hospital San José, quien le diagnostica una Epilepsia (P. A. 20). Se le hace ese diagnóstico porque la participante refiere que se caía al suelo y se desmayaba.
- 2003-2004. El neurólogo del Hospital San José la deriva al Instituto Psiquiátrico y comienza su tratamiento en este lugar (P. A. 4). Se descarta el diagnóstico de epilepsia.
- 2011. Tiene un accidente en su casa luego de haber bebido alcohol; se quiebra en tres partes el húmero (P. B. 32). Para recuperarse debe acudir a traumatología al Hospital San José 3 veces por semana.
- Actualidad: No se siente bien, le es difícil dormir, se desespera, se siente muy “deprimida”, “a veces está de más”, se siente en un “encierro”. Profundamente sola, sin el cuidado y preocupación de las hijas (P. B. 130).
- Proyección: para recuperarse necesitaría algo que la incentivara a tener más ganas de vivir. Piensa que la doctora “la va a tener” uno o dos años más en tratamiento. Sin embargo, no se imagina sin medicamentos porque sin ellos, “no vale nada”, “es nula de verdad” (P. A. 74). Cree que sin el Hospital estaría más enferma (P. A. 72).

D. Sobre las significaciones del Hospital, su enfermedad, el tratamiento y el vínculo con el médico.

Mercedes es una mujer que ha dedicado su vida a cuidar enfermos, ha vivido en la postergación y sacrificio, ubicada en el lugar del estoicismo y fortaleza. Ella se omite, se esconde, prefiere la soledad antes que arriesgar el cariño, al otro y su estima. En Mercedes la dimensión de la imagen es tremendamente potente; teme dejar de verse como una mujer normal, decepcionar a los otros y ser juzgada. Vive de lo que puedan pensar y decir de ella. Es alguien que “está en el aire”, que vive

“encerrada” en sí misma, una mujer que sufre profundamente de “soledad”, lo que por momentos le quita las ganas de vivir. *“En relacionarme con la gente, me aísló, yo paso encerrada en mi casa, no salgo a ni una parte salvo cuando me operaron la vez anterior, la primera operación que me llevó la tercera de mis hijas me llevó a su casa para cuidarme, esa es una de las salidas mías y de la segunda también, pero si yo salgo de mi casa me siento como que estoy molestando, como que estoy demás, entonces busco pretextos como para venirme de vuelta a mi casa y estar ahí encerrada”* (P. A. 48).

La participante sufre de “Crisis de pánico” ocasionales y una “Depresión permanente”, es decir, una enfermedad mental que tiene la característica de ser crónica; un estado que no se pasa ni se quita y que la hace sentir “inválida”, “nula” e “inútil”. Sin embargo, Mercedes se encarga de dejar muy en claro que su padecer es distinto a la locura, que sería el genuino enfermo mental. *“(…) trastornos mentales y sé que necesitan hospitalización, y esas cosas así de locura, eso pensaba yo ya sabía de personas porque teníamos un centro de discapacidad donde yo llevaba a mi esposo y la dueña de casa tenía unos ataques, y estuvo varias veces hospitalizada aquí y cuando volvía allá volvía como dormida, entonces eso me daba miedo a mí, de que me pudiera pasar lo mismo pero ella tenía una enfermedad grave, o sea no era una depresión era algo más”* (P. A. 44).

A Mercedes le enferman los problemas de la vida cotidiana, los conflictos vitales se vuelven agentes enfermantes, se trata de situaciones –muchas veces familiares- que no sabe como enfrentar y resolver, llevándola a estados precarios de salud.

Respecto del origen de su enfermedad, Mercedes oscila entre una causa biográfica, una biológica y un no saber o no poder explicarse por qué se enferma. Desde un modelo biográfico, ubica su padecer como una acumulación de dolores psíquicos que no fueron vividos, registrados y expresados a tiempo, una serie de

duelos y pérdidas, “golpes fuertes de la vida”, situaciones traumáticas que no han sido elaboradas. En otros momentos, se trata de una “enfermedad congénita”, algo que se tiene desde que se nace o desde que se es muy pequeño, es decir, un modelo biológico de la enfermedad mental.

La participante significa la enfermedad psiquiátrica como algo “feo”, “malo”, que se tiene en el cerebro y hace que las personas no funcionen bien, ciertamente algo muy temido por ella. La enfermedad consiste en la falta de deseos de vivir, la dificultad para disfrutar, y por sobre todo una falta de sentido, “de aliciente”, que en el caso de ella debe ser otorgado por un otro externo.

Mercedes esta “enferma de soledad”, por lo que necesita más afecto, cariño y preocupación; ese es el antídoto para la enfermedad. Es a propósito de esa soledad que a la participante no le importa esperar para ser atendida, el control médico se vuelve la solución para salir de ese estado.

Para la participante, el Hospital es un lugar que ha tenido una evolución; es un lugar distinto antes de su ingreso y después de él. Previo a atenderse en él, es un lugar devaluado, donde vienen los locos y los sujetos agresivos. Un espacio que maltrata y agrede físicamente a sus pacientes, donde se realizan tratamientos violentos, como dejar durmiendo a las personas por mucho tiempo o tirarles agua fría. Es un lugar que le genera temor, hay un evidente miedo a la locura y a la agresión, como también a “quedar hospitalizada”; sinónimo de quedar encerrada para siempre.

Luego, el Hospital se transforma en un lugar atravesado por la idealización; un espacio donde ha recibido muy buena atención y medicamentos que le ayudan. Pero el Hospital es mucho más que eso; se trata de una instancia de distracción, de esparcimiento, es una paseo, una actividad de la semana. Allí se constituye como sujeto, le otorga existencia, le permite recuperar su condición de persona (fuera de

ahí parece perderla); aquí no se siente estorbando, no se le excluye ni rechaza. Muy por el contrario, recibe cariño, amor y atención; una genuina preocupación. *“Recibo algo más que medicamento, recibo atención hacia mí, hacia mi persona, que me valorizan como una persona no como un objeto, no como cualquier cosa, me siento en ese aspecto no digamos querida pero sí atendida, eso significa para mí el hospital”* (P. B. 156).

El Hospital es un lugar del cual no tiene quejas ni reclamos porque “todo le ha resultado”, es un espacio que “vale la pena”, por lo tanto no se le debe “perder”. Aquí encuentra tranquilidad, sale de su aislamiento, encierro y soledad. Estar en el Hospital la hace sentir más viva que en su casa, le proporciona mayor conexión y contacto con el mundo. Se trata de un espacio que reemplaza carencias afectivas, la nutre y acompaña. Es decir, el Hospital le otorga lo que otros puntos de la red niegan o no entregan.

El Hospital la cuida, algo que ella hacía antes y a lo cual dedico su vida; cuidar de otros. Tal vez, en este sentido hay una inversión, y ahora es el Hospital el que debe cuidarla a ella, de hecho así lo experimenta.

Lo terapéutico para Mercedes es tanto un saludo afectuoso como un medicamento. Básicamente el tratamiento consiste en recibir más cariño, más atención y más afecto. Los remedios son los vehículos de expresión del amor, del cariño y preocupación de los doctores y el Hospital.

En un nivel pareciera que existen expectativas mágicas de tratamiento; lo que necesita es algo que le ayude a “borrar” y “hacer desaparecer” lo doloroso, el sufrimiento. Y por otra parte, sabe que si no “pone de su parte”, el tratamiento no funciona. Queda en un lugar enigmático ese “poner de su parte”, no es claro si solo corresponde a venir puntualmente o si se trata de algo más.

Aparece una tremenda dependencia hacia el fármaco, asociado a la posibilidad de funcionar. Sin ellos dice Mercedes “no vale nada”, “es nula”, es como un no existir, lo cual revela la importancia subjetiva que tienen para ella. Se trata de algo que le permite “ser”, prácticamente le permite vivir y vivir sin miedo.

Respecto de su recuperación aparecen dos niveles de expectativas; por una parte, la recuperación para la paciente estaría situada en cosas concretas como poder dormir sin tener que tomar remedios. Por otra, la cura se trata de un “aliciente” o “sentido de vida” otorgado por otro, es decir, recibido desde afuera. Ahora bien, lo que tiene el real poder de curar para la participante, es la conversación con los doctores, el hecho de poder contar sus problemas la hace sentir bien, lo que no puede hacer en otros espacios sociales ni familiares. Al no hablar con nadie, el encuentro con los profesionales es la posibilidad de “no perder la voz”, como si en cualquier momento quedara muda por desuso, por soledad. No importa de qué se hable, lo importante parece ser mantener vivo el hablar (a un destinatario que escuche de verdad).

“ (...) viniendo a mis controles, hablando con el médico, tomándome mis remedios, sintiendo esa preocupación por mi persona, porque no soy un objeto soy una persona y eso yo creo que me hace bien y me da, porque yo llego con ánimo doctora a mi casa, cuando vengo aquí yo llego con ánimo, llego con ganas de hacer cosas, me impide mi brazo pero igual yo hago mis cosas” (P. C. 105).

Mercedes aparece “muy comprometida” con su tratamiento, lo que se expresa en su “lealtad” o “fidelidad” en la asistencia. Sin embargo, posee una actitud pasiva frente a su padecer; lo otros son los especialistas, los que saben y ella “obedece”, cumple con lo que le piden, igual como un niño que debe responder a la ley de los padres. No sabe cuánto tiempo más la doctora “la tendrá” en tratamiento, supone que uno o dos años, aunque no se imagina sin el apoyo que recibe del

Hospital. Aquí aparece la fantasía de derrumbe sin el sostén institucional, por lo tanto, enfermedad permanente y tratamiento eterno.

La participante viene al Hospital en busca y espera de la sonrisa de su doctora, la bienvenida cariñosa, el saludo de beso y la pregunta por cómo ha estado. Aquí emerge la figura del médico reemplazando a las figuras de hija. La doctora hace lo que sus niñas no hacen. La institución es respetada porque la acoge a través de los médicos. Ellos reemplazan concretamente a la familia, dando lo que no se encuentra allí, satisfaciendo carencias, operando como red. *“La atención, la preocupación, la preocupación de preguntarme si me he tomado los remedios y como me he sentido, en mi casa no se acercan las niñas a preguntarme nada de nada, entonces yo recibo más aquí cuando vengo que en mi propia casa”* (P. A. 64).

Mercedes agradece la confianza con su médico y el contacto con ella, significa la relación más que de doctora a paciente, de amistad. Sin embargo, en los controles no le dice toda la verdad por “temor a desilucionarla” –igual como los niños a sus padres- para no perder la imagen de “mujer normal” y para no “perder su cariño”.

Al encontrar afecto en la relación con los médicos, ella viene por voluntad y con “agrado”, nunca se ha sentido obligada o presionada a venir, por el contrario, está muy atenta a sus controles, la noche anterior prepara su ropa y deja todo en orden para llegar temprano, “aunque tenga que esperar”.

Frente al cambio de médico, siente que su doctora “se le fue” –a ella como objeto de su propiedad o como si ella hubiese hecho algo para que se le fuera-, situación que le genera tristeza porque estaba acostumbrada; la va a extrañar. Aquí aparece la “desilusión” frente a una promesa no cumplida de derivarla a otra doctora específica, ella la iba a “dejar encargada” –igual como se encargan los cuidados de

un bebé-. Situación interesante, porque a pesar de que su doctora la dejó sola, la relación con la institución sigue siendo muy buena.

Surge el temor de ser atendida por un médico hombre, frío y distante. Le asusta en tanto puede ser re-traumatizante, pero no sabemos muy bien por qué. De todas formas, la participante acepta el cambio de médico con una resignación pasiva, sin pelear, adaptándose y acostumbrándose. Aparecer el sometimiento hacia el encuadre. Sin duda, el médico es el medicamento.

E. Notas para análisis transversal

A partir de la recolección y el análisis de la historia de Mercedes, aparecen algunas ideas interesantes de consignar para luego observar en las demás historias, en la línea de hipótesis o ejes analíticos transversales

1. Enfermedad mental como encierro y soledad.
2. Enfermedad mental como algo que la vuelve inválida e inútil.
3. Hospital como un lugar de esparcimiento, recreación y paseo: sustituto de la comunidad.
4. Hospital como un lugar donde recupera su condición de persona.
5. El tratamiento consiste en recibir afecto, cariño y preocupación.
6. El tratamiento le permite existir y funcionar.
7. Los médicos como reemplazo de redes que no funcionan y de vínculos perdidos o fracturados.
8. EL medicamento es el médico.

2. ANÁLISIS TRANSVERSAL: EJES DE ANÁLISIS O DIMENSIONES

En este momento el análisis adopta una lógica transversal, inter-caso, que permite, a partir de ciertas recurrencias en la fase singular, determinar algunas hipótesis comprensivas transversales para comprender el fenómeno estudiado. A partir de los ejes temáticos-analíticos, se vuelven a analizar todas las historias, pero esta vez desde la óptica de la transversalidad que las recorre en su conjunto.

De esta manera, se revisan las historias reconstruidas para centrarse en una mirada transversal sobre las significaciones de los pacientes respecto de la enfermedad, el hospital, el tratamiento y la relación con los médicos y/o profesionales. Con dichas categorías se construye un modelo de análisis transversal de todas las historias y se analiza e interpreta a la luz de los contenidos del marco teórico, específicamente desde el apartado de *Transferencia Institucional*.

Además, se analizan transversalmente las condiciones de producción del relato, es decir, los aspectos de la interlocución presentes en la construcción de las historias.

Entonces, se establecen dos líneas de análisis complementarias, trabajadas previamente de manera singular:

A. Ejes temáticos-analíticos transversales

- Hospital: referida a la visión y lugar que ocupa en la vida de las participantes.
- Enfermedad: referida a cómo es experimentada y la noción que tienen de ella las participantes.

- Tratamiento: referida a las expectativas y el lugar que ocupa para las participantes.
- Relación con el médico y/o profesionales: referido al vínculo y lugar que sostiene para las participantes.

B. Condiciones de producción del relato

Se definen las condiciones de producción de los narradores como aquellas posiciones de habla desde las cuales las participantes articularon su historia en relación al hospital, a su enfermedad, tratamiento y vínculo con el médico. Se trata de analizar transversalmente los lugares desde los cuales las narradoras relataron la evolución de su enfermedad. Se consideraron aspectos de la interlocución que incluyen: a quién le habla, quién habla, rol de la entrevistadora y aspectos del vínculo o interacción.

EJE TEMÁTICO-ANALITICO HOSPITAL
--

Perspectiva del análisis

Significar implica representar o hacer un proceso de asociación, donde un hecho, una idea, o un ser se asocia a un signo que la representa. La significación surge como representación de la realidad, como experiencia subjetiva y como medio de interacción social. Se trata de una construcción humana colectiva, por lo tanto de un producto social. El lenguaje es el instrumento utilizado por el hombre para interpretar esa realidad natural o social y transformarla en significación. Al hablar de *proceso de asociación*, estamos frente a la posibilidad de la construcción, algo móvil que puede ir cambiando o desarrollándose en el tiempo.

El objetivo de relevar el eje temático-analítico *Hospital* se sustenta en la posibilidad de develar las significaciones que las participantes han construido a lo largo del tiempo respecto de él. La idea es comprender cuál es la relación que mantienen con la institución hospitalaria y el tipo de vínculo que sostiene la permanencia o “adherencia” a pesar de no presentar mejorías o resultados en sus tratamientos. Se trata de analizar cómo se ha investido o catectizado ese espacio, o dicho de otro modo, qué tipo de transferencia se encuentra desplegada y operando en la relación paciente-hospital, entendiendo y partiendo de la premisa que el Hospital es un lugar donde es posible depositar las transferencias y resistencias psíquicas.

Luego de releer las historias reconstruidas aparecen lo siguiente:

La primera observación registrada en el estudio es que las significaciones respecto de la institución hospitalaria van cambiando en las participantes, es decir, hay una evolución o un desarrollo de ellas.

Aparece un corte, un cambio, un antes y un después marcado por la *pertenencia* a la institución. Cuando se está fuera de ella, cuando no se es usuario, la imagen asociada que emerge es de un lugar atravesado por la *devaluación*; allí van los locos, los “enfermos de la cabeza”, las personas agresivas, los que no tienen remedio ni cura. Lugar temido, en tanto sede de la sin razón y la agresión, no solo de los pacientes sino también de las prácticas de tratamiento ejercidas por la institución: largas hospitalización, baños de agua fría, encierro eterno, similar al sistema carcelario.

Una vez que se es parte del Hospital como usuario, hay un tránsito en cómo se piensa, se mira y se representa la institución. Ahora se encuentra atravesada por la *idealización*; proceso psíquico en virtud del cual se llevan a la perfección las cualidades y el valor del objeto (Laplanche, J. & Pontalis, J., 1996); exactamente el otro polo o el reverso del mecanismo anterior, donde se le atribuían cualidades extremadamente negativas. Probablemente, esto se encuentre mediado por lo que

planteaba Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” (1921) respecto del *fenómeno identificador*; hay una identificación hacia el Jefe-Hospital, así como entre los miembros del grupo, es decir, entre los pacientes de la institución. Esto es lo que se llama transferencia horizontal, o como lo plantea Baremlitt (1991), transferencia *colectiva*. Dicha identificación se expresa -y emerge en el relato- en la pérdida del miedo del paciente psiquiátrico, ya no se le considera ni agresivo ni peligroso, sino que –siendo ellas pacientes psiquiátricas- sujeto capaz de lograr cosas, entre ello el control. Desaparece la idea de encontrarse con el loco delirante e inmanejable.

Siguiendo a Beremblitt (1991), diríamos que primero hay un concepto propio de locura en las participantes que contiene las características recién mencionadas, y luego una transferencia con el concepto de locura que posee la organización; concepto que implica el dominio y manejo de la locura; no su cura, pero si su dominación a través de la medicación. Dentro del concepto de locura de la institución, está presente la idea en las participantes de una aceptación, validación y escucha del paciente psiquiátrico, en otras palabras, al loco se le abren las puertas del Hospital y se les ofrece un lugar –determinado claramente por su ideología- sentido por ellas como una oportunidad de recuperar su condición de sujetos. El Hospital es el *continente* del *contenido locura*. Sin embargo, esta es una moneda de doble cara; por una parte, ocurre un proceso de recuperación subjetiva, y por otra, una pérdida vinculada a la etiquetación de “paciente psiquiátrico”.

Es decir, el ingreso al Hospital también tiene un costo subjetivo en términos del estigma asociado a la identidad del paciente que posee enfermedades mentales y las consecuentes limitaciones que esto conlleva en el mundo social. De este modo, hay algo que se recupera, pero en la operación misma de recuperación se pierde algo relativo al sujeto, en tanto sujeto libre de una clasificación y ubicación en la escala social.

El Hospital es un lugar exclusivo y privilegiado para las participantes, se ubica en la escala superior del sistema de salud –nivel terciario de atención- quedando el

sistema primario y secundario devaluado por ser instancias que no pudieron encontrar la causa de sus padecimientos y/o el tratamiento adecuado para ellos. Se instala así la ventaja de acceder a un lugar que ofrece medicamentos sin restricción, cambios de médicos a pedido y atención continua de un Servicio de Urgencias abierto 24 horas.

En este punto aparece la figura del Estado, aquel que está en deuda con las participantes (predominante en dos de ellas), les debe gratuidad para tratar su padecer, ellas se lo merecen porque han sido mujeres atravesadas por el dolor. Hay una exigencia a la institución desplazada en la figura del Estado; el Hospital no se toca, pero sí la institucionalidad de la cual se provee. Es la relación entre gratuidad y derecho; ellas se ganaron el premio de atenderse en este nivel, al cual es difícil llegar, ser recibidas y permanecer sin ser “devueltas” a la red de salud.

Esta relación al Hospital es similar a la que establece un bebé con su madre; es el modelo de la madre nutricia de la cual se debe mamar. Si bien, el Hospital puede ser analogado a esta figura, hay algunas diferencias en como los bebés-pacientes utilizan el alimento; para una consistirá en un sistema de libre demanda y para las otras en un sistema regulado que no puede estar siempre presente, por ende, con límites. Ahora bien, esos límites son asimilados a una “falla”; se trata de una debilidad y no de un corte necesario para el desarrollo de la relación.

La idealización incluye y pasa necesariamente porque el Hospital se experimenta como un espacio dedicado a la función de acoger y cuidar, no solo a través de la entrega de medicamentos, sino mediante la entrega de lo más importante: *amor*. ¿De qué amor estamos hablando? De aquel que no es recibido, sentido y experimentado en el mundo exterior. El hospital se instala como un lugar que tapa carencias personales, las cuales –probablemente- son el origen del padecer. Se instaura así un círculo vicioso, donde la institución no abre, obstura y perpetúa el padecer. En ese sentido el modelo médico imperante es una respuesta ilusoria.

En este punto podríamos incluir los aportes de Baremlitt (1991) respecto de la contratransferencia institucional, la cual consiste en un pacto para la enfermedad. Dicho aspecto, siempre está presente en toda organización, es generador de la repetición de la patología provocada por la organización. Es lo que se llama Hospitalismo; repetición de la organización, a propósito del encuentro en los usuarios de transferencias erótico-dependientes, que no es otra cosa que la expresión de la resistencia. De este modo, se establece un círculo enfermizo que termina en la cronificación de la patología de los usuarios, algo que es posible observar en las participantes que se definen como pacientes crónicas o irreversibles.

Por otra parte, se evidencia que la dependencia se genera en las participantes porque el Hospital comienza a operar como un dispositivo paliativo sustituto de redes que no tienen o no funcionan. Aquí se encuentran –o reencuentran imaginariamente- vínculos perdidos o fracturados de otros tiempos, surge la idea de volver a experimentar el afecto extraviado. Es una instancia que ofrece la posibilidad de salir de la soledad y el encierro que experimentan en el mundo, como si no existiese comunidad donde satisfacer sus necesidades. Además la dependencia se agudiza cuando las participantes dejan de trabajar o de ejercer labores remuneradas. Como si algo de eso las enfermara aún más y ahora le correspondiera al Hospital cuidar de ellas.

En este punto aparece el juego confuso entre la vida y el encierro. La vida encuentra lugar extrahospitalariamente, pero a la vez el hospital permite vivir, o hace sentir más vivo, como si el mundo pulsional se pusiera en movimiento adentro del recinto. Y el encierro; el hospital representa en sí mismo el encierro, porque es un lugar del cual no se va a salir más; una vez que se entra ya se quedan allí los usuarios, igual que los presos que ingresan con condena perpétua. Sin embargo, el hospital a su vez, permite salir del encierro, ese otro claustro, el que se vive internamente, y el que se experimenta en el afuera. La contracara de la vida/ encierro es la muerte/salvación, del mismo modo entrar al hospital es como morir – probablemente se trata de la muerte social del paciente psiquiátrico- pero éste las

salva de la muerte psíquica simbólica y de la muerte física real. Las participantes no se salvaron de la enfermedad mental, pero al menos encontraron un lugar que las rescata y las recupera de sus propios encierros y aislamientos.

La dependencia también está dada por ese alivio que se produce en la asistencia, en ese encuentro con aquello que permanece *estable* y *seguro*; dos dimensiones que no pueden ser encontradas adentro, en la interioridad del aparato mental, sino que están ubicadas y transferidas a la institución. El hospital no se mueve, la atención está asegurada, se puede acudir a él en cualquier minuto, lo hagan o no. Es el alivio de la existencia de un objeto.

Resulta evidente la operación inconsciente y su puesta en movimiento a través de la transferencia. ¿De qué transferencia hablamos? Podríamos pensar – en primera instancia- que se trata de una transferencia materna, que muestra en la superficie una “supuesta” transferencia positiva enmascarada en los elogios hacia el Hospital. Sin embargo, si lo vinculamos con la que plantea Baremlitt (1991), y por supuesto Freud, respecto de la transferencia positiva, nos damos cuenta que estamos lejos de ese tipo de actualización, en tanto la transferencia positiva actúa como motor de la cura, que al menos en las participantes no aparece.

La transferencia se encuentra atravezada por la idealización que encubre la repetición de lo igual, de aquello que no se puede utilizar y que termina operando como una fuerza contraria al trabajo terapéutico. La idealización –por definición- implica parcialidad, quedando, en este caso, atrapada en la idea del amor. Se trata de una de las formas de la resistencia.

Esta sería una primera lectura o una primera hipótesis; hay transferencia, pero es una transferencia erótico-dependiente, esencialmente resistencia, donde se repite lo igual.

Por otra parte, es posible plantear una segunda hipótesis a partir de los planteamientos de Michaud (1967) respecto de la transferencia institucional y el

cambio ¿Por qué resulta tan complejo el cambio en las participantes? La estructura hospitalaria es en sí misma jerárquica, autoritaria y dominada por el discurso de la disciplina científica. En este sentido, es una estructura represiva que no genera las condiciones de posibilidad para generar un movimiento similar al de la transferencia en la situación analítica. Esto se traduce en que las participantes no encuentran un lugar disponible para que el sentido de la dinámica del cambio ocurra. Es como si la institución denegara la posibilidad de que puedan formular sus demandas, es decir, la ocasión de drenar un deseo inconsciente. Aquello no permite el cambio. Las participantes más que estar en posición de sujeto deseando, estarían en una posición alienada, oculta tras los medicamentos, tras el saber del médico y tras una organización rígida. Así es como *“el enfermo que se encuentra atrapado en una red de significaciones, podrá manifestarse a través de la relación transferencial”* (Michahud, año, pág.).

“Aquí venían los que no tenían vueltas, meterse al hospital es matarse, matarse. Sin embargo no es así, yo puedo dar testimonio de que la cosa no es así, yo visualizo cosas que yo tengo, que quiero hacer y que pretendo hacer” (Guillermina. A. 174).
“Bueno la primera vez llegué con mucho miedo, de que me dejaran hospitalizada y como yo tuve un sobrino que estuvo aquí hospitalizado años atrás y yo veía los enfermitos entonces yo decía que yo a lo mejor iba a estar igual, pero con el tiempo de estar acá ya me fui tranquilizando y dándome cuenta de que no era tan así, de que me iba a quedar aquí y iba andar como andaban otras niñas y otras personas. Yo encuentro que me han atendido súper, súper bien” (Mercedes. A. 36).

“Jamás llegar aquí, porque antes se veía muchas cosas más que ahora, porque ahora va afuera y uno no ve gente, uno que otro, que te piden una moneda un cigarro, pero antes eran muchos, yo pensaba que esa gente estaba toda loca, me decían que aquí maltrataban a la gente, a los internados les pegaban o los mismos internados se pegaban entre ellos por un cigarro, por la comida, habían peleas, los trataban muy mal aquí en el hospital” (Berta. A. 78).

“Sino yo no vendría porque diría para que voy a venir si voy a salir peor de ahí, me van a tratar mal, porque hay mucha que si uno le dice que voy al psiquiatra la mira así como diciendo que está loca y a dónde va, pero están muy equivocados porque el hospital es muy bueno, yo no tengo nada que decir del hospital” (Berta. A. 42).

EJE TEMÁTICO-ANALITICO ENFERMEDAD

Perspectiva del análisis

El objetivo de relevar el eje temático-analítico *Enfermedad* se sustenta en la posibilidad de develar las significaciones que las participantes han construido a lo largo del tiempo respecto de su padecer, y especialmente comprender cuál es la noción de enfermedad que manejan, así como la manera en que la experimentan día a día.

Recordando los resultados arrojados en la primera investigación que concluye que no hay indicadores significativos de mejoría, resulta pertinente ver directamente como vivencian su padecer las participantes; ¿sienten cambios o mejorías? ¿consideran posible que haya mejoría en lo que les ocurre?. Es relevante considerar que, tal vez, su representación de enfermedad puede ser distinta a la que maneja la psiquiatría, y que la dimensión de la cura o recuperación puede no tener cabida en el propio padecer.

Luego de releer las historias reconstruidas aparece lo siguiente:

La primera observación relevante que surge guarda relación con la idea de “cronicidad”, es decir, todas las participantes sufren de una enfermedad mental irreversible, donde no hay cura posible. Es algo que se quedó instalado y enraizado en ellas para siempre, una especie de carga que –en el mejor de los casos- deben aprender a llevar y manejar. Al definirse como incurables alguien tiene que hacerse

cargo de ellas. Si las medicinas no curan lo que no se puede curar, entonces eso justifica que sean acogidas por el hospital como totalidad.

Hay una representación del enfermar como “caer en algo” –acción pasiva- “caer al fondo”, como algo que ocurre de pronto, generalmente asociado a situaciones vitales compleja que no logran enfrentar de una manera distinta al enfermar. Como plantea Balint (1961) hay algunos pacientes que acuden al recurso de enfermarse ante la dificultad para resolver sus problemas personales.

Cuando llega el momento de establecer una relación entre el padecer y su causa u origen aparece una oscilación entre el modelo mítico-religioso, el modelo biológico-científico y el modelo biográfico. Parece ser bastante fuerte la asociación entre enfermedad mental y “maldición”, la vieja idea de estar “poseidos” o víctimas de “un mal”. Algo que la divinidad, un ser superior y supremo –si así lo quiere- tiene el poder de quitar, anular o erradicar, por no decir exorcisar. Acto de desapropiación, de desobjetivación “no hay nada en mi que tenga relación con mi padecer”.

Sin embargo, también surge en las participantes la idea que el padecer es producto de la genética familiar; aquello que se transmite, que se hereda; una suerte de reconocimiento e identificación en la enfermedad con sus madres, hermanas y/o hijas. Algo con lo que se nace o que arroja sus primeros síntomas en la infancia; responsabilidad de la biología, por ende debe ser contrarestada desde la ciencia médica.

Pero la historia también pesa, excepto para una de ellas que no puede vincular en ningún momento el padecer con su biografía. Para las demás, los dolores de la vida, las experiencias traumáticas, las pérdidas, las carencias tempranas, la violencia experimentada en su psiquismo, así como la precaridad social, afectiva y económica son responsables de lo que hoy experimentan. Surge con potencia la idea de la acumulación; un sufrimiento estancado y contenido, que finalmente emerge con tal fuerza que devasta. Se trata de la descarga pura, sin mediación, sin lenguaje, sin elaboración.

¿De qué sufren las participantes? sufren de soledad y encierro. El aislamiento simbólico y real está presente; se trata de una ausencia real de vínculos afectivos y de una red que las sostenga, así como también de una falla en la capacidad para vincularse, un replegamiento interno que impide disfrutar y usar las relaciones que concretamente existen. Desde aquí es posible comprender mejor la función del Hospital y la relación que mantienen con él, en tanto es un lugar que les permite salir de ese estado de aislamiento. La posibilidad de tener una enfermedad, reversible, transitoria, curable, arriesga aquello que más valoran: el lazo social con la institución.

La enfermedad mental es de tal potencia, que tiene el efecto de modificar, cambiar y transformar. Lo que se modifica es la identidad, los límites se vuelven difusos entre el ser y el padecer. Se establecen cortes entre un modo de ser antes de la enfermedad y después de ella; es la idea de un pasado diferente y un presente marcado por las pérdidas que trae el padecer. Nostalgia de lo que se fue y lo que se perdió.

Hay una justificación permanente de acciones y conductas porque se es “enfermo psiquiátrico”, una cierta licencia o permiso para hacer lo que se hace; loquear, estar encerrada, vivir acostada. La etiqueta genera un cambio identitario, ocurre una especie de reidentificación, una reinvestidura que determina esa nueva condición subjetiva.

Las participantes buscan un nombre para su padecer. Aquí es claro lo propuesto por Galende (2008); las pacientes necesitan ante todo un diagnóstico, andan atrás de él, luego –en un segundo momento- irán en busca de un tratamiento. El hecho de otorgarle un nombre tiene una eficacia casi mágica de tranquilizar. Lo mismo observa Balint (1961), cuando refiere que los pacientes no se tranquilizan cuando el médico les dice que todo está bien. Es decir, hay una necesidad de nombrar -operación identificadora en su naturaleza- de bautizar: “yo soy bipolar”, “yo tengo una depresión definitiva”, “yo sufro de una depresión permanente”.

En las participantes aparece el miedo a la locura en distintos niveles: por una parte, el temor de atenderse en el Hospital y ser vistas como “locas”, por eso emerge en dos de ellas la necesidad de distinguirse del enfermo mental verdadero, del original: el loco esquizofrénico. Pero esa distinción también trae un problema, en tanto la ciencia de la medicina sí tiene tratamiento efectivo para los locos, y no para ellas que no padecen la verdadera enfermedad mental.

Por otra parte -presente en todas las participantes- se evidencia el temor a la locura propia, a lo que se puede llegar a hacer, el daño que pueden generarse a sí mismas o a otros. Miedo a la pérdida de control, al derrumbe, a la fragmentación, a la escisión radical y por ende a perder partes de sí mismas. Terror de reencontrarse con pedazos sueltos y desligados de sí. Ante el temor de contactarse con la locura propia, privada, secreta, resulta mejor “hacer sin parar”, “dormir sin despertar”, “aislarse sin contacto”, y en último caso regresar a un estado cero.

La enfermedad mental es una limitante; obstaculiza, entorpece y detiene los proyectos de vida. Estanca y apaga, no permite el disfrute, el placer; la pulsión de vida se extingue, predominando el territorio de lo mortífero. Se asocia la enfermedad a la muerte, psíquica y/o física, a la falta de deseos de vivir. Es posible escuchar a sujetos que hablan como si estuvieran muriendo en vida, al menos en una de ellas, el discurso es de una enferma terminal frente a dolores que ameritan morfina.

“Yo he hablado con algunas pacientes y hablan cosas tan fantasiosas y mentirosas, que se les nota que son puras mentiras, incluso yo me he puesto mentirosa, parece que es el enfermo psiquiátrico, yo me he puesto buena para decir garabatos, yo nunca decía garabatos, yo me he puesto buena para mentir, cosa que yo nunca hacía” (Guillermina. A. 18).

“Yo empecé a cambiar mi forma de ser con mi enfermedad, yo siento que me persigue un monstruo, me siento perseguida, me siento menospreciada por ese monstruo, me siento nula (...)(Guillermina. A. 22).

“Lo siento (el monstruo) en que es como una sensación de un peso, porque de repente hay días en que yo amanezco y como que no me puedo mover, y las hago casi llorando y he llorado haciendo cosas” (Guillermina. A. 24).

“Es un monstruo mío, porque apareció o nació o me lo pegaron o no sé de donde salió, porque la cosa es que cuando yo lo descubrí y de repente cuando apareció yo empecé a desquitarme porque Renato me tenía muy presionada” (Guillermina. A. 26).

“Tal vez los golpes, los fuertes golpes que uno recibe en la vida de dolores muy fuertes, yo pienso que eso, no sé, me da la impresión, no si se estará errada no tengo idea, y tal vez hay enfermedades que son congénitas y que vienen desde chicos desde niños” (Mercedes. A. 110).

“Tiene que haber alguna salida para este encierro, porque para mí es un encierro el estar ahí sentada, entonces yo me cuestiono yo misma me digo “qué estoy haciendo aquí, qué estoy haciendo aquí sentada sin hacer nada, no puedo tejer, no puedo coser” entonces me siento inútil, me siento como que fracasé por esto mismo y yo le pongo hartito empeño en mi recuperación” (Mercedes. B. 126).

“Es una enfermedad, es como si fuera una maldición porque si uno se enferma de la vesícula la operaron y se sano, pero esto cuesta mucho sanarse, mucho, y es como que tu va pegando esto, porque en mi familia se ha ido pegando esta enfermedad, tengo un hijo que también se está tratando acá, a veces mi hijas también se sienten muy enfermas, es como que yo tengo esa idea, o bien es como que el que no sabe es como que no ve, de que esto es hereditario, como que se va pegando” (Berta. A. 90).

“Tengo una depresión definitiva ya (...)”(Berta. A. 8). “Es una depresión que ya lleva 10 años, yo creo que ya no se me va a quitar” (Berta. A. 10).

“Soy una persona que como que estoy muriendo en vida, porque nada me agrada”
(Berta. A. 54).

EJE TEMÁTICO-ANALÍTICO TRATAMIENTO

Perspectiva del análisis

El objetivo de relevar el eje temático-analítico *Tratamiento* se sustenta en la posibilidad de develar las significaciones que las participantes han construido a lo largo del tiempo respecto de la forma o procedimientos en que se ha abordado su padecer. Especialmente se busca comprender las expectativas que giran en torno al tratamiento, así como la función que cumple en sus vidas.

Las expectativas que giran alrededor del tratamiento pueden dar cuenta de la idea de cura o mejoría contenida allí, que no necesariamente corresponde al ideal de cura manejado por la disciplina médica.

Mirando los ejes temáticos-analíticos anteriores, específicamente la noción de enfermedad crónica que tienen las participantes, surge espontáneamente la pregunta por ¿cuál es el tratamiento posible en lo irreversible? Y si ¿es posible pensar en su función más allá de lo paliativo?

Luego de releer las historias reconstruidas aparece lo siguiente:

Uno de los primeros aspectos que llama la atención, es que transversalmente aparece en las participantes la idea de *pseudo-tratamiento*; esto se traduce en el uso permanente de medicamentos que no curan. Hay una claridad –incluso hiperconsciencia- que los medicamentos no tienen el poder de mejorar, sino más bien cumplen la función de aliviar el padecer, ejerciendo un control sobre cierta sintomatología.

A pesar de la claridad presente en las participantes respecto de los límites de la medicación, existe el deseo y la ilusión que el tratamiento pueda borrar el sufrimiento y anestesiar el dolor. En este punto es claro lo que plantea Galende (2008) respecto de la transferencia hacia la disciplina psiquiátrica que utiliza como práctica dominante la medicalización del malestar psíquico. Es decir, hay una aceptación social de la medicalización de las problemáticas del sufrimiento mental al considerar los síntomas subjetivos del malestar psíquico como enfermedad, ignorando el conflicto que expresa el síntoma. Entonces hay una transferencia hacia el fármaco sostenida en su capacidad de suprimir el síntoma, aliviando y silenciando los afectos que acompañan el conflicto y que manifiestan el malestar del sujeto.

En dos de las participantes las expectativas en relación al tratamiento parecen ajustarse a la realidad a propósito de sus límites, es decir, la función paliativa es clara y no se esperan resultados totales, sino parciales. Como si existiese la idea contenida de que hay algo de responsabilidad en el tratamiento que les corresponde a ellas; depende de su actitud, voluntad, disposición o rigurosidad, y sin embargo es algo que está ausente. En cambio, en una de ellas surgen expectativas mágicas e ideales con respecto al tratamiento; la idea que en un futuro se encontrará el medicamento exacto que la sanará. Es el modelo de la “pocima mágica”, que también habla del lugar transferencial que ocupa el tratamiento; hay fe de que la ciencia médica como saber omnipotente, creará algo especial y preciso para ella.

Independiente de las expectativas que aparecen, en todas las participantes hay una actitud pasiva frente al tratamiento, un recibir sin cuestionar, una escasa implicación subjetiva, donde las posibilidades de mejoría se depositan en el fármaco, en el saber del médico o de la disciplina psiquiátrica. Se trata de un entregarse al saber y al poder del especialista, transferencia que permite someterse al dominio del médico y que tiene como efecto abandonar los esfuerzos por comprender el malestar y enfrentar las situaciones complejas de la existencia.

Recordemos que para Galende (2008) el fármaco juega a favor del síntoma y su permanencia, en tanto no le permite al sujeto actuar con conciencia respecto de la contradicción de sus deseos o de su realidad. Se trata de la “ilusión de no ser”, en el sentido de suspender la condición subjetiva que nos hace presente lo que somos y lo que vivimos. Esto es claro en los deseos reiterados de no querer saber más de lo que les ocurre, el deseo de borrar lo desagradable, lo difícil de recordar, experimentar y elaborar lo doloroso, lo traumático, lo excesivo. En el acto de tomar el fármaco se produce el no saber y el no sentir, efectivamente la anestesia frente a la dificultad de saber sufrir.

Transversalmente, como fenómeno común, aparece la dependencia al fármaco al nivel de la existencia. Sin el fármaco se corre el riesgo de no ser, de no existir, de no valer, de no funcionar. La posibilidad que ofrece el fármaco es de alterar la conciencia y las emociones, suspender el pensamiento y volver más liviana la existencia (Galende, 2008). En todas surge la idea que sin tratamiento no podrían estar, en otras palabras, no podrían vivir sin suspender los motivos que generan angustia, las razones del insomnio, la tristeza, o la ansiedad. De lo que se depende es de un estado enajenado respecto de sí mismas y del malestar que cada una experimenta.

Pero la dependencia no es solo al fármaco, sino también a la relación con el médico, visto en sí mismo como tratamiento; esa relación de afecto es la que no se puede dejar. Lo que tiene un efecto de alivio para todas las participantes es hablarle a alguien, tener un destinatario de su palabra. Ese es el verdadero tratamiento, y es tan importante –radicalmente fundamental- que es posible hipotetizar que si las medicinas curaran implicaría la posibilidad del alta; aspectos que para todas es confuso y dudoso: eso es algo que no se da en este hospital. Si los fármacos mejoraran se corre el riesgo de perder esa relación de afecto y quedarse sin el continente que es el Hospital. En ese sentido se prefiere el hospital a la medicina, el hecho de saber que hay una Urgencia abierta las 24 horas, tranquiliza.

En esta misma línea aparece lo que las participantes hacen con los fármacos: los olvidan, los dejan intespestivamente, aumentan y bajan las dosis, son

ellas quienes administran su medicación y muchas veces la indicación, lo que trae como consecuencia descompensaciones, “retrocesos” y dificultades.

Por su parte, la hospitalización aparece como un fantasma, para algunas se trata de un “castigo”, el encierro de la internación asusta y amenaza, por lo que deben “portarse bien”, “obedecer”, y omitir cierta información. La hospitalización representa el punto máximo de la enfermedad, icono de la locura y el descontrol, ahí ya “se está perdido”. En cambio para una de ellas es el “premio mayor”; significa la posibilidad de cumplir todos sus deseos, de volver a un estado regresivo total, en que se es alimentado y atendido como un bebé.

“Yo creo que puedo mejorar, estabilizarme un poco más pero mejorarme del todo no” (Guillermina. A. 156).

“Yo pensaba que a pesar de que las enfermedades psiquiátricas son enfermedades que no se quitan, duermen por decirlo así con los remedios y después se despiertan de nuevo” (Guillermina. C. 80).

“La vida se me ha hecho más suave, más llevadera y eso no puedo negar, no lo puedo negar se me ha hecho más suave y más llevadera a pesar de que yo tengo mi enfermedad y no me la voy a quitar porque me voy a tener que hacer amiga de ella porque no creo yo que exista una maquinita que le metan para dentro de la cabeza y le saque la tara que no tiene” (Guillermian. C. 88).

“Este hospital psiquiátrico me ha dado la tranquilidad en cuanto a los remedios, porque me siento ya no me da el pánico que sentía antes de empezar a tomar medicamentos, porque antes de tomar medicamentos era una cosa así que yo estaba en mi pieza y como que las murallas se me iban juntando o que el techo se me venía encima, tenía miedo de andar en micro, tenía miedo de andar sola” (Mercedes, B, 136).

“No sé, porque yo me tomo, si veo que estoy muy mal, me tomo otra pastilla para dormir de las que me dan aquí, pero me tomo aparte de la cantidad normal, me tomo otra cantidad y me quedo dormida y ahí me calmo y duermo y ya después se me pasa esa angustia y deseo de no vivir y no querer nada” (Mercedes. C. 87).

“Bueno, viniendo a mis controles, hablando con el médico, tomándome mis remedios, sintiendo esa preocupación por mi persona, porque no soy un objeto soy una persona y eso yo creo que me hace bien y me da, porque yo llego con ánimo doctora a mi casa, cuando vengo aquí yo llego con ánimo, llego con ganas de hacer cosas” (Mercedes. C. 105).

“Quiero mejorarme (...) a veces dudo, porque he tomado tantos remedios, tantos en mi vida (...)” (Berta. A. 58).

“Creo que si a mí me abrieran el estómago me encontrarían bolsas de remedios, porque hay veces en el día que yo me puedo tomar hasta 10 pastilla” (Berta. A. 64).

“Yo veo las pastillas y para mí son dulces” (Berta. C. 36).

“Para mi cualquier cosa yo al tiro acudo a las pastillas, hay gente que si le duele la cabeza dice “como llega, se va a ir”, no yo no espero eso” (Berta. C. 42).

“Un remedio exacto, que la persona se mejore, no que la tenga todos los meses el mismo remedio y si la persona quiere estar, póngale, todo el mes o acostada, esta acostada pero está tranquila porque tiene su medicamento, entonces ¿Cuándo dan de alta? Nunca ¿o dan?” (Berta. C. 120).

EJE TEMÁTICO-ANALITICO RELACIÓN MÉDICO Y /O PROFESIONALES

Perspectiva del análisis

El objetivo de relevar el eje temático-analítico *Relación con el médico y/o profesionales* contiene en sí misma una importancia fundamental, en tanto las significaciones respecto de estas relaciones puede orientar sobre la manera en que las participantes se ubican y posicionan en relación al otro –médico/hospital- y su saber.

Además, en este lugar es posible develar la relación transferencial con la institución. Es el espacio concreto donde es viable mirar cómo se escenifica dicho vínculo, así como la transferencia con el discurso médico y con la disciplina psiquiátrica. Desde aquí podrían desprenderse futuras consideraciones e intervenciones en este ámbito.

Luego de releer las historias reconstruidas aparece lo siguiente:

Transversalmente se evidencia una relación asimétrica entre las participantes y sus médicos tratantes; ellas son las “pacientes” y ellos los “profesionales”. Como plantea Galende, la palabra del psiquiatra es investida por la autoridad de ser el representante del saber psiquiátrico. Relación transferencial donde la palabra del paciente queda desestimada por la palabra del médico, quien le otorga un nombre diagnóstico a su padecer. Ese nombramiento tranquiliza y el sometimiento al saber del otro trae la calma perdida y añorada. Esto le permite saber al paciente qué padecer sufre, pero el que realmente sabe es el médico; su capital simbólico es diferente, por lo tanto la asimetría en la relación se instala y es necesario que así sea para que el paciente pueda reconocer la autoridad del psiquiatra.

Además, se evidencian roles opuestos y complementarios, tal como lo plantea Balint (1961); el médico siempre posee el rol activo de la relación y el paciente se mantiene en un rol pasivo, aunque sea una pasividad que coopere. Esto se evidencia en la recepción inactiva de las indicaciones, en un aparente estar dispuestas a lo que el médico le pida o solicite. Él es quien da instrucciones y las pacientes acatan, como si el acto de cuestionar estuviese denegado porque el saber

no está de su lado. Los esfuerzos de mantener la relación con el médico llegan hasta el punto de alienarse al saber del él, tal como lo plantea Foucault.

Una expresión de ello es que las participantes colaboran ante el desconocimiento –el propio-, a la vez que se produce una relación de sometimiento y obediencia en la aceptación resignada del encuadre, donde se tolera sin manifestación alguna los cambios anuales de médicos. El vínculo se encuentra atravesado por la ruptura, ya es sabido que aquellos se va a producir; el quiebre es parte del contrato, por lo mismo si hay molestia no hay expresión ni despliegue de la misma.

Por otra parte, es factible hipotetizar que aquel sometimiento se invierte sutilmente en la idea que los médicos son “buenos” porque las toleran y son pacientes, otra manera de decir que “sobreviven” a ellas, a sus locuras, agresiones, demandas y quejas. Como si estos tuviesen la obligación de escuchar y satisfacer necesidades no resueltas, así como de acompañarlas en el malestar. El médico esta imposibilitado de abandonarlas, no puede, más bien debe ser el receptáculo, el continente de aquellos contenidos que nadie más escucha, ya sea porque no hay nadie que los oiga o porque en su defecto, no hay otro que quiera hacerlo.

El médico es una figura idealizada, a la cual no se le puede hablar de lo conflictivo, de lo malo, de lo avergonzante, por lo que dicho contenidos quedan fuera del espacio terapéutico. Pareciera que el lugar que encarna el médico es el lugar del padre, a quien se le debe cumplir y obedecer. Es la encarnación de la ley y el control; allí se fiscaliza y se sanciona. Las participantes están en el lugar de los hijos, por lo tanto deben ser fieles, cumplir y no fallar. Emerge el temor al castigo, lo que puede ser interpretado como el temor a perder el vínculo, y llenando un poco más allá, la desobediencia arriesga perder lo más importante: el continente Hospital.

La idealización se acompaña del lugar omnipotente del médico; el será quien podrá salvarlas. Operación que las rescata de ser ellas sujetos activos e

implicados en su tratamiento, quedando así a la espera de ser liberadas de la maldición.

La figura del doctor se encuentra investida, en dicha relación se juegan una serie de afectos que –imaginariamente- se vuelven a encontrar. La relación está dada por aquello que reciben del médico; en primer lugar les otorga existencia, las constituye subjetivamente en la medida que experimentan estar presentes en la mente del otro. Una suerte de continuidad, de permanencia, de ser para otro y por el otro. El vínculo les da existencia porque las hace sentir sujetos y no objetos (de la ciencia y de la medicina).

Ahora bien, dicha existencia potencial también está dada por la posibilidad de no enmudecer, en ese encuentro emerge la voz silenciada durante todo el tiempo que no se han visto, que de no ser así la perderían. No hay nadie más con quien hablar, a quien dirigir la palabra, el habla. El doctor encarna sustitutamente figuras que en el mundo externo están ausentes o perdidas. Cumple una función en la medida que posibilita la permanencia del lazo social. El encuentro con los afecto extraviados o fracturado no solo ocurre en el plano imaginario, sino que en el médico hay un reemplazo concreto de lo familiar; las participantes buscan relacionarse con sus hijos, hermanos y padres.

Las participantes se sienten tratadas por sus médicos con “*amor*”, con cariño y preocupación. Claramente lo que buscan es el amor, lo esperan y desean; un vínculo afectivo que las haga sentir que le importan a alguien. De este modo, una de las hipótesis centrales que se desprenden del análisis transversal, es que *la demanda es una demanda de amor*.

En esa demanda de amor, se observa que dos de las participantes operan con un modelo de libre demanda; la oralidad pura sin restricción. La fantasía de la presencia permanente del otro, listo y dispuesto a dar, a vaciarse, a secarse en ese encuentro. Aquí no hay restricción, las participantes son bebés con derecho a mamar en cualquier momento. En cambio, para una de ellas sí hay límites, sí hay

castración, sí hay ausencia intermitente de la figura del médico. No obstante, esto es significado como falla altamente descalificada, la no presencia permanente se trata de un desperfecto y no de un hecho de la realidad que permite regular los encuentros.

Por otra parte, una observación central que surge en el material, es la confirmación de aquello planteado por Balint (1961) respecto que el fármaco es el propio médico. Para las participantes la figura del doctor significa el medicamento en sí mismo, el encuentro con él es lo que alivia, calma y tranquiliza. Una de las formas más usuales de administrar la droga doctor, es el confortamiento y el consejo. El control se configura como la “vitamina” que entrega energía y fuerzas hasta el próximo encuentro. Cuando se realiza una derivación, lo que se receta es otro médico. En este contexto el tratamiento pierde peso, puesto que lo que se valora es la seguridad que genera el contacto o el vínculo con el médico. Como un manera de preservarlo se dejan afuera aspectos que podrían alterar dicha relación. Hay un reconocimiento mutuo y a la vez una negación de la demanda y su satisfacción, lo que puede ser pensado como un pacto denegativo.

De esta manera, dos hipótesis resultan centrales en la relación de las participantes con sus médicos. La primera es que *la demanda es una demanda de amor*, y la segunda es que *la relación médico-paciente se basa en un pacto denegativo*.

“De este lugar yo necesito tratamiento (...) pero no dejarme sola, no porque yo me las he visto muy mal justamente porque no tengo a quien decirle lo que me pasa y Renato repite lo que yo hablo, yo lo hago hablar a la fuerza, yo no tengo con quién conversar, no siquiera mis hermanas, mis hermanas es al revés, yo soy pilar para ellas (...) si uno no le habla a usted a quién me chica le hablo yo, yo vengo desesperada a la consulta y los 20 minutos se me hacen cero, porque yo vengo llena de cosas” (Guillermina. A. 154).

“El gesto es, yo creo que eso es un acercamiento humano que uno lo necesita, necesita no solamente palabras de repente si no que ese apoyo como amiga, como hermana, como una persona cercana, no como un doctor que está por allá y viene y ya “qué fue lo que tiene, va a tomar esto y chao”, esas atenciones no sirven”

(Guillermina. C. 102).

“Las que sirven son las que uno puede dialogar, puede la persona darle a una, uno puede decir lo que siente y la otra persona le va a decir “si mire lo va a sentir, lo va a sentir en ciertas circunstancias” entonces uno ya tranquiliza la mente, tranquiliza esa parte. Y lo otro que es tanto el acercamiento que a lo mejor me va a decir a la salida “pórtese bien, acuérdesse, comprométase conmigo y cada vez que se sienta negra negra negra como me decía la Claudita “vengase para acá, vengase y acuérdesse de que existe el hospital, vengase a la guardia o la posta”. (Guillermina.

C. 104).

“Conversación con ellos, contarles mis problemas, aparte de los remedios. La atención no sé, unas palabra de cariños “que esté bien y cómo está” eso me hace bien, me hace sentir bien porque eso no lo recibo en mi casa” (Mercedes. A. 58).

“La atención, la preocupación, la preocupación de preguntarme si me he tomado los remedios y como me he sentido, en mi casa no se acercan las niñas a preguntarme nada de nada, entonces yo recibo más aquí cuando vengo que en mi propia casa”

(Mercedes. A. 64).

“La confianza que me daba para que le contara mis cosas, su sonrisa y su atención, su manera de... el contacto conmigo, eso me gustaba mucho (Mercedes. A. 116).

“Si, por ser en este momento yo estoy conversando con usted, en mi casa yo no hablo con nadie, yo sabe lo que he llegado a pensar, que voy a perder la voz

porque yo no hablo” (Mercedes. B. 148).

“Si me dio miedo por perder ese contacto que teníamos tan de cariño, tan de amistad más que de doctora a paciente” (Mercedes. C. 51).

“Pero casi todos son buenos, va en que uno se acostumbra con un año con una doctora y te dice que hasta aquí yo llego y a uno le da pena, porque está acostumbrada a conversar tanto con ellos y dejar eso a uno le da pena, pero el sistema es así, no sé del hospital o ella, no se po ahí yo no entiendo soy ignorante en eso” (Berta. A. 44).

“Si, porque cuando he tenido pena he llorado acá, cuando me he portado mal se lo he contado a la Dra y así hemos tenido bastante confianza, porque ante ella prometimos ya que yo ya no le iba a levantar la mano más a mi marido” (Berta. A. 50).

“No seguimos ahora, nos despedidos porque yo ya no la voy a ver, yo le dije si iba a poner una clínica, algo para uno comprar un bono y seguirla viendo, pero me dijo que no porque iba a trabajar adentro del hospital, ya no va a estar abajo, entonces me recetó otra doctora, me dijo que le iba a hablar y que me iba a tratar muy bien y que me iba a sentir muy bien con ella, así que tengo fe de que ella me va a sanar y yo tengo que poner mucho de mi parte” (Berta .A. 137)

“Todo es bueno, porque a mí por ejemplo a mí me antes me atendía el doctor Palma, no sé si usted lo ubica, excelente y si uno le decía doctor póngase patas para arriba él se ponía patas para arriba para que uno quedara conforme, si uno le decía “este remedio me hace bien” me decía “ya te los voy a dar” (Berta. B. 285).

CONDICIONES DE PRODUCCIÓN DEL RELATO

1. A quién habla y cómo habla

De manera transversal, se observa que las participantes pierden los límites en el contexto de entrevista de investigación. Este se torna rápidamente en un espacio terapéutico, en el cual es posible hablar y descargar, hecho que puede ser interpretado como la escenificación de la relación que mantienen con el Hospital y los profesionales en general. Dos de ellas se sienten ayudadas con los encuentros, surge la idea que participar en la investigación es una suerte de “privilegio” o “premio”. En este sentido aparece un efecto del orden de lo terapéutico.

Lo que se busca y necesita es un espacio de escucha independiente de quién es el que se encuentre al frente en ese momento. De hecho, solo una de las participantes se preocupa de que el otro debe comprender lo que dice, los demás relatos parecen no estar destinados a alguien que debe entender.

El otro-entrevistador es un objeto indiscriminado, aquello que se valora es la presencia del otro y la posibilidad de hablar lo que les preocupa. Esta variante, tal vez, permite entender la aceptación permanente del cambio de médico, el punto vital es el reemplazo del vínculo o de la relación; la presencia permanente de un otro.

Para las participantes el encuentro con la investigadora es una oportunidad para salir de la soledad y encierro en que viven, una posibilidad de contacto con el mundo.

En dos de ellas es clara la idea de poder ayudar con su relato; una manifestación de agradecimiento hacia el Hospital, que puede ser interpretado como una forma de mantener el vínculo con dicho continente. Quizás la creencia inconsciente de que ser buenas pacientes y ofrecer su relato es una garantía de permanencia, al menos por un tiempo. Por una parte, el hospital se halaga, se elogia, se califica de muy buena manera, y por otra, las tres participantes se encargan de decir lo mal que se encuentran en relación a su padecer y la extrema

necesidad de continuar atendiéndose en el Hospital; no vaya a suceder que las muestras de mejoras den los criterios para recibir el alta.

2. **Quién habla**

El lugar desde donde hablan las participantes se encuentra completamente atravesado por el lugar del paciente psiquiátrico crónico. Los sujetos de habla son sujetos incurables, irreversibles, enfermos eternos encerrados en la enfermedad.

Se trata de personas limitadas, que padecen de soledad extrema. Cuando se encuentran con otro pueden cansar, agotar o agobiar; requieren ser toleradas. Son sujetos que se modificaron por su padecer, por lo tanto ahora hablan en nombre de la enfermedad, por y desde ella.

Quienes hablan temen a su propia locura y a ocupar, concretamente, el lugar del loco. Solo una de ellas habla desde el lugar de la sin razón, asumiendo sus desvaríos y descarrios. Las demás hablan desde el lugar que no quieren ocupar, intentando argumentar a favor de su cordura.

Se trata de mujeres que han sufrido, que han tenido historias marcadas por el dolor. Hablan desde la precaridad, desde la carencia sufrida y experimentada, desde las privaciones sentidas, y las pérdidas no asumidas. Dos de ellas han dedicado su vida al cuidado de otro; lugar de la postergación y sacrificio, por lo que ahora reclaman al Hospital lo que para ellas es justo: el cuidado que necesitan, que merecen, que se ganaron. Necesitan que otro las haga sentir “personas” dignas y no enfermas. Desean sentirse sujetos –sujetos de deseo- y no objetos manipulables.

Quienes hablan lo hacen con propiedad y con conocimiento del sistema de salud, ellas son expertas en el funcionamiento de éste, puesto que han pasado parte importante de sus vidas circulando por hospitales, consultorios e incluso en el

sistema privado. Médicos, enfermeras, psicólogos son parte de su repertorio relacional. Están totalmente calificadas para diferenciar un “buen” profesional de uno que no lo es, un “buen” hospital de uno que no lo es. Discriminar la calidad del servicio es parte de su experticia.

3. Rol de la entrevistadora

Permanentemente la entrevistadora intenta diferenciar la entrevista de investigación de un contexto terapéutico. Hay una disyuntiva constante entre mantenerse en el rol de investigadora y no de interventora.

Ante el relato desligado y fragmentado de las participantes, surge la necesidad de ir ligando aquello indiscriminado, de ir aclarando las contradicciones del relato que emerge de sujetos que hablan como si su discurso no tuviera un destinatario que debe comprender lo que dicen.

Resulta sorprendente que a pesar que dos de las participantes no están completamente claras del sentido y objetivo de la investigación, no aparezca interpelación alguna hacia la investigadora con el fin de aclarar preguntas o dudas respecto del estudio. La adaptación y sometimiento al encuadre se vuelve a escenificar en estos encuentros; hay una aceptación de la consigna sin cuestionamientos, una suerte de alienación al otro y su “saber”, un poder concedido al lugar del entrevistador. En este sentido, la entrevistadora debe alentar e insistir para que puedan plantear sus interrogantes respecto de la investigación.

En una de las participantes emerge una manera violenta y agresiva de hacer desaparecer a la entrevistadora, “olvidando” el primer encuentro. Allí hay un esfuerzo por “aparecer” recordando, re-haciendo la historia del encuentro. En cambio, con las otras dos participantes es factible ir apareciendo mediante las preguntas, aclaraciones y detenciones en el relato.

4. Aspectos del vínculo o interacción con la entrevistadora

En las tres participantes se evidencia un vínculo asimétrico con la investigadora; ellas son las “pacientes” y quien entrevista es la “profesional”. En este sentido hay una repetición del vínculo con los médicos tratantes, lo que hace pensar claramente en el modo alienado de relacionarse con el otro-profesional; aquel que representa tener el saber.

Sin embargo, hay diferencias significativas en la interacción: Con Guillermina se produce un agotamiento, cansancio y saturación frente a su relato acelerado, confuso y excedido de contenidos. Con Berta hay una lucha por “existir” luego de su “olvido” que afirma con convicción. Esto implica reconstruir lo destruido, recordar para re-hacer y tener un lugar. Genera una sensación de “locura” e “impacto” ante tal borramiento violento. Y con Mercedes, es bastante más claro los deseos de ayudarla ante su relato doloroso y conmovedor, genera mayor dificultad para mantenerse en un rol de entrevistadora y no de interventor.

Es llamativa la excesiva disponibilidad para participar que aparece en dos de las participantes, se trata de una cooperación sin límites, dispuestas a entregar todo lo que el Hospital les pida o solicite como muestra profunda de su “deuda” con la institución. Esto se escenifica en el vínculo con la investigadora, situación que puede interpretarse desde el deseo de “permanecer” en la institución “colaborando”. Distinto de lo que ocurre con la tercera participante, quien genera la sensación que hay que “hacerla venir”, una suerte de forcejeo, nuevamente una “lucha”. El reverso de eso, es que el Hospital tiene la “obligación” de atenderla infinitamente.

Finalmente, si bien, para las tres es confuso el sentido de los encuentros, terminan agradeciendo la posibilidad de participar, lo que nuevamente confirma el hecho de que el contenido no es lo relevante sino la oportunidad de encontrarse con

un otro, de tener un espacio para hablar, para ser escuchadas; un otro que les otorgue existencia, que les de un lugar.

VIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Para ir finalizando, quisiera retomar -o más bien retornar- a un punto de partida de esta investigación; la idea del antiguo *manicomio nacional* como un espacio *imaginario* y *simbólico*.

Desentrañar las significaciones que los pacientes han construido en relación a la institución hospitalaria nos ha permitido comprender en mayor profundidad ambas dimensiones. Si bien, desde el sentido común, hay asociaciones o intuiciones obvias respecto de ellas, el material arrojado nos ofrece cierta claridad en la manera cómo es experimentado el espacio hospitalario.

El Instituto Psiquiátrico como espacio simbólico es un lugar donde se ha construido una historia que ocupa un sitio en la memoria colectiva; se trata de la historia sobre la locura. En las memorias del hospital, en los textos, cartas, reseñas históricas y testimonios de su creación se encuentra contenida la evolución de la mirada y concepción de la sin razón, así como los tropiezos en el modo de abordarla. Consiste en el tránsito desde una perspectiva que considera su encierro por no tratarse de una enfermedad mental, sino un ser sobrenatural, tratado peor que a un preso, hasta un visión que incorpora la noción de enfermedad, tratamiento, inclusión y recuperación. No hay duda que éste espacio es un icono de la locura, un signo representativo de los reglones torcidos de la naturaleza.

Desde el relato de las participantes es claro cómo el hospital es residencia de mitos, héroes y ritos que les permite legitimarse como miembros de ellas. La institución se instala así, como un objeto ideal para ser interiorizado, lo que se observa en ellas mediante su “lealtad” a este lugar que las salva. El héroe es la institución misma, su estructura encarna a una madre nutricia que alimenta y a un padre protector que erige la ley; la institución otorga pero también castiga. Hay una idealización omnipotente del héroe y la heroína. Hay fidelidad, identificación y pertenencia a este referente simbólico.

Lo complejo es que en el hospital hay rito de entrada pero no de salida; el rito de ingreso está marcado por un otro que da el pase –interconsulta- para ingresar, una suerte de documento sagrado que da entrada al lugar del rescate. Podríamos suponer que el “alta” debiera constituir el rito de egreso, marcado por el acto administrativo del cierre de ficha o de derivación a la red de salud. Sin embargo, aquello es algo que no ocurre en las participantes –suponemos que en la población general del hospital tampoco- por lo tanto, el rito no aparece encarnado en nada ni nadie, más bien se trata de una ritualidad desmontada.

Recordando a Castoriadis (En Käes, 1897), el lugar de lo imaginario en la institución es lo que permite la producción y los movimientos de los símbolos que se

encuentran ligados a la historia. Se trata de la atribución de nuevas significaciones a símbolos ya existentes. Es lo que observamos en el relato de las participantes; significaciones atribuidas al espacio hospitalario evolucionan, cambian y se modifican en el tiempo. El hospital transita desde un lugar para locos; residencia de la sin razón, de la violencia, de lo extraviado, de lo marginado, a un lugar significado como un espacio de acogida, cuidado y contención, no exclusivo de la locura y sus desvaríos. Esto ocurre gracias al proceso de identificación.

Como refiere Enríquez (1987), la institución es un sistema imaginario en la medida que intenta atrapar a los sujetos en sus deseos de afirmación narcisista y de identificación, en sus fantasmas de omnipotencia o en su *demanda de amor*. De esta manera, la institución se fortalece al responder a los deseos del sujeto y de transformar sus fantasías en realidad, lo que claramente se vuelve evidente en el hecho de responder a la demanda de amor reclamada por las participantes. En este sentido hay un fortalecimiento de la institución, a la vez que una satisfacción de la demanda de los sujetos, transformando lo irreal en real.

Este sistema imaginario, también le permite a los sujetos protegerse de sus miedos de destrucción, de la angustia de fragmentación y caída al vacío. La institución se sitúa como aquella que puede ligar lo desligado, imaginariamente es el espacio donde es posible re-encontrar lo perdido, lo olvidado, lo extraviado. Lo imaginario es la cede de las fantasías, significaciones y representaciones.

El hospital es un espacio simbólico y un espacio imaginario, pero además, podríamos agregar una tercera categoría; es también un *espacio de lazo social*, hecho que resulta fundamental en el relato de las participantes. Se trata de una posibilidad de socialización real y concreta, una oportunidad de romper con la aislación, soledad y encierro. Se puede estar vinculado, ya sea a un médico, a una enfermera, a un psicólogo o a otro paciente. El diálogo entre los miembros de la institución permite el encuentro, el volver a pertenecer a un grupo, que facilita operaciones de identificación, y determinan aspectos de la identidad de las

participantes. El enfermo mental es significado como una persona expulsada de su pertenencia, segregada, sin lazos, en un exilio forzado.

No es claro el momento biográfico en que el lazo social se debilita para las participantes, sin embargo, es evidente que la rotura está dada por la enfermedad mental. Aquello que fractura, que rompe y distancia son las perturbaciones psíquicas; el miedo al contacto, el exceso, los desbordes, el retiro afectivo y vincular. Ahora bien, pareciera haber un doble juego donde resulta complejo situar qué ocurre primero y qué sucede después. Por una parte, hay un debilitamiento del lazo dado por las dificultades psíquicas, ahí el hospital ofrece una posibilidad de lazo social al “hacerlas” miembros de la comunidad hospitalaria, al menos esa es la manera en que las participantes lo utilizan y significan. Sin embargo, dicho lazo se vuelve exclusivo con la colectividad institucional, porque el estigma que carga el paciente psiquiátrico provoca, a su vez, quiebres de lazos sociales en el mundo exterior. De todas formas, ahora el hospital representa la posibilidad de estar enlazados, anudados, ligados de manera segura y estable; hay una existencia del otro-institución que permanece firme, igual que los muros de concreto del hospital. El punto es que la articulación de ese lazo, su construcción y significación es desde la enfermedad, son lazos indiferenciados, simbióticos, poco integrados, parciales y delirantes.

El hospital funciona como un *continente* que acoge a las participantes en su padecer, ellas buscan ser recibidas y acogidas. Es un lugar que las humaniza, les devuelve su condición de sujetos, sacándolas del lugar exclusivo de la enfermedad mental. Les reconforta el hecho de saber que el hospital las “llama”, las busca, las rescata si no van, al menos se acuerdan de ellas, lo que les permite existir y ser, estar presente en la mente de otro. La institución colabora en el anudamiento de ese lazo, hay un compromiso mutuo de existencia; ambos existen para el otro.

En el espacio hospitalario el tiempo no transcurre, es inmutable y atemporal, características tan propia de la sin razón. Digo *atemporal* porque aún parecen tener vigencia, en los relatos, ciertas asociaciones respecto de la locura y la institución

manicomial presentes en la época clásica. Claramente hay muchas cosas que han variado desde ese tiempo hasta hoy, sobretodo porque la locura se inscribe en nuestros días, más claramente, dentro de lo que se llama “enfermedad”. Sin embargo, resulta sorprendente lo actual de las descripciones y observaciones planteadas por Foucault.

Hay elementos que no han cambiado, sobretodo con lo que respecta a la figura del médico. El relato de las participantes da cuenta que hasta hoy sigue siendo la figura más importante de la institución manicomial, es la de mayor autoridad. Al estar revestido de tal autoridad sigue ejerciendo la mayor influencia sobre los enfermos; se trata de un personaje idealizado, capaz de dominar la locura, de aislarla, e incluso de curarla mágicamente. Es significado por las participantes como un tamarugo.

Sin duda, la curación encuentra posibilidad en la medida que el enfermo se encuentra alienado al médico, a su palabra, a su saber, a su verdad. Es por eso que las participantes se abandonan en sus manos y se somete a su voluntad mágica, porque se trata de un personaje divino. De esta manera, es en la relación médico-enfermo donde se anudan las alienaciones, y desde otra perspectiva, es en esa pareja donde opera el juego transferencial asentado en la asimetría omnipotente.

También se encuentran asociaciones del loco cercanas a modelos mítico-religiosos. Sigue siendo un personaje al que se le teme, al que se asocia con el descontrol y la violencia, una suerte de “posesión demoníaca”, o al menos perteneciente a otra naturaleza. “Enfermedad mental” es sinónimo de sin razón, de alteración y de defecto.

Por otra parte, los estudios de Goffman también cobran vigencia, particularmente en un punto; la *estrategia de colonización* que se observa en las instituciones totales es posible de escuchar en el relato de las participantes. Si bien, ellas no se encuentran internadas, ocurre un efecto similar, probablemente por las características de cronicidad de su enfermedad que las mantiene en el hospital

eternamente. El punto es que el establecimiento ha pasado a ser en las participantes la totalidad del mundo; han construido una vida adentro que tiene algo de placentero y estable. Obtienen de la institución una satisfacción importante, ocupan el mundo externo como un referente que les permite demostrar lo deseable de la vida institucional; afuera nadie las escucha, nadie las comprende, no validan su padecer, las enjuician de locas, no las contienen, ni acogen en su dolor. En cambio adentro hay un mundo de acogida, cariño, amor, y cuidado, que las hace sentir reconocidas en su calidad de sujetos, les otorga existencia, las humaniza. Tal como lo plantea Goffman, es como si hubiesen encontrado un hogar, uno mejor que el que existe afuera. Es probable que la vida previa de las participantes, haya facilitado esta adaptación, en el sentido de haber experimentado dolores, pérdidas, precariedades y traumas tan potentes que facilitan una perversión de la perspectiva.

Múltiples son las razones por la que los pacientes no quieren abandonar el hospital, pero una de ellas es el hecho de enfrentar el mundo exterior – y la estigmatización- sin el soporte institucional, aquel que brinda un sentimiento de seguridad y alivio. Es mejor estar adentro y ser parte, que “suspendidos” en el afuera.

Por otra parte, algunos postulados de Bleger (1966) hacen sentido y son posibles de recoger en este punto. Es interesante –desde una perspectiva más psicológica- pensar en el fenómeno de la dependencia de las participantes hacia la institución desde la inmadurez de la personalidad. Dicha condición hace mucho más difícil el cambio o la posibilidad de separación con el hospital. La institución es un instrumento que permite regular y equilibrar la personalidad de las participantes, lo que es bastante claro en los relatos a propósito que “gracias al él” se pueden controlar o tranquilizar, les permite restaurar algo del equilibrio perdido, volver a reunir lo escindido. En la institución se cristalizan las defensas, allí es posible reparar, pero también defenderse contra las ansiedades psicóticas. El punto es que la institución se convierte para las participantes en un sistema de control externo de esas ansiedades.

El problema es que del lado de la institución, parecen ser bastante escasas las posibilidades de ofrecer real seguridad, gratificación, reparación y desarrollo de la personalidad. Si así fuese no se eternizarían los pacientes allí. De alguna manera habría una resistencia al cambio, tanto de la institución como de las participantes, es lo que Bleger (1961) llama “simbiosis hospitalaria”. Una manera de entender la dificultad de dar altas, es la necesidad inconsciente del médico de retener a su paciente para evitar reintroyectar todo lo que tenía depositado o proyectado en él. Para las participantes, el alta significa reubicarse en la vida extrahospitalaria, asumiendo todas las responsabilidades, compromisos y conflictos que puede hacer alguien que no se encuentra con una “enfermedad mental”. Dejar de ser paciente implica abandonar una etiqueta y dar lugar a una nueva identificación. No hay evidencia en las participantes de desear algo así.

Ahora bien, dentro de los resultados arrojados por el estudio, hay dos que resultan fundamentales y necesarios de profundizar, y que también ayudan a entender la dificultad de las altas en la institución, teniendo como efecto el funcionamiento crónico del servicio ambulatorio. Ambos resultados explican -en parte- por qué los pacientes continúan asistiendo al hospital a pesar de no presentar mejoría. El análisis de los relatos muestran:

1) La demanda de los pacientes es una *demanda de amor*, frente a la cual los médicos se hacen cargo y responden a ella intentando satisfacerla, eternizando así a los pacientes en la institución. Aquí nos encontramos ante la transferencia institucional escenificada en la relación médico-paciente. El amor es el centro de aquella relación transferencial.

2) La construcción de las significaciones de las participantes se asienta fuertemente sobre tres ejes: médico-enfermedad-hospital. Los análisis revelan que dichos ejes parecen estar tan afiatados que la medicina resulta superflua en dicha trama. Más bien se trata de un afiatamiento que genera seguridad y sobre todo reconocimiento mutuo, una relación que niega aspectos esenciales para mantener el vínculo; una especie de *pacto denegativo*.

La demanda es una demanda de amor

“El amor pide amor. Lo pide sin cesar. Lo pide... aún.

*Aún es el nombre propio de esa falla
donde en el Otro parte la demanda de amor.”*

(Jacques Lacan)

Decir que la demanda es una demanda de amor, implica necesariamente la pregunta acerca de qué es el amor y qué significa demanda. Pero además, y sobre todo ¿cuál es la relación entre la demanda de amor y la transferencia?

Freud en “Psicología de las masa y análisis del yo” (1921) realiza un análisis sobre el fenómeno del amor. Le llama la atención, en el marco del enamoramiento, la sobreestimación del objeto amado, ese espejismo donde se ama sensualmente al objeto en virtud de sus excelencias anímica. La idealización falsea el juicio, en el enamoramiento se trata al objeto como el yo propio, depositando una mayor libido narcisista en él. En muchos casos, la elección amorosa del objeto sirve para sustituir un ideal del yo no alcanzado, siendo al amor, en un primera versión, una satisfacción narcisista. Para Freud la investidura amorosa se hace en desmedro del yo, éste se empobrece mientras el objeto se enriquece con esa libido narcisista. El punto central es que el otro del amor aparece en una posición asimétrica, es decir, el objeto se pone en *el lugar del yo o en el ideal del yo*.

“Se ama en virtud de perfecciones a que se ha aspirado para el yo propio y que ahora a uno le gustaría procurarse, para satisfacer su narcisismo, por este rodeo” (Freud, pág. 106).

Freud diferencia la identificación del enamoramiento. Refiere que en la primera de ellas el yo ha introyectado al objeto y se ha enriquecido, en cambio en el

enamoramiento el yo se empobrece porque se ha entregado al objeto. Sin embargo, esta diferenciación tienen otros ribetes que hacen más complejo el asunto, puesto que en el enamoramiento extremo también es posible pensar que el yo ha introyectado al objeto. Nuevamente reafirma que el asunto esencial es el hecho que el objeto se ponga en el lugar del yo o en el del ideal del yo.

Cuando Freud explica el fenómeno de masas, resulta evidente la existencia de una relación entre la identificación y el fenómeno del amor, considerando que la identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva. Desde un comienzo, la identificación tiene un carácter ambivalente, puede volcarse hacia el amor o hacia el odio.

Por otra parte, Freud (1921) refiere que no habrían muchas diferencias entre el enamoramiento y la hipnosis *“Las coincidencias son llamativas. La misma sumisión humillada, igual obediencia, y falta de crítica hacia el hipnotizador como hacia el objeto amado”* (pág. 108). El punto es el mismo: el hipnotizador ha ocupado el lugar del ideal del yo. El vínculo hipnótico es considerado por él como una formación de masas de dos, sin embargo lo que las distingue es el comportamiento de la masa frente al conductor, así como la aspiración sexual diferencia la hipnosis del enamoramiento.

Ahora bien, ¿cuál es la relación que hace Freud entre el amor y la transferencia?

En “Puntualizaciones sobre el Amor de Transferencia” [1914 (1915)] va a situar la importancia del amor de transferencia dada la frecuencia con la que aparece en la clínica. Aquí, Freud nos plantea lo importante de comprender que el amor del paciente nada tiene que ver con la persona del terapeuta, se debe considerar que el enamoramiento del paciente se da al interior de la situación analítica. Este amor se diferencia de otro amor justamente porque es provocado por este sistema e intensificado por las resistencias del paciente, es potenciado y provocado en transferencia, en un espacio de intimidad ilusorio. En este sentido el amor es una *ficción*.

“El enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura, apartar del trabajo todo interés y sumir al médico analista en un penoso desconcierto” (Freud, pág. 166).

Ante el amor de transferencia, Freud es claro; no se debe buscar satisfacción, sino cruzar este fenómeno para mantenerlo en el análisis. El enamoramiento es una resistencia que inhibe la cura, no se trata de moral, sino de técnica. *“La transferencia erótica no se acepta ni se responde a ella, hay que mantenerla sin satisfacerla”* (Freud, [1914 (1915)], pág. 167).

El terapeuta debe estar acorde al fin que es mantener el tratamiento, la transferencia amorosa es parte del material a trabajar para aminorar la neurosis. *“Hay que dejar subsistir en el enfermo necesidad y añoranza como unas fuerza pulsionantes del trabajo y la alteración, y guardarse de apaciguarlas mediante subrogados”* (Freud, [1914 (1915)], pág. 167).

“Uno debe guardarse de desviar la transferencia amorosa, de ahuyentarla o de disgustar de ella a la paciente; y con igual firmeza uno se abstendrá de corresponderle. Uno retiene la transferencia de amor, pero la trata como algo no real, como una situación por la que se atraviesa en la cura, que debe ser reorientada hacia sus orígenes inconscientes y ayudará a llevar a la conciencia lo más escondido de la vida amorosa de la enferma, para así gobernarlo” (Freud, [1914 (1915)], pág. 169).

En el texto *La técnica psicoanalítica* (1938), Freud refiere que una transferencia erótica desexualizada permite al paciente realizar el trabajo arduo de análisis, en tanto la transferencia no se ofrece tan fácilmente a la resistencia. Con el amor que se pone en juego en la transferencia positiva el paciente se hace más fuerte, más valiente y es capaz de aumentar en algún grado su sinceridad. En cambio si aumenta el erotismo es probable que el paciente comience a mentir.

“(…) *la transferencia pronto demuestra ser un factor de insospechada significatividad: por un lado, un recurso auxiliar de valor insustituible; por el otro, una fuente de serios peligros*” (Freud, (1940 [1938]), pág. 175).

Si bien, Freud, nunca habla de “demanda”, es bastante explícito en su propuesta de no responder, no satisfacer y no hacerse cargo de la demanda de amor que ha surgido en el paciente, porque una vez que aquello ocurre las resistencias aumentan y las posibilidades de la cura -en caso de no desaparecer- se limitan.

Lacan será quien hablará de demanda y quien afirmará que la demanda es siempre una demanda de amor, postulado interesante a la luz de los resultados arrojados en este estudio.

Para Lacan habrían dos formas de amar: una posesiva, egoísta y anal, y otra que llama “amor evanescente”. El amor posesivo, no puede expresar satisfacción, o solo puede hacerlo en el momento de la posesión de objeto. Se trata de un amor que deja vacíos, no deja recuerdos, sino agujeros que no se pueden llenar. En cambio el amor evanescente admite la libertad del otro y considera que se puede ir.

La definición que propone Lacan sobre el amor es: *dar lo que no se tiene a alguien que no es*, es decir, se encuentra vinculado al campo simbólico, articulado a la falta y su significante. El amor se dirige a lo que al objeto le falta y no a lo que posee. Habría una dimensión imaginaria de capturar al otro en sí mismo, es decir cuando se ama no se espera otra cosa que ser correspondido; se trata de una relación especular. El amor intenta, mediante el otro, suturar la falta y tapar el agujero, es la idea que el otro pudiese completar aquello que le hace falta.

Por su parte, la noción de *demanda* se opone a la de necesidad. Lacan en el Seminario XI “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1987) trabaja la diferencia y articulación entre demanda y deseo. Cuando se es pequeño, la demanda de satisfacción de la necesidad es decodificada por la madre. La

demanda es articulada por el significado que el otro le da. La necesidad se inscribe en la demanda, la que se transforma en palabras, retornando así, el deseo como un retoño de esa necesidad perdida. La demanda entonces siempre está en relación al deseo, es un momento lógico en la constitución de él.

“(...) cómo el deseo se sitúa en la dependencia de la demanda – demanda que, por articularse con significantes, deja un resto metonímico que se desliza bajo ella, un elemento que no es indeterminado, que es una condición, a un tiempo absoluta e inasible, un elemento que está necesariamente en impass, un elemento insatisfecho, imposible, no reconocido, que se llama deseo” (Lacan, pág. 160).

Entonces el propio deseo solo puede ser abordado a través del deseo del otro. En este punto se produciría la demanda de amor y la afirmación de Lacan de que el horizonte de toda demanda es siempre la demanda de amor. El sujeto en su encuentro con el otro demanda amor, demanda reconocimiento, la demanda suele estar referida a otra cosa que la satisfacción reclama. Se trata de la demanda de una presencia o una ausencia, sin embargo la demanda no puede ser satisfecha, el otro nunca está en posición de responder incondicionalmente a la demanda de amor. No se puede responder a la demanda de amor con lo que tenemos y no se puede confundir ese pedido con la satisfacción de una necesidad.

¿Cuál es la relación que hace Lacan entre amor y transferencia? En el Seminario VIII *La Transferencia* Lacan va a plantear que el problema del amor es de nuestro interés, en tanto, permite entender lo que ocurre en la transferencia porque ésta no es solo repetición, sino también amor.

La demanda no es explícita, nosotros respondemos a ella de manera inconsciente en el plano de un discurso concreto, esa es la trampa. Suponemos que el sujeto debiera quedar satisfecho con nuestra respuesta, sin embargo allí se producen resistencias. Para Lacan el sujeto debe situarse más allá y más acá de la demanda. En un más allá se encuentra la demanda de amor y en un más acá el deseo. En este seminario Lacan se pregunta sobre la demanda oral, que no es otra cosa que la demanda de ser amamantado. Esa demanda responde en el lugar del

Otro, la demanda de dejarse amamantar. Sin embargo eso no es posible de ser satisfecho.

El objeto mismo de la transferencia es el objeto de amor, detrás de lo que se demanda hay un deseo. La demanda de amor hace que el objeto coincida con el objeto de la identificación o que haya una satisfacción directa al objeto a la cual se dirige (analista-médico). Se trata de una demanda pulsional amorosa, que de cierta forma es la repetición de relaciones establecidas por el sujeto. En la transferencia el sujeto busca reencontrar un objeto perdido, amando. Se trata de un amor imaginario que produce cierta resistencia a saber lo que se esconde detrás de ese amor.

Es imposible eliminar de la transferencia aquello que se manifiesta en la relación con alguien a quien se habla. En dicha relación no es lo mismo ocupar la posición de amado que de amante. Estar en el lugar de amado implica que se busca la satisfacción y que lo amen de forma incondicional, es decir, desde una posición pasiva se pretende capturar al otro dentro de si, en medio de una relación imaginaria. Es lo que Lacan llama el amor-pasión, que consiste en una de las vertientes de la transferencia, no se trata del poder de vinculación entre los sujetos, subyacente a toda la realidad en la cual el análisis se desplaza, sino del amor-pasión tal como lo vive el sujeto.

En cambio en el lugar de amante, el sujeto busca en el amado aquello que le falta y que supuestamente el otro tiene, ubicándose en la posición de sujeto deseante. Como refiere Lacan, el milagro del amor se produce cuando el paciente se transforma de amado en amante, es decir, deseante, sujeto en falta, ahí será sujeto activo que se movilizará a buscar lo que le falta. El amor de transferencia que surge en el cura, es eficaz cuando es productivo y genera cambios.

Desde otra perspectiva, dicha posición de sujeto deseante, es similar a lo que plantea Michaud (1967) en sus reflexiones sobre transferencia institucional y cambio, en el sentido que aquello que posibilita y permite el cambio es cuando

puede advenir un sujeto deseante, cuando el deseo inconsciente se drena, para lo cual es necesario un lugar disponible que posibilite la emergencia de ese deseo, igual como ocurre en la transferencia en el espacio individual.

Comprender que la demanda que se pone en juego en las participantes es una demanda de amor, es fundamental, sobretodo porque resulta ser una demanda acogida por el médico, una demanda de la que éste se hace cargo e intenta satisfacer. El problema es que la demanda se satisface pero no se elabora, queda no inscrita, no pensada, no incorporada, perpetuando el tipo de relación. Esto se evidencia en que las participantes se sienten en todo “su derecho” de reclamar y pedir amor, como si fuese una obligación de parte del otro entregarles aquello. Si no hay amor hay molestia que se escenifica con la petición de cambio de médico. En ese sentido se encuentran en posición de amadas, esperando la satisfacción incondicional del otro: no emerge así, un deseo real de cura, sino una necesidad precaria e infantil de recibir afecto, algo que el médico inconscientemente termina haciendo. Esto queda en un registro inconsciente del cual la pareja terapéutica no tiene noticia. De esta manera, médico-paciente quedan atrapados en una relación imaginaria, lo cual tiene un efecto importante: eterniza al paciente como paciente, se produce un amarre infinito que acarrea consigo la cronicidad. Como decía Freud, mientras no se haga consciente lo inconsciente, el síntoma (institucional) persistirá, y mientras más resistencia mayor represión. Para que haya elaboración de la demanda, lo primero sería poder reconocerla, traerla a la consciencia y darle existencia. Aquello implica necesariamente construir un espacio de intimidad, lo que está denegado desde las condiciones “inamovibles” de la institución: no hay tiempo ni espacio para construir intimidad en la presión asistencial.

Más allá de que la medicina cure o no, esto resulta complejo, ya que el sistema al funcionar de este modo no tiene altas; situación crítica para un Hospital. La importancia radica, como se mencionaba previamente, en el alto costo económico que implica sostener sistemas de salud que operan de esta forma, así como también los altos costos subjetivos, personales y familiares, de mantener en el tiempo enfermedades mentales.

La consideración de la demanda del paciente y de la transferencia son vías, que en su consideración, podrían permitir una herramienta de trabajo para el médico, de manera que al poder leer o escuchar la transferencia, estarían en mejores condiciones para cuidarse de caer en el deseo de satisfacer la demanda del paciente, y no hacerse cargo de aquello que las participantes buscan que el hospital satisfaga. Como plantea Balint (1961) organizar adecuadamente el trabajo psicoterapéutico entre el médico y el paciente implica más tiempo que recetar medicamentos, sin embargo a largo plazo, puede llevar, en muchas situaciones, a un ahorro importante de tiempo para ambos. La capacidad de escuchar consiste en un habilidad que conlleva cierto cambio en la personalidad del médico. Ese aprender a escuchar evita, lo que él llama, la “confusión de lenguas” y permite entender que en la superficie no se encuentra lo que los pacientes buscan.

El Pacto denegativo

*“Y estas resistencias son particularmente poderosas,
y tanto más, cuando al precio de una muerte psíquica o física,
han tenido por función preservar un vínculo necesario para más de un otro,
del que el sujeto ha sido excluido o por el que ha recibido una asignación alienante”*

(René Käs)

Las participantes han construido la red de relaciones y significaciones sobre tres ejes fundamentales: la enfermedad, el hospital y el médico. Los análisis revelan que dicha trama se encuentra tan ligada que el lugar del medicamento pierde lugar. Los fármacos calman y tranquilizan, sin embargo su efecto es en relación al poder o

saber atribuido a la figura del doctor, que es quien los otorga. Es decir, el medicamento por si solo no tiene relevancia puesto que el *verdadero medicamento es el médico*, es la presencia y la relación con él aquello que funciona como calmante y como sedante. No hay duda que lo más importante es el vínculo, el contacto o la relación con él. Lo que se recetan son los médicos, tal como lo plantea Balint (1961) la droga es el doctor, el punto es cómo administrarla y la dificultad de preveer sus efectos.

Ahora bien, resulta evidente en la interpretación de los resultados que la movilidad y el cambio parecen ser posibilidades remotas o lejanas. La cronicidad no solo respecta de la enfermedad, sino también, de la manera en que se da la relación paciente-institución y paciente-médico. Probablemente mucho de ello está dado por *condiciones estructurales* del sistema, es decir, por el marco que ofrece la institución para que la relación se despliegue, que abarca aspectos como el cambio permanente de tratante, la frecuencia espaciada de los encuentros y los escasos minutos para ello. Estas condiciones “inamovibles” instala preguntas respecto de las posibilidades de modificación.

Lo que es claro es que las participantes encuentran gratificación en la relación con el médico, hay algo que se satisface allí, en tanto opera como un espacio en el que es posible reencontrar –imaginariamente- el amor perdido, frustrado o no encontrado en el mundo exterior. Desde este punto de vista ¿por qué las participantes habrían de querer salir de esa posición? ¿por qué desearían recibir el alta y comenzar un vida lejos de la comunidad hospitalaria? Parece ser bastante lo que se arriesga si se sale de allí, sobretodo porque se configura como un vínculo que genera mucha seguridad. Hay un reconocimiento mutuo entre la institución y el paciente, así como entre el médico y el paciente. Es una relación que a costa de la renegación de elementos esenciales –como la demanda de amor y su satisfacción- privilegia el vínculo, la alianza o el lazo, algo que puede ser entendido como un *pacto denegativo*.

René K aes influenciado por las ideas de Piera Auglanier, toma el concepto de “contrato narcisista” propuesto por la autora y lo extiende a los grupos, y por ende a todo vínculo. Lo incluye dentro de sus investigaciones sobre alianzas inconscientes, aquellas que hacen a la constitución del vínculo humano y que se establecen desde la prohibición del incesto como marco de una ley general para todos los seres humanos.

Aulagnier (1975) refiere que el contrato narcisista guarda relación con el modo de catectizaci n del hijo por parte de la pareja. Para comprender aquello hay que considerar algunos puntos. 1) La relación que mantiene la pareja parental con el niño lleva siempre la huella de la relación de la pareja con el medio social que les rodea. 2) El discurso social, el grupo habrá precatectizado el lugar que se supondr  ocupar  el niño, con la ilusión que él transmita de la misma manera el modelo sociocultural. 3) El sujeto debe encontrar en ese discurso referencias que le posibiliten proyectarse hacia un futuro, de manera que el distanciamiento con la pareja parental no signifique la pérdida de todo soporte identificatorio. 4) La realidad de la opresión social sobre la pareja desempeñará un papel en la manera en que el niño elaborará sus enunciados identificatorios.

“El contrato narcisista se instaure gracias a la precatectizaci n por parte del conjunto del infans como voz futura que ocupar  el lugar que se le designa: por anticipación, provee a este último del rol de sujeto del grupo que proyecta sobre él. La existencia del conjunto presupone que la mayor parte de sus elementos consideren que si fuesen íntegramente respetadas las exigencias para su funcionamiento permitirá alcanzar el conjunto ideal. La creencia en este ideal se acompa ar  con la esperanza en la permanencia y perennidad del conjunto” (Aulagnier, págs. 163-164).

Como una manera de tener un lugar en el medio sociocultural, el individuo tomar  los enunciados que instituyen a ese medio. El sujeto se apropiara de aquellos enunciados, lo que lo convierte en sujeto de grupo y en sujeto ideal del grupo. Es importante distinguir para la autora que más allá de la función que puede

cumplir el líder del grupo o el yo ideal (Freud), la condición necesaria para la existencia del conjunto es la presencia de un modelo ideal que atraiga hacia sí una parte de la libido narcisista de los sujetos. Tanto Kaës como Aulagnier, consideran que el grupo precede al sujeto del grupo, el sujeto es en primer lugar un intersujeto en tanto heredero de sueños irrealizados, de represiones, de renunciamientos, de fantasías, de historias. Kaës (1976), agrega otro modo para pensar la ligazón de los componentes del grupo incorporando la idea de pacto denegativo.

El pacto denegativo, planteado por K aes (1991) es un concepto específicamente vincular, es una modalidad de las alianzas, pactos y contratos inconscientes. Se trata de la vertiente "negativa" (estructural y/o patológica) del "pacto narcisista" de Aulagnier que articula lo intrapsíquico e intersubjetivo, a propósito de la necesidad de identificación narcisista individual con un propuesta grupal o colectiva identificatoria. El pacto denegativo es cuando el peso de la desmentida distorsiona el pacto narcisista y tiene un carácter más patológico. Así como el contrato narcisista nos dicta qué es lo que junta, el pacto denegativo dice qué es lo que hay que dejar afuera para juntarse. El pacto denegativo es estructurante y defensivo de los vínculos e incluye todo aquello que ha de ser reprimido, renegado, rechazado.

K aes en *Violencia de estado y psicoanálisis* refiere: "(...) he mostrado, como Freud lo anunciaba al final de *Totem y tabú*, ya en las primeras páginas de "Introducción del narcisismo" y en "*Moisés y la religión monoteísta*", que lo que se transmite no es solo lo positivo: sabemos mejor hoy en día qué se transmite en la intersubjetividad de las generaciones, de las parejas y de los grupos, y sabemos lo que falta, lo que no tiene, lo que no ha recibido inscripción, aquello cuya inscripción no ha sido posible, ha sido negada, reprimida o forcluida: al precio de un blanco, de un agujero, de un eclipse del ser" (K aes, 1988, Pág. 162).

El pacto denegativo consiste en las operaciones de represión o denegación, renegación, desmentida y rechazo; necesariamente efectuadas por los sujetos de todo vínculo para que permanezcan inconscientes todo aquello que pueda amenazar la organización de dicho vínculo. Renuncias, sacrificios, borramientos

sobre un “dejar de lado”, este pacto crea zonas de silencios, espacios residuales o líneas de escape que mantienen al sujeto extraño de su propia historia. En este sentido es la contracara y el complemento del Contrato Narcisista (Käes, 1988).

“Se trata de aquello que en todo conjunto transubjetivo está signado por un acuerdo común e inconsciente al destino de la denegación, de la negación, de la desmentida, del rechazo, del enquistamiento y/ o de la represión; para que un vínculo se organice y se mantenga en su complementariedad de interés, para que sea asegurada la continuidad de las inversiones y de los beneficios ligados a la substancia de la función del ideal” (Käes, 1988, Pág. 170).

El pacto de denegación lo que hace es mantener en un nivel irrepresentado e imperceptible aquello que es capaz de cuestionar la formación y el mantenimiento del vínculo pareja, familia o institución, reprimiendo, negando o renegando aquello. Käes refiere que consiste en una formación psíquica bifase, es decir, como formaciones que simultáneamente satisfacen a la economía psíquica del sujeto singular y del conjunto. Así, al mismo tiempo se aseguran funciones específicas en el espacio intrapsíquico y es posible la formación y los procesos de los vínculos intersubjetivos.

El pacto denegativo es una forma de acuerdo inconsciente entre las partes que tiende a negar la “negatividad radical”, es decir, sobre lo incógnito, la no-experiencia, el no-vínculo. Ocurre una dificultad en la constitución de la función represora, para los sujetos singulares, por el compromiso de sus vínculos dentro del conjunto.

El pacto denegativo entre las participantes y el médico y/o la institución deja afuera aspectos de la realidad institucional y de la transferencia. Pensar y representar el lugar en que se ubica cada uno para el otro pueden ser elementos que amenacen el vínculo, por ejemplo incorporar la relación imaginaria de demanda y satisfacción puede fragilizar la organización del mismo. Desde el relato de las participantes más que un vínculo pareciera que lo que se busca es un contacto, y se

está dispuesto a cualquier cosa para preservarlo, sin embargo esto no es posible sin su contrapartida: la institución.

Lo denegado es la posibilidad de reconocer la demanda de amor y lo que se encuentra tras de ella. Esto permite que continúe la investidura sobre la figura del médico y sobre el hospital que las acoge, que funcionan en el lugar del ideal del yo. Se deniega el hecho de que no se trata de un vínculo que permita genuinamente reparar o elaborar las experiencias dolorosas de cada participante, es un vínculo como el enamoramiento, sugestivo e hipnótico, que alivia pero que no mejora. Se deniega el lugar de la idealización y dependencia, y por ende, la posibilidad de entrada y salida del hospital como una circuito posible, se deniega la salud bajo el manto de la “asistencia” que supone la consideración de un paciente y que se ampara en un modelo médico. Sería interesante realizar en el futuro una investigación que considere el estudio de la institución desde el punto de vista de las significaciones del médico; la contraparte del pacto.

¿Por qué las condiciones de ingreso no son igual que las de egreso? ¿por qué el hospital no prepara a las participantes para el alta, para la autonomía y la independencia? La institución no instruye para vivir en el afuera sin ella, lo que se puede explicar no como un acto de intencionalidad deliberada, sino como una resistencia institucional y una falla –radical y fundamental- en la memoria institucional. Hay una resistencia de reconocer cuánta dependencia fomenta el hospital en los pacientes, tal vez atravesado por la necesidad de afirmación narcisista y omnipotente, como si en el imaginario existiera la creencia que efectivamente los pacientes no pueden “vivir” sin el hospital, lo cual se correspondería con las fantasías de las propias participantes. Allí se instala el pacto denegativo que mantiene la inmovilidad del sistema como resistencia institucional sostenida en lo asistencial (cantidad de pacientes atendidos).

Y, existe una falla en la memoria de la institución; al recorrer la historia del Hospital se observan una serie de esfuerzos de personas que se detienen a pensar -mas allá de lo asistencial- en los significados del hospital y sus funciones.

Efectivamente hay experiencias de formalizar grupos de pre-alta con pacientes agudos hospitalizados, como una manera de facilitar el tránsito hacia una mayor autonomía. Dichas instancias no han funcionado, los pacientes expresan manifiestamente que no desean irse. El problema es que no hay registro de ello, no hay transmisión de la experiencia, no hay lugar donde eso quede y donde otros lo puedan usar. Siempre se trata de un volver a empezar, hay intentos fallidos que el hospital no recoge, eso es un problema, puesto que opera al estilo de la psicosis: anacrónico y con dificultades para simbolizar, representar, recordar y elaborar. La institución funciona como un circuito cerrado, como un micromundo que olvida el lazo externo, estimula la adhesión y opera desde la figura de una prótesis ortopédica, y por supuesto, identitaria. Mientras siga operando en el lugar del ideal del yo difícilmente habrá cabida para un sistema ambulatorio, donde haya rito de entrada y rito de salida.

Lo posible de interpretar en las participantes, es que hay una manera de estar con el otro que es valorado –hipervalorado- ante la nada y el miedo al cambio. Se constituye en un espacio donde lo no visto es el otro, donde se reniega la posibilidad del pensamiento y de un reconocimiento real de la experiencia. El pacto denegativo es cerrado porque no permite mirar aquello que se desmiente. No hay posibilidad, como diría Winnicott, de experimentar aquel derrumbe que ya ocurrió pero que no tuvo lugar en el sujeto puesto que no hubo alguien que cumpliera la función de darle existencia, reconocimiento y validación: un estado de cosas impensable.

No todo se resuelve con palabras, cuando hay transferencias de amor muy intensas, cuando las pasiones son excesivas o las convicciones delirantes impenetrables, puede no haber acceso posible a la transferencia que se transforma en resistencia e incluso en reacción terapéutica negativa. Los pacientes no se mejoran ¿Cuál es el lugar de la institución y del tratante en estos casos para ayudar al paciente a dejar de estar capturado? Algunos dicen que en el borde de lo imaginario o lo simbólico. Tal vez es necesario sustraerse a este tipo de transferencia, no para frustrar al paciente, sino para abrirle un espacio en que pueda

explorar las fantasías omnipotentes relacionados al espacio institucional, y probablemente a la figura del Estado que debe proveerlas de todo.

Pero también, es cierto lo que dice Ferenczi: sin empatía no hay curación y sin amor sublimado del paciente tampoco hay curación ¿Será necesario entonces reconocer el amor de transferencia de los pacientes para que exista la posibilidad de cura? En el fondo los pacientes proponen su deseo de ser reconocidos como personas deseantes y no como remanentes residuales o personas que en su exceso son considerados en el mínimo, en aquello que les ayuda en la sobrevivencia. Despojados del lazo social y de la posibilidad de reconocimiento se les naturaliza a una condición humana cercana a la naturaleza animal.

Lazo social, construcción subjetiva son condiciones humanas. Resulta llamativo que el sujeto sea despojado de subjetividad cuando enferma ¿dónde habrá mayor humanidad que en la fragilidad, la vulnerabilidad y la precaridad? ¿Que ocurre en estas circunstancias con la mirada del otro? Una mirada asistencial que no reconoce al sujeto y a la construcción de significados que se expresa en las palabras con que se nombra el hospital, ese lugar de múltiples significados; espacio real, simbólico e imaginario. Es importante interrogar el lugar pero también a quienes lo nombran, a aquellos que tienen acceso a circular.

Constatar aquello que se deniega en la escucha del otro implica connotar también el lugar que se le asigna a los pacientes mentales en la sociedad y en la subjetividad de los profesionales que los atienden. Relegados al borde no se toma en cuenta que son seres humanos que necesitan construir formas simbólicas de apropiación del lugar que habitan, deambulan o visitan en busca de tratamiento para mitigar su enfermedad. Un asunto institucional, social, e incluso político que habla del lugar que se le asigna a la locura.

Quizás, el objetivo final de esta investigación, ha sido incluir, no excluir, ni forcluir, ni denegar la tramitación de significados de los pacientes que buscan aliviar su padecer en el viejo *Manicomio Nacional*.

IX. BIBLIOGRAFIA

- Abufom, C. & Alvear, K. (2010, Agosto). *Cuestiones acerca de la eficacia y eficiencia de la Clínica en un hospital público*. Comunicación presentada al Décimo Congreso Chileno de Psicoterapia. Reñaca, Chile.
- Ahumada, H. (1954). *Condiciones de la asistencia psiquiátrica en Chile*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.) *De casa de orates a instituto psiquiátrico*. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Chile.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu editores. Buenos Aires.

- Balint, M. (1961). *El médico, su paciente y la enfermedad*. Editorial Libros básicos. Buenos Aires.
- Baremlitt, G. (1991) *La concepción institucional de la transferencia*. En El Espacio Institucional N° 1 (varios autores). Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigene y psicología institucional*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Cornejo, Besoain & Mendoza. Desafíos en la generación de conocimiento en la investigación social cualitativa contemporánea. Forum: Qualitative Social Research Volumen 12, No. 1, Art. 9 – Enero 2011 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110196>
- De Villers, (1999) G. La historia de vida como método clínico. *Proposiciones*, 29.
- De Villers, G. (2001) Relatos de historia de vida en formación de adultos. *Puerco Espín: revista de la escuela de psicología*. Universidad Bolivariana, 1, 29-37.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I y II. Editorial Fondo de cultura económica. México.
 - Escobar, E. (1990) *Historia del hospital psiquiátrico*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.). De casa de orates a instituto psiquiátrico. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Chile.
 - Freud, S. [1915 (1914)]. *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Obras completas. Tomo XII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Obras completas. Tomo XVIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires.
- Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Kâes, R., Bleger, J., Enriquez, E. y cols. (1987). *La institución y las Instituciones*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Kâes, R. (1988). *La violencia de estado y psicoanálisis*. Editorial Lumen. Buenos Aires.
- Kraus, M. (1995). Investigación cualitativa: un campo de posibilidades. *Revista Temas de Educación*, 7. <http://www.scribd.com/doc/21644821/Investigacion-Cualitativa-Un-Campo-de-Posibilidades-Krause>
- Lacan, J. (1956-1957). *La relación de objeto*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1960-1961). *La transferencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Editorial Tres Haches, Bs. Aires.

- Lourau, R. (1970). *El análisis institucional*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Malbrán, E. (1937). *Atención de los alienados en Chile*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.) *De casa de orates a instituto psiquiátrico*. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Chile.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa. *Revista IIPSI*. Facultad De Psicología UNMSM, 9.
- Michaud, G. (1967). *Transfert et échange en thérapeutique institutionnelle*. En Reuve au Psychothérapie Institutionnelle, N 1.
- Murillo, G. *De casa de orates a instituto psiquiátrico*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.). Ediciones Sociedad Chilena de salud Mental. Chile.
- Menzies, I. (1970). *El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Informe de un estudio de un Servicio de Enfermeras de un hospital general*. Material Docente. Universidad de Chile.
- Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005) *Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia*. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5). <http://journal.paho.org/uploads/1137002849.pdf>
- Pulido, R. (2008). Los equipos de salud mental y sus factores terapéuticos. *Revista psiquiatría y salud mental*. XXV (1-2): 120-132.

- Sanfuentes, M. (2007). Observación psicoanalítica en una unidad de pacientes psicóticos con antecedentes delictivos. *Revista de Psicología*, 16.
- Sharim, D. (2005) La identidad de género en tiempos de cambio: Una aproximación desde los relatos de vida. *Psykhé*, 14. <http://www.scielo.cl/>
- Vivado, A., Larson, C. y Arroyo, V. (1939). *La asistencia psiquiátrica en Chile*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.) De casa de orates a instituto psiquiátrico. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Chile.
- Ziilleruelo, J (1896) *Estudio sobre la hospitalización de la locura*. En Escobar, E., Quijada, M., Medina, E. (Eds.). De casa de orates a instituto psiquiátrico. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental. Chile.

X. ANEXOS

Entrevista Número 1 a: Señora Guillermina

Participante: P

Entrevistador: E

1. E: Ya señora Guillermina le voy a pedir que me hable de la evolución de su enfermedad.
2. P: ¿De la evolución de la enfermedad? ¿de cuando llegue aquí? Me mandó el Doctor Olea, del Oncológico. Yo en ese tiempo ya estaba recuperándome de una operación de cáncer a la mama izquierda, a la cual me habían hecho vaciamiento de ganglios y quedé con muchas limitancias, porque yo soy muy activa, para mover el brazo y no poder valerme por mi misma, que es una cosa de las que siempre he tenido pendiente de auto valerme por mi misma, soy una persona que me cuesta recibir la ayuda, a pesar de la que he necesitado, la he pateado pero siempre como que rechazo, por que las personas no hacen las cosas como yo quiero o como yo las hago o como me gusta el resultado de las cosas, soy muy exigente y eso me lo voy guardando y eso me hacen mal, entonces prefiero hacer menos cosas y hacerlas yo que tener una persona que me ayude a medias para después reparar lo que las personas hacen.
3. El doctor Olea me encontró en un pasillo, fue una psicóloga que me vio llorando en el pasillo, ya después ya me sujete del pasillo porque yo llegué temprano, debo haber llegado a las 9 y ya eran las dos de la tarde y yo todavía seguía llorando ahí parada, paseándome, pero yo sabía que alguien me tenía que ayudar, o sea yo pedí ayuda pero no tenía hora ni nada.
4. E: ¿Dónde era esto? ¿Acá?
5. P: En el Oncológico
6. E: En el Oncológico
7. P: Yo desgraciadamente todavía no llegaba acá, tonces em, yo no sabía que, yo lógicamente asistí a todas las terapias que hicieron las psicólogas, todo, o sea yo estaba bastante bien y bastante estable, pero estaba muy enojada, no conmigo sino con mi marido, porque lijaba y lijaba unas puertas que había comprado para reparar puertas buenas que las cepillaba y las cepillaba, y yo hice toda mi radiación, toda mis cosas casi sin el apoyo de él, él no quería que yo me operara. Entonces él como que me dejo a un lado y yo solita me las tenía que arreglar, yo me iba a pie de a donde yo vivo hasta el Oncológico con todo el sol porque me tocaba a las 12 o las 13 y el sol hace mal porque uno con la radiación queda mal, tuve muchos problemas gastrointestinales, o sea, en mi parte gástrica tenía muchas cosas malas y todo eso como que se abrió y gracias a dios no era maligno, me lo operaron y me lo sacaron y yo no hallaba como explicarle a él, porque no daba su brazo a torcer, inclusive se opuso con la doctora para que no me cortaran la mama entera, que me la querían sacar porque tenía demasiadas cositas en toda la mama. Gracias a Dios no pasó nada y yo lo atribuyo en parte a un milagro, porque el grupo de las personas que estaban todas fallecieron y yo quede con el mismo diagnóstico, quede viva y ahora como hace 2 años que no me controlo, no he podido porque como he estado enferma, Renato, yo no he pedido la hora y tengo que pedir la hora y se hace todo complicado.

8. E: ¿De ahí usted fue derivada para acá?
9. P: Claro. Entonces ahí me pilló llorando una psicóloga que se paseaba, yo no tenía idea que existían psicólogas y psiquiatras, yo no tenía la menor idea yo me fui temprano para ver si alguien me ayudaba, y em, porque yo sentía que estaba muy mal, taba muy mal, lo único.
10. E: ¿En qué sentido estaba mal?
11. P: No podía comer, respirar, las noches no podía cerrar los ojos porque tenía pánico. Renato me había dicho que me tenía amenazá de que cuando él se sintiera mal o yo me sintiera mal él me iba a matar y se iba amatar él, entonces yo tenía un susto, porque no lo creía capaz, pero uno no sabe, en la casa habían muchas herramientas, él tenía muchas herramientas cortantes, tenía cuchillos que compraba por docenas y que yo todo eso tuve que guardar y encerrar cuando él empezó con el Alzhéimer. Yo en una oportunidad me hizo comer tierra, barro y me obligó y yo comí barro.
12. E: Entonces él nunca la apoyó con su tratamiento.
13. P: Nunca me apoyó con mi tratamiento ni me respeto como persona, yo estaba nula, yo no sabía lo que eran 500 pesos, porque él me decía si me faltaba algo y yo al mínimo, yo producía no más.
14. E: ¿Cómo llega para acá?
15. P: Entonces, ahí me pilló la doctora y me dijo 'mijita, qué hace usted aquí, quiere que la atiendan si ya los médicos se fueron', y yo estaba gua gua, entonces me dijo que fuera y me llevó a una salita y me pregunto qué es lo que yo quería, y yo le conteste que estaba enferma y que no quiero volver a la casa, entonces yo lo conté en 3 o 4 palabras le dije que estaba mal con mi marido y que yo estaba viendo todo negro y que lo único que quería era desaparecer, pero no sabía cómo. Ella me dijo que estaba por llegar el Dr. Olea y que ella quería que me viera. Justo cuando llego el Doctor me hizo pasar al tiro y me dijo que él me iba a atender ahí y me iba dar un remedio controlada, que es la Mirtazapina, el Prometil, que es una droga que me la tenía que tomar de a poquito y después tomarla entera todos los días hasta que me muriera, eso me iba a ayudar a que no se me callera la baba, porque iba a llegar un momento en que no me iba a acordar ni de cómo me iba a llamar.
16. E: ¿Quién le dijo eso de que se le iba a caer la baba?
17. P: El Dr. Olea me dijo que la hospitalización para que me buscara una droga o con esa, que era cara en ese momento, eee... 'te tienes que hacer ánimo que la tienes que tomar todos los días y no las puedes dejar'. Yo llegué como a 68 o 70 kilos, gorda porque yo soy baja, y tuve que hacer talla 50 o 48 en ropa, como yo soy la moda no tuve problemas, porque yo coso en un ratito me hago algo, así que no tuve problemas, pero hice el tratamiento y él me derivó a la doctora con un papel acá en el Psiquiátrico a la doctora Solís Perez Verónica y yo llegué donde ella pero me vio una comisión, yo me acuerdo que habían hartos médicos ahí sentados y yo estaba sola y ellos me hicieron preguntas y anotaron y qué se yo que.
18. E: ¿Qué le pareció que hubieran varios médicos en ese minuto?
19. P: Yo digo que son sistemas, son formas para evaluar pienso yo, porque si viene una persona, yo he hablado con alguna pacientes y hablan cosas tan fantasiosas y mentirosas, que se les nota que son puras mentiras, incluso yo me he puesto mentirosa, parece que el enfermo psiquiátrico, yo me he puesto

bueno para decir garabatos, yo nunca decía garabatos, yo me he puesto buena para mentir, cosa que yo nunca hacía.

20. E: ¿Con que relaciona eso usted?

21. P: Yo lo relaciono con que uno como busca escapes, como que busca eee... en esto yo puedo hacer la embarrada y no importa, porque si yo digo garabatos lo digo y punto y nadie me va a decir nada, pero en la casa se lo digo a Renato, pero Renato aunque le duela y no le guste, porque en mi casa nunca se decía un garabato, yo llegue donde Renato, nunca se dijo un garabato.

22. E: ¿Y usted cree que por ser paciente psiquiátrica tiene licencia para hacer ese tipo de cosas?

23. P: Claro, o sea ahí me di el chipe libre, porque me di cuenta que ya no le podía con ciertas cosas, entonces sacaba, porque un día me reto Renato. Las hermanas nos habían dicho que nos iban a ir a buscar a las 2 de la tarde por decir, y yo como siempre ando corriendo para acá y para allá y yo tenía ganas de hacer pipí, y Renato me dijo 'apúrate Nieve porque están tocando la bocina las hermanas', y yo le dije, ¿que les dije yo? 'Esas solteronas tales por cuales que no tienen nada que hacer, solamente sacarse los mocos y comerse la baba', por decir una cosa así, yo fui extremadamente dura y sucia para hablar, porque no me bastó el garabato sino que si yo le hubiese dicho mil y una cosa de rabias acumuladas mías y de Renato y de todo el mundo. Yo empecé a cambiar mi forma de ser con mi enfermedad, yo siento que me persigue un monstruo, me siento perseguida, me siento menospreciada por ese monstruo, me siento nula, y para ganársela me baña, me requete baño, me limpio, trato de tener todo limpio, y ese monstruo siempre esta, ósea me siento perseguida, lo que yo hago está mal hecho, aunque este bien hecho.

24. E: ¿Pero cómo siente ese monstruo, donde lo siente?

25. P: Lo siento en que es como una sensación de un peso, porque de repente hay días en que yo amanezco y como que no me puedo mover, y las hago casi llorando y he llorado haciendo cosas.

26. E: ¿Usted piensa que es un monstruo que es parte suya?

27. P: Es un monstruo mío, porque apareció o nació o me lo pegaron o no sé de donde salió, porque la cosa es que cuando yo lo descubrí y de repente cuando apareció yo empecé a desquitarme, porque Renato me tenía muy presionada.

28. E: ¿Cuál cree usted que es su enfermedad psiquiátrica, como ve su enfermedad psiquiátrica?

29. P: Como veo yo la enfermedad, la veo como una enfermedad que no debería darle a nadie, lo encuentro lo peor que puede existir, porque si a uno le da un virus y le cortan un pie, allá Dios no más, le cortan la pata y sigue andando con la otra, o sea una enfermedad psiquiátrica es lo peor que le puede pasar a una persona. Yo cuando me dio cáncer, resbalo el cáncer, o sea yo no le di importancia ni me cuatiqué que '¡hay el cáncer, me puedo morir, nada!' No me cuatiqué, pero por esto, de esto que yo me enfermé porque yo sufría de chica como aislamientos, lloraba sola, fui mamitis y me pillaban y yo no tenía muchas amiguitas, porque a las de mi edad las pasaba a llevar porque me sentía muy grande, pero llegó un momento en que eso grande y eso grande que yo tenía se me acabó, porque llegó un monstruo que me lo apagó, y ahí es donde empecé toda la chuchoca, porque yo hice depresiones antes pero yo todavía estaba valerosa, cuando me conoció Renato yo estaba valerosa, todavía yo me

arreglaba, me pintaba, no tenía canas, andaba bien armoniosa, todo eso se me acabó, yo ahora me mira al espejo y no me gusta, me veo pero no hago nada por cambiar, yo misma me corto el pelo y me importa un cuete que me queden pelos cortos y pelos largos por aquí y por allá, no voy a la peluquería, porque yo no me quiero, yo me desvalorice, yo caí en un hoyo y de ese hoyo no he podido salir. Ahora yo no sé vivir, que es una cosa muy importante, no sé cómo vivir, y yo una vez lo dije en el otro grupo que quería que me ayudaran a vivir con la enfermedad y con la evolución que esta tiene y tratar de no hacerle tanta cuatica y aprovechar los momentos de relajo porque hay momentos de relajo, yo en el día tengo 4 o 5 bajones que me siento mal, pero me siento en la cama y es como que me pusieran un agujón y salgo disparada, o me ahogo, o Renato qué necesitas, o sea yo vivo porque esta Renato siiiii...

30. E: ¿Usted decía que la enfermedad psiquiátrica era lo peor?

31. P: Es lo peor, para mí es lo peor, porque me ataca todo, incluso pasan semanas, meses enteros han pasado que yo no sé lo que es sentarse a la mesa a comer un plato de comida, yo preparo comida pero se lo preparo a Renato, yo me tomo un te...

32. E: ¿Qué le pasa a usted con el resto de los pacientes psiquiátricos, porque usted viene hace tiempo, cómo los ve?

33. P: Yo veo que mmm... hay mucha dejación por parte de las personas para salir, pero yo con mi problema yo no la puedo tampoco, y yo trato, incluso quisiera no venir nunca, quisiera no haber llegado nunca al Psiquiátrico por lo que presiento pareciera que uno nunca se fuera a mejorar, siento como que esto es una cosa que es parte de uno y que uno tiene que aprender a vivir con esto, o aprovechar los momentos que están mejores y de eso sacar, como yo, hice unas cortinas se acuerda, me quedaron cortas pero están preciosas.

34. E: ¿Qué piensa de este hospital?

35. P: Que es una gran ayuda, porque resulta que adonde iríamos, si a mí me pillaron en un poste en un pasillo del Hospital Oncológico, si no existiera este hospital que me habría sucedido conmigo, quien me habría atendido, a mí ahí me atendió un psicólogo, pero llegó un momento en que él me quiso decir que me iba a sentar en un sillón y que me iba a relajar, y yo le dije 'ah no, hay cosas que acepto y cosas que no acepto, hasta aquí no más llega esta terapia' y se acabó, yo tenía mis cuaticas todavía, tenía esa personalidad de querer como mandar, o sea mandar mi persona, y al Doctor le pareció muy mal, obvio, y por eso yo estaba sin atención ni nada.

36. E: ¿Cuándo llego acá no había tenido atención psiquiátrica?

37. P: Psiquiátrica, no

38. E: ¿Que piensa que pasaría si no estuviera este hospital?

39. P: Que los enfermos llegarían a anularse tanto, o a este monstruo que lo presiento y siento como una cosa muy mía y que yo me tendría que hacer amiga de él como que no me quiere hacer valorar las cosas buenas, yo soy muy exigente, tonces este monstruo me dice que no importa, 'déjalo, hácelo así no más si no importa que quede mal hecho', y yo empiezo y lucho.

40. E: ¿Qué cree usted que hace el hospital con este monstruo que usted habla?

41. P: Yo creo que, eee... enseñan a que justamente que ese monstruo es la enfermedad, pienso yo, entonces ustedes ayudan a que uno entienda que está enferma y que hay momentos buenos y momentos malos, y que los momentos

buenos hay que aprovecharlos al máximo como le decía anteriormente y no estarse dando vuelta en lo mismo, porque yo he venido a grupos de terapia donde la gente... yo las masajearía y les daría una tunda a cada una y una buenas cachetadas en vez de un tratamiento.

42. E: Hábleme un poco de su historia con este Hospital

43. P: La historia con este Hospital ha sido buena yo diría, porque yo llegué a buenas manos, porque yo llegué a manos de la Dra. Solís que tuvo mucha paciencia conmigo, porque yo soy una persona que tiene muchas cosas, no solamente decir enfermedad, neurosis o no sé qué, yo he visto muchas cosas, por ejemplo yo soy muy contradictoria, y eso no me deja vivir, yo quiero ducharme o bañarme pero no me quiero mojar, yo quiero ir a comprar y no quiero salir gastar plata, o sea, ¿de qué estamos hablando entonces poh' Nieve? Las cosas que antes hacía como rutina normal ahora, yo las modifico y las quiero hacer al lotijuai, y ese lotijuai no sirve, yo creo que este hospital en eso sirve, hace que la persona se ubique, gente que son enfermos y hay cosas que son buenas y cosas que son malas, y cosas que las dan vueltas y las dan vueltas como bistec en el sartén y resulta que al final se comen un bistec todo seco, todo chanpurriado, porque no han tenido el valor de enfrentar valerosamente la enfermedad, de querer salir positivamente del asunto.

44. E: ¿Y como ha sido desde que llego al hospital, como ha sido la historia suya con el Hospital?

45. P: Yo he vivido momentos negros y cuando llegaba donde la Dra. Solís yo le decía que estaba regia, que estaba estupenda, que para que me iba a controlar y ella se sentaba y yo me sentaba y me hacía 3 preguntas y después me decía que yo era una de las pacientes que había que tener cuidado, porque cuando usted dice que esta regia y estupenda, esta todo al revés, tiene más nanas, o sea soy más, a ver, es como una rebeldía contra la enfermedad, es como un orgullo frente a mi situación como persona. Es como que la enfermedad me ha disminuido mi personalidad, yo no es que sea gloriosa o maravillosa, he hecho hartas cosas bien cototudas, o sea, viajé el extranjero por mi trabajo, fui dama de compañía de una condesa, cuidaba a gente de arriba del barrio alto que era peliada.

46. E: ¿A qué se dedicaba usted?

47. P: Enfermería, yo llegue hasta asegundo de enfermería profesional pero no pude seguir por el tema de mi oído, me retire y me vine a Santiago, estuve 10 años en Buenos Aires, me vine para Santiago de Chile voluntariamente por una complicación, porque estuve 10 años de voluntariado porque todo se trabaja de manera gratuita porque a uno solo le dan de comer y la visten y a mí el dinero ahora...

48. E: Pero usted nació en Chile. ¿En qué momento se va Buenos Aires?

49. P: En el momento que tenía como 18 años más o menos, porque yo de chica quería ser monja, le decía a mi mamá 'de la única manera que no se tiene marido y se puede hacer lo que quiera con la gente', porque uno va y las ayuda y nadie está para decirle porque te demoraste tanto ni nada. Yo lo veía como la solución y fueron los muy buenos años que yo viví en el convento, porque viví llana, tranquila.

50. E: ¿En qué año?

51. P: En el año 50 y tantos, yo tenía 18 años y salí a los 28 años.

52. E: Estuvo 10 años en el convento en Buenos Aires
53. P: Si, estudiaba aquí en una casa de aspiración, y después se pasaba para allá.
54. E: ¿Cuánto tiempo estuvo en la casa de aspiración?
55. P: Como dos años o un año una cosa así, y ellas evalúan y mandan cosas, por eso que esto a mí no me da cuática de que uno tenga que ser evaluada o con otras personas, no me pone nerviosa ni nada, porque yo pienso que es lógico, si son instituciones tiene que ver qué elementos tienen que entrar y tiene que evaluar, porque o sino andaríamos todos al lote. Yo fui evaluada y fui a Buenos Aires, estuve en distintos, estaba todo perfecto, yo me amolde y no tuve ningún problema en cuanto a exigencia personal para vivir ahí, porque todo me era fácil, lo único que me era complicado era el latín.
56. E: ¿Qué es lo que le era fácil?
57. P: La vida, yo hacía aseo, y la cocina era para cuarenta personas y yo lavaba esto y lavaba lo otro, y me sobraba tiempo, y le decía a la hermanita que en qué más quería que la ayude, yo siempre fui querendona, de querer ayudar, apoyar, no sé, pienso que buscaba aprobación, a lo mejor falta de cariño y yo me sentí, a ver, yo soy la última de 9, de 13, porque se murieron 3 de muerte súbita. Mi mamá quedó mal de los nervios e hizo toda una trayectoria, le daban jaquecas, yo también hice jaquecas, yo le conté al Dr. Olea y buuuu con el remedio se me volaron las jaquecas, no tuve más jaquecas.
58. E: ¿Su mamá fue paciente psiquiátrica?
59. P: No, nunca la trataron, y tomaba una oblea china que le daba el Dr. Y se amarraba la cabeza, se ponía un paño, tengo fotos que se amarraba la cabeza cuando le venía el dolor. Ahora, nosotros todos salimos con problemas de dolores de cabeza fuertes y jaquecas, incluso otras hermanas se caían derechito al suelo y caían tiradas, tíasas.
60. E: Sus hermanas ¿alguna tiene antecedentes o ha estado en tratamiento psiquiátrico?
61. P: Yo creo que sí, la que está en Australia, porque una de mis sobrinas que está allá, me comentó en una carta que su mamá estaba enferma de la cabeza, yo creo que le estaban haciendo un tratamiento para la depresión que había tenido el año del cuete, porque resulta que todas somos depresivas de nacimiento.
62. E: Usted se siente depresiva, ¿cómo diría que es su enfermedad psiquiátrica?
63. P: ¿Cómo diagnosticarla?
64. E: Si
65. P: Una enfermedad estúpida, tonta, yo pensé que en muchos momentos yo me estaba haciendo la enferma.
66. E: ¿Cómo?
67. P: Yo pensé que, en muchos momentos, que yo me hacía la enferma, no aceptaba la versión de que estaba enferma.
68. E: ¿Que enfermedad piensa que tiene usted?
69. P: Yo pienso que tengo como una Bipolar, como una enfermedad que tengo unos altos y unos bajos, yo no soy una persona que disfruta de las fiestas ni de nada, yo... esta navidad nos acostamos con Renato y todo y a mí no me da ni cosquillas. Por eso te digo que cuando yo estaba en el convento me era todo fácil, porque yo no era una vida vigorosa la que llevaba afuera, no iba al cine ni andaba detrás de la platita, contándola para comprarme algo nuevo, una vida

muy... diría yo, muy gil, o sea, muy dependiente de que llegaba toda la plata a la casa.

70.E: ¿Por qué se fue de las monjas?

71.P: Por una estupidez, ahora digo una estupidez, ahora me pesa haberlo hecho, porque si yo me quedo a lo mejor no me habrían frenado porque ellas tienen mucha actividad, pero resulta que yo me quería pasar las contemplativas, ellas eran activas, yo encontraba de que tenían muchas imbalances.

72.E: ¿Cómo imbalances?

73.P: Son carencias en la visión que tienen que hacer en el cómo tenían que estar ahí y cómo tenían que ser ellas mismas para que las cosas funcionaran bien. Yo no le podía decir a una monja de 20 años de trayectoria 'mire, no haga eso' porque queda la embarrada, pero yo hacia los diarios murales y en los diarios murales yo pasaba hasta diapositivas con mica de radiografía, y con un alfiler hacia los monos y después le echaba eee... punta de lápiz de colores y metía en los hoyitos y después las proyectábamos y salían todos los hechos que a mí no me agradaban, cosas que yo quería decir a las monjas y no se las decía, y las ponía ahí y todas las veían, toda desubicada. Era una manera de no poder quedarse callada.

74.E: ¿Eso implicó que usted saliera de allí?

75.P: No, al contrario, me decían que hicieran más. Yo salía porque yo quería irme al contemplativa, hablé y tenía las puertas abiertas, hablé con un sacerdote y la superiora, yo tenía que hablar acá para pasarme para allá en Buenos Aires, cuando yo avisé acá me tomaron medidas para el hábito y toda la chuchoca, y yo no quería porque me iba a ir para allá, entonces cuando me estaban tomando las medidas la Sor Genoveva me decía que yo iba a quedar muy linda, porque yo era delgada y media un metro y tanto, y parecía que media dos, porque yo me las llevaba... era feliz, irradiaba, era una persona que fácilmente hacía grupitos, hacía charlas de juventud, yo hice lo que más pude.

76.E: ¿Y qué pasó?

77.P: Pasó que yo quería pasar a unas monjas que se llevan puro avanzando, que hacen actividad pero es cerrada, sin actividad con la gente, que se hacen bordados, se hacen... pero yo no tenía problemas con eso, a mí me gusta bordar, coser, hacer todo lo que las monjas hacen allá.

78.E: Eso fue después de que usted llevaba 10 años en el convento.

79.P: No tanto, no tanto.

80.E: ¿Logró cambiarse?

81.P: Cuando yo hablé con Nilda, que era mi superiora en ese momento, y le dije, me dijeron 'Nieves, tú en Septiembre terminas tus estudios', porque después empezaba mi práctica, una práctica intensiva de Septiembre a Diciembre, entonces me dijeron que me iba a Chile, no importa que atrases la práctica, como que ellas estaban como gatiando conmigo.

82.E: ¿Cómo?

83.P: Como que eeeh... algo pasaba, que ellas habían descubierto que algo pasaba, que algo yo tenía. Ese es mi presentimiento, porque entró una niña joven, que ahora es maestra novicia, y resulta que ella entró recién y yo tenía que esperarla un año más, para que ella pudiera hacer su noviciado. ¿Por qué? ¿Por qué yo la tengo que esperar después de haber estado 10 años? ¿Por qué tengo que esperar a una que viene entrando?

- 84.E: O sea no le dan la autorización para cambiarse a las contemplativas, sino que le dijeron que se volviera a Chile.
- 85.P: Claro, o sea me dijeron que si yo no tenía vocación para estar ahí no tenía vocación para estar allí o en ningún lado. Me lo dijeron clarito porque adónde, no había otra opción. Cuando me lo dijo Nilda, le dije 'Nilda, hemos hablado una hora y usted me sale después de una hora en que usted no ha entendido nada' entonces lo único que entendía es que yo me quiero cambiar y que no sirvo para las contemplativas, me dijo que yo no servía porque yo estaba bien acá, y que si no sigo aquí es mejor que me vaya para mi casa.
- 86.E: ¿En qué año fue eso?
- 87.P: Ah los años no los anoto...
- 88.E: ¿Pero más o menos?
- 89.P: El 70 o 71, llegue a Chile y yo me quería venir sola, pero me trajo la provincial y yo le dije que para qué a la madre Graciela, para qué se dio el gusto le dije, y yo le dije que me dejara en el Mapocho porque soy una persona adulta y yo me voy solita en un taxi para mi casa, y así lo hice, llegue en el taxi un 23 de diciembre, me acuerdo que en mi casa ni me esperaban porque yo no avise, mi madre me dijo 'hija mía esto es como un milagro', porque mi mamá había estado muy enferma. Me dijo 'Dios sabe lo que hace', yo le dije 'papá, ya no hay más monjas, no va a haber más monjas', porque mi papá estaba feliz de que yo fuera monja, pero me dijo que no importaba porque 'iba a ver hija, y vas a poder a poder a cuidar a tu mamá', y él falleció de un ataque al corazón en el 72 y yo me quedé a cuidar a mi mamá y seguí cascando.
- 90.E: ¿Cuántos años tenía usted más o menos?
- 91.P: Unos 27 o 28 años, yo me dediqué a trabajar y a estudiar, hice el curso de auxiliar de asistente social en la Cruz Roja, la madre Graciela me visitaba mañana, tarde y noche, y yo le dije 'mire madre, hay una cosa que yo le voy a decir a usted: si uno tiene vocación, la vocación no se acaba si uno se cambia de lugar, y eso tienen que tenerlo clarito ustedes', clarito como el agua, porque uno no cambia de la noche a la mañana porque a uno le duele la cabeza o porque un pariente está enfermo, no, la vocación es un encuentro, es cómo si uno se enamorara y pensara en su pololo en otro país, es una cosa personal, un encuentro que uno lo hace con sinceridad, con lealtad, con todo lo que uno pueda tener de entrega, por lo tanto, el que yo me saliera no era ninguna cuática. Cuando yo salí me vine con mis cosas, mi maletita con 2 o 3 cosas, no era problema...
- 92.E: ¿Usted se sentía en esa época con dificultades, con problemas?
- 93.P: Eeeeh yo sí, veía la vida religiosa que iba así, como una línea del tren, yo iba aquí y la vida religiosa iba al lado.
- 94.E: Paralela.
- 95.P: Paralela, no iba metida adentro de la línea religiosa, ellas me encontraban que yo iba ahí, pero yo no, yo me sentía acá y yo trataba de explicarlo pero no me entendieron nunca, no me quisieron entender nunca.
- 96.E: Oiga, y usted llega a Chile y ¿al cuánto tiempo después se casa o se empareja con Renato?
- 97.P: Nooo, pasaron varios años poh, si yo llegué de 28 años y con Renato ya tenía como 40 poh.
- 98.E: ¿Y tuvo parejas antes de él?

99. P: Parejas así... no, no que fueran parejas, eran boledos, así, yo... Lo que pasa es que los compañeros de trabajo, yo entre en el Hospital Mackenna Aguirre, y yo me hice famosa, porque resulta que yo parecía pimpollo, porque yo me hacía los delantales entonces siempre andaba bien vestida, andaba impeque, y me veían y todos, y los jóvenes y los casados, me ofrecían la posibilidad de casarme con ellos. La cosa no es así, la cosa es que uno quiera comprometerse y yo no tenía ningún interés. Cuando yo formé el grupo, porque yo forme el Grupo de Gente Sola...
100. E: ¿Gente Sola en qué sentido?
101. P: Podrían ser solteras, viudas, separadas como fuera la situación vigente de ellas, pero que se sintieran solas, porque sentirse solas es un sentimiento, es un sentir.
102. E: ¿Usted es alguien que se ha sentido muy sola en la vida?
103. P: Yo, sí, yo sufro de soledad, para mí es un dolor muy grande que arrastro.
104. E: ¿Y qué cosas la hacen sentirse poco sola, menos sola?
105. P: Poco sola, cuando yo estoy haciendo algo que me gusta, por ejemplo a mí me gusta coser, me gusta coser, pero Renato fue muy egoísta, no me dejó hacer un taller como Dios manda, sino que me acopló a un taller que él tenía de chalecos y ahí están todavía unas tremendas máquinas de tejer, todavía están ahí las máquinas y no tengo el espacio suficiente, me pego en las maquinas, que yo las voy a vender o regalar, porque ya los chiquillos, con ellos ya no cuento con ellos.
106. E: Oiga, ¿pero usted formo este grupo de gente sola cuándo?
107. P: Lo formé cuando llegué de Buenos Aires e hice el curso de auxiliar de asistencia social con mi hermana Betty, y ella es casada, por lo tanto yo a ella la veía durante el curso, y después yo no la vi porque ella es casada y no puede venir a verme todos los días, entonces como yo taba mi mamá, después desapareció mi mamá y me quedé con dos hermanos, yo no me iba a hacer cargos de mis hermanos, porque yo no quería seguir sintiéndome esclava de cosas que no me dejaban vivir, yo quería vivir, quería hacer cosas que yo quería hacer, por ejemplo, haber hecho una boutique, no una gran cosa, pero haber hecho un tallercito y haber tenido todos los elementos para coser, porque yo soy muy ingeniosa, pero nadien me lo permitió, Renato egoístamente me pilló que era lo que me gustaba y me hizo coser y me..
108. E: En este grupo de gente sola, ¿ahí lo conoció?
109. P: Ahí lo conocí. Renato lo llevó una hermana, porque yo me presenté a una reunión en un grupo de otra cosa, yo me presenté como enferma porque hacían relajación y qué se yo que, entonces hable en voz alta que si alguien se sentía solo o un pariente que se sintiera solo, pero que fuera mayor de 18 años, para que así no hubiera diferencia tanto de edad.
110. E: ¿Y ese grupo ya no lo conserva?
111. P: Ese grupo duro como 2 o 3 años, tenía como 40 personas.
112. E: En que época usted se enferma, no físicamente sino...
113. P: Psíquicamente.
114. E: Psíquicamente.
115. P: Yo ya tenía un tratamiento psiquiátrico con otros elementos.
116. E: ¿Tenía un tratamiento psiquiátrico ya en esa época del grupo?

117. P: Si ya estaba, incluso el Doctor que me atendía me llamó por teléfono para decirme que si yo no seguía el tratamiento me iba a ir a la casa a buscar, porque yo era una persona enferma y que entendiera de una vez por todas, que las porfías mías las dejara a un lado porque yo estaba enferma. Yo decía que por qué estaba enferma si yo...
118. E: ¿Ahora piensa distinto?
119. P: Claro, ahora ese monstruo se pegó adentro, se me impregnó.
120. T: El monstruo de la enfermedad, usted siente que la enfermedad es un monstruo.
121. P: Claro.
122. E: Oiga y ¿qué le produce venir a usted para acá al Hospital Psiquiátrico?
123. P: Me da un poco de pena de la gente que no descubre que hay un monstruo que les puede hacer algo, que les pueden,...
124. E: ¿Cómo?
125. P: Yo pienso que me da un poco de pena de ver que hay hospitalizados, de ver gente que hay en distintas áreas, porque está por secciones, y que esa gente no pesquise la enfermedad y quiera hacer algo con ella, o sea, salir adelante, porque cuando he venido a grupos, siempre he visto que, esta demás decirlo, hasta una de la psicólogas lo dijo 'nos estamos dando vuelta en lo mismo', es como que el enfermo psiquiátrico le fascina estar enfermo, como que es un galardón...
126. E: ¿Usted piensa eso de sí misma?
127. P: No poh, yo tengo rabia con respecto a eso, porque digo 'yo soy enferma psiquiátrica, pero me dicen enferma de cáncer estoy más contenta porque psiquiátrica no tiene vuelta la cuestión'.
128. E: ¿A que asocia usted la enfermedad psiquiátrica?
129. P: Lo asocio a sinónimo de no vida, porque estos altos y bajos a uno no le dejan estabilizarse en nada, por ejemplo o quiero cortar algo, corto algo, una falda y la deja apuntalada y no soy capaz de terminarla de inmediato, yo en un día hacia 4 delantales.. entonces siento que la enfermedad me tranca, entonces yo tengo rabia con la enfermedad, todavía no la puedo aceptar, ósea no la he aceptado como debería, por eso no he podido salir, por eso pido ayuda, por eso le dije a mi psiquiatra que por favor me pusiera con una psicóloga o psicólogo porque necesito hablar con alguien porque hay algo que yo descubrí, no sé si es verdad o fantasía, pero yo siento que tengo muchos pensamientos, muchas cosas adentro en la cabeza, que me dan vueltas adentro de la cabeza muy rápido y que me cansan, y no alcanzo hacer cosas materiales que yo podría hacer o descansar cuando hay un momento para poder descansar.
130. E: Usted decía que le da pena ver a los pacientes, pero ¿cuál es su sensación cuando usted viene para acá?
131. P: Es una desgracia, que me cortaron las patas, las manos, me sacaron los ojos, las orejas...
132. E: ¿Hace cuánto tiempo que viene al Hospital?
133. P: Hace varios años, desde el 2001 parece.
134. E: Del 2001, 10 años. ¿Qué siente que le ha entregado el Hospital?
135. P: Me ha entregado... que yo he descubierto que a ese monstruo lo puedo dejar, es como una sombra, le tengo hasta una canción al descriteriado,

le saqué una canción a ver si me hago amiga, emmm, pienso que la doctora fue muy prudente en dejar que yo con ella me vaciara cuando venía, yo era quejas, quejas, quejas y ella nunca me dijo 'señora Nieve, déjese de quejarse', ella me tuvo mucha paciencia y yo eso lo admiro, realmente es valeroso porque esta enfermedad parece que es muy distinta una persona de otra y tiene sus tiempos. Se puede juntar a un grupo de la misma enfermedad y hay aristas distintas, porque cada persona lo palpamos o lo vivimos de diferentes maneras, entonces como a mí me da mucha pena de ver a otra persona que está enferma, pero me da más pena si no estuviera viniendo al psiquiatra, me da más pena porque no se está ayudando, no está recibiendo ayuda, porque yo cuando me paré en ese pilar en el Oncológico, yo pa' mi era todo negro y puro llanto.

136. E: Usted siente que ha recibido acá.

137. P: Claro, yo aquí he recibido ayuda, y de lo blanco y de lo negro que veía yo salía viendo los colores, yo a la Solís se los dije muchas veces, yo gracias a usted yo no desaparecí del mapa, porque yo tengo 80.000 formas de desaparecer del mapa.

138. E: ¿Usted siente que ha mejorado?

139. P: Yo siento que si, incluso tengo un poco de fuerza para luchar contra ese monstruo.

140. E: ¿Que le da esa fuerza, de dónde viene?

141. P: Yo creo que emmm, hay algo, yo no sé si es factible con ustedes que cómo es el pensar, pero yo soy católica, yo creo en la posibilidad de que si uno tiene fe, si uno tiene una creencia, no rechazo las religiones opuestas, uno se espera por querer y es ayudada por, es como si las ánimas del purgatorio, si yo les rezara y les pidiera ellas me ayudan, siento como una ayuda de apoyo de ella, pero hay otra parte, como ellas no pueden responder, hay otra parte que yo necesito hablarla para que me digan si voy bien o voy mal y que tiene que ser un profesional, porque si es una amiga cuando dicen 'a no, si yo tengo amiga, yo no necesito psiquiatra, yo no necesito psicólogo, porque yo tengo una muy buena amiga y con ella yo soluciono todos mis problemas'. Yo creo que no, que muchas cosas quedan en el tintero, porque yo he probado en distintos lados a ver si la cosa la puedo solucionar y no me ha resultado, siempre caigo. Entonces, una o tenga una bipolar llana y no he sido evaluada para eso, o no sé si existirá otra tratamiento o lo otro es que siento poca fuerzas cuando quiero hacer algo...

142. E: ¿Pero usted piensa que, por ejemplo acá, no han encontrado el tratamiento adecuado para usted o que no se le ha hecho el diagnóstico acertado?

143. P: De repente me encuentro en ese dilema, porque yo todo lo trato de pasar por un colador, y eso que yo digo y si me siento tan mal y más mal que ayer fui a la reunión, por ejemplo, de las que hablamos antes, bien a la reunión y después le tiré el tremendo a esa niña que se tiró de cabeza... de pie y no de cabeza, llegué a mi caza hecha un energúmeno, llorando sola, yo me dije 'pobre chiquilla, descubrió que tenía que tirarse de cabeza', perdón que me ría, porque yo no lo hice con maldad y no lo puedo dejar pasar. Incluso tengo amigas mayores que se han enojado conmigo porque yo no puedo omitir, cuando yo descubro algo yo no puedo omitirlo, porque si yo lo callo esa otra

- persona le va a costar a lo mejor un año en demorarse para descubrirlo y yo tengo la obligación de decírselo de alguna u otra forma tiene que ella que entender que ella no puede darse el lujo de tirarse porque ella tiene hijos.
144. E: ¿Usted no tiene hijos?
145. P: Yo no tengo hijos, tengo chipe libre a cortarme la cabeza si quiero, ahora no porque tengo a Renato, pero cuando se vaya Renato ¿quién me va parar? Nadie, ahora eso es una fuerza que yo busco detener, que alguien me necesite para yo dar, porque yo necesito dar, necesito estar dando, entonces Renato me necesita a mí, ahí yo eso otro de tantos pensamientos yo los anulo.
146. E: ¿Qué necesita usted, por ejemplo, recibir de su tratamiento, de este lugar?
147. P: De este lugar yo necesito tratamiento, psicólogo por ejemplo, una persona que yo creo, pa' mi modo de pensar, por lo que he pasado, yo creo que tiene que ser permanente, una vez a la semana o una vez cada 15 días pero no dejarme sola, no porque yo me las he visto muy mal justamente porque no tengo a quien decirle lo que me pasa y Renato repite lo que yo hablo, yo lo hago hablar a la fuerza, yo no tengo con quien conversar, ni siquiera mis hermanas, mis hermanas es al revés, yo soy pilar para ellas, yo soy apoyo para ellas. Betty me dice 'yo siento culpa cuando tú me llamas al otro día o yo te llamo y tú me dices que no estás bien y yo he ido el día anterior y yo estoy... todo lo que yo tenía de malo lo deje en tu casa porque yo estoy feliz', ¿me entiende? Ahí me doy cuenta de que sirvió que ella haya venido, ella vino a conversar conmigo y yo trato de ayudarla, trato de que la conversación, de que no se haga ilusiones absurdas, las paro antes y como las paro antes la preparo...
148. E: Y usted siente que no tiene con quien hablar.
149. P: Claro. Yo no tengo con quien... que alguien me diga a mi 'mira, trata de ver por este lado, te puede resultar más fácil...' Es como, a ver, yo me corto el pelo yo y yo le corto el pelo a otra persona que me lo pida, y yo no he estudiado Peluquería, pero a mí me cuesta porque no he estudiado Peluquería, pero si yo hubiera estudiado Peluquería y me dieran técnicas y me dieran formas de cómo hacerlo lo haría, en vez de media hora, lo haría en 10 minutos.
150. E: Oiga, hábleme un poquito de su historia con los médicos acá en el Hospital.
151. P: Yo he tenido buena experiencia, han sido muy acogedores, me han sabido escuchar, porque pase por un Psicólogo que se fue a España que me dijo 'lamento tener que dejarla, pero si necesita acuda y pida' porque yo estaba con un terapeuta que se fue a España y según él iba a estar por un año pero si le iba bien se llevaría a su familia.
152. E: ¿Pero él era psiquiatra?
153. P: No, era psicólogo, era joven. Bueno yo realmente tengo mucho en el saco harinero, yo le digo saco harinero porque tú lo sacudes y siempre hay harina, ahora desgraciadamente yo no lo puedo conversar con nadie, yo no puedo ni siquiera conversar... por ejemplo, a mí un chofer de un taxi que tomé, que es corta la trayectoria, ese día me dio la vuelta entera no sé dónde me vino a dejar y me dio su número de teléfono para que yo lo llamara y yo le dije 'oiga ¿para qué lo voy a llamar?' para que seamos amigos, me dijo, yo con usted conversaría todo el rato, no quería que me bajara, claro yo llegue atrasada y la

- psicóloga no me atendió porque se había ido, yo venía a control con la psiquiatra, y ese día no me atendió porque se había ido y ella venía ese día por mi caso no más y no me atendió porque se había ido y no me dejó receta y se armó... sufrí las peripecias, porque ella me había dado muestras médicas y me dio un remedio que tiene un relajador y yo lo tomo en la noche y me relajo...
154. E: ¿Que significa cuando dice usted una buena experiencia con los médicos, a que se refiere?
155. P: Me refiero a que han tenido paciencia, me han dado las recetas cuando no llego, nunca he tenido un traspie con alguno, yo he tenido reacciones bruscas, porque yo a la niña que yo tenía antes me dijo que se sentía bombardeada y yo le dije 'qué bueno que me lo diga, pero es que si uno no le habla a usted a quién me habla yo, yo vengo desesperada a la consulta y los 20 minutos se me hacen cero, porque yo vengo llena de cosas': si poh, me dijo, el problema es que las 20.000 cosas que usted me trae, me dijo, son los problemas y yo no puedo. Fue la niña antes que la Señorita Smith, fue la niña Graham el apellido, no me acuerdo el nombre, esa niña se sintió que yo la bombardeaba, yo creo que ella muchas veces decía "aaaah ya tengo control con esta señora, aquí me deja la cabeza cuadrada y yo no hallo que hacer con ella'. Ahí uno se da cuenta que ha sido buenísima la atención, porque de otra manera me habrían mandado a freír monos, que me quede con todos mis achaques y que le cuente al viejo pelado que pasa por la esquina o cualquiera que pase mis cuestiones y ya, porque usted es una enferma que le da vueltas y vueltas a la misma cosa.
156. E: ¿Usted cree que puede mejorar?
157. P: Yo creo que puedo mejorar, estabilizarme un poco más, pero mejorarme del todo no.
158. E: Mejor dicho ¿usted cree que puede cambiar?
159. P: Si, yo creo que hay, incluso siento deseos, por eso le digo que yo soy muy encontrada, tengo esta cuática que está aquí llena de arista que yo tengo, por ejemplo pánico a los ascensores, pero yo voy volando, corro, incluso un caballero me dijo 'señorita pare, tranquila, qué es lo que le pasa, no me diga que lleva un millón en la cartera que anda corriendo', o sea, eso de que andan pillando, de que alguien anda, no seee... son pánicos.
160. E: ¿Pero a qué se refiere a esas cosas encontradas respecto de cambiar?
161. P: Claro, ahí está encontrado, porque esas montoneras cosas que yo tengo, sin embargo hay una montonera de cosas positivas que yo puedo hacer y que yo sé cómo hacerlas y que yo podría enseñárselas incluso a otra persona, yo siempre he sido deseosa de que otra aprenda lo que yo sé.
162. E: ¿Cuánto tiempo cree usted que necesita estar en este lugar?
163. P: Aquí, aquí en el Hospital, yo creo que ya no tengo salida.
164. E: ¿No tiene salida?
165. P: No, yo creo que voy a tener 80 años y voy a estar en la misma cuática, no en las mismas pero en otras, pero en similares situaciones debido a que lo mío lo considero enfermedades crónicas, ya muy enraizadas en mí, por ejemplo el pánico, yo lo trato de dominar, me subo a un ascensor, incluso hablo en el ascensor y lo trato de minimizar, pero siempre está esa fuerza de querer cambiar, o sea yo quiero cambiar, yo no quiero ser la mujer maravilla y que del

resultado de la enfermedad me vuelvo una mujer sanísima, con una esplendorosa... pero yo siento que puedo emmm, hay momentos en que yo me caigo y no puedo decir cuánto es 2 más 2, o me pillo en el centro y no me puedo ubicar, me encuentro en estaciones de metro que yo no quiero ir sin fijarme qué área es. Como que también todos esos esfuerzos que uno tiene que hacer, porque son esfuerzos personales que uno tiene que ir hacerlo, tiene que tener a alguien para... es como un deseo de tener a alguien para poderle contar si voy bien o no voy bien, yo intente 20.000 veces tratar de hacerlo y a lo mejor en vez de pegarle al clavo le estoy pegando al dedo. No sé si me explico, es que yo no sé vivir, nunca nadie en mi casa me enseñó a ser independiente, y yo soy muy independiente, o sea, de chiquitita quería yo hacer las cosas y mis hermanas me retaban.

166. E: ¿Nunca le enseñaron a ser independiente pero usted era independiente?

167. P: Claro, yo quiero.

168. E: Usted quiere ser independiente.

169. P: Claro, yo quiero esa fuerza que yo tengo adentro, querer hacer cosas, no importa qué, ojala sea acompañada, ojala, ojala sea con otras personas pero hacer cosas, hacer no sé... me quiero proyectar, por ejemplo, yo me veo si usted me dice a ver, busque alguna situación que a usted le agrade y que se quisiera ver a futuro, yo me veo con un taller de modas haciendo arreglos, que no me importaría porque antes los detestaba y la parte creación como acoplo para sacar un provecho de la, de la, de... del producto mismo que uno va haciendo porque los arreglos no son muy bien pagados, pero hacer algo con la maquinaria que tengo y soy una persona que quiero hacerlo.

170. E: Oiga Señora Guillermina, volviendo un poco más atrás ¿cuándo a usted la derivaron la primera vez acá y le dijeron Hospital Psiquiátrico, con qué lo asocio usted?

171. P: Estoy enferma de la cabeza.

172. E: ¿Perdón?

173. P: Estoy enferma de la cabeza, me sentí... yo le pregunte al Doctor por qué me iba a mandar al psiquiatra, qué es lo que tengo y el Dr. me quedó mirando y me dijo 'quieres saber lo que...' si poh, le dije yo, porque los calambres los tengo yo, porque me daban calambres, me daban de repente que me quería acurrucar en el día, porque siempre tengo cosas que hacer, doy gracias a Dios porque hay gente que vive en departamentos y no tiene nada más que hacer que mirar por la ventana y mirar el techo y yo vivo en una casa donde tengo mucho que hacer, por eso digo gracias a Dios por la posibilidad, que no todo el mundo la tiene, y yo puedo ir al taller y empiezo a hacer una bolsa y empiezo a hacer lo otro, esta carterita me la hice yo... hice otra en amarillo y se la regalé a una amiga y fascinada.

174. E: Oiga, y antes de que a usted la mandaran para acá y antes de ser paciente ¿qué pensaba usted del Hospital?

175. P: Aaaaah, que aquí venían los que no tenían vueltas, meterse al hospital es matarse, matarse. Sin embargo no es así, yo puedo dar testimonio de que la cosa no es así, si yo visualizo cosas que yo tengo, que quiero hacer y que pretendo hacer, porque incluso a la Doctora que me está atendiendo le dije 'a mí me gustaría instalar un negocio, me gustaría hacer esto, me gustaría hacer

- lo otro' y ella me quedo mirando, como diciendo 'y esta a donde se está subiendo cuando apenas sabe gatear'.
176. E: ¿Qué pensaba de la gente que venía para acá, antes de que usted viniera?
177. P: Que es gente desquiciada, que no tenía vuelta, que es gente que... es que yo tuve una tía que la internaron, joven de 18 o 19 años y empezó a mover un rosario y ella empezó a desvestirse, a hacer cosas raras y extrañas, y mi único tío de esa familia, que es la familia de mi mamá, que eran puras mujeres y un varón, mi tío Juan que era casi uno de los menores la interno aquí, la logro internar y murió al mes, antes del mes, al parecer un caso no sé... parece que no dormía, empezó con crisis de pánico, de todo, porque nosotros somos mandaos a hacer, la familia es un desastre, yo he visto a todas mis hermanas caer como saco de papas, sino que se ponen tiasas, no sé de dónde sacaron que hay que ponerse tiesa, se ponen tiasas y es una cuestión igual a un ataque de epilepsia, pero es una cuestión que les dura 80.000 rato y no se les pasa y después como que nada, hasta se hacen pichi...
178. E: ¿Y qué pasó con su tía?
179. P: Se murió poh, acá. Entonces yo pregunté, le pregunté a mi mamá ¿y qué paso con la tía?, y me dijo que era una tía mía que se enfermó de la cabeza y la llevaron al Psiquiátrico tu tío Juan, porque no la podíamos tener aquí, porque había que sujetarla para que no se arrancara, se quería arrancar para acá y se desvestía, una vez llegó con un paquete a la casa y era una guagüita muerta.
180. E: ¿O sea lo que usted sabía de este lugar, tenía que ver con ella?
181. P: Claro, terrible, porque cuando una persona entra y a un mes fallece, bueno fue un alivio para todos, porque se le acabó el problema a la familia, a mi tío, a todos, pero ¿qué pasa? Qué pasa con esa sensación de que tú entras a un Hospital y te mueres. Bueno no todos, vi morir a mucha gente, entraban con sus pies, iban a pabellón, llegaban como pacientes a la unidad donde estaba y después se morían, o sea que los familiares también tenían que pegarse el chascaso de que eeeh... una gitana lloraba como loca y yo le puse atención, porque yo atendía mucho a la gente que iba a las visitas, y la atendí a la gitana que lloraba desesperada y hablaba en gitano, y yo le dije que hablara en castellano y me dijo que 'yo traje a mi marido para que le operaran del potito y lo operaron del a cabeza, y ahora está mi marido que no ve nada, que no sabe... como se pueden equivocar tanto los médicos y lloraba'. Yo le conté a mi jefa, porque yo era paramédico, y le conté y me dijo 'ay, no me digas que es por el fulano que fue a neurología y estaba en zeta poh, porque se demoran en volver y lentamente después a través del tiempo, después hablaba y lo hicimos caminar y se lo entregamos a la gitana'.
182. E: ¿Pero cuando usted decía alguien entra al Hospital y se muere pensando qué...?
183. P: En ese caso eeeh, la gitana creía que había una equivocación.
184. E: ¿Pero en el caso de su tía?
185. P: En el caso de mi tía se podría haber cometido una equivocación o un tratamiento demasiado agresivo. Porque pienso que aquí, si bien es cierto está la posibilidad de la droga, de los remedios, entonces cuando los pacientes llegan aquí tiene que tener bien clarita la película, con que la cosa no es pura

droga y nos vamos a ir suavemente, porque yo por ejemplo tomo Ravotril, yo tuve crisis grandes cuando me suspenden un calmante, o sea, si a mí en este momento me quitan el Ravotril yo creo que todos los demás remedios no me sirven para nada, porque me he paseado por uno y otro remedio, pero no me pueden suspender. Ahora eso que hace: uno es una drogadicta dependiente del remedio, a mí a veces se me olvida y me vienen unos dolores de cabeza horribles, voy y me lo tomo y psss, es el remedio pa' los nervios y se me quitan todos los dolores, los dolores del cuerpo, los achaques, me tomo el Ravotril y soy otra persona.

186. E: ¿Qué persona?

187. P: Y lo otro es que yo estoy dependiente de unas gotas que son espasmolíticos, porque yo tengo del estómago unos biomas, no biomas, unos Nódulos, que van creciendo y había que operarlos hace 3 años atrás, que me los detectaron y esos dan cáncer, y yo no me los he operado, tonces, tengo que ir al Oncológico y llevar los papeles que tengo para que ellos vean qué pueden hacer, si me pueden... porque no hay cáncer, y sufro mucho del estómago y yo tengo que tomarla diariamente... experiencia del Hospital, es bueno el Hospital, pero a lo mejor pienso que hay mucho enfermo que se les deja tal vez por falta de personal médico preparado, psicólogo o psicóloga, o personas que a las personas les hagan un tratamiento más... porque yo he visto sacar de farmacias así atados de remedios, hay gente que una sola persona estuvo hospitalizada, que se yo qué, y vamos echándole remedio y yo digo '¿se tomarán todos esos remedios?, ¿se los tomarán?', lo digo sinceramente, porque yo si me tomara todos los remedios tal cual... Yo soy una rebelde de los remedios, si yo me tomara los remedios tal cual me dice la Dra, yo debería dormir de día y de noche, o sea, tenemos que tener cuidado, aquí se da mucho medicamento y yo creo que hay más parte de atención psicológica, de preparar a la paciente para el tratamiento, porque a lo mejor una principal etapa necesita el tratamiento, pero después ya no lo necesita, o sea, no es que no lo necesita, pero en poca cantidad...

188. E: ¿Que necesitaría entonces después, cuando deja de necesitar el tratamiento farmacológico, qué necesitaría?

189. P: El apoyo psicológico de un principio, a pesar de que le den una tralacada de remedios esa persona con mayor razón tendría que estar bajo el control de un psicólogo.

190. E: ¿Por qué sería distinto?

191. P: Porque resulta que, como es una enfermedad de aquí, aquí están los pensamientos, está todo lo que uno almacena, todo lo que uno ve, sufre y cómo esto pesca el sentimiento, pesca la parte afectiva, pesca todo lo que... bueno, no sé, usted sabe más que yo, yo estoy tratando de expresarme, de darme a entender... si es una enfermedad que no sé, pero se sufre, pero yo tengo que saber cuándo la cosa ya va aliviándose y tengo que ser sincera y esa sinceridad se confunde aquí, se omite, y la gente sigue tomando los remedios y sigue tomando los remedios o los bota o los deja en la casa... yo pienso que puede ser así.

192. E: ¿Y usted se confunde?

193. P: Me dio una muestra médica y la perdí altirin, tome dos tabletas y la perdí y...

194. E: ¿Pero en términos de la sinceridad?
195. P: También me pasa, que de repente, como yo le decía, yo creía que yo me hacia la enferma, y cuando yo acepte que estaba enferma me alivie un poco, porque la mochila se me estaba descargando un poco, porque resulta que la enfermedad sigue y uno es y está con una enfermedad psiquiátrica, psicológica, de la cabeza, y no lo ve, solo que la siente, eso va a depender mucho del medio ambiente, como sean las casas, el roce con los hijos, y eso lo soluciona un psicólogo, porque a la psiquiatra uno no le va a decir todos los problemas que uno tiene, entonces la psiquiatra tiene que darte los remedios que es una parte, pero la parte de solucionar, de que la persona se dé cuenta cuando tiene que tomarlo y cuando lo puedo ir suspendiendo, y cuando lo puede dejar de tomar y cuando de ser sincera consigo misma, es con el psicólogo.
196. E: ¿Y por qué no podría contar esas cosas con el psiquiatra?
197. P: ¿Cómo?
198. E: ¿Porque no podría hablar esas cosas con el psiquiatra? ¿Dice usted que no le va a contar esas cosas al psiquiatra?
199. P: Si, si, si, si, es que si la otra niña, Pamela no sé cuánto, se sentía bombardeada cuando yo hablaba y yo encontraba que yo no hablaba nada, yo llegaba a la casa casi igual y ella se sentía bombardeada, imagínese.
200. E: ¿A qué se refiere?
201. P: ¿A qué se refiere? A que se saturaba, yo entraba y era como que entraba una bomba poh, bla, bla, blá.
202. E: ¿Usted dice como que ella no la soportaba?
203. P: Claro, hablaba y hablaba y hablaba yo.
204. E: ¿Y usted cree que los médicos no soportan y por eso usted no puede contarle las cosas?
205. P: Yo creo que lo que sucede es que esta enfermedad se repite mucho, por ejemplo usted vio el grupo, y se daban vueltas, vueltas, y yo le dije lo de la cabeza a la chiquilla y quedo la bomba, se hizo la bomba, yo creo que esa bomba se tiene que hacer, o sea, ella cómo no se da cuenta si no está tonta, si usted la evalúa no está tonta, ella lo podría haber descubierto mucho antes, no esperar hasta que llegue una ñata que recién entró y que le diga que la embarraste, porque no hay que tirarse de pie hay que tirarse de cabeza. Porque resulta que alguien tiene que ponerle el atajo, alguien tiene que ayudar con respecto a eso, pero la psiquiatra da los remedios y uno habla, pero es un rato muy corto, entonces en ese rato muy corto hay personas que me han contado a mí, no sé si es mentira, porque aquí la mentira es tremenda, me han contado de que llegan al psiquiatra y le dicen 'a ya, cómo se siente, ya ta bien', y se repiten los remedios...
206. E: ¿Pero su experiencia?
207. P: No es mi experiencia, porque si me llega a pasar, yo me paro y le digo '¿está con diarrea o tiene un paciente más importante que yo?', me entiende, o sea, yo me siento atendida con una persona que me va a hacer eso, yo en 2 minutos puedo rezarle no sé cuántos rosarios.
208. E: Bien Señora Guillermina, vamos a quedar por aquí hoy día...
209. P: Si... ¿muy repetido?

210. E: Vamos a quedar por aquí y yo la voy a volver a llamar para la segunda entrevista, que va a ser en 2 o 3 semanas, yo le voy a avisar con certeza la fecha ya, ¿le parece?
211. P: Entre las 8 o las 8:30, ojala de la mañana, porque es la hora que más estable estoy en la casa, que estoy más alrededor de Renato que está al teléfono y si me voy al lavadero es muy lejos...
212. E: Ah, que la llame a esa hora.
213. P: Claro, entonces hay usted me pillá. ¿No tengo que llevarme nada?
214. E: No
215. P: Ya, disculpe, y muchas gracias.

Entrevista Número 2 a: Señora Guillermina

Participante: P

Entrevistador: E

1. E: Señora Guillermina, cuéntenos un poco, ¿qué le pareció la entrevista pasada?
2. P: Yo pienso que me pareció bien, porque lo que yo hablé o lo que dije no son fantasías, son cosas que me han pasado, lo que yo tengo y... me fui tranquila, me fui bien, no fui alterada... porque a veces cuando converso, o vengo a un médico o algo, quedo con la sensación, y con la gente me pasa, que no concluyo las conversaciones, me paso a otra conversación y después cuando llego a la casa digo "oooh, pero si mira, no le dije lo más importante " ¿me entiende? Con usted yo estaba tranquila, eh, además un poco contenta porque puedo colaborar y puedo descubrir cosas también que yo no las tengo claras y al hablarlas, emm, puedo, al verbalizarlas y al escucharlas como las digo, después me acuerdo y puedo ser más, más razonable pienso, porque lo que pretendo es ordenar mi cabeza, porque la siento que no está ordenada, la siento desordenada.
3. E: Qué sentimientos le generó contar su historia y contármela a mí, por ejemplo
4. P: Lo primero no se lo escuche...
5. E: Qué sentimientos le generó contar su historia, volver a mirar su historia y contársela a alguien.
6. P: Como una satisfacción, no una alegría, una pena por una parte, porque uno dice 'ooh que desastre, en vez de ir para adelante voy para atrás', pero una satisfacción con respecto a que alguien me escuchó, me sentí escuchada, me sentí... que no es esa escuchada que hace mi hermana, porque de repente ella quiere ayudarme y me dice algo y yo rabeo, hasta digo garabatos, me enfurezco porque no entendió lo que quería decirle.
7. E: ¿En general se siente poco escuchada? ¿Cómo es eso de la escucha acá en el Hospital por ejemplo? ¿Se siente escuchada acá en el Hospital?

8. P: Si, yo cuando vengo eeh, por ejemplo ahora la Dra. Sánchez me ayudó y me llevó hasta donde tenía que ir, a la caseta nueva, me dio una muestra médica para concluir el remedio, me dio la receta y después ella me atendió, y eso yo lo agradezco mucho, porque yo con Renato me quiere ayudar y me dice “allá, allá estaba”, pero no se acuerda de nombres, no se acuerda de nada y eso me da pena y no puedo conversar con él, él quiere hablar pero yo tengo que decirle a Marcelo, o sea, a buenas cuentas él me quiere hablar pero hablo yo sola.
9. E: O sea, usted diría que afuera del Hospital usted se siente no escuchada y que adentro del Hospital usted se siente escuchada. ¿Algo así?
10. P: Si, yo me siento escuchada porque me han ayudado, me han apoyado, hasta las niñas de las horas me atienden y me han apoyado, me han buscado atención en urgencias cuando yo la he necesitado y si yo fuera a otra parte, para donde. Mi hermana me dice ‘tienes que tomarte los remedios, tienes que hacer esto, tienes que hacer esto otro’, pero cuando llega el momento a mí se me olvidó y me tomo el remedio equivocado, y no es culpa mía porque si no tengo de los que yo tengo que tener yo me lo tomo y lo boto no más, porque yo digo ‘igual me van a hacer bien...’
11. E: O sea, usted se ha sentido ayudada acá.
12. P: Claro, o sea la ayuda es harta, lo que pasa es que uno no puede sopesarlo y decir es un 100% la ayuda, no, porque hay una parte que tiene que hacer la familia y yo no tengo, una parte que uno se lleva pa’ la casa, porque ustedes no pueden ayudar todos los días, yo puedo estar muy contenta con ustedes y después llego a la casa y puedo estar con pena, yo me siento mal con nada...
13. E: O sea, para usted venir a estas entrevistas ha sido como algo que usted siente que la alivia.
14. P: Me alivió y me sentí bien, y me sentí contenta, lo sentí como que yo estoy ayudando a alguien, para mí es muy importante querer hacer algo por los demás. Cuando usted me dijo que era una reunión, una entrevista, es algo para un estudio o algo no sé, entonces a mí me da como una satisfacción de poder aportar lo que a mí me pasa, porque yo soy muy veraz, muy verdadera en lo que hablo, si me contradigo es porque yo tengo sentimientos encontrados pero no porque yo quiera, yo no ando mintiendo para que resulte una cosa fraudulenta o mala porque eso me da una pena tremenda.
15. E: ¿Cómo siente que la enfermedad le ha afectado a si misma?
16. P: ¿A mí?
17. E: Si
18. P: ¿Cómo me ha afectado? Me ha afectado que me ha quitado, me ha quitado mi personalidad, me ha quitado... es como que estoy viviendo por la mitad, partida, es como si me hubieran puesto un cuchillo bien filudo y me hubiese partido por la mitad, y yo estoy funcionando por la mitad, es una mitad que pesca las cosas y no sabe qué hacer con las cosas. Yo de repente en mi casa lo único que hago es llorar, y me escondo, y se me pasa, tomo el Clonazepan en distintas horas....
19. E: ¿Qué diagnostico tiene usted? ¿Sabe?
20. P: Yo, ahora me dijeron que es una Bipolar con un problema de personalidad, Trastorno a la Personalidad. Yo no lo quería creer cuando me lo dijo la Doctora porque yo algo podía entender, yo no tengo grandes conocimientos, pero yo pase por, yo estude hasta segundo de enfermería profesional en Buenos Aire y

resulta que yo pase por Psiquiatría y yo hice terapias, yo hice terapias de grupo, fui una persona bien valerosa, incluso me querían contratar para trabajar como auxiliar, entonces yo no podía tomar un trabajo porque yo estaba con las monjas y les dije de inmediato que yo no podía, y me dijeron que como yo no podía trabajar y me dijeron 'mire lo que se va a perder, un gran valor y se va a perder'

21. E: ¿Qué le impacto de su diagnóstico, qué fue lo que le impacto de su diagnóstico, qué entiende por su diagnóstico?
22. P: No lo entiendo mucho, pero lo que me impactó fue cuando hice tira ollas, peinetas de plástico que eran duras y las hice ñaco, yo podría haber matado a Renato.
23. E: ¿Qué tiene que ver eso con su diagnóstico?
24. P: Que me salí de mi personalidad, de lo real, de lo que yo soy, yo soy una persona pacífica, una persona controlable, una persona que ni si quiera un mal gesto o una mala atención, siempre manteniendo en un estado, con la camiseta puesta y bien puesta, trabajando un 100%, todos mis minutos entregados a Dios porque yo me siento observada por Dios y yo tengo que dar lo mejor de mí. Lo que me pasó es que ese Dios se me pierde, se me pierde todo, se me desordenó todo.
25. E: Volviendo al tema de los diagnósticos ¿qué es lo que no tiene o qué ha entendido?
26. P: Entendí que mi persona iba a tener altos y bajos, y que iban a ser casi no controlables, de repente podían ser no controlables y quitarme la vida. Yo lo hice casi dos o tres veces de querer quitarme la vida, porque Renato no se quería cambiar y se me ponía arisco, él tenía su versión en la cabeza seguramente, quería no darme trabajo, no gastar pañales, quizás cual sería la cuatita de él, pero la cosa es que a mí me dio una furia, no era rabia así que digamos, esta era furia, y era tan grande que yo hice una ollas de aluminio las hice ñaco, las deformé con unos cucharones o combos.
27. E: Oiga, me quedé pensando un poco de lo que hablamos la semana pasada de que usted se sentía distinta a otros que se atienden acá en el Hospital. ¿En qué sentido?
28. P: Justamente yo creo que es porque he pasado por estudios y cosas que la otra gente, yo, yo, escucho hablar a la gente y las encuentro tan, entre comillas por no decir otra cosa, ignorante, falta de conocimiento, falta de que hayan escuchado, porque yo me siento muy distinta en ese aspecto, porque pongo mucho oído a pesar de escuchar poco, pero tengo mucha captación y asocio y voy rescatando lo mejor que puedo las cosas para hacer la vida mejor.
29. E: Usted cuando dice entre comillas para no decir otra cosa ¿qué sería esa otra cosa, cómo lo definiría?
30. P: Que encuentro que incluso la gente que llega a veces de repente aquí llegan por ejemplo, llega un paciente que se ha tomado una caja de Enalapril, un remedio tan inofensivo que es para la presión, pero puede producir también un daño si se toman 20 o 40 tabletas de un golpe. Yo cuando estudié una parte de farmacología...
31. E: La diferencia sería es que usted sabe más que otros pacientes.
32. P: Claro, y me siento con la posibilidad de hacer cosas más que los demás y me siento con los deseos de hacer cosas más que los demás, el problema es que

tengo unas trabas, y esas trabas es mi enfermedad, y esas trabas que yo empiezo las cosas para coser no más, que son cosas sencillas, las tomo, las muevo y las llevo para allá, las encuentro y se me pasa el día en eso no más, entonces eso me desespera.

33. E: ¿Oiga y usted como siente su llegada al Hospital? ¿Como algo bueno o negativo?
34. P: Las dos cosas, por una parte lo encontré positivo porque yo de otra manera me hubiera cortado la cabeza pienso yo. El Doctor me dijo que me viniera al Psiquiátrico porque ya no me podía atender aquí porque mi parte oncológica es prácticamente recuperable, pero era aquí donde yo tenía el problema (cabeza) y que acá me recibiría una Dra. Verónica Solís, y luego de una reunión con varios médicos y después quede con ella en el policlínico. Ella me atendió harto tiempo, pero me dijo 'mira, el remedio que te dé no importa, pero tu compra tu Mirtazapina y te tomái tu tableta, porque dejái de tomarla un día y se te va a caer la baba'. Me lo dijo clarito y me dijo que no me lo iba a repetir porque yo era bastante intuitiva.
35. E: Pero para decirlo más específicamente ¿en qué sentido positivo y en qué sentido negativo?
36. P: En qué sentido positivo de que yo llegue y recibí ayuda, sino hubiera sido un desastre, me quedo ajuera yo no estaría ni hablando a lo mejor.
37. E: O sea el Hospital la salva.
38. P: Claro, me salvó de una situación a lo mejor catastrófica. Ahora, de a poquitito de a poquitito, tirada en el suelo, imagine psicológicamente como era en el día, pregúnteme cuántos minutos en el día yo estoy bien y la respuesta es bien mala, porque de repente son 5 minutos o a veces media hora, hay días en que yo no pesco ni una.
39. E: ¿Lo negativo?
40. P: Me siento con una etiqueta, con un parche, con un letrero 'ENFERMA PSIQUIATRICA.' Me siento como que ese monstruo tiene personalidad, tiene fuerza para pescarme, tiene autoridad, y yo a lo mejor si no hubiese llegado aquí a lo mejor ese monstruo no existiría, pero no sé qué tanto bajón habría tenido.
41. E: ¿O sea, es como que tiene la idea de que el Hospital la salva, pero también la enferma?
42. P: Si, pienso que hay una parte en que no sé si es verdad, la verdad es que no sé, que cuando uno se siente enferma psiquiátrica cómo que se da autoridad o se da chape libre a muchas cosas, por eso que llega gente que se cortan las venas...
43. E: ¿Qué significa ser una enferma psiquiátrica, este letrero que cree usted que la gente lee cuando lo ve?
44. P: Loco, fuera de juicio, incoherente, que no tiene vuelta, que se da vuelta y debe hablar con la muralla.
45. E: Usted siente un estigma.
46. P: Que lo que es, perdón.
47. E: Como un estigma, como una marca de ser enferma psiquiátrica.
48. P: Claro.
49. E: ¿Y eso de que manera le repercute afuera, por ejemplo?

- 50.P: Afuera, con la gente, me da un poquito de vergüenza, a pesar de que una vez que lo escuché de una persona que venía de la terapias yo le dije que no le tenía que dar vergüenza, porque ser enferma no es una garantía, nadie quiere estar enferma, uno está enferma y si busca ayuda uno es valiente, eso le dije, pero resulta que eso no es tan de fondo, porque yo también siento vergüenza, por ejemplo, cuando hablo con la niña del pan de la tienda de la esquina que me queda a pasos de mi casa, es una niña bien monona, pero yo he conversado de todo menos de esto, porque yo toco este tema y yo me pierdo de ahí, no voy más a comprar. Por ejemplo le dije 'me da 10 panes, 6 marraquetas y 4 hallullas' y ella me repitió y le dije 'no poh' y entonces ella me dijo que yo le pedía una cosa y luego otra cosa.
- 51.E: ¿Usted siente que si dijera que es enferma psiquiátrica no volvería?
- 52.P: Todos los días pensaría que 'ya llegó la chalada.'
- 53.E: ¿Cómo cree que usted ve la gente a los enfermos psiquiátricos?
- 54.P: Como enfermos no recuperables.
- 55.E: ¿Y peligrosos?
- 56.P: Peligrosos además, porque un enfermo psiquiátrico, fijese que yo tengo un amigo, el amigo de Renato que es de hace 40 años amigo, tiene una esposa que tiene una Esquizofrenia, y ella se trata con el Dr. Olea de forma particular y se ve a escondidas, el Doctor la cita no sé dónde porque ella no quiere venir aquí, le tiene pánico al Hospital. Yo no la aguantaría, le saco la cresta.
- 57.E: ¿Cuál piensa que es la función que cumplen los profesionales acá en el Hospital?
- 58.P: La función que cumplen es ayudar, ubicar, tratar de colar qué es lo rescatable, pa' con eso dejar que la persona siga viviendo su resto de vida y con remedios, eso es lo que veo, no veo que sea un Hospital para que uno se recupere un 100% y vaya para su Hospital feliz y contento. Yo pasé por el Psiquiátrico y ahora no tengo nada de nada, yo no lo veo así, yo lo veo como un Hospital rescatable de lo que ya queda, porque yo siento que la enfermedad psiquiátrica es una enfermedad no recuperable, se mejora uno de a poquito y se va manteniendo, se recupera su poco y está mejor que otros días, pero sanarse no. Yo le quiero decir algo, yo tuve un cáncer, yo cuando pasé la crisis del cáncer eeeh no me hizo... no me cuatiqué para nada, no me cuestione si me iba a morir o no me voy a morir, ni que hay qué tragedia, nada, nada de nada.
- 59.E: ¿Y acá se cuestiona si se va a morir o no se va morir? ¿Se cuestiona eso?
- 60.P: No que me voy a morir o no me voy a morir, esa no es la problemática, la problemática es qué miechica va a pasar más rato.
- 61.E: Y como se ve de aquí a un tiempo más adelante?
- 62.P: Echa un desastre, porque yo digo imagínese, está avanzando la edad, me estoy poniendo más tonta, me estoy poniendo... hasta me están apareciendo huesos donde no tienen que haber, me van apareciendo cosas de vejez.
- 63.E: Pero eso es en términos de su vejez no, ¿pero en términos de su tratamiento o enfermedad mental?
- 64.P: Tomando remedios y tratándome no más, si no me dejo tratar, la tengo perdida, así me veo.
- 65.E: ¿Qué significa eso?
- 66.P: Que sencillamente sola, en la casa, no me voy a mejorar, teniendo los remedios encima del velador, no sirve, hay que tomárselos y yo le hable algo de

los remedios el otro día, si mal no me acuerdo, yo le dije que aquí dan muchos remedios y uno queda dopada y al final la enfermedad sigue igual, las ñatas dan vueltas y vueltas en las terapias y quedan ahí, y después claro, se acaba la terapia pero la persona no hizo nada por avanzar porque con los remedios que fuerza van a tener, es cómo que les quita o absorbe más el ánimo para empujarlos o para salir. A ver, yo siento que se pierde algo de la vitalidad, de la fuerza que uno tiene como persona en la personalidad, la enfermedad psiquiátrica hace perder algo de esa vitalidad, y claro, con remedios uno apacigua las crisis de que no se quiera matar o matar a otros, crisis, o sea sencillamente para mantener a la personas más con la gente para que pueda convivir, pero que la vaya a mejorar...

67.E: No, no...

68.P: Yo no sé qué tanto, tendrían que tener una listita, para yo leerla, de los enfermos que se han mejorado del todo y yo ahí me la creería.

69.E: ¿Usted piensa que este es un lugar donde las personas no se mejoran?

70.P: Se mejoran pero para mantenerse, no para llegar a ser lo que fueron.

71.E: ¿Y eso con qué cree que tiene que ver, con la capacidad del Hospital, de los profesionales de ayudar o con las características de las enfermedades psiquiátricas?

72.P: Si, las características de las enfermedades, depende de cada persona qué tiene entonces.

73.E: ¿Usted piensa que si usted se tratara en otro lugar, por ejemplo en un lugar privado, usted estaría mejor?

74.P: No, no, esta no es una enfermedad para sopesarla de aquí o que esto, yo creo que deben dar lo que más pueden y lo mejor, además que hay un problema: que para tratarse en una parte de afuera, uno tendría que tratarse con plata y lo otro es que ellos me van a dar lo mismo que aquí, ¿acaso ellos tienen avances más importantes o darme un tratamiento específico de otro lado? No creo, no creo, porque yo no soy la excepción ni tampoco soy el hoyo del queque como dicen, yo soy una persona común y silvestre, o sea, habrán mejores personas que yo, yo creo, y llegan profesionales y llegan gente que logró muchas cosas en la vida, yo llegué a medio camino y me siento rica por una parte, porque logré el medio camino, pero habrán otros que llegaron a la cima y llegaron las profesionales y de profesionales después llegan a tener enfermedades psiquiátricas y andan en la calle v botados.

75.E: ¿Y usted por qué cree que no llegó, como usted dice, a la cima? ¿A qué lo atribuye?

76.P: Fue por falta de... yo ya estaba enferma, yo no tuve apoyo, a ver, yo tenía apoyo porque Sarita Filippi, que en paz descanse, me dijo 'mira yo Nieves te doy todo... tu entras y das la prueba y yo te apoyo, sales con algo profesional yo te apoyo, porque yo siempre estoy regalando una beca, una o dos dependiendo como me encuentre la doy entera', ella becaba a una persona porque era la directora de un Hogar Protectora de la Infancia, ella tomaba un niño hasta que se titulara, saliera de la profesional, pero cuando llegó el momento de... cuando di mi prueba de actitud y todo tenía que ver con enfermería y rehabilitación de enfermos, porque yo era paramédico, o sea, ya había estudiado enfermería en Buenos Aires, a mi siempre me ha gustado la psicología y buceaba mucho libros de psicología, me gusta ayudar a la gente

pero no mal ayudarla, sino que para que la persona en si pueda salir y pisar un escalón más alto, no importa si me da las gracias o no, que esa persona... porque yo pienso que todos si no nos ayudamos estamos hechos un desastre.

77. E: Ya pues señora Guillermina vamos a dejar hasta aquí la entrevista, muchas gracias, yo la voy a volver a llamar en dos o tres semanas más y tendríamos la última entrevista.

78. P: Gracias a usted.

Entrevista Número 3 a: Señora Guillermina

Entrevistador: E

Participante: P

1. E: Vamos a continuar entonces, esta es la última entrevista que vamos a tener en este proceso de investigación, y quería hacerle algunas otras preguntas que no me habían quedado muy claras ¿ya?
2. P: Ya.
3. E: Por ejemplo, me preguntaba si usted ha ido aprendiendo algo con respecto a su enfermedad en todo este tiempo.
4. P: Si, a resguardarme de no hacerme daño, una cosa que para mí es sumamente alarmante, porque en la busca de remedios o cuando uno viene a control, siempre se encuentra con personas que están al revés, o sea, que se han querido agredir, yo también he llegado a ese extremo de quererme agredir, no como, me pongo una taimada, no como porque todo lo encuentro con malos olores, o sea empiezo a justificar mi estado, que me siento incomprendida por la gente, la gente y por todos, nadie ya me entiende, como Renato no tiene razonamiento para poder hablar conmigo, yo me castigo a mí misma, pero no me castigo cortándome los brazos ni haciendo esas cosas sino que no como, no duermo y no duermo no más, pasan semanas enteras y estoy con los ojos abiertos, con los ojos abiertos y hago cosas, muevo y funciono como si fuera de día y al otro día sigo y al otro día sigo y se me espanta el sueño, o sea es como yo tengo, no sé si yo me he creído, yo me la creo y yo creo que es una enfermedad que yo debe tener, que yo me creo Superman, me creo la Mujer Maravilla, me creo de que me la puedo, pero llega un momento en que yo plop, caigo y cuando caigo es el tremendo desazonamiento que me queda, de que no he sido capaz de lidiar con esto, porque yo pienso que como enferma psiquiátrica uno tiene que ir aprendiendo, todos los días aprende algo nuevo porque nadie va a venir con una varillita mágica a sacarnos la enfermedad y a dejarnos como estábamos cuando sanas, o haciendo cosas como cuando éramos sanas, porque yo he ido disminuyendo montones de cosas pero es que también con la edad se van juntando los achaques, que uno ve menos, que uno escucha menos, que uno ya no domina lo que antes dominaba, ya no lo puede dominar, yo en ese sentido encuentro de que ayuda el venir para acá y ayuda el tratarse.
5. E: ¿Y qué ayuda le ha dado alguna tranquilidad o mayor tranquilidad, qué le ha permitido tratar de mejor manera?
6. P: El que yo soy fiel a los controles, ahora estoy fuera de control porque ni siquiera vine a pedir hora, que tenía que venir la semana pasada, no pierdo los

controles, los tomo como algo importante, como una medicina que me dan el venir al control.

7. E: ¿Venir al control?
8. P: Venir al control es como una medicina para mí, es como una vitamina para mí, aunque yo me vaya con la sensación de que no dije lo tenía que decir o lo que quería decir, porque esas sensaciones quedan a veces, que uno viene con ciertas ideas en la cabeza para hablar lo que pasó y por a, b, c motivos sale otra cosa que sucedió media hora antes de llegar donde la Doctora, y uno habla eso y lo que tenía queda sin.
9. E: ¿Y usted se prepara para venir al control? ¿Qué le pasa por ejemplo el día antes, qué empieza a pensar?
10. P: No, yo estoy siempre, mi cabeza es una cosa que a mí me tiene muy incierta, porque de chica yo no podía controlar el pensamiento, o sea yo quería controlar el pensar, el detener el deseo de hacer cosas y mover, porque lo siento como una máquina que no para, si yo estoy a las 4 de la mañana, a las 5 de la mañana despierta y yo sigo pensando en qué voy a hacer de almuerzo y qué es lo que voy a hacer esto, o sea sigo, sigo y no paro día y noche.
11. E: ¿Pero cuando va a venir el control, por ejemplo, a usted qué le provoca?
12. P: Me provoca un poco de nerviosismo, si, eso aunque yo no lo quiera decir es verdad. Me provoca un poquito de miedo, porque si yo digo todo lo que a mí me ha pasado quien sabe cuántas veces habría estado hospitalizada.
13. E: ¿Le da miedo venir y que la dejen hospitalizada?
14. P: Si, no me gustaría estar hospitalizada.
15. E: ¿Por qué, qué piensa?
16. P: Porque he escuchado, no soy de las que se acoplan mucho a lo que dice la gente, pero pienso que si puede ser parte de verdad de que suceden cosas que están fuera del control de la persona. Por ejemplo, si a mí me dan muchas pastillas y yo tengo que tomármelas y me quedo lona, lona así que nadie me puede despertar, pienso que yo en mi casa estoy protegida, acá no estoy protegida.
17. E: ¿Hospitalizada?
18. P: Hospitalizada.
19. E: No estaría protegida.
20. P: No, porque pienso que hay auxiliares, pero no pueden estar encima de todas las enfermas.
21. E: ¿Y viniendo al policlínico, que es atención ambulatoria, usted se siente protegida?
22. P: Si, porque como es individual, pienso que la Doctora... aunque dos o tres veces en años ella me paró el carro injustificadamente, porque después no se retractó, pero igual es muy buena persona y yo tengo que pensar también de que ella tiene su por qué, porque me lo explico por qué actuaba así conmigo. Yo venía con muchos dolores abdominales y con muchos problemas gastrointestinales y no quería comer huevo porque tenía olor a huevo, no quería esto, con esas crisis que me dan de no comer y la Dra. Solís me dijo: 'mire, yo tenía una paciente igual a usted, quejas, quejas, quejas, puro desastre y resulta que las personas, yo la mande a hacerse exámenes, se le hicieron exámenes para hacerle un chequeo y resulto que tenía un cáncer ¿ya? Cuando ella se enteró de que tenía cáncer llegó corriendo donde mí, me busco en el pabellón

que se yo que.' Claro, tiene que haber sido una paciente antigua igual que yo, ella me daba la posibilidad de que la ubicara en caso de que hubiera un desastre, porque yo a quien acudo, con Renato sola qué se yo que.

23. E: Cuando hay un desastre en su vida ¿a quién acude?

24. P: A nadie ahora.

25. E: ¿Pero por ejemplo?

26. P: Tengo una hermana, la hermana Beti, que ella sufre de hipercarciuria, entonces tiene tratamiento, no puede pescar frio, montón de cosas, pero ella se hace valerosa y me...

27. E: ¿Y usted siente que cuando hay un desastre en su vida usted puede acudir al Hospital?

28. P: Lo he tenido que hacer, pero no siento fuerza, yo soy nula cuando me viene el bajón.

29. E: ¿Pero a lo que me refiero es que si usted, por ejemplo, cuando ocurre un desastre se le aparece en la cabeza la idea de su médico, de venir a los paramédicos, de venir al hospital?

30. P: No, me han tenido que obligar a ponerlo, a introducir la idea de que están las niñas, de que yo puedo venir. Cuando estaba en CAE las niñas me decían que yo llegaba llorando, estuve sin remedios y pasaba en la posta, aquí en Urgencias, me ponían una inyección y una tabletita bajo la lengua y las niñas de ahí me atendían porque yo era puro llanto, llanto, y es una pena tan grande, una desesperación tan grande como que se me ha muerto toda mi familia de golpe y yo no puedo retener el miedo, primero fue miedo que Renato se me podía morir en la noche.

31. E: Pero perdone que insista ¿usted, cuando ha sentido que tiene un desastre, ha venido para acá? ¿Ha venido para Urgencia por ejemplo?

32. P: Si, sí.

33. E: Si, a Urgencia viene.

34. P: Si.

35. E: En ese sentido me preguntaba si cuando usted tenía un desastre acudía.

36. P: Si, si, incluso cuando estaba con Renato yo lo obligaba a que me trajera, yo le decía 'Renato yo tengo que ir, yo tengo que ir' porque yo no sé para donde girar, o sea estaba embolada y no sabía que lo que estaba haciendo, o sea, por qué estaba viva, yo necesito estar con los ojos abiertos.

37. E: Usted decía que ya no se autoagrede como antes.

38. P: No.

39. E: ¿Qué hace, cómo ha aprendido a estar, a controlar eso, a manejarlo?

40. P: Palpando la consecuencia, reconociendo la consecuencia de que si yo me auto agredo, y yo estoy cuidando a Renato, ¿Quién lo cuida? ¿Quién hace las veces de la Nieves, de la tontita de la Nieves, que hace todo lo que tiene que hacer y además lo protege, y adema no lo contradice, porque el Alzheimer no se puede contradecir, siguiéndole el paso? Esos pasos son los que tengo que respetarle a él, porque él está enfermo irreversible, pero yo también estoy enferma.

41. E: ¿Reversible o irreversible?

42. P: Irreversible.

43. E: ¿Usted?

44. P: Si, pero me controlo porque todavía tengo conciencia y estoy mejor que él. Él no puede caminar, no puede todavía razonar y yo sí puedo razonar, vengo a la posta y me ponen una inyección, me dan una cosita y a las dos horas, porque yo ya me conozco, que me dan altos y bajos.
45. E: ¿Y siempre las crisis son iguales?
46. P: Si, me pescan con pena, se me hace una pelota aquí, como que es como un globo que se infló y las tripitas no me piden comida, yo paso semanas que no como, pero como otras cosas, no como comida, no me alimento. Como yogur, como chocolate, como cosas, no como vitamina, usted me... he comprado buenas vitaminas pero no, me van a hacer mal, pero después cuando me viene el hambre y necesito energía yo acudo a los chocolates, a los yogures, yo le hago una sémola con leche a Renato para el desayuno y para la once yo saco un poco de esa porción y me como media taza o una taza dependiendo de cómo me sienta, porque es como una obligación que me puse.
47. E: ¿Y cómo comer? ¿Esa es la obligación que se puso? ¿Por qué?
48. P: Porque esta Renato más bien que yo, cada vez está más chinchoso y más lleno de vida, y él se topa que se está llenando de carne, se siente él más persona, incluso me pidió que le arreglara esto porque le sacaron la prótesis y se le quebró un diente y ahí está, y me dijo '¿y cuándo?' Quiere que le ponga prótesis.
49. E: ¿O sea más bien usted cómo que ha aprendido a controlar algunas cosas por la enfermedad de Renato no porque haya aprendido, por ejemplo, a controlar mejor o manejar mejor los conflictos o sus relaciones?
50. P: Yo creo que no, que todo me lo dio la Solís.
51. E: La doctora.
52. P: Perdón, que soy tan patuda, le digo la Solís, yo creo que la Doctora de poco en poco me fue dando, porque yo soy una persona como una esponjita, yo recibo y recibo y tal vez no llego corriendo a juntar todo lo que hablé con usted, pero a mí me queda como una grabadora, yo después me acuerdo de todo y yo lo puedo escribir, tengo facilidad para escribir, yo me pongo a escribir y yo le puedo escribir un cuaderno entero de todo lo que yo he sentido.
53. E: Usted dice que la Doctora le dio todo ¿a qué se refiere?
54. P: Me dio pautas, por ejemplo, por decir, una 'Señora Nieve, si usted pesca un género y quiere con ese género hacer una falda, y va para la cocina y va para allá y para acá', porque Renato está en otro lado, yendo a la Vega, abasteciendo, yo era como que vivía sola, como estoy ahora, pero ahora estoy un poco más tranquila porque está ahí y él no se mueve, antes estaba más inquieta porque él salía para la calle y yo lo veía con inmanencias, pero no me quería auto convencer de que él estaba enfermo, pero la Solís me enseñó: 'Si usted camina con el trapo para allá, va para allá con el género, va para allá, déjelo y siga haciendo lo que tiene que hacer, si es más importante ver la comida, vea la comida y deje el trapo, no se enlule con algo que no puede, no se quede trancada en lo que ya se trancó, déjelo, si total nadie, apuesto que esa falda que quería hacer nadie se la va a pedir', porque yo no estoy trabajando remunerado por lo tanto si la hago o no la hago no tiene importancia, pero yo soy autoexigente conmigo misma, entonces cuando yo me levanto en la mañana y empiezo la rutina se me pone en la cabeza: 'voy a hacer un pantalón a Beti, voy a hacerlo esto, voy a hacerle esto otro', y llego a la cortada, corto y

- hasta ahí no más llego, porque después viene Renato y después ya me da flojera tomarlo y a veces pasan semanas y estoy ahí, en la cortada no más.
55. E: ¿Y ahí, por ejemplo, usted recuerda las palabras de la Doctora?
56. P: Claro, porque resulta que antes me angustiaba y me desesperaba y lloraba y pateaba y cómo es posible, porque antes yo era... pensaba y hacia, y bien hecho, o sea nada de medias tintas, que me duele la guata, que me duele esto sino que me auto exigía al máximo, muy exigente, y ella me enseñó a bajar esa obsesión por querer que las cosas fueran perfectas, porque eso me hacía mal y me dejaba tensa, yo soy Hipertensa entonces tampoco puedo andar acelerada, yo tengo problemas de aceleramiento y empiezo a movilizarme y a correr con mi pensamiento y a actuar a 100 por hora, y yo por eso que me vienen los bajones fuertes, entonces la Dra. me enseñó 'entre más tranquila estés durante el mes, capaz que el bajón ni lo vas a notar, de esas cosas así que te dan te van a dar cosas así'.
57. E: ¿Y usted siente que con ese tipo de cosas, o de consejos o indicaciones, usted ha podido mejorar de alguna manera sus relaciones interpersonales?
58. P: Si porque puedo salir a la calle a barrer y no estoy enojada, no estoy indignada porque puedo barrer a medias, y hago lo que alcanzo a hacer o lo que puedo hacer, o sea ya no es eso de que voy a salir a barrer y tengo que barrerle al vecino y al de más allá porque el de acá viene el viento para acá y me viene toda mi basura, y después tampoco puedo dejar basura ahí porque se le va a otra señora, o sea no, lo que yo puedo es hacer consiente, ella me hizo tomar conciencia de que yo estaba enferma, ese es el problema, que yo no lo quería aceptar, había como un rechazo, por eso le digo yo, yo el cáncer fue como el agua, porque yo lo acepté y yo dije 'ya, vamos a ver qué podemos hacer, si nos salvamos o no nos salvamos de esta y vamos a seguir adelante o no vamos a seguir', pero no me hice cuática, mientras que con esta enfermedad yo me hice cuática, me hice cuática y todavía de repente caigo 'pero si soy inservible, soy inútil'.
59. E: ¿A qué se refiere cuando dice 'me hice cuática'?
60. P: Cuática es hacerme problemas, o sea, hacerme yo problemas de cosas que no hay, no existen. Por ejemplo, supóngase usted, yo tengo al alcance la solución de estar sola, incluso mi hermana está yendo al psicólogo por otro problema que se tiene al marido con licor, entonces también está y viene a mi casa, y ella dice que cuando llega a su casa llega muy aliviada porque ella lanza todas sus cosas para afuera, y yo la ajuntano a ella y me dice 'Nieve yo llego con cargo de conciencia', porque sé que mañana o al otro día llego yo, si hablo por teléfono casi llorando, 'Beti, estoy tan mal que no puedo levantar, no tengo ánimo, las fuerzas me fallan, no puedo dar vuelta a Renato no puedo esto no pedo lo otro', y ella sabe, me dice 'mira, tienes que tomarte tal remedio y tal y tal', porque yo me pongo nula, ese es el gran problema.
61. E: Usted dice que le costó mucho aceptar su enfermedad ¿usted siente en este tiempo que ha cambiado la concepción que tiene de su enfermedad?
62. P: Si, porque ya considero de que si es un mal que, entre comillas, no se va a salir, porque no es una vesícula inflamada que me la puedan sacar, no es un tumor que me lo puedan sacar, es una enfermedad que me tendrían que cortar la cabeza, me tendrían que cortar la cabeza.
63. E: No se cura dice usted.

64. P: Eso, entonces como no se cura, solamente se cuida y uno tiene que ser valiente para decirse a sí misma 'sí, mira, está enferma pero no como para tirarte a la cama, para hacer lo que puedas hacer'. Además yo tengo una pensión de invalidez que tampoco me exige, no es mucho lo que recibo, pero tampoco tengo una exigencia brutal de tener que salir a trabajar.
65. E: ¿Se siente invalidad, limitada?
66. P: Sí, a mí cuando yo descubrí, cuando yo llegué aquí, ese era mi gran temor de sentirme limitada, o sea 'Nieve, ponte la etiqueta.' ¿Cómo dijo usted una palabra especial?
67. E: Como un estigma.
68. P: Eso, yo sabe lo que pienso, que uno se hace la víctima, es víctima pero uno se hace más la víctima, o sea que uno aumenta una cosa pequeña la aumenta más grande y eso de que la aumenta es porque realmente patina uno en el sentido de que está enferma.
69. E: Usted dijo en algún minuto que usted sentía como chipe libre ¿entonces, por ejemplo, eso sería como una especie de licencia para no ser cuestionada acá en el Hospital?
70. P: Sí, y es peligroso eso.
71. E: ¿Cómo que habría que creerle siempre?
72. P: Claro, y es peligroso porque ese chape libre uno no se lo debiera permitir ni siquiera enferma, porque yo puedo matar a Renato, ponerle un almohadón en la boca y estar ahí encima de él hasta que se muera, lo puedo matar asfixiado y yo digo...
73. E: O sea, perdón, también se lo pregunto en el sentido de que usted dice 'por esta enfermedad yo tengo chipe libre', o sea que ¿usted acá podría ser y decir lo que quiera sin ser cuestionada?
74. P: ¿Aquí?
75. E: Sí
76. P: No, yo creo que ahí no corre, corre que uno tiene que ser muy veraz siempre, porque de otra manera la Señora Solís no me habría podido ayudar, la Señorita, la enfermera, la psicóloga, la psiquiatra. Yo creo que si uno es sincera, que yo admiro mucho esa palabra, porque yo siempre de chica mi mamá decía 'hay que ser muy sincera con uno misma y con los demás' y ella también fue muy sincera, y ese fue un ejemplo muy lindo de muchos otros que ella me dejó, que ella nunca... yo le di hasta placebos para saber si tenía la neuralgia intrageminis o no, y resulta que me dijo 'Nieve, esta tabletita que me diste era para otra cosa a lo mejor, pero no me hizo nada', entonces tan sincera de hasta lo que ella sentía cuando yo le daba un remedio, por lo tanto yo creo que eso es un valor que uno no puede perder, y cuando uno lo pierde yo creo que está muy requete mal y se hace un daño a sí mismo y le hace un daño a la institución, al Hospital, a las psicólogas, a las doctoras, a todos, porque engañan a medio mundo con una consecuencia de que le van a dar una chorrera de remedios. Porque yo he visto gente que se lleva los paquetones de remedios y yo, no me consta y lo digo con conciencia de que yo también soy enferma y también dejo de tomar los remedios de repente, que uno tiene que tomarse los remedios, pero decir lo que le pasa con los remedios, cómo se va sintiendo y ser veraz, o sea ser valiente, no llegar y como que es una lindura venir a buscar una chorrera de remedios que después a lo mejor hasta los botan.

- 77.E: ¿Y por qué deja de repente los medicamentos?
- 78.P: Porque me sucede algo de que yo niego todo, todo es no, un no en la cabeza, no esto, no lo otro, esto me cae mal, pienso 'no la pasta de dientes es muy dulce', tiene que ser otra cosa, porque la pasta de dientes la he ido cambiando y cambiando, o sea uno se pone fobia, se pone cosas raras en la cabeza. Yo soy muy escrupulosa, pero he llegado a los extremos también de que no quiero ni tomar las perillas y las tomo con un trapo.
- 79.E: Oiga ¿Cuándo usted llegó al Hospital pensaba que iba a venir por un tiempo definido?
- 80.P: No, yo pensaba que, a pesar de que las enfermedades psiquiátricas son enfermedades que no se quitan, duermen por decirlo así con los remedios y después se despiertan de nuevo, sabiendo eso, lo que yo creo, no sé si estaré equivocada, yo vine aquí y no, sentía que me aliviaba y que era positivo a pesar de todo lo que yo pudiera pensar.
- 81.E: ¿Pero a lo que me refiero es si usted pensaba que iba a venir por un tiempo limitado?
- 82.P: No.
- 83.E: No.
- 84.P: Yo al tiro lo pensé: 'ah no, ya esto no tiene vuelta'.
- 85.E: '¿No tengo vuelta, voy a venir para siempre?' En ese sentido ¿por usted lo ideal sería que el Hospital estuviera siempre?
- 86.P: ¿O sea que no desaparezca? Yo creo que si desaparece y encontramos no sé cuántos enfermos mentales en las calles sin saber, porque yo creo que todos tenemos un poquito de algo enfermo, y más en la cabeza, porque hay gente que hace cosas que no las dice, pero que las hace.
- 87.E: ¿Pero para usted lo ideal sería que el Hospital estuviera siempre?
- 88.P: Si, tiene que existir, porque si no existieran estas instituciones ¿a quién recurriría uno, cuando todos están con alguna aberiación y con problemas más grandes a veces que los tiene uno? Yo le agradezco mucho lo que me hizo la Dra. Solís y el Dr. Olea, después siguió otras psicólogas, psiquiatras que me han ido atendiendo, yo creo que el hecho de que, por ejemplo, yo prendía la ducha a las siete de la tarde y yo era una cosa que parecía que tenía Parkinson, no me podía controlar y me daban hasta fatigas, no podía moverme, me paralizaba, era un desastre, mientras que la vida se me ha hecho más suave, más llevadera y eso no puedo negar, no lo puedo negar, se me ha hecho más suave y más llevadera a pesar de que yo tengo mi enfermedad y no me la voy a quitar, porque me voy a tener que hacer amiga de ella, porque no creo yo que exista una maquinita que le metan para dentro de la cabeza y le saque la tara que no tiene. Yo eso es lo que pienso, eso es lo que resumo yo, por eso que en una reunión de terapia que vine yo dije que yo escribo las cosas, y las escribo porque son de estudio conmigo misma, porque si yo las escribo y después las leo cuando ya pasé la crisis, cuando ya pasé el bajón, cuando ya pasé toda la chuchoca de querer no que nadie sirve para esto, nadie puede solucionar el problema, y la leo, encuentro que la que estaba mal era yo, y que en algo estaba fallando, y miren lo que estaba fallando en esta tontera tan chica, porque cuando uno pasa la etapa después viene un relajo y un reconocer lo que anteriormente pasó, y ahí yo lo reconozco, reconozco que yo fui la que hice tal o cual cosa, sí y no lo hubiese hecho, lo dijo la niña que se tiró de cabeza, de pie

dijo: 'si yo llore dos semanas, lloraba porque me creía tonta, como me tiré de pie y no de cabeza', o sea ella lo dijo verbalmente, o sea lo quiso decir que si yo lo hubiese hecho bien hecho, si ella realmente hubiese tenido interés en matarse o hacerse una agresión seria, se tiró astutamente de pie para hacerse algo leve, pero igual la consecuencia la sufrió ella, la mamá quedó igual, pero ella fue la que quedo con el pie torcido... entonces si uno lo escribe y lo lee, descubre que uno es la que, o sea, los médicos están para ayudar, no para complicarla.

89. E: ¿Y usted en algún minuto sintió que la ayudaban a complicarse?

90. P: ¿Qué?

91. E: ¿Qué la ayudaban, los médicos, a complicarse, en algún momento?

92. P: No para nada, yo siempre he sentido alivio de la asistencia. Yo reconozco, no por tirarle flores a ustedes, sino que como institución el Hospital, con los pocos recursos que tiene, con todo lo que hay que reconocer que aquí en Chile no tenemos una abertura de proporción a lo que se necesite como instituciones, esta es una de las instituciones tal vez mas rezagada, porque nadie yo creo que ninguno de los chilenos pesca a un parlamentario, y pregúntele si tiene alguna enfermedad neurológica o si tiene algún bache, va a decir que no, o sea no quieren reconocer, nadie quiere reconocer, ni siquiera yo que soy un pergenio, que soy una persona común y silvestre, o sea cuánto cuesta si yo soy un pergenio reconocer que si estoy enferma y que necesito ayuda, y que para necesitar ayuda y recurrir a alguna ayuda tiene que existir una institución, tiene que existir médicos, tiene que existir psicólogas, tiene que existir, si no existieran esas personas qué miéctica, me corto la cabeza mejor, o me tiro al Metro porque no tiene vuelta la cosa. O sea, sencillamente, son sumamente necesario, ahora aquí yo descubrí hace poquito que hay una atención de choque, yo nunca había ido, siempre me había ido a la posta, pero yo una vez llegué llorando y llegue muy mal, perdí todos los papeles, claro porque tengo otras cosas más ahora en cuanto a que tengo a Renato sobre mis hombros, entonces tengo que estar pendiente de todo y lo mío lo estaba dejando de lado, entonces me venía fuerte el bajón. Cuando me venía, y gracias a que existen estas instituciones, la niña me pudo pescar el papel y con el papel que pudo me fue y me pidió una hora para atención urgente con una psicóloga, con una psiquiatra, para que me dieran remedios porque yo estaba sin remedios, y no sabía cómo pedir remedios, y de donde sacar, se me perdió el Hospital en la cabeza, porque así son mis bajones, mis bajones llegan al extremo que no se para dónde tirar, no sé qué hacer, me confundo entera, me confundo hasta el extremo de cómo hacer un arroz.

93. E: ¿Y cómo recupera la claridad?

94. P: Es una cosa misteriosa para mí, para mí la Solís entra de nuevo: 'Nieve, no te apresures a querer resultados inmediatos y buenos, deja lo que estás haciendo y has otra cosa', y dejé lo que quería, hacer el arroz, y me puse a hacer un dibujo que a mí me gusta dibujar, me puse a hacer un dibujo en una carpeta, en un coso, después terminé el dibujo y dije 'ah, voy a ir a hacer el arroz' y hago el arroz en 5 minutos.

95. E: ¿O sea usted se lleva de alguna manera con usted lo que recibe?

96. P: Claro.

97. E: ¿Puede aplicarlo en su casa, por ejemplo?

98. P: Yo creo que ahí va la buena institución y la buena, a ver, es como la mamá y el hijo: usted puede tener leche muy buena para amamantar a un niño, pero si el niño tiene las manos, o tiene reflujo, o qué se yo, que ni por más que le meta la tetita él no va a poder mamar, porque se lo va a botar, se va a ahogar, entonces nosotros tenemos que tener instituciones para poder ser ayudadas, pero también nosotros tenemos que poder mamar esa leche y nutrirlos, o sea, no dejarlos en saco roto, como dijo una de las niñas que estaba en una reunión que dijo 'no, a mí no me gusta escribir, no me gusta venir, no me gusta ni hablar cuando hay gente', entonces uno dice para qué vienen.
99. E: ¿Usted dice como que depende de uno también?
100. P: Claro, hay un porcentaje que no se pierde y que se perderá cuando pasan los accidentes graves, que uno se quite la vida y así todo, para quitarse la vida hay que tener una pizca de conciencia para hacer lo adecuado, porque o si no se hace cualquier lesera, como hizo la niña que se tiró de pie y se averió una pierna, si uno se quiere quitar la vida tiene que pensar en algo y ahí tiene que circular el pensamiento y la conciencia para poder llegar a hacerse algo que sea grave y que no quede viva, que no quede como vegetal tirada en una cama. Yo pienso que también hay una responsabilidad de parte de uno, a mí me lo hizo notar mucho una última doctora que me atendía, la psiquiatra Smith, parece que era el apellido, Claudia, y me decía 'Nieve, comprométase conmigo' y me daba la mano y todas las veces me hacía lo mismo 'comprométase conmigo que no va a hacer esto'. Eso como que es muy importante, yo nunca de la Señora Solís recibí eso, claro ella me daba un abrazo, que sé yo qué, pero ese acercamiento me hacía comprometerme y acordarme: 'uy, la doctora me dio la mano y ella me dijo que si yo estaba mal, y que ya veía negro', porque yo como que empiezo a ver todo negro, decía todo es complicación para mi, hasta ir al a esquina a comprar pan, para mi es una tragedia porque me tengo que poner otra ropa, porque el zapato que me voy a poner tengo que sacarlo del pantalón, cualquier cosa, y me anulo ahí y puedo estar todo el día tratando de vestirme y no salgo a comprar pan.
101. E: ¿Cómo vivencia usted ese gesto de que le tome la mano, como es para usted?
102. P: El gesto es, yo creo que eso es un acercamiento humano, que uno lo necesita, necesita no solamente palabras de repente, si no que ese apoyo como amiga, como hermana, como una persona cercana, no como un Doctor que está por allá y viene y ya 'qué fue lo que tiene, ah, va a tomar esto y chao", esas atenciones no sirven.
103. E: ¿Cuáles son las atenciones que sirven?
104. P: Las que sirven son las que uno puede dialogar, puede la persona darle a una, uno puede decirlo, qué siente y la otra persona le va a decir 'si mire, lo va a sentir, lo va a sentir en ciertas circunstancias', entonces uno ya tranquiliza la mente, tranquiliza esa parte. Y lo otro que es tanto el acercamiento que a lo mejor me va a decir a la salida 'pórtese bien, acuérdesese, comprométase conmigo y cada vez que se sienta negra, negra, negra', como me decía la Claudita, 'véngase para acá, véngase y acuérdesese de que existe el Hospital, véngase a la guardia o la posta'.
105. E: ¿Y sigue sintiendo un compromiso?
106. P: ¿Ah?

107. E: ¿Sigue sintiendo el compromiso?
108. P: Si, yo lo tomé como opción, porque resulta que yo pensaba que venían aquí a la guardia, o a la posta, que venía la gente que ya no tenía vuelta, o sea que les tenía que dar un ataque y que las tenía que sacar un poco más como en una ambulancia y traerla, ¿me entiende?
109. P: Para ser atendidas.
110. E: Para ser atendidas, y no, aquí yo vengo con mis pies y digo lo que tengo, el médico ve mi expediente, mi ficha, no sé, y él me atiende en la atención y se soluciona el problema que yo tenía, porque teniendo los remedios, o los pierdo o no los tengo, o no los tomo, me entiende que ahí está el problema, entonces si no soy capaz ni siquiera manejarme.
111. E: ¿O sea podríamos decir que usted viene no sólo a buscar medicamentos?
112. P: No, a pedir una ayuda más, soy más exigente porque pienso que todos los humanos necesitamos apoyo, necesitamos protección, necesitamos sentirnos, porque yo antes era muy valerosa, era muy orgullosa tal vez, no sé, pero yo me las podía todas, usted me decía que haga un barco y yo se lo podía hacer, entonces pienso que eso se va perdiendo, uno tiene que ir reconociendo que los años van pasando y no pasan en vano, y que uno tiene que utilizar todo lo que dieron las psicólogas, las psiquiatras y ocuparlo, y no echarlo en saco roto y yo creo que es muy importante eso, recalárselo eso a la gente y decírselo a la gente, porque a lo mejor la gente no lo hace por tonteras si no que lo hace porque no lo sabe.
113. E: Oiga Señora Guillermina ¿por qué decidió usted participar en esta investigación?
114. P: ¿En esta investigación? ¿A cuando usted me dijo 'quiere participar'? Porque a mí me da mucha alegría, es una alegría para mí el saber que puedo colaborar con la institución y con ustedes como médicos, que son como gente para que otros puedan, porque usted lo va a transmitir a otras personas supongo, puedan recibir, o sea, dar un aporte para que puedan ellos entender cómo uno puede manejar o no manejar el asunto, y la vida tiene que seguir, no porque a mí me da un bajón o me da un estrellón de enfermedad yo morí.
115. E: ¿O sea de alguna manera lo que usted dice de participar en esta investigación es como transmitir una enseñanza?
116. P: Si, para mí es como, es como una gratificación, para mí es un premio.
117. E: ¿Sí? ¿En qué sentido?
118. P: En el sentido de que yo recibí mucho y ahora di lo que he recibido, entonces quedé elegida por eso pienso yo, tu recibiste de ésta institución ahora da lo que recibiste, y pienso que si las otras personas de alguna manera se les pudiera decir, en alguna oportunidad, cuando van a las terapias individuales, que ellas también son valerosas y que pueden aportar, la persona como que va sintiéndose más persona y menos rezagada, porque a todas les sucede que les dicen 'ya la mamá está peinando la muñequita, ya la mamá está con los monos, ya la mamá está... no le hablis porque está echando y nos va a matar si nos acercamos a ella', y es controlable todo, no es que uno controle la enfermedad pero si las crisis.
119. E: O sea de alguna manera como que es una forma de agradecer, usted siente que participando en esta investigación está como devolviendo la mano.

120. P: Claro
121. E: ¿Sí? ¿Está agradeciéndole a la institución?
122. P: Sí.
123. E: ¿Y qué le han parecido esta tres entrevistas?
124. P: Buenas en parte, yo diría que más del 50 por ciento, porque el 100 por ciento sería si hubiesen sido más, o tal vez más desmenuzadas, en que usted me hubiese dicho 'a ver, ya, dígame que hace en un día, descríbame, o una semana'.
125. E: ¿Le hubiera gustado que hubieran sido más entrevistas?
126. P: Claro, porque yo al decirle a usted lo que yo hago en una semana, usted se podría haber dado cuenta que si es verdad que yo hago tantos bajones o no los hago.
127. E: ¿Piensa que no me he dado cuenta de eso, o que no queda claro?
128. P: No, no quiero decir que sea menos inteligente o más inteligente, si no que me hubiese gustado que hubiese no, ser más cantidad a lo mejor, no sé, es bueno que sea poco tiempo porque las personas tienen que venir y se complica un poco más el asunto, yo con Renato se me complica un poco el asunto, pero como trabajo pienso que todavía queda mucho adentro.
129. E: Ya.
130. P: Yo tengo mucho más que decir de todo esto de la enfermedad, con respecto a que, no sé si me he dado vuelta mucho en lo mismo, no se por qué esa es una de las fallas que tengo, de que vuelvo a lo mismo por falta de la memoria o por falta de capacidad de tenerlo vigente como lo tiene usted con más claridad, porque yo no soy profesional, yo soy la enferma, y no es que me disculpe pero desgraciadamente es así, entonces yo tengo la posibilidad de no darlo todo, o sea de escabullirme, es como un chorro de agua y que las vetas se van por distintos lados.
131. E: ¿Puede escabullirse porque tiene una enfermedad?
132. P: No, no escabullirme, pero se escabulle, o sea la enfermedad le gana a uno y uno no la puede pescar, y ese es el problema, es una cosa que yo pensaba hasta hace muy poco que sí, que yo tenía que dominar, y que yo tenía que tenerla toda bajo control, pero cuando llegaba a posta ya la cosa es porque ya no la puedo, entonces ya no es que yo pueda dominar, no es en el carácter o en la falta de voluntad, es como antes que pensaba yo, que las fatigas las podía controlar.
133. E: Siente que mucho de lo que le ocurre no puede controlarlo.
134. P: Entonces después descubrí que no, que las fatigas dan cuando uno tiene un problema de salud. Yo me caí en la calle porque tenía un cálculo y estuve un año entero con el cálculo oscilando, entonces yo me creía capaz de que no me iba a caer, y no me iba a pasar nada, y Renato caminaba y caminaba como loco y yo con el cálculo sin saber me desmayaba, entonces ahí yo empecé a pensar ¿pero cómo, qué falla? ¿Fallan mis nervios, falla el que yo quiero que me dé una fatiga para que éste deje de caminar? Y no era eso, era que yo estaba enferma.
135. E: Bien Señora Guillermina, le agradezco mucho que haya accedido.
136. P: Ojala sirva, y si necesita yo estoy, soy material dispuesto, no soy una lumbrera pero soy una enferma no más, soy una enferma que recibo la ayuda y

la buena voluntad de ustedes también, porque en esto hay que tener harto cariño a la profesión.

137. E: Bien, cuídese, muchas gracias.
138. P: Cualquier cosa ya sabe que existe.
139. E: Pero por supuesto, chao.

Entrevista Numero 1 a: Señora Mercedes

Participante: P

Entrevistador: E

1. E: Sra. Mercedes, hábleme de la evolución de su enfermedad.
2. P: Bueno, de la evolución de mi enfermedad... yo llegué bien mal para acá, con depresión, con ataques de pánico, he sido muy bien atendida y los remedios que me han dado me han hecho muy bien, no he tenido crisis muy seguidas a pesar de que ahora tengo problemas muy graves en mi casa, pero como con los remedios me he sentido mucho mejor, y los doctores que me han tocado, como siempre van cambiando, siempre me han atendido súper bien, no tengo ninguna queja, ni un reclamo, nada que decir, los remedios también, cuando los vengo a retirar me los han dado como es debido, bueno eso es lo que le podría aportar en cuanto a la atención, tanto de médicos como de la farmacia.
3. E: ¿Qué enfermedad tiene usted?
4. P: Yo soy hipertensa y tenía ataques de pánico, y me decían que tenía epilepsia, pero me hizo un Electroencefalograma y me salió normal, o sea la epilepsia no está ya, eso sí que estoy con la depresión siempre, y con ataques de pánico que me han venido pero muy a lo lejos, no muy continuo como me venían antes, con las pastillas que estoy tomando estoy durmiendo mejor, paso un poquito más tranquila, siempre nerviosa pero un poquito más tranquila que antes, y no sé qué más podría decirle en cuanto...
5. E: ¿Cuénteme cómo comienza su enfermedad, cuándo, en qué época, a qué edad suya, de qué manera?
6. P: Esto empezó en el 2001, mi esposo, un hombre muy bueno, trabajador, un buen papá, buen abuelo y buen marido, le dio una trombosis y me quedó en silla de ruedas. Él vivió 8 años, fue mi bebé, yo tenía que levantarlo, vestirlo, bañarlo, todo como un niño, y ahí yo me empecé a sentir mal, súper, súper mal, mal, mal. Una que no aceptaba de que él estuviera en esas condiciones cuando no se lo merecía, pensaba yo ¿ya? Y eso me produjo yo creo la angustia, la depresión, no sé, de ahí comencé con ese problema, pero yo trataba de, delante de él, que no pasaba nada, sino que yo lloraba afuera, en el patio, cuando él estaba en el dormitorio, lloraba y entraba como si no me hubiera pasado nada, yo era de las que caía al suelo y no sabía cómo y dónde estaba, ¿ya? Y me mandaron al neurólogo y el neurólogo me derivó aquí, al Hospital.
7. E: ¿Cuándo?
8. P: Eso fue como en el 2003 o 2004, no me recuerdo bien, y desde entonces que estoy con tratamiento, ahora que se me fue la Doctora Donoso, que se va también, tenía mucha confianza con ella, pero bueno, vendrá otro Doctora o Doctor, no sé qué me ira a tocar, que yo creo que me va a atender igual, pero he sufrido mucho señorita, mucho porque, sufrí mucho yo más que mi marido al verlo así inválido, sin poder hacerse nada por si solo, y yo tenía que estar en todo con él, en su comida, en su

afeitada, en su corte de uña, todo tenía que hacerlo yo. Yo tengo 5 hijos, uno está fuera de Chile, que es el único hombre que tengo de hijo, y las otras son mujeres, tan todas casadas, perdón hay 3 casadas, y mi hijo y mi última hija estos están solteros, pero mi hija menor tiene 2 niños, digamos la parejita, ella vive conmigo y con mis nietos.

9. E: ¿En qué año falleció su marido?

10. P: En el 2000.... Hace 9 años atrás.

11. E: En el 2001.

12. P: 2001.

13. E: 2001, 2002.

14. P: El 16 de diciembre del 2001, ahí él falleció, estuvo 8 años en silla de ruedas. Ahí comencé con mis problemas, tal vez porque me sentía muy sola, porque aunque él estaba sentado en una silla sin hacer nada era mi compañía, porque todas mis niñas están afuera, o sea, están en sus casa, hasta la menor estaba afuera, y después le pedí yo que se viniera a la casa a ver si me servía de alguna ayuda, lamentablemente no fue así, fue todo lo contrario, en vez de tener menos problemas de... con mi marido en cuanto a ayuda, se me hizo todo mas difícil, con la menor, que entre paréntesis acaba de cumplir 40 años, si no están lolitas, y tiene una mocosa de 18 años rebelde total.

15. E: ¿Cuántos años tiene usted?

16. P: Voy a cumplir 70 ahora en Julio.

17. E: Entonces, su hijo mayor ¿cuántos años tiene?

18. P: Mi hija mayor va a cumplir los 50 o 51, de 61 es mi hija la mayor.

19. E: ¿Oiga y cuando fallece su esposo usted se empieza a atender en dónde? ¿Empieza a tener problemas y se empieza a atender de inmediato?

20. P: Que iba yo al Consultorio de mi barrio de Huechuraba, ahí me daban pastillas de Diazepan y la Fluozeptina. y ahí me mandaron al neurólogo del San José y ahí me dijeron que tenía Epilepsia, yo no sabía lo que era.

21. E: Del San José la envían para acá.

22. P: Del San José me envían hacia acá.

23. E: ¿Y en estos años que lleva de tratamiento acá, que son varios, qué ha pasado con su tratamiento, con su enfermedad, qué ha sentido?

24. P: Me he sentido mucho mejor, estaba mucho mejor, pero con el accidente que tuve como que me retrocedí en mi tratamiento, me siento como inválida, no puedo hacer bien las cosas, ni puedo salir tranquila, ando con miedo de que me vaya a caer de nuevo, tonces como que retrocedí un poquito y me aumentaron la dosis de remedios, pero ahora me he sentido mejor.

25. E: Y en estos años de tratamiento acá, ¿ha llegado a sentirse recuperada?

26. P: Si, si he sentido recuperación, yo digo más de 50% de cuando llegué acá, porque yo venía muy mal.

27. E: ¿Pero no se ha recuperado totalmente?

28. P: No, no, todavía no estoy bien, me siento muy llorona, desgraciadamente tengo problemas con mi hija y con mi nieta, súper atrevida, se queda afuera cuando ella quiere, no sé si tomara drogas, no tengo idea, pero me roba plata de la pensión, se me han perdido cosas de mi casa, tones eso me tiene muy mal ahora, esto me pasó, llevan como 2 meses, ayer con el dolor de mi corazón yo fui a la Asistencia, eeh Hoja de Familia, me duele en el alma Señorita, no sé cómo me voy a sentir después, pero les pedí de que se fueran, que se fueran, que me dejaran vivir como sea pero

tranquila, porque no puedo tener nada en mi casa que no me lo sacan, y la plata sobre todo, yo vivo de una pensión que son 75 mil pesos, este mes me dejó sin un 20, sin un 20 y no es mi hija, es mi nieta, porque yo le he pillado y le roba plata a la segunda de mis hijas también, tonces estamos conscientes que ella es la que saca la plata...

29. E: ¿Esto ha hecho de que usted se sienta más mal en este último tiempo?

30. P: Si, más angustiada.

31. E: ¿Y usted piensa que se puede recuperar totalmente?

32. P: Yo creo que si señorita, yo trato de ponerle harto empeño, pero llego al límite de que yo ya no aguanto más, de verdad, como digo lo siento, me duele en el alma decirle a mi hija que se vaya, porque nunca se ha separado de mí, estuvo un par de meses afuera y de nuevo volvió a la casa, pero con la niña yo no puedo, me siento culpable de lo sentimientos que yo tengo hacia mi nieta, porque no la soporto porque es atrevida, me ha levantado la mano, tonces me siento mal, como si yo hubiera fallado en algo con ella, no sé en qué, de verdad no se en qué, yo tengo como 15 nietos y ninguno es atrevido, ninguno, yo meto las manos al fuego por todos mis otros nietos, pero con ella no puedo, no es odio pero es un rechazo que yo tengo hacia ella por el comportamiento que tiene ella conmigo, no sé, porque yo no encuentro que sea una mala abuela, nunca le he pegado ni nada, pero no sé..

33. E: Oiga pero, volviendo un poquito al tema de su tratamiento, ¿cómo vio usted el Hospital, como lo ve?

34. P: Bueno, como le dije anteriormente, la atención es buena, conmigo por lo menos no tengo quejas.

35. E: Cuénteme un poco cómo... cómo ha sido experiencia.

36. P: Bueno la primera vez llegué con mucho miedo, de que me dejaran hospitalizada y como yo tuve un sobrino que estuvo aquí hospitalizado, años atrás, y yo veía los enfermitos, tonces yo decía que yo a lo mejor iba a estar igual, pero con el tiempo de estar acá ya me fui tranquilizando y dándome cuenta de que no era tan así de que me iba a quedar aquí y iba andar como andaban otras niñas y otras personas. Yo encuentro que me han atendido súper, súper bien.

37. E: Usted dice que la gente le decía cosas sobre el Hospital ¿Y usted qué pensaba del Hospital?

38. P: Pensaba de que era cierto, porque les decían que los tenían todo el día durmiendo, que les pegaban, que les tiraban agua helada, yo tenía temor, temor de que si a mí me tendrían que haber dejado por algo que estuviera muy mal en mí, me iban a tratar igual.

39. E: O sea usted pensaba que si venia para acá no iba a salir más, que la iban a dejar hospitalizada por ejemplo.

40. P: Claro, que me iban a dejar hospitalizada y que me iban a tener durmiendo, durmiendo o que me iban a tirar agua, como decía la gente.

41. E: ¿Qué pensaba, qué tipo de pacientes se atendían acá?

42. P: Ehhh, un sobrino, hijo de un sobrino mío...

43. E: ¿Si pero usted pensaba qué tipo de personas se atendían en este Hospital?

44. P: A noo, ya, ya, no sé, yo eh... pienso... eh... pensaba, o sé que hay enfermedad que son psico... ¿cuánto? Que son trastornos mentales y sé que necesitan hospitalización, y esas cosas así de locura, eso pensaba yo, ya sabía de personas porque teníamos un centro de discapacidad donde yo llevaba a mi esposo, y la dueña de casa tenía unos ataques y estuvo varias veces hospitalizada aquí, y cuando volvía allá volvía como dormida, entonces eso me daba miedo a mí, de que me pudiera pasar

lo mismo, pero ella tenía una enfermedad grave, o sea no era una depresión, era algo más.

45. E: ¿Cómo considera usted lo que le ocurre, le parece que es una enfermedad grave o no grave, qué piensa de su enfermedad?

46. P: Yo siento que no estoy bien- bien, porque pienso mucho, lloro mucho, esa angustia, muchas ganas de llorar. ¿Por qué? No sé, lo que yo creo que lo que me pasa a mí que se me juntaron muchas cosas, falleció mi papá, falleció mi mamá, falleció mi sobrina y a los 7 meses de mi sobrina muere mi esposo, entonces se me juntaron muchas, muchas cosas, entonces como yo soy la mayor de las hermanas yo me tuve que hacer cargo de todo los funerales, y encabezando, cuando después falleció mi esposo yo no lloré su muerte señorita, no pude llorar, porque no es que no sintiera que él se me había ido, sino que era una cosa que no podía.

47. E: ¿Cómo siente usted que le afecta esta enfermedad que tiene hoy día, de qué manera le ha ido afectando?

48. P: En relacionarme con la gente, me aísla, yo paso encerrada en mi casa, no salgo a ni una parte salvo cuando me operaron la anterior, la primera operación, que me llevó la tercera de mis hijas, me llevó a su casa para cuidarme, esa es una de las salidas mías, y de la segunda también, pero si yo salgo de mi casa me siento como que estoy molestando, como que estoy demás, entonces busco pretextos como para venirme de vuelta a mi casa y estar ahí encerrada.

49. E: ¿Cuáles son los lugares cuando sale?

50. P: Cuando salgo... las salidas mías es venir al Hospital, esas son las que más hago, al San José y al Hospital.

51. E: Y cuando viene para acá ¿cómo se siente?

52. P: Vengo bien, vengo con ánimo, porque sé que voy a llevarme mis remedios y voy a estar bien.

53. E: ¿Qué es lo que espera usted cuando viene pa acá, encontrar qué cosa?

54. P: Espero la sonrisa de la Dra. Donoso empezando, la bienvenida que me da, que me espera con un beso y 'como está señora Mercedes', entonces eso me hace sentir bien, porque mis niñas se han alejado mucho de la casa.

55. E: ¿Cuál piensa usted que es la función acá de los profesionales y de los médicos?

56. P: Bueno, curar yo creo las angustias que uno siente, las depresiones que uno tiene, buscarle un porque que yo todavía no me explico, la única razón que yo doy es esa, que me han pasado muchas cosas.

57. E: ¿Cómo piensa usted que los profesionales pueden curar acá, profesionales de este Hospital?

58. P: Conversación con ellos, contarles mis problemas, aparte de los remedios. La atención no sé, unas palabra de cariño, que esté bien y ¿cómo está?, eso me hace bien, me hace sentir bien, porque eso no lo recibo en mi casa.

59. E: Cariño.

60. P: Cariño, exacto.

61. E: Usted siente que aquí recibe algo que no recibe en su casa.

62. P: Si, si en mi casa no recibo cariño.

63. E: ¿Qué más no recibe allá y acá si?

64. P: La atención, la preocupación, la preocupación de preguntarme si me he tomado los remedios y cómo me he sentido, en mi casa no se acercan las niñas a preguntarme nada de nada, entonces yo recibo más aquí, cuando vengo, que en mi propia casa. Mis nietas vienen, todas trabajan, ya están grandes y tienes sus niños también, y

atraviesan porque vienen, una hija mía, la segunda, vive al frente mío, pero si yo no atravieso no me ve, no me vienen a ver, salvo cuando necesitan, cuando me tengo que quedar con el niño, pero venir a verme para estar conmigo no, tonces yo he notado la diferencia que hay cuando estaba mi esposo, porque ahí pasaban, cuando Juan se enfermó venían toda la semana, o bien cada 15 días venía una, pero después ya no, cuando él estaba enfermo también yo me sentía mal, porque me llamaban por teléfono y me decían 'mamá, ¿cómo está mi papá?', pero nunca me preguntaban cómo estoy yo.

65. E: O sea usted acá, por ejemplo, siente que hay como cuidado y atención.

66. P: Si, y tal vez un poco de cariño.

67. E: ¿Cómo se imagina si el Hospital no estuviera, qué se imagina que pasaría, cómo se sentiría usted?

68. P: Yo creo que me sentiría súper mal, porque no tendría ese apoyo que recibo aquí cada dos meses, cada tres meses, yo pienso que me sentiría súper mal.

69. E: ¿Piensa que le pasaría algo?

70. P: Si, tengo mucho miedo cuando voy a mi pago, ahí salgo con miedo por la micro.

71. E: ¿Ya pero yo le pregunto si piensa que si no viniera para acá le pasaría algo a usted?

72. P: Estar más enferma, porque no estaría, no estaría con tratamiento, no estaría con atención, entonces a lo mejor no sé qué me podría haber pasado, eso es lo que pienso yo, no sé...

73. E: ¿Cuánto tiempo, por ejemplo, se imagina viniendo al Hospital?

74. P: No sé cuánto tiempo, llevé tantos años, ya que no sé cuánto tiempo más me va a tener en tratamiento la doctora. Un año o dos años, algo así más o menos, no sé, porque sin pastillas yo no sé... yo dejo de tomarme las pastillas y yo no valgo nada de nada de na, soy nula, verdad.

75. E: ¿Cómo se ve usted en un tiempo más?

76. P: Me veo... ¿por la enfermedad dice usted o cómo me veo yo como persona? Como persona me veo sola, me veo que voy a ser un estorbo para mis hijas, si es que me llegara a pasar algo más grave, aparte de esto que, ni Dios quiera, porque a mí me dio una trombosis a mi pierna cuando me operaron y estoy en tratamiento, pero esa trombosis puede volver en cualquier momento y no sé si al pulmón, al corazón o la cabeza, eso no lo tengo claro, toy tomando el Neocitron todos los días, por ser hoy día me toca la pastilla, es día por medio y dos días seguidos, y me veo en esas condiciones de que me pueda dar una Trombosis, y verme en silla de ruedas, y sé que no voy a tener la atención que yo le di a mi esposo, y a mí eso me angustia.

77. E: Eso la angustia, y en términos de su enfermedad mental ¿cómo se ve de aquí a algún tiempo más?

78. P: Yo creo que me veo mejor, yo siento que estoy tratando... estoy sacando los escollos... Por ejemplo ahora ya me decidí, como le decía que me dolía mucho lo de mi hija, pero ya no aguanto y corté de raíz, ella ya se va ya y yo no sé cómo me las voy a arreglar yo sola en la casa, a pesar de que yo hago todas mis cosas como puedo, yo me cocino, me lavo mi ropa y hago mi aseo...

79. E: ¿Usted ha trabajado alguna vez?

80. P: Si, cuidando personas mayores, siempre me han tocado gente adulta, estuve en una casa 8 años, pero puertas afuera sí, porque tenía mi hija y mi casa, y al último cuando mi esposo se enfermó estaba cuidando a un señor que tenía Alzheimer, y de ahí no pude trabajar más porque tenía que cuidar a mi marido.

81. E: No ha vuelto a trabajar.
82. P: No.
83. E: ¿Y se imagina volviendo a trabajar?
84. P: Si, pero sé que por ahora, con este problema que tengo, para mí es imposible, con el problema del brazo no puedo levantar mi mano.
85. E: ¿Qué le pasó?
86. P: Me caí en la casa, me caí barriendo el patio que es con cerámico y me resbalé, y quise a sujetarme de los fierros de la reja y en vez de tomar el fierro se me fue el brazo hacia la calle, tonces el muro que tiene la reja me dio, me soltó el hombro pa' arriba y me quebró en 3 partes el húmero.
87. E: ¿A usted le gustaba trabajar?
88. P: Si, me encantaba...
89. E: ¿Le ha gustado siempre cuidar enfermos?
90. P: Siempre, porque no sé, como cuidaba a mi mamá y a mi papá, a mi sobrino, a mi hermano, porque siempre he sido más de casa y más fría en cuanto a hacer una curación, si se cortaban o qué se yo, siempre he sido fría más en eso, entonces no me asustaba a mi cuidar una persona enferma, a mí se me han muerto personas, en mi brazo se me han muerto personas...
91. E: ¿Usted hizo algún curso de enfermería?
92. P: No, nada.
93. E: Se casó joven usted.
94. P: Si, 17 años.
95. E: ¿Usted nunca tuvo problemas o alguna enfermedad mental antes de la enfermedad de su marido?
96. P: No, nada, que yo recuerde nada, era sana, salvo de mi estómago, soy operada de ulcera y tengo gastritis crónica, eso si que ha sido bien enfermizo, pero mis niños han sido todos en parto normal, los he amamantado hasta los 2 años casi, así que era flacuchenta, si era pura leche la que tenía, ahora estoy guatona yo, estoy gorda, mi peso normal era 52 kilos o 48, y ahora estoy en 70, no sé si serán muchos medicamentos, pero tengo problemas para la tiroides, tonces a lo mejor digo yo las pastillas de la tiroides me están provocando esa gordura, yo no soy comedora, me como una ensalada y una fruta de vez en cuando.
97. E: ¿O sea usted pasa hartos en el Hospital?
98. P: Harto, si me canso de venir, pero por mi brazo, para recuperar algo aunque sea el 50%, tengo que hacerlo.
99. E: ¿Y usted siente que quedó un vacío muy grande con la muerte de su marido?
100. P: Si señorita.
101. E: ¿Y cómo ha llenado ese espacio, o si es que ha podido, cómo lo ha hecho?
102. P: Ehhh, antes de quebrarme mi brazo tejía mucho, me integré en un taller de tejido y tejía hasta las 2 o 3 de la mañana, chalecos, qué se yo, y en eso me desenvolvía y después empecé a trabajar afuera.
103. E: ¿Y en general qué piensa usted de las enfermedades psiquiátricas?
104. P: Las veo como feas, como decirlo, que malo que uno tenga algo en su cerebro, o en su cabeza que no funcione bien, y malo para uno porque la deja como que, no sé, la tratan de loca, o,o, eso me hace pensar...
105. E: ¿A usted la tratan de loca?
106. P: Si.
107. E: ¿Quién la trata de loca?

108. P: Mi nieta, porque tomo muchas pastillas, me dice que por eso soy loca. Yo no estoy loca, yo sé lo que estoy haciendo, mi memoria me falla si, entonces tengo que empezar a retroceder para acordarme dónde dejo las cosas.

109. E: ¿Y por qué piensa que la gente se enferma, por ejemplo, de la mente?

110. P: No sé señorita, tal vez los golpes, los fuertes golpes que uno recibe en la vida de dolores muy fuertes, yo pienso que eso, no sé, me da la impresión, no si se estará errada, no tengo idea, y tal vez hay enfermedades que son congénitas y que vienen desde chicos, desde niños.

111. E: ¿Y usted piensa que su enfermedad tiene que ver con golpes que usted ha sufrido en la vida, con dolores importantes?

112. P: Si, si yo creo que sí.

113. E: ¿Me comentaba que ahora le vuelven a cambiar su médico, no? ¿Cómo ha sido eso para usted?

114. P: Si, me da pena, porque uno se acostumbra con un médico, no sé cómo será, con quien me tocara de médico, si es Doctor o Doctora, pero con la Dra. Donoso me sentía súper relajada cuando venía a los controles.

115. E: ¿Qué le gustaba de la atención que le daba la Doctora?

116. P: La confianza que me daba para que le contara mis cosas, su sonrisa y su atención, su manera de... el contacto conmigo, eso me gustaba mucho.

117. E: ¿Qué piensa usted que es lo más importante que recibe del Hospital?

118. P: Lo más importante es lo que le decía anteriormente, es el cariño y la atención aparte de los remedios, yo no podría comprarme los remedios, porque los medios míos no me dan la facilidad como para hacerlo.

119. E: Si entiendo bien, usted siente que el Hospital le entrega hartas cosas.

120. P: Hartas cosas, aparte de los remedios, es lo que le digo yo, la atención, incluso la atención para mayores de 60 y tantos años tiene una entrega especial para farmacias, y ahí yo sé que tengo un lugar más rápido para salir, así que eso es lo que siento yo cuando vengo aquí, me gusta cuando vengo, vengo con ganas de venir, no vengo forzada, vengo con ganas de venir porque sé que me va a ver un Doctor y vamos a conversar y eso...

121. E: ¿Usted confía de alguna manera en los médicos?

122. P: Claro, confío harto, incluso confío en mi terapia que estoy haciendo, que voy a quedar con un 50%, pero lo voy a recuperar si Dios quiere, y eso es lo que quería contar yo poh, ¿me entiende?

123. E: Bien pues, vamos a dejar la entrevista por aquí y yo le voy a hacer una citación para que nos veamos como en tres semanas más, ¿le parece?

124. P: Si, ya...

Entrevista Numero 2 a: Señora Mercedes

Entrevistador: E

Participante: P

1. E: Bueno, vamos a hacer la segunda entrevista hoy día, y me quedé pensando en algunas preguntas.

2. P: Ya.

3. E: Ya, y me quede pensando en algunas preguntas sobre la entrevista pasada. En realidad, lo primero que le quería preguntar es como había entendido usted su participación en esta investigación.

4. P: Estoy un poco confundida porque no sé qué, todas las preguntas que me hizo a qué van encaminadas, no sé, a eso quedé un poco en el aire, entonces me gustaría saber porque esta entrevista, qué beneficios, que contra beneficios puede tener, o algo así.
5. E: ¿Usted pensó que algo podía depender de esta entrevista?
6. P: No, como usted me explicó que no había ningún problema de que por los remedios o por la atención médica, eso me quedó claro.
7. E: ¿Si?
8. P: Me quedó claro, sí.
9. E: Bueno, en realidad esta entrevista tiene el objetivo de mirar cómo ha sido la evolución de su enfermedad, cómo se ha dado en el tiempo, cómo se ha sentido usted, qué características ha tenido la evolución de su enfermedad y esa información nos permite a nosotros mejorar algunas cosas, eso esperamos, digamos que la información nos permita mejorar algunas cosas en la atención y en el sistema de salud en general, ese es el objetivo.
10. P: Ah, ya.
11. E: Yo le pregunto esto, si usted pensó que algo dependía en su tratamiento, porque usted me dio la impresión de que en su relato habían puras cosas buenas para el Hospital...
12. P: Si.
13. E: Entonces pensé si a lo mejor usted se había confundido y había pensado que usted tenía como que dejar bien parado al Hospital.
14. P: Ya.
15. E: No sé si algo de eso habrá pasado.
16. P: No, no, que en verdad con todo lo que yo... del tiempo que estoy viniendo acá yo no he recibido maltrato o una mala intención, no nada de eso, y estoy firme en mi convencimiento, yo misma, de que he sido bien atendida tanto por médicos, como le decía, por enfermeras, farmacias o cuando vengo a pedir la hora, así que no tengo reclamos que hacer, digamos, en contra del Hospital, porque todo me ha resultado, las veces que he venido me han tratado bien, salvo ahora que me preocupé un poco porque la Dra. Donoso se fue y me iba a dejar con una Doctora, pero me dieron hora para un médico, bueno no importa, eso es lo mismo no más, yo creo que acostumbrarse no más.
17. E: ¿Pero le generó algo eso?
18. P: No, es que no lo conozco todavía, no tengo tratos con él digamos hasta el 4 de Abril, entonces la primera consulta que voy a tener con él.
19. E: ¿Pero le asustó un poco que fuera hombre y no fuera mujer?
20. P: Si, me dio un poco como no tanta confianza ya, eso, pero miedo no, sino que como estaba acostumbrada con puras niñas, puras señoritas que me atendían, entonces claro que de primera me atendió un señor, un Doctor, y después me cambiaron a Doctora, y así hasta ahora, hasta ahora que me cambian otra vez a médico.
21. E: ¿Y le pasó algo así como que la Doctora le había dicho algo y fue distinto? ¿Qué le produjo eso?
22. P: Una pequeña desilusión, porque ella me dijo que me iba a dejar muy encargada con una Doctora, no me acuerdo el nombre en este momento, pero me dijo que me había dejado muy encargada a ella, entonces cuando vine el martes, anduve por aquí yo que tuve una terapia y pasé a pedir la hora, y me tocaban los remedios, y me dicen

de que me va a tocar un tocar un Doctor, entonces ahí me desilusioné un poquito, pero es cosa de rutina yo creo, de acostumbrarse no más, eso no más.

23. E: ¿Cree que se va a acostumbrar?

24. P: Sí, yo creo que sí. Porque un médico y un médico estudian lo mismo, y yo sé que me va a ir bien con él también.

25. E: Bueno quería, ¿le quedó claro el objetivo?

26. P: Sí.

27. E: ¿No tiene dudas?

28. P: No.

29. E: Quería que me contara un poquito más de su historia.

30. P: De mi historia.

31. E: Sí.

32. P: Mire, esto es primera vez que yo lo voy a contar, yo cuando lo tuve un accidente no fue por un caída casual, estaba muy deprimida y encontré en mi casa una botella de pisco, estaba muy llorona ese día, muy bajoneada y sola en la casa, y me puse a tomar me dije yo un vasito chico de pisco, pero no, terminé hasta que termine todo, entonces, como no estoy acostumbrada a beber, me curé, y me curé de verdad, entonces yo, mire, yo soy fumadora señorita, eso no lo he podido dejar nunca, y yo fumo desde chica, desde los 15 años, he dejado durante los embarazos y la lactancia he dejado de fumar, pero después vuelvo a lo mismo, a fumar de nuevo, y ahora eso se me ha acrecentado más, yo no tengo un cigarro y estoy desesperada, y no hayo qué hacer o de donde sacar, me consigo plata por último, pero el cigarro para mí no puede faltar, y esa vez que yo me caí fue porque yo estaba ebria, estaba ebria y andaba buscando un cigarro y entonces yo sabía que en mi máquina, porque yo hacía costuras, yo sabía que en mi máquina siempre manejaba cigarros, y lamentablemente no estaba en mi estado normal y no sé si me mareé o me resbalé, la cosa es que me caí y la máquina estaba justamente en el ventanal del comedor, y ahí está la ventana que tiene el vidrio y este coso de aquí yo me traté de sujetar seguramente, porque no me acuerdo, traté de sujetarme, pero yo me caí entonces el brazo me quedo colgando de la ventana y ahí fue cuando yo me quebré el humero en tres partes.

33. E: Oiga y usted dice que es primera vez que lo cuenta.

34. P: Primera vez.

35. E: ¿No se lo había contado a su psiquiatra?

36. P: No.

37. E: ¿Por qué primera vez?

38. P: Por vergüenza.

39. E: Por vergüenza.

40. P: Por vergüenza, sí.

41. E: ¿Y por qué me lo cuenta hoy día?

42. P: No sé, porque tenía ganas de sacar eso que tenía en mí que estaba oculto, que no se lo había contada a nadie, y no sé, me dio la confianza como para decírselo a usted, y me siento mal por eso, pero no he vuelto a tomar, menos ahora, yo no puedo tomar una gota de alcohol para nada por mi trombosis, porque eso es perjudicial para mí y de hecho no tomaba, pero ese día no sé qué me paso de verdad, me sentía muy sola, me sentía muy llorona y lamentablemente se me presentó eso que había ahí, que no sé de cuánto tiempo estaría, porque en mi casa no hay hombres así que no hay trago, mi yerno que...

43. E: Yo le preguntaba un poquito también por su historia más hacia atrás ¿no?, que me contara un poco cómo era su familia, cómo estaba constituida, cuénteme un poquito de su historia desde chica.
44. P: Ya, de mis papás, de mi papás ¿qué le puedo decir? Mi mamá era maestra de cocina, ella trabajaba todos los veranos para afuera de Santiago, entonces quedaba en la casa un hermano que falleció enfermo del pulmón, mis otras hermanas y mi papá, entonces yo era la que tenía que atenderlos, digamos en hacer comida y en lavar, dejé mis estudios porque no me daba el tiempo.
45. E: ¿Por qué tenía que ser usted?
46. P: Porque era la mayor de los hermanos.
47. E: ¿Eran tres?
48. P: Éramos cuatro.
49. E: Eran 4 y uno falleció.
50. P: Uno falleció.
51. E: ¿A qué edad?
52. P: A los 33. O sea, miento, éramos 5 más mis sobrinos, los hijos de mi hermana, entonces yo tenía que atender a todos.
53. E: ¿Pero cuántos hermanos eran?
54. P: Mire, en verdad mi mamá tuvo trillizos, gemelos, y si hubieran nacido todos hubiéramos sido 19 hermanos, pero quedamos 6, falleció una hermana, quedamos 5, y después falleció el Toñito, y ahí quedamos los 4 que hasta ahora estamos vivos.
55. E: ¿Toño murió a qué edad?
56. P: A los 33 años.
57. E: A los 33. ¿Vivían todos juntos?
58. P: Todos juntos, y mi hermana murió a los 50 años de un cáncer a un estómago, de una ¿cuánto se llama esto que le dan a los que toman trago?
59. E: Cirrosis.
60. P: Cirrosis, pero ella no era de trago, era de dulces, ella vivía comiendo dulces, la buena mesa, las carnes y los asados, qué se yo, pero ella no tomaba un trago y se tenía que operar de una hernia umbilical, y cuando la operaron en el San José para operarla de la hernia la abrieron y se dieron cuenta que tenía un cáncer ramificado, sufrió mucho, en 3 meses ella sufrió harto, entonces con mis papás, mi mami yo siempre he tenido, o sea tuve ahora, ya me duele cuando me acuerdo, pero yo cuando me case a los 17 años yo tenía que haberme casado como yo quería, de blanco porque me lo merecía, porque yo no había tenido relaciones con mi marido, y mi mamá por irse a trabajar fuera de Santiago entonces me dejó todos los papeles listos, la libretita de matrimonio, papeles de nacimiento, todo lo que se necesita para uno casarse por el civil, y no me case por la iglesia, entonces eso quedó como una rabia para mí en contra de mi mamá, la quería mucho y siempre la quise, y siempre la quiero, pero quedo eso en mí, que porque yo sí, yo me merecía haberme casado como Dios manda.
61. E: Pero ¿por qué no se casó por la iglesia?
62. P: Porque no había quien lo atendiera, porque yo era la mayor, entonces no había quien organizara nada, la familia de él era nula, no participaba con él.
63. E: ¿Y usted dijo que en algún minuto tuvo que cuidar a su mamá y a su papá?
64. P: Sí.
65. E: ¿Por qué?

66. P: Porque era... mi mamá sufría, era asmática, tenía problemas cardíacos, se quebró una pierna, tenía un negocito mi mamá, y por ir a apretar una ampolleta se subió en una banca, se le dio vuelta y se quebró en 3 partes la pierna, entonces yo vivía de mi casa haciendo mis cosas en mi casa, y atendiendo a mi mamá, y de ende a mi papá y al negocio también. A mi papá yo lo quería mucho, era la regalona de él, él me decía la Coca, 'mi Coca', y éramos compadres, porque ellos fueron los padrinos de una de mis niñas, pero con mi papá teníamos una relación muy buena, muy de cariño, muy de piel, muy de tocarse, que un beso, que 'papito', que me iba a ver, que me hacía un pan amasado o una tortilla, qué se yo, y la primera en llevarme era a mí, y cuando él necesitaba algo, a la primera que acudía también era a mí.

67. E: ¿Y a usted le gustaba cuidar?

68. P: Si.

69. E: ¿Pero parece que hay un minuto en que se empieza a sentir mal de cuidar tanto?

70. P: Si, me cansaba.

71. E: ¿Por qué?

72. P: Porque mi papá no se podía agachar a cortarse sus uñas de los pies y 'ya comadrita', me decía, 'tengo las uñas, me las corta', y yo le decía 'ya papito, yo se las corto', así que él ponía sus pies en el lavatorio a remojar sus piecitos y yo le cortaba las uñas, incluso lo afeitaba a veces, y a mi mamá fueron 7 meses que estuvo con yeso, había que cambiarla, moverla y atenderla igual que un niño, porque ella no se podía valer por sí misma.

73. E: ¿Y usted cuidaba a los dos?

74. P: A los dos.

75. E: Vivía al frente y los cuidaba a los dos. ¿Y usted trabajaba además?

76. P: No, yo con mis niñas, tenía a la María y la Juanita, a las dos primeras niñas.

77. E: ¿Cuántos hijos tiene?

78. P: Cinco.

79. E: Cinco.

80. P: Cinco niños, un hombre y cuatro mujeres. Entonces yo, pero mi esposo nunca me reclamó nada, porque era muy consciente, y otra de que yo en el resto de que yo tenía libre de no cuidar a mis papas yo iba y hacía mis cosas, y las niñas siempre andaban limpias, su comida a su hora, no tenía nada de qué reclamarme, de que yo desentendiera a mi deberes de dueña de casa para atender a mis papás.

81. E: ¿Nunca se rebeló contra el tener que cuidar?

82. P: Si, si, con rabia contra mis hermanas, porque todas se apoyaban en mí, todos, ninguna decía 'ya, yo voy a hacer esto por ti hoy día y tu descansa, o no sé, o date una vuelta', entonces ahí a veces teníamos encontrones con mis hermanas, que no eran tan chicas como para no hacerse cargo de mis papás, porque incluso tengo una hermana que tiene 84 años y está viva todavía.

83. E: ¿Entonces no era la mayor?

84. P: No, era la mayor, pero ella vivía aparte, ella vivía en Cerro Navia.

85. E: ¿Pero era de papá y mamá?

86. P: No, de mamá no más, pero también tenía buena relación con mi padre. Con mi padre hasta cierto punto, porque siempre tenían diferencias, siempre habían disgustos o ella lo maldecía, entonces eso a mí me dolía mucho, me dolía mucho de que tratara mal a mi papá, porque mi papá no era malo, era un hombre trabajador, trabajaba en construcción, también se cayó de un andamio, también tuve que cuidarlo a él,

entonces ellas se hacían a un lado, digamos, de la responsabilidad, porque todas éramos hijas y todas teníamos que cuidarlos, pero siempre me tocaba a mí, de repente no le digo que mi esposo, de repente, me reclamaba. ¿Por qué? Porque no por el aseo, ni por el cuidado de las niñas, sino porque lo descuidaba a él.

87. E: ¿Pero logró como rebelarse en algún minuto y dejar de hacer eso, dejar de cuidarlo o que sus hermanas pudieran cuidarlo?

88. P: No.

89. E: No. ¿O sea que usted se enojaba?

90. P: Me enojaba.

91. E: Pero ¿no pasaba algo más?

92. P: No, no pasaba más, hasta el último momento en que mi madre falleció, mi papá le dio una trombosis y estuvo un mes en el Hospital Joaquín Aguirre, no recobro nunca el conocimiento y yo todo el mes, del 13 de junio al 13 de julio que fue el momento en que falleció, yo todos los días en el Hospital, todos los días.

93. E: Eso suena como tener una actitud muy estoica no, como muy entera ante el sufrimiento.

94. P: Si.

95. E: Como que usted se mantenía firme.

96. P: Yo era la fuerte, era la fuerte de la casa.

97. E: Era la fuerte de la casa, ¿piensa que eso tiene alguna relación con lo que le pasa hoy, con sus dificultades hoy día?

98. P: Si yo creo que sí, yo creo que si porque yo me traté de dar ánimo, a veces no lo suficiente, porque hay días en que yo, como le contaba, yo vivo con mi hija menor, pero ella es ella, y yo en el comedor, que mi distracción es la tele y la radio, además no puedo hacer muchas cosas por mi mano enferma, sino yo estaría trabajando, entonces me siento impotente, me siento inútil que no pueda hacer mis cosas como yo las hacía antes.

99. E: Pero ¿cómo ve la relación entre haber sido siempre tan fuerte y lo que le pasa hoy día?

100. P: No sabría explicarlo.

101. E: No sabría, ok. ¿Y sus dificultades, más explícitamente, empiezan cuándo?

102. P: Cuando mi esposo se enferma.

103. E: Cuando su esposo se enferma.

104. P: Si, ahí empecé yo como a, no sé, si tenía responsabilidad con mis padres, con mis hermanos que llegaban con sus rodillas echas tiras jugando futbol o qué sé yo, y los atendía, entonces haber tenido más responsabilidad porque era mi compañero, yo la vida mía ocho años fue casa, Hospital, terapia y así consecutivamente.

105. E: ¿Y sigue un poco eso hoy día, entre la casa y el Hospital?

106. P: Nada más.

107. E: Nada más, eso es como lo que usted hace en su vida.

108. P: Es mi rutina, mi rutina diaria. Ahora con mi brazo, que tengo que venir tres días a la semana a hacer ejercicio, me estoy perjudicando este hombro porque desgraciadamente mi hija no es como que yo me atiende, entonces yo no puedo barrer y lo hago igual. La semana ante pasada, porque mi hijo me arregló la casa, mi hijo es el cuarto de mis hijos, es el hombre, él no está acá en Chile está en España hace ya 22 años, él adaptó la casa para mi esposo, agrandó el baño, puso cerámicos, le dio lo mejor que pudo a su padre, porque lo adoraba, o sea todas las niñas querían mucho a

su papá, y yo dependo ahora de él casi, y de la poca de pensión que tengo, pero he estado mal, porque el trabajo ha estado malo.

109. E: Depende económicamente de él.

110. P: Claro, cuando él está bien y tiene trabajo, me manda mi platita, ya 50 o 60 para mí es bueno, es bueno porque ahí me puedo arreglar yo para mi, comprarme mi leche o un yogurt, en fin, esas cosas.

111. E: ¿Y usted no tiene ninguna otra actividad?

112. P: Yo, nada. No estoy ni en un centro de madres, ni en un club, no.

113. E: ¿Por qué?

114. P: No sé señorita, de verdad que ni yo me explico porque vivo encerrada, es como que me gusta la soledad.

115. E: Porque me acordaba que usted decía la vez pasada que como que el Hospital satisfacía algunas carencias tuyas afectivas.

116. P: Claro.

117. E: Entonces me preguntaba si habría alguna otra instancia donde usted pudiese encontrar eso, por ejemplo, o si lo ha encontrado en algunos otros lugares también, como esos afectos.

118. P: No, de verdad no.

119. E: ¿No lo has encontrado o no los ha buscado?

120. P: No he buscado, exacto. Me han invitado a que participe en un centro de madres, pero yo empezando no puedo tejer, me encanta tejer y no puedo hacerlo, entonces qué haría, estar ahí sentada sin hacer ninguna actividad, entonces me sentiría como, no sé, tal vez ocupando el lugar que a otra persona le podría ser más aliciente, servirle más, podría conversar, es todo lo que podría hacer, entonces no me he propuesto yo ir a un centro de adulto mayor o no me lo propuesto de verdad, y no es porque no tenga tiempo, el tiempo me sobra, porque yo en la mañana yo hago mis cosas, pero estoy teniendo mucho dolor en mi brazo izquierdo, hago mis cosas lo mejor que puedo, yo lavo mi ropa, lo que no hago es planchar, pero yo barro y me lo tienen estrictamente prohibido.

121. E: ¿Y por qué si se lo tienen prohibido lo hace igual?

122. P: Porque no me gusta ver sucio señorita.

123. E: ¿Usted qué otras cosas ha hecho para recuperarse, además de venir al Hospital? ¿Siente que ha hecho alguna otra cosa que le va a poder ayudar?

124. P: No, ni siquiera visito a mis hermanos, encerrada.

125. E: ¿Y usted, perdón, cree que habría otra cosa que la podría ayudar?

126. P: Yo creo que sí, que tiene que haber alguna salida para este encierro, porque para mí es un encierro el estar ahí sentada, entonces yo me cuestiono, yo misma me digo '¿qué estoy haciendo aquí?, ¿qué estoy haciendo aquí sentada sin hacer nada?', no puedo tejer no puedo coser', entonces me siento inútil, me siento como que fracasé por esto mismo, y yo le pongo mucho empeño en mi recuperación, yo todo los días hago ejercicio, pero no sé.

127. E: Para la recuperación del hombro.

128. P: De mi hombro.

129. E: Y respecto de su salud mental digamos, ¿qué sería para usted recuperarse?

130. P: El dormir sin pastillas, porque yo sin pastillas señorita, yo no duermo, incluso ahora me estoy despertando a las 3 o 4 de la mañana y de ahí me quedo en blanco, no puedo dormir, incluso he llegado a tomarme una más pastilla de las que yo tengo que tomarme, de las que me receta exactamente el médico, porque me desespero al no

poder dormir, me levanto, me doy vuelta por el patio, me siento en el comedor, en el living y a oscuras, no soy miedosa, no le tengo miedo a la oscuridad, y no prendo ninguna luz y me quedo ahí, y me pongo a llorar, y de verdad que a veces digo que estoy demás, porque ¿qué estoy haciendo? Ahora tengo mucho miedo por mi trombosis, que estoy tomando el Neositron, y yo digo de repente, ni Dios lo quiera, me pasara algo como a mi esposo, yo sé que no voy a tener la atención que tuvo él.

131. E: Y usted decía que recuperarse, en términos de su salud mental sería dormir y poder dormir bien. ¿Hay algo más que sería también otra cosa para poder recuperarse?

132. P: Tener no sé, un aliciente, algo que me incentivara a tener más ganas de vivir, porque en este momento yo estoy muy, como explicarle, muy sola, muy deprimida, yo tengo nietos, tengo bisnietas, pero si yo no atravieso a verlas a ellas, ellas no vienen hacia mí, y yo las crié desde cuando nacieron hasta que ya estuvieron yendo hasta el colegio las mandaba yo, entonces siento que están muy alejadas de mí, muy poco cariño, si yo no atravieso ellos no vienen.

133. E: Usted siente que no encuentra cariño en su familia. ¿Cuál, volviendo al tema del Hospital, cuál cree usted que es el rol que tiene el Hospital en su vida?

134. P: El rol que tiene el Hospital en mi vida, mire en terapia me siento bien a pesar de que sufro mucho.

135. E: Pero este Hospital, el Hospital Psiquiátrico.

136. P: Este Hospital Psiquiátrico me ha dado la tranquilidad en cuanto a los remedios, porque me siento, ya no me da el pánico que sentía antes de empezar a tomar medicamentos, porque antes de tomar medicamentos era una cosa así que yo estaba en mi pieza y como que las murallas se me iban juntando, o que el techo se me venía encima, tenía miedo de andar en micro, tenía miedo de andar sola, y yo señorita, yo para todas partes ando sola, yo no tengo quien me diga 'ya, yo te voy a acompañar' o 'abuelita, yo te acompaño', nada. Exámenes a los que me tengo que venir a las 7 para hacerme un examen a las 8, yo sola, yo digo ¿me pasara algo en la calle? Siempre ando con mi carnet de identidad, mi dirección, los números de teléfono de mis hijas por el caso de que me pueda pasar algo, ese es el miedo que tengo, el temor.

137. E: Usted siente que los medicamentos le dan tranquilidad.

138. P: Si.

139. E: ¿Usted, cuando viene para acá, cómo se siente?

140. P: Bien, porque no me siento obligada, no me siento como que tengo que ir porque o sino me van a retar, o me van a llamar la atención, o no me van a dar los remedios, no, yo cuando tengo que venir yo vengo, yo me preparo la noche anterior, dejo la ropa lista, dejo todo en el baño para hacer mi ducha, y vengo con ganas de venir, no vengo forzada, no vengo por obligación, la obligación si es porque me dan medicamentos, pero no porque, no como obligación de que me vayan a retar, porque yo no vine, trato todo el tiempo de llegar siempre antes de la hora, yo nunca llego tarde a una consulta, nunca, me vengo una hora antes, aunque tenga que esperar no importa, pero nunca he llegado atrasada.

141. E: ¿Por qué le importa tanto?

142. P: Me importa.

143. E: ¿Si?

144. P: Me interesa, porque yo digo que si no cumplo conmigo, nadie lo va hacer por mí.

145. E: ¿Y cuándo se va de acá cómo se va?

146. P: Me voy bien, sé que llevo mi medicamento, me siento más segura porque sé que llegando a la casa me llevo a tomar mis pastillas que me tengo que tomar y me voy bien, me voy tranquila. Y eso me sirve, por un día aunque sea, el hecho de salir a la calle, el hecho de tomar un micro, el hecho de venir mirando por la ventana y mirar otras caras, aunque no converse con nadie, pero ver otras personas, es como que me llena un espacio que tengo muy vacío.

147. E: El Hospital llena el espacio que tiene vacío.

148. P: Si, por ser en este momento yo estoy conversando con usted, en mi casa yo no hablo con nadie, yo ¿sabe lo que he llegado a pensar? Que voy a perder la voz, porque yo no hablo.

149. E: Aquí encuentra como la posibilidad de hablar.

150. P: Exacto.

151. E: De conversar.

152. P: Exacto.

153. E: Por eso es tan importante venir al control, como de aprovechar los minutos que tiene.

154. P: Claro que sí.

155. E: O sea recibe algo más que el medicamento.

156. P: Recibo algo más que el medicamento, recibo atención hacia mí, hacia mi persona, que me valorizan como una persona, no como un objeto, no como cualquier cosa, me siento en ese aspecto, no digamos querida pero si atendida, eso significa para mí el Hospital.

157. E: La vez pasada decía que recibía afecto.

158. P: Si, mucho.

159. E: ¿Y cuando piensa en eso, piensa en algún profesional o alguien del personal en particular?

160. P: Como le decía, me encariñe mucho con la Dra. Donoso, me encariñe mucho con ella y ahora la voy a echar de menos, a lo mejor porque ya no la voy a ver, eso me intranquiliza, pero yo sé que aquí los médicos son todos buenos y sé que no me van a tratar mal, y voy a tener la confianza que me brindó la señorita Donoso.

161. E: ¿Qué piensa usted que hace que este sea un buen hospital como dice?

162. P: Yo tenía un mal, tenía un mal concepto del Hospital, le tenía terror, le tenía miedo, mucho miedo, porque como veía gente que pasaba pidiendo, o que hablan solo y cosas así, le tenía mucho, mucho miedo, pero cuando empecé a venir empecé a ver que la cosa no era así y de que, claro, si hay agresivos están en otro lado, no andan afuera, y sé que no me van a hacer daño, o puede que algún día me toque algo, no sé, pero no tengo miedo de eso, pero cuando vengo me gusta. Ayer estaba súper preocupada, preocupada porque usted no me había llamado, y yo decía 'pero si es 21', saqué el papel como tres veces, y miraba el calendario, 'no, si es el 21 y tengo que ir', yo me vine de mi casa a las 11:30 para estar a la 1, porque las micros se demoran terriblemente harto en pasar, porque esta súper malo el recorrido.

163. E: ¿Por qué sentía que tenía que venir?

164. P: Porque me gusta hablar, me gusta conversar, no sé pero me gusta, el porque tal vez, como le digo, estoy conversando con usted porque en mi casa no hablo con nadie, es poquísimo. El domingo pase con mi hija que me convidó a almorzar, ahí me sentí bien, estamos al frente y se lo agradecí, porque yo no tenía nada, no tenía un centavo, no tenía azúcar, no tenía pan, no tenía nada, entonces decía yo 'qué me voy a hacer, bueno me hago cualquier cosa, unos fideos por lo menos, tenía unas papas,

dije yo, me hago un poco de puré, aunque sean solos', pero no tenía mantequilla y no tenía leche.

165. E: ¿Y usted no le pide a sus hijos la ayuda?

166. P: No.

167. E: ¿Por qué?

168. P: Soy orgullosa señorita, de verdad que soy orgullosa.

169. E: Como que pide la ayuda en otro lugar, pero no pide ayuda a sus hijos.

170. P: Es que yo pienso que... yo con mi madre yo trabaja, cuando estaba mi esposo yo trabaja afuera, y yo pasaba al supermercado a comprar cosas para mi casa pero también compraba para mi mamá, en general para mi mamá, para mi papá y para mis hermanos, entonces yo venía con dos bolsitas y no era necesario que ellos me dijeran a mi 'tráeme esto, porque no tengo esto'. Entonces yo pienso ¿por qué mis hijas no lo hacen igual? Porque yo las veo llegar con paquetes, allá son 5 personas los que trabajan al frente, entonces un kilito de azúcar, un paquete de tallarines o de arroz, lo que sea, no creo que signifique mucho gasto.

171. E: ¿Y usted cuando viene para acá, por ejemplo, les dice que viene para acá?

172. P: Si, si les digo, les digo 'ya mañana', por ser, anoche, porque yo siempre atravieso, entre mi orgullo siempre me gusta saber cómo están mis nietos y mis bisnietas, atravieso a decirles hasta mañana, me voy a acostar porque yo a las 10 de la noche ya estoy acostadas, ¿qué hago sola ahí sentada en el living? La casa es grande señorita, porque mi hijo la agrandó, es grande y sola, y miro y veo las fotos entonces me da nostalgia, me da pena y digo yo '¿Qué estoy haciendo en esta casa tan grande y sola?' Cuando antes teníamos que salir uno para que entrara el otro, porque estaban todos, mis nietos, mis hijas, mis yernos, pero ahora no hay nadie. Mi hija es muy independiente, de ella no más, de su pareja y de su niño, y de sus amigos, pero entran por la cocina y no entran por el comedor, si me ven me saludan, sino no me saludan sencillamente, pero ellos no comparten conmigo, de decirme 'mamá, ven para acá un rato, estate con nosotros, conversemos o algo así', no, no lo hacen.

173. E: Bien, vamos a dejar la entrevista acá por hoy día ¿ya? Y nos vamos a ver en dos semanas.

174. P: En dos semanas.

175. E: Le voy a hacer un papelito para anotarle la fecha y la hora para acordarse.

176. P: Para acordarme, si, porque de repente se me pierde.

177. E: Yo igual la voy a llamar, la llamo un día antes o la llamo ese mismo día en la mañana. ¿Ya?

178. P: Ya.

Entrevista Numero 3 a: Señora Mercedes

Entrevistador: E

Participante: P

1. P: Es que vengo tantas veces le digo, que se me confunden las fechas.

2. E: Me imagino. Bueno hoy día vamos a hacer la tercera entrevista, y última, en este proceso en el que hemos estado.

3. P: Bueno.

4. E: Y revisando un poco las entrevistas anteriores hay algunas preguntas que me quedan todavía. La primera pregunta que tengo tiene que ver con que usted me contó que usted no le había contado a su Doctora de su episodio de la caída ¿no? Que había sido porque usted había estado con alcohol...
5. P: Claro.
6. E: Entonces a mí me quedó la duda que ¿por qué no se lo contó a la Doctora, si usted tenía tanta confianza con ella?
7. P: No sé, yo creo que de vergüenza. Yo pienso eso, de vergüenza, porque no soy una mujer tomadora sino que fue esa vez que, no sé, estaría muy estresada o estaría muy asustada, no sé de verdad qué es lo que me paso entonces, por eso no se lo conté y, o sea, lo tomé como un accidente y pasó no más, y no se lo conté, pero yo creo que fue de vergüenza de verdad.
8. E: ¿Y vergüenza de qué?
9. P: De que ella me pudiera haber dicho que era una alcohólica o cosas así, cosas que no son ciertas porque yo no bebo nada, menos ahora que tengo ahora esta trombosis y que tengo que estar tomando pastillas, así que yo no puedo probar una gota de alcohol, nada de nada.
10. E: Y su Doctora la conocía ¿no?
11. P: La conocía, claro.
12. E: Entonces ella sabía que usted era alguien que no tomaba.
13. P: Exacto, claro.
14. E: ¿Por qué habría pensado usted que ella podría pensar eso?
15. P: Como que una desilusión para ella el haberle contado de que yo había tomado esa vez, eso me dio vergüenza, que se tomara una mala imagen de mí, de decir 'ah no, esta mujer toma todo el tiempo, y por eso se cayó', una cosa así.
16. E: Miedo a desilusionarla.
17. P: Exacto.
18. E: ¿Y en ese sentido es posible pensar que hay otras cosas dolorosas de usted que le ocurrieron que no les contó por vergüenza, por ejemplo?
19. P: Dolorosas sí, en cuanto a quitarme la vida y eso, se lo conté.
20. E: ¿Cómo?
21. P: A matarme. A veces habían días de que me daban ganas de tomar todas las pastillas que tenía y tragármelas, y ya no saber nada del mundo, porque ya no tenía ganas de vivir, estaba muy mal, anímicamente no tenía ganas de vivir, para mí si comía bien, y si no comía para mí era igual, entonces eso me tenía muy mal.
22. E: ¿Y eso se lo contaba?
23. P: Si.
24. E: ¿Y cuál es la diferencia entre eso, por ejemplo, y esto del alcohol? Porque esto parece que no le daba tanta vergüenza contarle...
25. P: No, no me da vergüenza contarle eso, pero si, del alcohol si, porque es como que le tenía tanta... ¿Cómo decirle? Me tenía en buena disposición, o una cosa así, y que yo la hubiera desilusionado porque yo me había caído por el trago, eso me daba vergüenza, por eso no se lo conté, por eso no le conté a la Doctora.
26. E: ¿Qué otra cosa no le contó por vergüenza, por ejemplo?
27. P: No, no me recuerdo que otra cosa, no, eso de que le conté que mi hija era drogadicta, todavía creo que toma o fuma por ahí marihuana, no la he visto yo, pero sé que parece que todavía sigue en lo mismo, no tanto como antes, pero si lo hace, eso se lo conté a la Doctora, igual que mi nieta que se fue de la casa, está con una nieta

mía porque ya no se soportan con la mamá y no se llevan bien, conmigo menos, es atrevida, me ha levantado la mano, me ha robado cosas.

28. E: ¿Su hija?

29. P: Mi nieta, tiene 18 años ahora, pero eso se lo conté a la Doctora, yo lo único que le oculté fue la caída, que me había caído en el patio regando, lavando el patio, eso no era cierto sino que fue porque yo, desgraciadamente, me tomé ese trago que había ahí, y con las pastillas y todo, perdí la noción de lo que estaba haciendo y me caí.

30. E: Ahora ¿parece que era bien importante la Doctora para usted no?

31. P: Mucho, hartó.

32. E: Porque le daba miedo desilusionarla.

33. P: Si, si, me daba miedo.

34. E: Cuénteme un poco de eso.

35. P: ¿De ella, de la relación entre las dos? Era una confianza porque me decía 'ya Mechita, a ver cómo estamos hoy día, cuéntame que te ha pasado en este tiempo, ¿te has tomado tus remedios, como te has sentido, has salido a alguna parte?' Me da esa confianza para yo contarle cómo me he sentido y me decía 'sin vergüenza.' Incluso un señor que anduvo detrás de mí, y se lo conté a la Doctora, pero eso no llegó a ningún principio ni final, o sea, fue un principio y un final al tiro, porque el hecho de que andaba detrás de mí este señor se lo conté a mis niñas yo, y mis niñas pusieron el grito en el cielo, porque 'cómo se te ocurre, mi papá ya murió' y en fin, entonces tuve que descartar la posibilidad de tener una pareja, y también se lo conté a la doctora, de ahí esa fue la única casi recaída que pude haber tenido en cuanto a tener una persona.

36. E: ¿Cómo una recaída?

37. P: O sea digamos una, haberle hecho caso a mis sentimientos y a mi corazón, o no sé, y no haberles hecho caso a mis niñas, porque encontré que eran egoístas porque ellos tienen sus casas, tienen sus maridos y tiene sus hijos, y yo estoy sola.

38. E: Pero no entiendo bien cuál sería la recaída. ¿Recaída sería que usted le hiciera caso a sus sentimientos?

39. P: Eso.

40. E: ¿Y por qué eso sería una recaída?

41. P: No, pienso yo, no sé, no sé cómo explicarlo de verdad.

42. E: Pero no importa, trate.

43. P: Una desilusión, de que las niñas iban a juzgarme, a tomar una mala imagen de mí, que yo a los 9 años hubiera encontrado a otra persona, el miedo a eso, a perder el cariño de mis hijas, eso fue.

44. E: O sea por el miedo a perder el cariño usted oculta ciertas cosas, o no las dice o no las hace.

45. P: Exacto, no las hago o no las digo, me guardo muchas cosas que yo a veces quisiera gritarles o decirles, qué sé yo. Por ser, mis hijas quedaron de ayudarme a mí en lo monetariamente, en 5 mil pesos cada uno, eso quedó en veremos, o sea, nunca se realizó hasta ahora, hasta la fecha nunca se ha hecho, y a veces me dan ganas de decirles 'bueno, ustedes quedaron en esto porque lo que yo saco no me alcanza para vivir, y ustedes quedaron en que me iban a ayudar económicamente y no pasó nada con ustedes', entonces me da rabia de no poderle yo decirle a ella 'bueno porque, porque si me prometieron algo, no lo han cumplido', y no se los digo, no se lo digo a mis niñas. La única que me ayuda es la Marcelita, la Claudia Marcela, que es la

tercera de mis niñas, ella siempre está preocupada por mí, que me voy a la casa de ella los fines de semana, ahora no más estuve 5 días en la casa de ella.

46. E: O sea, si entiendo bien, usted hace como una comparación ¿no? O sea, con la Doctora usted también sentía que recibía cariño y, como por el miedo a perder ese cariño, usted no le decía todo.

47. P: Claro, claro, si, yo creo que era eso.

48. E: Aunque decir eso podría ayudar, a la par quizá, al tratamiento.

49. P: A lo mejor, yo creo que sí, pero por el miedo, decía yo 'voy a perder mi imagen de una mujer normal, sin trago, sin nada, y ella va a pensar que tal vez de que yo siempre tomo, porque si toma una vez ya yo pensaba que iba a pensar que todo el tiempo iba a estar tomando', y no es así, pero me dio miedo de contarlo.

50. E: Le dio miedo.

51. P: Si me dio miedo por perder ese contacto que teníamos, tan de cariño, tan de amistad más que de Doctora a paciente.

52. E: ¿Y cómo es para usted el cambio de médico tratante?

53. P: Mire, es primera visita que tengo, visita con el médico que me ve ahora, es un jovencito, es joven como la Doctora, y me gustó, o sea me sentí bien también con él, tengo que traerle unos exámenes que me mandó a hacer la Doctora antes que se fuera y tengo que traérselos a él para que los vea, y me gustó porque me dio también confianza, no me sentí mal, me sentí bien, me sentí más o menos con el mismo vínculo en el trato de la Doctora al doctor.

54. E: ¿Y cómo podríamos definir eso?

55. P: Para mí, es buena.

56. E: ¿Pero cómo es el trato?

57. P: Afectivo. No digamos que es de besos, no, si no que, por ser, el decirme 'no señora Mercedes', lo encuentro un poco frío, porque estaba acostumbrada a que la Doctora me decía 'Mechita' en vez de Mercedes, Mechita me decía, y yo le planteé a él que la Doctora no me decía nunca Mercedes sino Mechita, y él me dijo '¿y yo la puedo tratar igual?', y yo le dije 'si Doctor, ni un problema', así que eso me dio un poco más de confianza.

58. E: ¿Él le pregunto si la podía tratar así?

59. P: Claro, un diminutivo digamos de mi nombre, y yo le dije que si, porque me sentía bien y eso me gustó. Ahora tengo... en Junio tengo de nuevo médico con él.

60. E: Y también le pregunto un poco por el momento en que tiene que cambiar, más allá del médico que le tocó ahora ¿Cómo vivió que le tuviera que cambiar de Doctora a alguien que usted sentía tan cercana, quien le ayudaba y que le hacía bien? ¿Le dio rabia, le dio pena?

61. P: Me dio pena, mucha pena, porque ya me había acostumbrado mucho a la Doctora, porque ella iba pasando por el pasillo y estaba ahí en las bancas esperando ser llamada y ella me veía 'Hola guachita', y un beso, 'ya te voy a llamar ya', entonces yo decía que a lo mejor me va a tocar un Doctor más frío, más de edad, y que va a ser enojón y tenía miedo de verdad, pero no, ahora que estuve con él vi que no es así.

62. E: Algo dijo también la vez pasada que la doctora le había dicho que la iba a dejar como encargada con otro médico.

63. P: Claro.

64. E: ¿Y eso no fue así?

65. P: No, no fue así.

66. E: ¿Y qué le pasó a usted con eso?

67. P: Porque ella me dijo que me iba a dejar con una Doctora, no con un doctor, que me dijo que era muy buena también, y ella había conversado de mi caso con ella también, y ahí me desilusioné un poco cuando pedí la hora para el control y me dijeron que era un médico el que me había tocado y no la doctora, y yo le pregunte a la señorita que porque si la Doctora Donoso me había dejado recomendado con otra doctora. Me están llamando...

68. E: Conteste.

69. P: Entonces ahí me sentí un poco incómoda, porque yo pensé que iba a ser una señorita la que me iba a atender.

70. E: ¿Y en qué sentido le incomoda o le incomodaba que fuera hombre y no mujer?

71. P: No sé, como ya estaba acostumbrada, porque las veces que he venido me han tocado puras mujeres, puras doctoras, nunca me había tocado un doctor, entonces es perder la costumbre, eso yo creo que me incomodó un poco, pero ahora no, no me siento mal que me esté atendiendo un médico.

72. E: Siente que puede como adaptarse a esa sensación.

73. P: Si, si me puedo adaptar.

74. E: ¿Y qué piensa que le pasaría a usted si le tocara un médico así como pensó, alguien mayor, más distante o cortante o poco afectivo? ¿Qué pasaría con usted, con su tratamiento y con su recuperación?

75. P: Francamente Doctora, yo creo que vendría por obligación y no por voluntad como lo hago ahora de venir porque tengo ganas de venir, lo haría por obligación y por los remedios, pero no vendría con la disposición de hablar con un medico mayor, porque no sé cómo ira a ser eso. Eso es lo que me produce.

76. E: ¿Cuán importante siente que es el Hospital en su vida?

77. P: Mucho doctora, el hecho de que me escuchen, el hecho de que yo venga, el hecho de tomar mis remedios, de que en mucho sentido me ayuda en cuanto a estar más tranquila, porque yo era un atado de nervios que ni yo misma me entendía, me daba rabia conmigo misma y pasaba rabiando, y rabiaba por cualquier cosa, y más con el problema con mi brazo que no podía hacer nada, entonces ahí me venían como nervios y de hacer cosas malas, de matarme o qué sé yo, porque decía 'soy un lacre, una persona inútil', porque yo voy a quedar con el 50% de movilidad y los dolores son terribles, yo vengo a mi terapia igual.

78. E: Y cuando, por ejemplo, usted piensa en la idea de matarse o cosas así ¿Qué piensa que la retiene o que la ayuda como a salir de eso? ¿En qué piensa?

79. P: Pienso Doctora de que si Dios nos dio la vida él tendría que quitárnosla cuando llegara la hora, y por mi hijo, más por mi hijo que ya hacen 4 años que no lo veo, el hecho de que puede, en cualquier momento, venir él y verlo, eso me da fuerza para seguir luchando.

80. E: ¿Por qué no lo ve hace 4 años?

81. P: Está en España, hace ya veintitantos años que está en España, ahora él quiere que vaya yo para allá.

82. E: ¿Y usted quiere ir?

83. P: Quiero ir pero, o sea, yo ya habría ido, pero como me dio la trombosis el médico no me lo autorizó por el viaje en el avión, que son muchas horas, pero me dice 'mamita ve y habla con el doctor, y ve que te traigan tus remedios, aquí yo te llevo a tu terapia y acá también hay centros médicos y qué sé yo, porque quiero verte, abrazarte, hacerte cariño', y yo también le digo yo, y ahí lloramos los dos, eso me quita el no hacer nada, más mi hijo.

84. E: Su hijo. ¿Y cuándo esta con esas ideas, usted acude al Hospital?
85. P: No, nunca.
86. E: ¿Por qué?
87. P: No sé, porque yo me tomo, si veo que estoy muy mal, me tomo otra pastilla para dormir, de las que me dan aquí, pero me tomo aparte de la cantidad normal, me tomo otra cantidad, y me quedo dormida y ahí me calmo, y duermo y ya después se me pasa esa angustia, y deseo de no vivir, y no querer nada.
88. E: Pero cuando esta así ¿no pide ayuda entonces?
89. P: No, ni a mis hijas ni a nadie, me encierro.
90. E: ¿Y por qué no pedir aquí ayuda, por ejemplo, en el Hospital? ¿Cómo será que lo ve usted el Hospital que no?
91. P: No sé, que nunca se me ha pasado por la mente venir porque yo digo 'tendría que ir, no sé, con algún ataque', pienso yo, si llego al Hospital tendría que venir con ataque de epilepsia o algo así, porque pienso que sería hacer perder el tiempo, quitarle la atención a otra persona que puede que lo necesite más que yo, ese es mi pensamiento y no sé si estaré equivocada o no.
92. E: ¿Cómo que no fuera tan importante lo suyo como para pedir ayuda, por ejemplo?
93. P: Claro, exacto.
94. E: ¿Y le preocupa mucho esto como de quitarle un tiempo de atención a otra persona, o a los médicos, o a los profesionales?
95. P: Si, me preocupa.
96. E: Cuénteme un poco de eso.
97. P: Me preocupa que, digamos, yo vengo ya con ese ánimo de quitarme la vida, pero llegar a otra persona muy mal, con un ataque de rabia o epilepsia, qué sé yo, y por atenderme a mi dejaran de lado a esa persona, mientras tanto, siendo que ella necesita más que yo de atención, eso es lo que me da la idea.
98. E: ¿Qué piensa usted que necesitaría recibir para mejorarse?
99. P: Yo creo que más afecto de mis niñas, más preocupación por mí, no digo monetariamente sino que afectivamente, que se preocupen más de mí como lo hace Marcela, como lo hace mi tercera niña, porque las demás, mi hija mayor tiene una posición muy cómoda, tiene una linda casa y un lindo auto, ellos trabajan y son todos ingenieros, mis nietos yo los crié, nacieron y yo los crié hasta que entraron al jardín, porque mis hijas entraron a trabajar, pero ahora ni una llamada de teléfono, nada de nada, yo sé de ellos porque mi hija me llama y les pregunto cómo están, el único contacto que yo tengo con ellos. Antes mi hija mayor me llevaba a la casa, y me convidaba un par de días para que fuera para allá, o un fin de semana, y ahora tampoco lo hace, porque agrandaron la casa y pusieron un segundo piso, porque ya tienen el dormitorio grande abajo y no hay otra pieza chica, entonces no me convida, y si vienen a mi casa están a lo más una hora o una hora y media, vienen a ver y no vienen tan solo a verme a mi sino que vienen más a ver a mi otra hija, a la Juanita, la segunda, porque ahí están los niños, los sobrinos, entonces atraviesan no más a mi casa, dejan el auto afuera y atraviesan donde mi hija y me dicen 'mamá, vaya donde la Juani', y yo digo 'ya, de ahí voy', y yo para no, como que ellos tuvieran algo más que conversar entre ellos, no voy, no atravieso y me quedo en la casa y después me dicen '¿y por qué no atravesó mamá, porque no fue?' 'ay, es que estaba haciendo cualquier cosa', una disculpa tonta, pero una disculpa.

100. E: O sea, si entiendo bien, lo que a usted la ayudaría a mejorarse no está acá en el Hospital.
101. P: No, en parte sí.
102. E: ¿Si?
103. P: Mucho.
104. E: ¿Cómo cree usted que el hospital la puede ayudar a mejorarse?
105. P: Bueno, viniendo a mis controles, hablando con el médico, tomándome mis remedios, sintiendo esa preocupación por mi persona, porque no soy un objeto, soy una persona, y eso yo creo que me hace bien y me da, porque yo llego con ánimo doctora a mi casa, cuando vengo aquí yo llego con ánimo, llego con ganas de hacer cosas, me impide mi brazo, pero igual yo hago mis cosas.
106. E: ¿O sea usted siente que mientras más viene, mejor está?
107. P: Mientras vengo, o estando viniendo aquí, me siento bien.
108. E: Se siente bien.
109. P: Si. Igual que cuando vengo a terapia, porque también el kinesiólogo se preocupa de mi, de que haga mis ejercicios bien, aunque sean doloroso y todo, y ya me dice 'arriba y con la cara llena de risa', y hacemos ejercicios, entonces también me siento bien porque siento que alguien se preocupa de mí, lo que en mi casa no pasa porque si yo no atraveso donde mi hija que está al frente, ella no atraviesan para acá. Tengo 5 nietas al frente y dos bisnietos, y ellos no atraviesan.
110. E: ¿Y usted tampoco?
111. P: En la noche, a última hora, cuando me voy a acostar, yo tengo que atravesar, pero lo que me da pena y rabia es que ellos no vengan a decirme 'ya mamá, se va a acostar, que amanezca bien, ¿o necesita algo?', nada, sino que yo soy la que tengo que ir hacia ellos y no ellos hacia mí. En cambio Marcela, ella todas las noches el teléfono '¿mamita cómo está, tomaste once, te tomaste los remedios?' y está siempre preocupada, lo que no hacen las otras niñas, yo le digo mis niñas son viejas, la mayor tiene 50 años pero es muy fría, desgraciadamente están muy mentalizadas, están muy apegadas nada más que a la plata, porque mis dos nietos, ella es, mi nieto es ingeniero en terreno de constructor, ingeniero constructor y estudió geomensura también, que es lo mismo, vende joyas y gana su buen sueldo. Mi yerno es jefe de una empresa grande, también gana bien buena plata, pero ellos ni por casualidad doctora llegan con una paquete de azúcar si quiera ¿ya?, entonces no saben si yo tengo o no tengo a veces para comer, entonces no se preocupan de eso, eso es la despreocupación que tiene hacia mí. En cambio Marcela no, Marcela está preocupada de mi todos los días, y yo creo que a cada rato, de mí y cuando estoy allá mis nietos me abrazan, me dan besos, o sea están pendientes de mí, igual que mi yerno.
112. E: Eso parece que le hace muy bien a usted, que estén pendientes de usted.
113. P: Si, no es que quiera llamar la atención, pero necesito el afecto, el cariño, porque yo no he sido descariñada con ellas, les dimos entre los dos la educación que tienen, si no habrían sido una empleada como fui yo y nada más, pero nos preocupamos de ellos.
114. E: ¿Oiga señora Mercedes que le ha parecido estar en esta investigación?
115. P: Bien, me gustaban las preguntas porque con usted me he abierto en cuanto a la mentira que le dije a la Doctora, se la dije a usted.
116. E: ¿Y por qué cree que aquí pudo decirlo?

117. P: No sé, de verdad no sé explicármelo, pero sentí que tenía que decirlo, era como claro que tenía como atragantado, como oculto, como miedo o vergüenza una cosa así.

118. E: ¿Y le ha parecido bien participar?

119. P: Bien.

120. E: ¿En qué sentido bien?

121. P: Bien.

122. E: O dicho de otra manera ¿Qué es lo que le ha gustado de participar en la investigación?

123. P: Me ha gustado las preguntas que me ha hecho usted, me ha gustado usted como persona, eso me ha gustado mucho, he sentido confianza y me he sentido acogida con mis preocupaciones, que usted se ha preocupado de preguntarme mis problemas, eso me ha gustado mucho doctora.

124. E: ¿Hay algo más que quisiera agregar o contarme antes de que terminemos y cerremos este proceso de entrevista?

125. P: No, yo creo que no. Lo que tenía oculto ya lo dije, lo otro que puede ser es que yo siempre me he preguntado qué pasaría conmigo si yo tuviera una pareja, y yo no, no está en mi como aceptarlo Doctora, si se presentara una ocasión yo creo que no sería capaz de hacerlo.

126. E: Bueno yo, en ese sentido, le quería sugerir, a propósito de que usted ha dicho muchas veces que ha estado muy sola, que se siente muy sola, que parece que se la pasa mucho en los hospitales y que no ha podido como adherir a otro tipo de instancia que la pueda ayudar, o actividad, le quería contar que aquí hay un grupo que va a empezar ahora pronto, con personas que están como cercanas de su edad, que viven como situaciones parecidas, tal vez sería bueno que usted pudiera venir, hablar, contar sus cosas y compartir sus cosas con otras personas que están en situaciones más o menos similares.

127. P: Ya.

128. E: No sé si le parece o no la idea, pero por lo que he escuchado en estas tres entrevistas parece que usted estuviera como pidiendo harta ayuda también, y que a lo mejor sería bueno que saliera como del encierro de la casa.

129. P: Si, el encierro, porque yo vivo encerrada Doctora, si las salidas más son estas.

130. E: O sea como lo que usted decía que iba a perder la voz porque no hablaba con nadie, entonces lo que yo le sugiero, si usted lo quiere lo toma o no, es que usted viniera a conversar en esta situación, que es grupal.

131. P: Ya ¿y qué días serían esos doctora?

132. E: Son los lunes a las dos de la tarde.

133. P: Los lunes a las dos de la tarde. ¿Una vez a la semana?

134. E: Pero si puede venir, sino cada 15, lo ideal es una vez a la semana, pero si no puede hacerlo igual, ahora lo podemos ver con la secretaria con el día y la hora, pero se lo ofrezco porque es un dispositivo que esta acá en el Hospital y que a lo mejor sería bueno para usted.

135. P: Ya Doctora, le pediría si yo me integro sería cada 15 días, porque estoy cansada Doctora.

136. E: Me imagino, eso lo podría conversar ahí en el grupo con la persona que dirige el grupo.

137. P: Claro, porque vivo más en el Hospital que en mi casa.

138. E: Si, así parece ¿no?

139. P: Si, más en el Hospital que son 3 días, en terapia no más aparte de los días que me tocan médico, y a veces doctora yo no dispongo de la plata de la micro, de verdad.
140. E: Bien pues.

Entrevista Numero 1 a: Señora Berta

Participante: P

Entrevistador: E

1. E: Ya señora Berta, le voy a pedir que me hable de la evolución de su enfermedad.
2. P: Como qué, a ver, que evula, evula, ya...
3. E: Evolución, cómo se ha ido desarrollando, qué es lo que le ha pasado.
4. P: Mi enfermedad tiene altos y bajos, hay tiempos en que yo me siento mejor, pero que ni yo me explico que caigo después al fondo, y tomando los remedios, después los intercambios, porque a lo mejor es mucho, o tengo que tomar menos, pero igual me siento pésimo. Por ejemplo, yo estuve, como el año pasado, como un par de meses antes de Diciembre, muy bien, me sentía bien, pero como que llegó ya Enero, hasta esta fecha, y caí a fondo.
5. E: ¿Qué significa caer a fondo?
6. P: Volver a sentirme más enferma de lo que estaba, porque antes era hempertenética, yo no me cansaba, los remedios como que activaba, pero ahora me canso, yo por mi no me levantaba en todo el día, hay días en que siento mucha angustia, mucho sueño, por mi fuera siempre noche, y antes yo odiaba la noche, acostarme para mí era un sacrificio, decía yo 'por qué llegó la noche, por qué me tengo que acostar', yo le contaba a la Doctora. Y le decía 'Doctora, qué quiere que haga, yo no puedo cambiar de noche ni de día, está hecho así', lloraba yo, porque llegaba la noche y me tenía que acostar, sin embargo ya se oscurece y por mí no fuera, que estoy acostumbrada a atender a mis hijos, yo no cocinaría, no haría nada.
7. E: ¿Cuándo partió? ¿Usted sabe qué enfermedad tiene?
8. P: Si, tengo una depresión definitiva ya...
9. E: ¿Cómo definitiva?
10. P: Es una depresión que ya lleva 10 años, yo creo que ya no se me va a quitar.
11. E: Cuénteme un poco ¿cuándo en su vida comienza esto?
12. P: Esto comenzó cuando a mí me dio... un... ya... harán más de 10 años cuando empecé. Una fue que me afectó el Servicio Militar de mi hijo, yo tengo 4 hijos, un hombre y tres mujeres, y siempre viví ilusionada, como él es enfermo, operado de la cadera, que nunca iba a hacer el Servicio y después se presentó, y ellos lo encontraron según ellos apto para el Servicio, y lo mandaban al norte. Yo no tengo familia en el norte, trabajaba yo no más, y tenía a mis cuatro hijos estudiando y se me hizo todo un mundo, no podía sacarle yo para nada el Servicio a mi hijo, y ahí empecé.
13. E: ¿En qué año más o menos hablamos?
14. P: Hablamos, póngale más o menos, 18 años atrás. Me afectó mucho también mi marido, es una persona alcohólica, me afectó mucho el maltrato psicológico, porque él me hablaba muchas cosas, me hería mucho verbal, no a golpes, porque a golpes yo soy más, soy una persona que en 5 minutos puedo perder el equilibrio o la mente y dejo la escoba, y la dejo, porque yo no dejo que nadie me toque, desde los 7 años he tenido siempre mi vida eeeh, he cumplido que no voy a dejar que nadie me toque, así he cumplido, pero verbalmente mi marido me trataba muy mal, porque yo trabajaba.

15. E: ¿En que trabajaba?
16. P: Trabajaba en una fábrica de plástico.
17. E: Y su marido, ¿siguen casados? ¿Sigue viviendo con él?
18. P: Si, si.
19. E: ¿Con cuántos hijos viven ahora?
20. P: Con los 4, y 2 nietos, y yernos.
21. E: Y después ¿cómo se fue dando, usted dice que esto comenzó cuando su hijo se fue a hacer el Servicio Militar al norte, qué le empezó a pasar y cómo se fue dando?
22. P: Empecé con mucha angustia, parece que el corazón se me salía, y yo la ignorancia me lo apretaba, iba a médicos de medicina, y me daban una cosa y otra cosa, gasté más de lo que yo ganaba, y qué pasó, de que justo me tomó eso de la etapa de una menopausia precoz, y no me la traté y entonces me tomó eso también, esos bochornos que me mojaban entera, me mojaba, me perdía, tiritaba, dolores de cabeza que no veía y la depresión, entonces se me juntaron las dos cosas. Ya después solucioné lo de mi hijo, que ya se lo saqué el Servicio, pero ya quedé enferma.
23. E: ¿Cómo quedó enferma?
24. P: Los nervios, siempre igual, de transmitir que mi marido tomaba todos los días, de escuchar lo mismo, escuchar, escuchar, escuchar que muchas veces me decía que me iba a pegar, pero yo le pegaba al tiro, porque ya era tanto el cansancio, porque trabajaba 12 horas y llegaba a la casa y transmitir, y a veces él, no sé si me habría pegado o no me habría pegado, pero yo decía que le iba a pegar. Una vez le di un planchazo y le rompí la cabeza, que ya llegué a lo último y que... la pesqué y le pegué no más poh', él siempre me decía que me iba a pegar, pero no poh'. Yo tuve el ejemplo de que mi madre siempre fue muy maltratada, pero de lo último, tonces yo vi eso, mi padrastro la maltrataba, tonces quedé con eso y dije que nunca yo voy a dejar que me toquen así de esa manera, entonces hice eso, cuando no me daba los 5 minutos, según mi dicho, decía yo 'no, a este hombre yo voy a ahorcarlo alguna vez con una plancha, con el cordón de la plancha lo tenía', pero mis hijas se pusieron a gritar y me decían 'mamá ¿cómo se te ocurre, que está pensando, está loca?', y ahí lo yo veía a mis hijas desesperadas, y veía lo que yo estaba haciendo, y lo dejaba.
25. E: ¿Y usted diría que usted, hace 18 años, usted se siente de la misma manera?
26. P: Ahora, peor.
27. E: Ahora peor, y entremedio ¿ha tenido mejores periodos?
28. P: Si.
29. E: Y ahora ¿por qué dice peor?, ¿cómo es?
30. P: Porque, por ejemplo, este año yo soy fascinada de la playa, me gusta donde hay harta gente y hartos juegos, todo lo que es con harta bulla, no muy sola, y este año me baño, y me pongo mi traje baño, y yo no sé bañar, pero en la playa hago escándalo y soy feliz, mis hijas me dicen 'hácete un poco más allá, pa' que la gente vea todo, pero no sé porque andai con nosotros...', yo soy feliz, pero este año fui a sentarme a mirar así, porque estoy muy ida.
31. E: ¿Idea?
32. P: Si.
33. E: ¿Hace cuánto tiempo usted se atiende acá?
34. P: Como 3 años.
35. E: ¿Cómo piensa, o siente, que ha sido su tratamiento?

36. P: Aquí me han tocado médicos buenos, han tenido paciencia conmigo, porque a veces he llegado con mis 5 minutos y enojada, y enojada de qué, pero bueno, mi enfermedad es así, pero ellos me han tratado muy bien, me han ayudado bastante, me dicen que a la hora que me sienta mal venga igual, o lo que yo necesite el Hospital está dispuesto a tratarlo.

37. E: ¿En qué siente que la han ayudado?

38. P: En los remedios, en la atención, porque al no pagar nada, por ejemplo, yo he ido a consultorios y me han tratado así, bien déspota, y sin embargo acá no, acá la tratan como con un amor a uno, en los consultorios uno se siente mal, es humillante, pero acá no, acá a uno le dan la hora y en todos lados acá hay amor...

39. E: ¿Hay amor?

40. P: Claro.

41. E: ¿Usted diría que encuentra así como cierto afecto aquí?

42. P: Claro, o sino yo no vendría, porque diría para que voy a venir si voy a salir peor de ahí, me van a tratar mal, porque hay mucha que si uno le dice 'que voy al psiquiatra' la mira así como diciendo que está loca, y a onde va, pero están muy equivocados, porque el Hospital es muy bueno, yo no tengo nada que decir del Hospital.

43. E: ¿Qué piensa usted en general del Hospital, cómo lo ve?

44. P: Bueno, bueno, me han hecho scanners, que son a veces caros, exámenes que tampoco he pagado, remedios, me han dado muestras, que los médicos como por ejemplo la Dra. Claudia Smith, para el ánimo, para tirar para arriba, y así muy preocupado, como el Dr. Palma, y así varios médicos que me han tocado acá, porque como lamentablemente uno cumple un año y le cambian médicos, lo único que... pero casi todos son buenos, va en que uno se acostumbra con un año con una Doctora y te dice que 'hasta aquí yo llego', y a uno le da pena, porque está acostumbrada a conversar tanto con ellos, y dejar eso a uno le da pena, pero el sistema es así, no sé, del Hospital o ella, no se poh', ahí yo no entiendo, soy ignorante en eso...

45. E: ¿Cómo se imagina usted que es? ¿Qué es lo que usted piensa de cómo o cómo funciona?

46. P: Que debe ser así, deben ser las órdenes, así que vendrá... por ejemplo, yo tengo para otra Doctora y me dicen que es muy buena, debe ser buena.

47. E: Usted se confía.

48. P: Si.

49. E: ¿Cómo que se entrega un poco a las manos de los médicos?

50. P: Si, porque cuando he tenido pena he llorado acá, cuando me he portado mal se lo he contado a la Doctora y así hemos tenido bastante confianza, porque ante ella prometimos ya que yo ya no le iba a levantar la mano más a mi marido, porque me dijo la Doctora que se me podía pasar la mano, y yo me podía ir presa, y hay tantas cosas en una cárcel, tonces yo no lo he hecho. Cuando mi marido quiere transmitir, salgo pa' afuera o lo ignoro, hago que habla una persona cualquiera pero yo ya... me ha dicho la Doctora cómo ha estado el trato, y yo le digo que bien, yo ya no hago eso, porque era realidad...

51. E: Parece que en algunas cosas ha podido estar mejor.

52. P: Si, en lo que es cumplir.

53. E: ¿Que sería para usted, por ejemplo, mejorarse?

54. P: Eeeeh, sentirme bien, ser feliz. Yo antes era la persona que, pucha, todo lo tomaba... para mí todo era gracia, ni por tener que trabajar el día domingo no sé... lo

hacia con gusto, me sentía feliz, ahora no se poh', soy una persona que como que estoy muriendo en vida, porque nada me agrada.

55. E: ¿Usted cree que se va a mejorar o que no se va a mejorar?

56. P: A veces le pido tanto, tanto a Dios de que sí, que me quiero mejorar, claro los años, yo tengo mis años, y digo que a lo mejor el cansancio, todo esto que tengo, que he trabajado mucho, y ahora eee, estos, es lo que... el resultado, pero veo a gente con más edad y la veo, pucha, levantarse temprano, con ganas de conversar, de ir al gimnasio, de participar en cosas de ancianos, la gente de edad a mí no me gusta.

57. E: ¿Usted dice que quiere mejorarse, pero usted cree que se puede mejorar?

58. P: Quiero mejorarme... a veces dudo, porque he tomado tantos remedios, tantos en mi vida...

59. E: ¿Cuénteme un poco de eso?

60. P: Entonces...que digo yo, a veces pienso que quiero mejorarme, ser la que era antes, pero también pienso, digo, los años, porque yo por mí no me metiera a la cocina para nada, ni comiera, con tal de no ver la cocina, la odio, y antes no porque si eran las doce de la noche y alguien quería comer algo, yo se lo hacía, lo hago porque mis hijos trabajan o estudian.

61. E: ¿Usted dice que ha tomado tanto medicamento?

62. P: Mucho, mucho, mucho.

63. E: ¿Y ahí es donde piensa que no tiene mucha como esperanza de estar mejor, de recuperarse?

64. P: Claro, de recuperarme, porque yo creo que si a mí me abrieran el estómago me encontrarían bolsas de remedios, porque hay veces en el día que yo me puedo tomar hasta 10 pastillas...

65. E: ¿Y porque cree que no le hacen el efecto que usted espera?

66. P: No se poh', a eso voy yo, del porque, por qué yo no puedo mejorarme. Claro, yo miro aquí a agente y doy gracias a Dios que yo estoy mejor, que veo gente que aquí llega peor que yo, y más joven.

67. E: ¿En qué ve esas diferencias?

68. P: Ya como que ahí me voy más... respiro, y salgo afuera y como que respiro más hondo, y digo 'Señor, soy mal agradecida, porque adentro vi casos peores', adentro vi casos, pero es porque aquí se ven casos.

69. E: ¿En qué piensa? ¿A qué se refiere?

70. P: Aquí hay gente que es joven, que tiene eso del Parkinson, tiritita entera, otra que hace movimientos en el cuerpo, habla cosas incoherentes, tonces yo la observo, otros que se pasean, hablan, el otro día andaba un lolo muy joven echando garabatos, y yo lo miraba y decía ' Señor, entonces yo no estoy tan enferma como yo creo.'

71. E: ¿Por qué llegó usted al Hospital?

72. P: Eeeh, gracias a Dios una señora de edad, gordita, con un moño así, que la recuerdo, mucho fue una vez al consultorio de La Pincolla, una vez al médico y ella fue, y me tocó, y le conté que me sentía tan enferma, enferma de los nervios, que he gastado más de lo que gano, me dan una cosa y me dan otra cosa, iba al San José, que estuve yendo y me veía el Neurólogo, y sólomente me daba el Valpar y él me veía una vez al año, y las receta él me las despachaba no más, era como que yo iba a comprar algo y después iba a la Liga y las compraba y listo, eso era todo. La Doctora me dijo que yo estaba perdiendo el tiempo, que iba a hacer una interconsulta pero que yo no le contara a nadie, y que yo misma la viniera a dejar al Hospital del Psiquiátrico,

y que me olvidara de gastar plata y de andar de médico en médico, y que me iba a mejorar y me iban a dar remedios. Yo vine, y me resultó.

73. E: ¿O sea usted venía pensando que este era un lugar donde se podía mejorar?

74. P: Claro.

75. E: ¿Es algo que piensa todavía?

76. P: Si, porque si a uno no le hace bien un remedio, tiene cambios de otros, y así, si no le hizo bien ese, vamos a ver cómo le hace el otro, y sin embargo los otros médicos me dijeron que era inútil que uno pueda estar así, porque es como ir al almacén, y comprar una cosa, y listo.

77. E: Oiga ¿qué pensaba usted del Hospital antes de llegar a tratarse acá, cuando le mencionaban el Hospital Psiquiátrico?

78. P: Jamás llegar aquí, porque antes se veía muchas cosas más que ahora, porque ahora va afuera y uno no ve gente, uno que otro, que te piden una moneda, un cigarro, pero antes eran muchos, yo pensaba que esa gente estaba toda loca, me decían que aquí maltrataban a la gente, a los internados les pegaban, o los mismos internados se pegaban entre ellos por un cigarro, por la comida, habían peleas, los trataban muy mal aquí en el Hospital. Yo decía 'ni Dios quiera yo llegara ahí, no', porque ni a mi hija, que estuvo muy enferma, que se intentó dos veces matar, no la traje aquí, la llevé a la clínica de la Universidad de Chile, aquí no, dije que no podría traer porque aquí hay puros locos, esto era lo peor, yo tenía esa imagen, sin embargo no es así poh...

79. E: Ha cambiado esa imagen.

80. P: Si poh, para mí sí, yo he recorrido sin querer para adentro y todo limpio, en la sala donde están los internados nunca he ido, pero lo que es pasillos o salas todo limpio, y todo ordenado.

81. E: ¿Usted pensaba, por ejemplo, que la gente que llegaba acá no se recuperaba?

82. P: No.

83. E: Y hoy día ¿qué piensa?

84. P: Por ejemplo, ahora mismo yo tengo un niño conocido que es de la población, andaba ahora él está muy mal. ¿Por qué? Porque va al psiquiatra, él antes era cuerdo, se fue enfermando, enfermando, pero ya ahora tenía la gritadera, hace escándalos, pero es porque él vende los remedios, él no se los toma, tonces esa plata que él vende, los mismos, estos los drogadictos, los compran por volarse, tonces él va y los compra en pasta, tonces cualquiera dice 'va al Psiquiátrico, y mira cómo está', pero es que no sabe el pero, y eso yo lo digo porque lo se poh'.

85. E: Usted dice que también implica algo personal querer estar mejor o poder estar mejor, además de lo que se ofrece acá.

86. P: Claro.

87. E: ¿Y qué piensa usted de las enfermedades psiquiátricas?

88. P: Son terribles.

89. E: ¿Qué significan?

90. P: Es una enfermedad, es como si fuera una maldición, porque si uno se enferma de la vesícula la operaron y se sanó, pero esto cuesta mucho sanarse, mucho, y es como que tu vaí pegando esto, porque en mi familia se ha ido pegando esta enfermedad, tengo un hijo que también se está tratando acá, a veces mi hijas también se sienten muy enfermas, es como que yo tengo esa idea, o bien es como que el que no sabe es como que no ve, de que esto es hereditario, como que se va pegando.

91. E: Como que se va contagiando. ¿Su hijo por qué se atiende acá?

92. P: Por una depresión severa.

93. E: ¿Y su hija, o alguien más de su familia, se ha atendido acá?
94. P: No, como le digo mi hija que intentó, la traté yo en la Universidad, frente a la posta.
95. E: Ella hizo un intento de suicidio.
96. P: Si, tuvo dos veces.
97. E: ¿Y usted ha tenido algún intento?
98. P: No, yo a veces pienso y digo 'bueno, ya estoy vieja, crié y ayudé a criar', tengo un nieto no mas de 4 años que es que me queda mas chiquito, que le ayudo bastante, el otro no porque tiene ya 20 y va gracias a Dios a la Universidad, lleva segundo año en Ingeniero en Minas, el otro este año se recibe de Contador Auditor, tonces yo digo, ya yo... cuando estoy muy crítica morirme, cosa de así dormir para siempre, cuando estoy con la idea de dormir.
99. E: Usted decía que esto como que se pega, ¿no?
100. P: Mmm.
101. E: ¿Usted siente como que alguien se lo ha pegado a usted?
102. E: Porque usted dice que sus hijos como que al verla así a usted se han puesto mal
103. P: Mal, si.
104. E: ¿De quien se le habría pegado a usted esto?
105. P: De mi mamá, le tiritaban mucho las piernas, pero era de los mismos nervios, porque ella tomaba muchas cosas, porque ella le dio como semi parálisis a las piernas, le tiritaban demasiado, o cuando veía truenos se ponía muy nerviosa, le daban indigestiones tenía pánico... son cosas naturales, pero bueno, a veces pasan más desgracias que otras veces, pero para ella era algo trágico, tonces yo la veía a ella... como tampoco me crié mucho con mi mamá, las ciertas veces que la veía decía yo 'pucha que terrible', y después me fue afectando a mi eso.
106. E: ¿Usted que edad tenía, por ejemplo?
107. P: Ya estaba casada, porque yo antes no viví con ella.
108. E: ¿Con quién vivía?
109. P: Con mis tíos.
110. E: ¿Y por qué no vivía con su mamá?
111. P: Porque nunca quise a mi padrastro, ni padrastro a mi tampoco, tonces yo iba a veranear solamente, ellos vivían en el campo, yo en Santiago con unos tíos, y cuando llegaba a ir, iba Enero y Febrero, y se me hacía un mundo estar allá, entonces a veces mis tíos volvían antes de la playa, de cualquier lado, y yo me volvió nuevamente porque mi padrastro era, pfff, hombres malos no habrán más que ese, terrible...
112. E: Fue una infancia difícil.
113. P: Difícil, yo era muy agresiva, él le pegaba mucho a mi mamá y yo la trataba de defender, con palos, cuchillos, ladrillos, una vez le rompí la cabeza, tonces siempre defendí mucho a mi madre, a veces él me daba un palo o un combo y me aturdía, pero se me pasaba y seguía otra vez en la mocha, y me volvía a parar, pero a mi mamá yo la defendía mucho.
114. E: ¿Cómo se siente usted en su vida familiar?
115. P: Bien, gracias a Dios tuve hijos buenos, pero soy muy estricta, soy la que mando en mi casa, soy la que da las órdenes, y eso fue un peso muy grande, me hice un mal sola, le quité el mando a mi marido, quise ser yo, segundo yo y tercero yo, tonces mi marido, después trabajaba 2 o 3 meses en el año y sabía que había de todo porque yo trabajaba hasta el día domingo, porque total, yo daba para todo, él nunca se

preocupó de sus hijos, de a qué colegio iban, ni qué curso, las navidades yo, me gustaba tener un árbol, hacer algo bonito, pero él me decía 'oye, ¿y qué es hoy día?', yo no sé si se hacía o era aprovechador...

116. E: ¿Y usted, respecto a su enfermedad, siente apoyo por parte de su familia?

117. P: De mis hijos sí, de mi familia no. Mi mamá falleció y como que todo se perdió...

118. E: ¿Y de su marido siente apoyo?

119. P: No, de mi marido no.

120. E: Estaba pensando algo que me dijo hace rato, de que acá como que había mucho amor, si usted sentía que aquí encontraba como un amor que no encontraba afuera por ejemplo ¿podría ser algo así o no es tan así?

121. P: Sí, porque por ejemplo los médicos que me han tocado siempre... por ejemplo, el Dr. Palma: 'Hoola, ¿cómo está?', un abrazo, un beso, '¿cómo está?, ya vamos a salir adelante, ya pero tiremos pa' arriba', y esto y esto otro, se despedía de beso, igual la señorita Claudia Smith, es como muy tierna, de primera, la primera vez que yo llegué atrasada y no nos conocimos, casi nos miramos y casi nos matamos, ella me dijo que no me iba a atender y fue una lucha, y no me quiso atender, yo dije que no venía nunca más a esta cuestión, esta flaca me atendió pésimo, y que aquí y que allá. La segunda vez llegué a la hora y como que nos hizo bien habernos dicho cosas o haber discutido, y de ahí nunca más, ha sido un amor porque me ha conseguido muestras con los médicos...

122. E: Usted había dicho también, por ahí, que en otras ocasiones parece que se había descontrolado acá.

123. P: Sí, me ha dado por llorar mucho, cuando le he contado cosas de mi vida a ella, entonces me he descontrolado mucho y he llorado todo, he tenido que esperar porque la gente de afuera pensara que pucha, la Doctora me estaba mechoniando, o no sé poh'... me demoraba mucho.

124. E: ¿Por qué piensa que le hizo bien esta como discusión inicial que tuvieron?

125. P: Porque después de quererlos tanto poh', y de primera vez si yo no le digo, ella no me quiso atender, porque claro el Transantiago era más malo y no pude llegar, y ella me dijo que ya tenía a otro paciente y no me podía atender, y no me quiso atender, entonces yo me enojé furia.

126. E: Y usted piensa que si se encontrara con un médico que la atiende mal por ejemplo, ¿usted no volvería?

127. P: Discutiría, porque el médico que me atendía en el San José era el que se me sentaba, y después se ganaba y abría la ventana, y se ponía a mirar pa' afuera y quedaba casi los pies adentro, y a mí me ponía histérica, y le decía yo 'porque no cierra la ventana', 'siga hablando, siga conversándome', yo ya veía que se iba para abajo, yo le decía '¿sabe? me tiene histérica, me voy', y él me decía que no me iba a ir, que me tenía que quedar, y así era una cosa que la gente, si nos escuchaban afuera, decía que los dos estamos locos.

128. E: ¿Oiga y usted cómo se ve de aquí a unos años más en relación a su enfermedad, a su tratamiento?

129. P: Pienso mejorarme... siempre le he dicho a mis hijos de que, porque cuando uno tiene mucha, mucha depresión, no le dan ganas ni de meterse al agua, entonces yo le digo yo estoy así y no me mejoro, ustedes, le digo a mi hija, que se hagan cargo, báñenme, píntenme, arréglenme, no me dejen botada...

130. E: ¿Se imagina viniendo para acá en un tiempo más, seguir viviendo al Hospital?

131. P: Puede que me mejore.

132. E: Por ejemplo ¿cuánto tiempo más se imagina venir?
133. P: Bueno, como me dijo la Doctora, con la Dra. Claudia yo me sentí como le dije, yo no sé qué me pasó, si estábamos muy bien...
134. E: ¿Estaban?
135. P: Estábamos.
136. E: ¿Las dos?
137. P: No seguimos ahora, nos despedidos, porque yo ya no la voy a ver, yo le dije si iba a poner una clínica, algo para uno comprar un bono y seguirla viendo, pero me dijo que no porque iba a trabajar adentro del Hospital, ya no va a estar abajo, tonces me recetó otra Doctora, me dijo que le iba a hablar y que me iba a tratar muy bien, y que me iba a sentir muy bien con ella, así que tengo fe de que ella me va a sanar, y yo tengo que poner mucho de mi parte.
138. E: Claro, ¿pero así como cuánto tiempo se imagina?
139. P: Un año pienso.
140. E: Un año. ¿Cómo piensa que estaría usted si no estuviera viniendo pa' acá?
141. P: Yendo a médicos particulares, como fui a médicos y fui a muchos, muchos, y todos me daban diferentes remedios, y quedaba en las mismas, nunca me dijo uno 'mira, tú vas a seguir esto porque tienes esto, que mi colega se equivoco, y vamos, y otro' y así.
142. E: En realidad la pregunta es ¿cómo piensa que se sentiría si no estuviera acá, si no pudiera atenderse acá?
143. P: Mal poh', ahora no trabajo, mi jubilación no es inmensa, tonces no podría pasar como pasaba antes, que yo ganaba, tonces taria mal, porque de donde sacaría remedios.
144. E: ¿Hace cuánto tiempo dejó de trabajar?
145. P: Como tres años, pero me hace bien trabajar a mí, a mí la casa es la que me hundió, yo creo que a toda persona, toda persona digo yo que pueda trabajar debe hacerlo, porque la casa, la rutina, el levantarse, hacer el aseo, lavar, planchar y cocinar, pero al otro día uno deja impecable pero no faltan... nosotros 9, y no vamos a mandar a los 9 a hacer todo, tonces al otro día hay que volver a hacerlo, tonces esa rutina cansa, más encima es una rutina sin sueldo.
146. E: Bien Sra. Berta, vamos a quedar por aquí hoy día.
147. P: Ya.
148. E: Le voy a hacer una citación para que usted sepa la fecha que nos vamos a volver a ver.
149. P: Ya.
150. E: ¿Le parece? ¿Tiene alguna duda o pregunta?
151. P: No.
152. E: Ya.

Entrevista Numero 2 a: Señora Berta

Entrevistador: E

Participante: P

1. P: Si voy a ir, porque usted se ha portado tan bien, para no dejarla mal voy a ir, y antes de ayer me sentí pésimo y ayer ya fui al médico porque no sabía qué me pasaba, y es que tengo el oído medio malo.
2. E: ¿Y la doctora le pidió que viniera?

3. P: Si.
4. E: ¿Y a usted qué le pareció eso?
5. P: Es que yo no recuerdo de haber venido nunca.
6. E: ¿No? ¿No se acuerda de mí?
7. P: No, ¿y usted?
8. E: ¿De haber estado aquí?
9. P: No.
10. E: No, ¿ni haber grabado la entrevista, la entrevista que tuvimos, tampoco se acuerda de eso?
11. P: No, porque yo tuve una entrevista donde había una psicóloga, o no sé quién era, y aquí había así como unos vidrios, y estaban los doctores atrás y estaba hasta la Claudita.
12. E: Pero eso fue hace más tiempo.
13. P: Claro, pero yo no los veía a ellos, pero ellos, parece que ellos me veían a mí, tuvimos una entrevista.
14. E: Bueno, la entrevista que tuvimos nosotros fue hace 3 semanas, también fue un día jueves, también fue a esta hora, de hecho usted firmó un consentimiento informado, que está ahí, para participar de la investigación. Esta es una investigación sobre la evolución de la enfermedad, y usted estuvo de acuerdo por eso la firmo. Son 3 entrevistas y esta sería la segunda, no sé si quiere que le lea de nuevo el consentimiento informado o lo quiere leer usted, o se lo explico.
15. P: Si.
16. E: Lo que dice es que la participación en este estudio es libre y voluntaria, que consiste en 3 entrevistas de aproximadamente 45 minutos cada una, que van a ser registradas con grabadoras, que la información que se entrega es completamente confidencial y sólo será conocida por el equipo investigador, esto no afecta de ninguna manera su tratamiento psiquiátrico, no tiene ninguna influencia. También dice que es un estudio de utilidad para el sistema de salud, que en el caso de que se elaboren informes o publicaciones a partir de esto podrían ser utilizados extractos de estas entrevistas, pero siempre resguardando su nombre en todo momento.
17. P: Ya.
18. E: También dice que está en el derecho de suspender su participación en el estudio si lo estima conveniente, sin que esta decisión tenga efectos de ningún tipo en su tratamiento, bueno y cualquier pregunta que usted tenga me la puede hacer a mí, mi nombre es Carolina Abufom. Bueno conversamos un poco. Hace 3 semanas atrás, yo le pedí que me hablara de la evolución de su enfermedad.
19. P: Ya.
20. E: Todavía no se acuerda mucho ¿no?
21. P: Algo.
22. E: ¿Sí? ¿Qué le suena?
23. P: De que conversamos, y estaba esa grabadora.
24. E: Ya. Bueno quería hacerle algunas otras preguntas.
25. P: Si señorita Carolina.
26. E: Por ejemplo, quería preguntar ¿qué aspectos para usted define a un buen Hospital?
27. P: Bueno, que la atiendan bien a uno, y al trato, eso es un buen hospital.
28. E: Ya.
29. P: Este es buen hospital.

30. E: Si.
31. P: Si. Para uno no pagar nada, yo por ejemplo he tenido suerte, no sé los demás pero he tenido suerte, porque he tenido buenos médicos que me han llamado hasta la casa, imagínese en otras partes usted paga, y paga la consulta y todo, y le dan sus remedios y chao, pero a mí me han llamado hasta la casa para saber cómo estoy, entonces ¿qué más puedo pedir?
32. E: ¿Qué le parece eso que la llamen a la casa?
33. P: Regio, y me da gusto, y me admira porque como un hospital que yo no pago un peso, y para hacer eso, qué más.
34. E: ¿Cómo lo interpreta usted?
35. P: Buen hospital.
36. E: Pero que la llamen a la casa ¿qué significa para usted?
37. P: Que se preocupan de mí, que estén preocupados, la Claudita me consigue con los laboratorios o con los médicos unos remedios que aquí no hay en el Hospital, y ella me los consigue, a otros no les importaría porque bueno, no hay, y me diría 'cómprelo', y si yo no tuviera la plata, porque son caros, no los podría comprar no más, mi enfermedad seguiría avanzando, o bien seguiría ahí como estoy no más.
38. E: ¿La hace sentir importante, por ejemplo, que la llamen a la casa?
39. P: Si.
40. E: Si, ¿y usted en otros lugares se siente importante?
41. P: Casi nada, porque yo no salgo, antes era la mujer más patiperra que había, y ahora con mi enfermedad no, pero ahora ya llevo como 2 semanas que estoy mejor.
42. E: ¿Y cómo se siente usted en su casa por ejemplo, en su familia, cómo la hacen sentir, cómo se siente usted?
43. P: Tengo hijos muy buenos, pero la enfermedad mía es la que ha ido a veces haciendo problema, porque había tomado, no sé, era como maldición, o esta enfermedad es muy rara, de que yo el día domingo no tenía ganas de levantarme y no me levantaba, y estaban mis hijas que trabajan, mis hijos, todos, que bonito estar toda la familia junta, y yo acostada ahí no más, y con los ojos cerrados, porque me fascina eso de estar con ojos cerrados.
44. E: La fascina.
45. P: Si.
46. E: ¿Qué siente?
47. P: Que no pienso en nada, y de tanto cerrar los ojos me quedo dormida.
48. E: Usted dice que tiene hijos muy buenos ¿la hacen sentir como a usted?
49. P: Bien, porque en primer lugar tengo un solo hijo hombre, las otras son tres mujeres, y gracias a Dios mi hijo no tiene ningún vicio, tiene 34 años y es soltero, tiene un niño y es responsable con su hijo, y no me hace problemas, mis hijas trabajan, me ayudan bastante.
50. E: ¿Con quién vive usted?
51. P: Con todos mis hijos, y mi marido, y un yerno.
52. E: ¿Y cómo es la relación, la convivencia entre ustedes?
53. P: Bien, mi marido no más solamente que a veces, pero ahora, actual, yo lo dejo, porque es alcohólico, si quiere tomar todos los días, que tome todos los días.
54. E: Es alcohólico.
55. P: Él sí, y le sirvo la comida, si se la comió bueno, si no se la comió bueno, si quiere salir 10 veces a tomar, que salga 10 veces a tomar, antes no, porque gritaba, pateaba, lloraba, le pegaba con zapatos, con lo que tenía, le escondía la ropa para que

no saliera, porque me enfermaba de verlo borracho y me daba vergüenza ahí en la calle, pero ahora ya no, será con los remedios que tomo o no sé, pero no me interesa.

56. E: No le interesa.

57. P: No me interesa que tome todos los días.

58. E: ¿Y cómo se pone él cuándo esta con alcohol?

59. P: Antes era muy atrevido verbalmente, pero lo último de hombre, yo creo que eso fue lo que me fue gatillando a mí de a poco, que llegue a enfermarme, a tener depresión.

60. E: Por el alcoholismo de él.

61. P: De él, porque él me decía te voy a pegar y yo le pegaba al tiro, entonces no le daban ni ganas de decir que me iba a pegar, porque yo era atrevida.

62. E: ¿Usted le pegaba?

63. P: Claro.

64. E: ¿Y le pega hoy por hoy?

65. P: A veces le doy zapatazos, palmetazos fuertes en el trasero, porque no se quiere acostar y que anda que se cae y que no se cae, y yo no estoy ya para hacer fuerza ni tengo paciencia, pero conversando un día con la Señorita Claudia me dijo 'no, no lo haga y prométame', hicimos una promesa las dos que no le iba yo a pegar más, porque me dijo que 'se le puede pasar la mano y la justicia es justicia, usted sabe me dijo, y puede que tenga buena suerte, y bueno el caso suyo quede en nada, pero toca que no quede en nada y está presa después, por algo me dice que es tan poco, no lo haga más', así que prometí yo a ella de que ya no le iba a pegar más.

66. E: Y si no existiera el compromiso con la Dra ¿usted le pegaría?

67. P: A veces sí, pero ya no sé, ya no, como le dije a la Claudita ahora me da lo mismo que tome todos los días, lo que me da rabia es que empieza a transmitir, bueno antes hablaba de la cintura para abajo, me trataba a mí, porque yo trabajaba y habían hombres y mujeres, entonces eran todos los hombres eran amantes míos, todos, y habían más de 400, así que imagínese, era artista yo.

68. E: ¿Usted en qué trabajaba?

69. P: Trabajaba en una fábrica de plásticos.

70. E: Oiga y este compromiso lo hace con la Doctora y desde ahí que no le pega.

71. P: No.

72. E: O sea, parece que es muy importante ese compromiso.

73. P: Si.

74. E: ¿Si? ¿Y es un compromiso que persiste hasta el día de hoy?

75. P: Si.

76. E: A pesar de que ella ahora no sea su médico tratante.

77. P: Claro, porque a veces me dan ganas de apretarle el cuello y no soltárselo más, me daban, o decía yo 'con la plancha, voy a pescar el cordón de la plancha y le voy a apretar el cuello a este para que se quede callado', porque transmitía y transmitía cosas de lo último, de un curao, entonces que mis hijos escucharan a mí me enfermaba, entonces por eso, si hubiéramos sido solos que hubiera dicho lo que hubiera querido, pero más si escuchan mis nietos, que tengo un nieto de 19 años y tengo el otro que tiene 17, entonces son lolitos, y que escuchen groserías ya al extremo, porque como tenemos camas separadas, entonces hablaba puras ordinarièces.

78. E: Duermen en la misma pieza, pero en camas separadas.

79. P: No.

80. E: En piezas separadas. ¿Hace cuánto?
81. P: Más de 5 años, me aburrió el olor a alcohol, en ese tiempo fumaba, no se bañaba, entonces era el colmo, el cigarro y la hediondez del cuerpo no lo soportaba, no podía.
82. E: ¿Qué cree usted que piensa su familia de lo que le ocurre a usted?
83. P: Mi familia dice que bueno, me han pasado tantas cosas desde mi niñez, entonces eso es lo que me fue afectando ahora, y eso que yo, ellos de mi niñez saben partes muy buenas, buenas, malas, pero muy malas no, no la saben mis hijos.
84. E: ¿Le pasaron cosas muy malas?
85. P: Muy malas, malas, pero eso mis hijos no lo saben, y no lo van a saber nunca.
86. E: Ya.
87. P: Entonces, antes no me gatilló antes esto, con todo lo que yo pasé, además trabajaba de lunes a domingo, tenía 4 hijos, y mi marido trabajaba dos veces en el año.
88. E: ¿Era usted la que sostenía la casa económicamente?
89. P: Claro, económicamente y con cuatro hijos estudiando entonces.
90. E: ¿Y cuando era niña con quien vivía?
91. P: Vivía con unos tíos míos.
92. E: ¿Y sus padres?
93. P: Mi papá no lo conozco, ni quiero conocerlo hasta ahora. Mi mamá vivía con ella hasta los 6 años, después se enamoró y se casó, tuve un padrastro pero horrible y ahí yo me quede con, yo le decía tía, pero eran unos amigos de mi mamá que trabajan juntos, que yo le decía tía, que trabajan en la Famae, juntas con mi mama, fueron compañeras y me conocieron desde guagua a mí, y después me fue con ellos a vivir porque yo no soporté a mi padrastro.
94. E: No lo soportó.
95. P: No, y el mes de Enero y Febrero, hasta el 15 de Febrero iba porque ellos iban a veranear, y era lógico que no me llevaran a mí, entonces yo me iba con mi mamá al campo, ellos vivían en el campo, pero para mí eso era como un año, como dos años estar ahí, adoraba a mi mamá, pero a él no lo soportaba.
96. E: ¿Y a qué edad se fue, dice?
97. P: Yo me fui a los 6 o 7 años, mi mamá se casó cuando tenía 6, y estuve un año con ella, y vi que las cosas estaban malas, y me fui.
98. E: A los 7 años.
99. P: A los 7 años salí de mi casa.
100. E: ¿Y tuvo contacto después con su mamá?
101. P: Toda una vida, hasta que falleció, toda una vida la visite y todo, pero yo no volví nunca más a la casa.
102. E: Usted decía que su familia se explica lo que usted le ocurre hoy día por las cosas que vivió cuando niña ¿usted piensa lo mismo, o tiene otras explicaciones de lo que le ocurre hoy día?
103. P: No, yo digo de lo mismo, y más lo de mi marido, porque mi marido ya era el extremo de que si yo me sacaba, por ejemplo, un calzón, mi marido iba y lo revisaba, entonces yo lo encontraba ya lo más indigno eso.
104. E: ¿A qué edad se casó?
105. P: Me casé a los 16 años.
106. E: Y empezó a necesitar me acuerdo que me contaba la vez pasada, a necesitar tratamiento cuando uno de sus hijos se va a hacer el Servicio Militar ¿no?

107. P: Si.

108. E: ¿Ahí empieza a consultar usted?

109. P: Claro. No consultaba, me iba a los médicos y me daban una cosa, me sentía la otra semana más mal y me iba a otro médico, y así fui de médico en médico, a veces tenía que pedir préstamos para poder pagar tanta consulta y tanto remedio que compraba, y un médico que de los años que me vio me dijo '¿sabes? Ándate al psiquiatra, allá te van a sanar y no vas a gastar, y todo este gasto que tienes, Berta'.

110. E: ¿A este lugar? ¿Al Psiquiátrico?

111. P: Aquí, y yo le decía 'no, hay puros locos, yo no voy a ir nunca allá', 'pero es que allá', me decía, 'hay puros especialistas, tú está gastando plata, imagínate todo lo que tienes que trabajar', y yo no sabía de vacaciones ni de nada, y resultó que no era como yo decía, llegué acá.

112. E: ¿Y con qué se encontró cuando llegó?

113. P: Que nada que ver, bueno nunca he andado para adentro, nunca he ido a una sala donde están hospitalizados, yo tengo mi consuegra que tiene una, ella es de esa gente que puede en dos tiempos pegarle a la persona ¿Cuánto se llama? ¿Cómo era la palabra? Que no tienen muchos remedios, que son muy alteradas y muy atrevidas de repente...

114. E: Está pensando en una enfermedad psiquiátrica...

115. P: Si, pero ella tiene la enfermedad de profénico. ¿Cómo es?

116. E: Esquizofrenia.

117. P: Claro, esa enfermedad, y dice que ella está hospitalizada aquí y aquí le han pegado, la han maltratado, los enfermos le pedían cigarros y ella decía que no fumaban y le pegaban, dijo que esto era atroz, el estar aquí, entonces yo no sé porque yo nunca he visitado ni he ido para adentro a visitar a algún enfermo, no tengo ni la menor idea y no sé si será así.

118. E: ¿Y usted venia con esa idea la primera vez?

119. P: Claro, decía cómo será, miraba alguien así medio raro y no hallaba donde meterme.

120. E: ¿Que se imaginaba?

121. P: De que me iban a atacar a mí, porque siempre piden cigarros o algo, entonces andaba un día un caballero lolo no más y decía "pobre del que pille fumando porque le voy a sacar" y después llegaba el fumando pero fumaba y no sabía fumar parecía chuncho así, el aire el humo por todas partes entonces decía yo "bueno él es enfermo" pero no era agresivo sino que él es así, pero yo creía que era así porque mi consuegra me decía que así era este hospital.

122. E: ¿Y cuándo usted llegó acá se sentía enferma?

123. P: Si.

124. E: ¿Sí? ¿De qué?

125. P: De mí depresión, por eso es que una Dra. que llegó a la Pincolla me trajo acá , me mando con una interconsulta que la viniera yo misma a dejar pero no le contara me dijo a nadie porque que se la mande del consultorio me dijo va a ser quién sabe hasta cuándo, valla a dejarla usted misma y allá va a tener mejores remedios y mejor de todo. Fue por esas cosas de la vida que me encontré con ella, sino yo no había podido porque del consultorio se demoran a veces un año en mandar las interconsultas.

126. E: ¿Cómo piensa que habría estado si no hubiese llegado acá?

127. P: Siguiendo médico en médico, buscando, tomando otra cosa, todo lo que me dijeran, porque esta enfermedad es terrible.

128. E: ¿Usted piensa que se va recuperar?
129. P: Si.
130. E: ¿Si?
131. P: Si Dios quiere si, porque ya, por ejemplo, estoy tomándome unas pastillas que me dio la Doctor, la Claudita, que yo siento ánimo, yo no tenía ánimo, llegué al final de quedarme todo el día acostada, no tenía ganas ni de comer, lo único que quería era tomar agua, pero las comidas yo no le encontraba gusto, no quería nada, quería puro pasar durmiendo, y ella me consiguió pastillas y yo ya son las ocho y media, o las nueve, y yo ya me quiero levantar y antes no, tengo más ánimo, ya converso, yo no conversaba, pasaba sentada así.
132. E: Cree que lo que le han hecho bien son los medicamentos.
133. P: Los medicamentos.
134. E: ¿Y cómo se imagina usted completamente bien?
135. P: Me imagino, por ejemplo, bien de no... yo sé que va a llegar el día en que ya no voy a tener que tomar remedios, no los voy a necesitar.
136. E: ¿Va a llegar un día en que no va a necesitar venir para acá?
137. P: A lo mejor voy a venir a darme mis vueltas, o a visitar a los Doctores que he conocido, pero a lo mejor no voy a tomar remedios.
138. E: Como que de alguna manera no se imaginara no venir nunca más para acá.
139. P: No, no me imagino, porque por ejemplo he tenido médicos muy buenos acá, y a veces los he visto y 'hola, ¿como está?'.
140. E: ¿Se imagina viniendo a verlos?
141. P: A verlos si, porque he tenido buenos resultados.
142. E: Pareciera que se siente agradecida.
143. P: Si, porque yo misma ahora me tengo que hacer un examen y hoy me sentí no muy bien, emborrachada, no me lo vine a hacer, y mandé a este particular que hay, y me salían 20 mil pesos, entonces yo dije 'no, espero que esté bien y el lunes me toca Doctora, le explico a la Doctora y me los hago, y después la ubico y ella me los revisa y me va a decir lo que está bien y lo que está mal'. Hace seis meses atrás me hice como un chequeo, que yo le dije a la señorita '¿sabe?', pero yo estaba trabajando', y le dije '¿sabe? que a lo mejor no voy a poder venir, me lo voy a hacer particular' le dije yo, porque estaba trabajando, haciendo un reemplazo, y me dijo 'sabe que le van a salir más 50 mil pesos, porque esto todo es caro y aquí todos los exámenes van al J. Aguirre, hágaselos aquí', claro y así fue, me los hice aquí y todo, y me hice un chequeo.
144. E: Oiga y usted pasó de atenderse en el sistema privado al sistema público. ¿Cómo fue para usted el cambio?
145. P: ¿Cómo?
146. E: ¿Le costó cambiarse de sistema? Empezar a atenderse en el sistema público, porque parece que usted estaba acostumbrada a atenderse en el sistema privado.
147. P: Si me costó, me costó porque aquí hay gente que llega aquí muy enferma, y aquí uno se mezcla, se mezclan todos juntos, porque bueno en realidad los que llegamos aquí somos todos enfermos, que uno más que unos menos, pero somos todos enfermos, pero me costó.
148. E: ¿Le costó asumir algo? ¿Qué le costó?
149. P: Me costó de mezclar con la gente tan enferma, y me angustio mucho, porque ¿llegaré a eso yo?
150. E: ¿Sigue sintiéndose distinta a la gente tan enferma?

151. P: Claro, y después a veces me voy hasta en la calle pensando, y veo todo lo que veo aquí, y digo 'yo no estoy tan enferma como para transmitir sola, hablar cosas sola como lo que he visto.' Yo digo 'yo no estoy así'.

152. E: ¿Le da miedo sentirse o volverse loca?

153. P: Si.

154. E: ¿Ya no tiene ese miedo o sí?

155. P: No, en lo único que transmito es en la noche, pero porque transmito es porque duermo y me tomo las pastillas, y después despierto y transmito. El otro día, dos días atrás, le digo yo a mi hija '¿oye? ¿Yo soy oveja?', 'no' me dijo mi hija chica, 'tú no eres oveja', 'ah ya, que bueno', creo que me gané para mi lado, me acosté y me tapé bien tapada. No sé, debo haber estado soñando, o no sé, de repente hablo cosas así, pero yo creí que era oveja.

156. E: ¿Creía que era oveja?

157. P: Si.

158. E: ¿Oiga Señora Berta que ha hecho usted, por su cuenta, para estar bien lejos de hospitales o dispositivos de salud?

159. P: Tomarme mis remedios a la hora, me hago un propósito, en la mañana despierto pido mucho a Dios y empiezo a hacer mis cosas, porque mi hija estudia y las otras trabajan, entonces mi hijo trabaja y yo quedo con mi marido, pero mi marido es como pan para ahora, pan para mañana, entonces yo digo 'voy a hacer esto y voy a hacer esto otro', y me voy cuestionando que lo que tengo que ir haciendo, que tengo que enchufar al tiro la lavadora, porque hay que lavar, y hacer esto otro, entonces a veces no tengo el tiempo de pensar porque el tiempo me pilla.

160. E: ¿Usted se mantiene activa?

161. P: Activa.

162. E: ¿Sí? ¿Hace hartas cosas?

163. P: Ahora claro, pero cuando con los remedios que me dio ella para activarme, porque estoy tomando justamente Activia, un remedio que se llama para activarme, entonces yo no siento sueño, solamente ya como a las 11 o 10:30 yo ya me siento cansada, entonces ya llevo mis aguas y mis remedios, todo, me acuesto porque ya estoy cansada, pero en el día no.

164. E: ¿Y por ejemplo usted ha acudido a otro tipo de lugares para recibir ayuda?

165. P: No, ahora de que he venido aquí no, y cuando me he sentido más enferma he venido a donde Claudita y le he dicho como me siento, porque más o menos ella me ha dicho los días y los horarios para que cualquier cosa tenga, ella ha estado aquí, entonces yo he venido donde ella y le he contado, y ahí me ha dicho 'ah, tienes que tomarte tal remedio y con eso vas a andar mejor', y así ha sido.

166. E: ¿O sea usted no ha hecho cosas por su cuenta?

167. P: No.

168. E: ¿Por qué piensa que no he hecho cosas por su cuenta?

169. P: Porque todos los remedios y todas las cosas que aquí me han dicho, yo todas las he hecho.

170. E: Estaba pensando en otro tipo de actividades u otro tipo de cosas que podrían ayudarla ¿se imagina otro tipo de cosas que podrían ayudarla?

171. P: Si, pienso trabajar, este año como me sentí enferma y no tenía ganas, porque yo trabajé, soy jubilada porque yo trabajaba siempre. Después de que fui jubilada trabajaba en la Junji, y este año no postule.

172. E: ¿Qué hacía en la Junji?

173. P: Hacia alimentación.
174. E: Cuénteme un poco de su historia laboral.
175. P: ¿Cómo?
176. E: Cuénteme un poco de su historia laboral, en qué trabajó, cuanto tiempo y en qué lugares.
177. P: Trabajé en un casino de una empresa de plástico 10 años, después trabaje ahí mismo, me cambiaron a la fábrica adentro, trabajé 13 años ahí.
178. E: Los primeros 10 años ¿qué hacia?
179. P: También trabajaba en alimentación.
180. E: ¿Haciendo qué particularmente?
181. P: La comida, los postres, las ensaladas, las entradas, todo lo que fuera para 500 trabajadores.
182. E: ¿Y después 13 años?
183. P: Claro, 10.
184. E: ¿Y ahí qué hacia, cuando la trasladan?
185. P: Después me fui a las máquinas, a unas máquinas que anillaban las bolsas que hay en Almacenes París, en Ripley, en La Polar, todas las bolsas esas, todas las anillaba yo, tenía máquina y los pollos Ariztía, también teníamos unas máquinas pesadas y con eso yo metía las bandejas y eso me los troquelaba, y todo eso se mandaba a los Ariztía, después también trabajaba haciendo pinturas, también trabajaba haciendo las letras.
186. E: ¿Cómo?
187. P: Por ejemplo, se mandaban a hacer de Carozzi todo lo que fuera en tallarines y todo eso, son unas máquinas más grandes, así como esto de alto, entonces se le echaba a la mezcla, se ponía el ron y todo y ahí empezamos a imprimir, trabajaba con un maestro.
188. E: ¿Cuánto tiempo estuvo ahí?
189. P: 13 años, en esa fábrica trabajé al final con el casino, y todo eso que era todo junto, 23 años.
190. E: ¿Y por qué se fue?
191. P: Porque después esa fábrica quebró, se dieron de quiebra ellos porque ya restaban ya, ya tenían los bolsillos, ellos querían viajar y hacer su vida porque ya eran de edad ellos.
192. E: ¿Después volvió a trabajar?
193. P: Después ahí ya hice mi jubilación y después empecé a trabajar por la Junaeb en los colegios, trabajaban para los colegios, hacíamos los almuerzos, el postre, las ensaladas, todo lo que fuera para los niños.
194. E: ¿Ese fue su último trabajo?
195. P: Eso, claro.
196. E: ¿Le gustaban sus trabajos?
197. P: Si, me gustaban los niños. Después me mandaron a jardín y el año pasado fue que no quise trabajar en jardín, porque eran puros niños chicos y yo me encariño mucho con los niños.
198. E: Le gustaron entonces sus trabajos.
199. P: Mucho si, porque más era de trabajo de hombre, porque en la fábrica donde trabajaba, trabaja en una fábrica habían unas máquinas inmensas, eran grandes, yo era casi la única mujer, éramos como 500 hombres y unas 15 mujeres, pero yo era la

que trabajaba más con los hombres, trabajaba con overoles y con pantalones porque no podía trabajar con delantal si andaba encumbrada arriba en los fierros.

200. E: ¿Cómo la hacía sentir trabajar?

201. P: Bien.

202. E: ¿Bien?

203. P: Bien, pero eso de a mí de coser, de cosas de mujer así, de ir a una fábrica de máquinas que hay que coser, pegar botones y cortar hilachas no, esas cosas a mí me ponían nerviosa, a mí me gusta que me produzca, ser rápida y dar producción, pero esas cosas lentas, bordar, tejer tampoco, porque si yo quiero tejer, yo quiero si digo 'quiero hacer una chomba', si digo 'hoy día la quiero terminar', yo me quiero amanecer pero quiero terminarla, no puedo dejarla un rato eso así, eso a mí me enferma, no puedo, no puedo hacer esas cosas.

204. E: Y usted decía que pensaba que el trabajo era algo que podía hacerle bien.

205. P: Bien, a mí el trabajo me hace muy bien, me hace muy bien sobretodo donde hay harta actividad, no esos trabajos lentos no.

206. E: ¿Le gustaría volver a trabajar?

207. P: Si, si, y me hace mejor, hay días que cuando trabajaba no toma remedios, no los necesitaba, porque mi mente estaba tan ocupada que llegaba la noche y me decía yo 'uy, si hoy día no he tomado nada', lo que pasaba si es que fumaba mucho, fume 20 años.

208. E: ¿Y ahora?

209. P: No, llevo 6 años ya sin fumar, pero fumaba, yo a las 6 de la mañana ya estaba fumando en ayunas, que se me iba todo para todos los lados con el primer cigarro y tiritaba mucho, pero ya el segundo ya como que el cuerpo me lo recibía, yo le ganaba al cuerpo y la nicotina, y quedaba parejita.

210. E: Y hace un año que no trabaja.

211. P: Un año.

212. E: ¿Cuánto años lleva atendiéndose acá en el Hospital?

213. P: Llevo como 3 años.

214. E: ¿O sea trabajando usted nunca necesitó, por ejemplo, tratamiento?

215. P: No, iba a los médicos sí.

216. E: Si.

217. P: Si, iba a los médicos, a todos los médicos que fuera, que costara lo que costara, o donde fuera, yo iba.

218. E: ¿Se endeudó por ir a médico?

219. P: Si, yo pertenecía a la Caja 18, ahí los préstamos me llovían.

220. E: ¿Y usted hoy día siente que acá, usted dice que el tratamiento es gratis, se siente como en deuda con el Hospital de alguna manera, o más bien agradecida?

221. P: Agradecida.

222. E: ¿Y qué le parece participar en esta investigación?

223. P: Bien.

224. E: ¿En qué sentido?

225. P: Porque es una conversación suave y todo bonito, recuerdos, cosas agradables, porque yo fui una vez al consultorio al COSAM y me tocó una psicóloga creo, y primero empezó a decirme ella de que ella quería saber cuándo yo era niña, más o menos a qué edad me acordaba, yo tengo más o menos serían 4 años que me acuerdo hasta hora, y ya llevo una parte, que deben ser 7 años a 8 o 9, y ahí me ataqué y ya me descontrolé, lloré, tuve que pedirle por favor que me dieran agua, y me

trajeran por favor un confort para pintarme los ojos, porque se me desparramo la pintura.

226. E: ¿Y qué la descontroló? ¿Qué le preguntara por su infancia?

227. P: Por mi infancia.

228. E: O sea usted me ha contado hoy día cosas que usted siente que son buenas.

229. P: Buenas.

230. E: Pero podemos pensar que hay un montón de cosas que no son tan buenas y que no ha contado.

231. P: No.

232. E: Y que tienen que ver con su historia.

233. P: ¿Sobre cómo?

234. E: Esas cosas no tan buenas tienen que ver con su historia, con cosas que a usted le han ocurrido.

235. P: Claro. Y ahí yo le dije '¿sabe que más? No vengo más', 'pero ¿por qué señora Berta?', no le dije yo, 'por favor tráigame una toalla para limpiarme los ojos, porque se me corrió la pintura y se me corrió todo', y estaba el consultorio con gente afuera, y la gente estaba toda asustada porque yo creo que debo haber gritado hasta que me cansé, y como iba a salir así, si tenía todo desparramado, y ahí le dije que me diera el alta o no sé, qué lo pusiera a mi ficha pero yo no volvía más.

236. E: ¿Hay cosas de las que no se puede hablar parece?

237. P: No, me afectaron mucho y para mí, yo a veces las recuerdo sola y sufro mucho, entonces trato de no recordarlas porque para mí es una angustia muy grande, que no se las conté a mi mamá que en paz descansa nunca jamás.

238. E: ¿Y son cosas que usted piensa que tienen que ver con lo que le pasa hoy día?

239. P: No.

240. E: ¿No?

241. P: No, ya pasaron.

242. E: ¿Pero no cree que le afectaron de tal manera que hoy tiene que ver con lo que le

ocurre?

243. P: Posiblemente, pero trato, por ejemplo, ni en la tele cuando llegan casos que... cuando llegan a ver casos, si lo ven los demás, bueno que lo vean, pero yo no veo esas cosas, porque me llegan mucho, yo siento como un odio, me siento herida, me da mucha pena y después si me siento que he sido muy fuerte en mi vida, gracias al Señor, porque de los 7 años salir y decir 'no volver más', y no volví más. Yo no tenía un bolso, y no tenía nada, pesqué una caja de cartón y eché mi ropita que tenía, y dije 'hasta luego, yo me voy a Santiago y no vuelvo nunca más para acá', y no volví. Yo adoraba a mi madre hasta ahora, voy todos los martes, que acá la tengo en el cementerio Parque del Recuerdo.

244. E: ¿Hace cuánto falleció?

245. P: 9 años.

246. E: 9 años.

247. P: Nos despedimos las dos solas, tanto nos amamos, pero yo ni en ese instante que ella agonizó le conté lo que a mí me paso cuando chica, nunca, para que ella no sufriera porque mi madre había sufrido mucho, entonces la dejé que se fuera, nos despedimos mucho las dos, nos amábamos, porque yo era sola.

248. E: ¿No tenía más hermanos?

249. P: Si, pero esos hermanos míos son del matrimonio, yo fui hija sola.

250. E: ¿Y usted fue la mayor?

251. P: La mayor, y de padre muy adinerado, pero después él me quería a mí pero no a mi mamá.

252. E: ¿Tuvo relación con sus hermanos?

253. P: He tenido hasta ahora, sí, mi padre me quiso llevar con él, pero mi mamá nunca, como madre fue muy buena, porque si hubiera sido otra, tan joven y de ver a un hombre con tanta plata, me habría podido haber entregado, pero ella no, estaba el destino de haber sido pobre, porque mi padre fue muy adinerado, mis abuelos, estuve hasta en un convento con mi mamá, escondido de él con los Alessandri, la señora Pecha de Alessandri, Fernando Alessandri, el presidente, no el Alessandri último, sino el primer Alessandri, del gobierno, con esa familia estuvimos con mi mamá nosotros, ellos querían adoptarme, pero mi mamá tampoco nos quiso dar nunca, y ella nos pagó un internado en un convento y ahí nos perdimos de mi papá, porque él me buscaba por todas partes, porque ellos eran de plata. Mi mamá fue de nana de ellos y ahí nací yo, pero después ellos no querían nada con ella, y querían conmigo no más, entonces mi mamá en esos años habían otras cosas, otros refugios, y no como ahora que ahora la justicia busca y todo, no, imagínese que yo tengo 64 años, pero yo nunca he buscado a mi papá, nunca lo busqué, y ya menos ahora, ni por lo plata ni por nada.

254. E: ¿Y quiso buscarlo?

255. P: Nunca no, para nada, porque lo que le hizo a mi mamá basta y sobra. Tuve ese rencor yo, y cuando desde niña, desde los 4 años si yo he dicho no, es no.

256. E: Oiga y volviendo un poco a este olvido que usted tuvo de la entrevista anterior, ¿usted tiene problemas en la memoria o con la memoria?

257. P: Sí.

258. E: ¿Le había ocurrido algo así?

259. P: Sí, a veces sí, se me olvidan las cosas, por ejemplo ahora solamente recuerdo que estaba esto y yo así, y yo sé que tuve una entrevista así, pero de su cara yo no me acordaba nada, ni nunca de haber estado aquí ni nada, entonces eso lo encontré muy raro, lo que me pasó por ejemplo, la chauchera se me pierde en 5 minutos, la dejo en cualquier parte y después la chauchera, me dicen las chiquillas, 'mami, póngasela en un delantal', pero no me gusta usar delantal.

260. E: Y por ejemplo ¿le había pasado antes olvidarse así como de haber estado con alguien?

261. P: No.

262. E: ¿No?

263. P: No, si a veces sí, porque a veces he conversado con gente '¿Cómo está? Súper bien', y he llegado a la casa y como a los 3 días digo 'uy esa persona con que yo conversé se llamaba Chabela', pero yo a los 3 días, o si a mí me dan un recado yo me vengo a acordar no sé cuándo.

264. E: ¿Por qué yo la llamé cierto?

265. P: Sí.

266. E: ¿Y no se acordó?

267. P: No.

268. E: Y me dijo que venía, pero no vino.

269. P: No.

270. E: ¿Por qué?

271. P: Porque yo dije 'si yo no he ido nunca, me van a hacer lo mismo que me pasó en el COSAM, yo voy a ir a sufrir y no, no voy a ir', y no voy.

272. E: ¿Pensó eso?

273. P: No quise.

274. E: ¿Pero la llamó la Doctora y se animó?

275. P: La Doctora me llamo en la noche, tarde, debe haber estado en casa y me dijo 'Señora Berta, pero como, qué está pasando. La llamo por 3 cosas, una como esta su salud, cuénteme. Otra cómo le han hecho los remedios que cambiamos, la que le di para su ánimo, y la llamé porque la señorita Carolina, se llama usted, me llamó porque usted tuvo una charla y no fue ¿Qué paso?'; 'Señorita Claudia, yo no he ido nunca'; '¿Qué pasa si usted fue?'; 'no, yo no he ido', 'bueno ya, supongamos que no he ido', me dijo ella, 'pero ahora el día jueves va a ir, hágalo por mí, porque mi compañera es muy excelente y todo y yo sé que usted fue, prométame que va a ir porque lo que usted me ha prometido lo ha cumplido', 'si le dije yo, le prometo que voy a ir, en serio'. Y justo ayer amanecí tan enferma, y yo dije '¿Qué voy a hacer?', entonces me dijo mi hija 'mami, yo no voy a estudiar y te voy a llevar, porque si te comprometiste con ella que ha sido tan buena contigo, en agradecimiento, yo te voy a llevar', porque a ratos me voy para todos los lados, pierdo totalmente el equilibrio.

276. E: ¿Vino por el compromiso, a pesar de estar enferma?

277. P: Si. Así que a la tarde a lo mejor me va a llamar para decirme '¿fue?', o si anda por acá algo mejor, a no, porque parece que iba a venir a preguntarle a usted, parece que me dijo 'voy a ir a donde mi compañera' dijo, 'y voy a ir a preguntar si usted fue', así que a lo mejor va a venir a donde usted aquí. ¿Cierto?

278. E: Puede ser.

279. P: Si.

280. E: Oiga le quería hacer una última pregunta, bueno nos queda una entrevista más que la vamos a acordar ahora ya, pero antes quería preguntarle ¿Qué opina usted del programa en el que sea tiende, el programa DAC, qué le parece?

281. P: Bueno, en lo único malo que cambian los médicos, pero así es la vida.

282. E: ¿Qué le parece bueno del programa?

283. P: Yo entiendo de lo que usted me dice DAC de como la atiende el médico a uno ¿de eso es o no?

284. E: Si, de la atención en general.

285. P: Todo es bueno, porque a mí, por ejemplo, a mí me antes me atendía el Dr. Palma, no sé si usted lo ubica, excelente, y si uno le decía 'doctor, póngase patas para arriba', él se ponía patas para arriba para que uno quedara conforme, si uno le decía 'este remedio me hace bien', me decía 'ya, te los voy a dar'.

286. E: ¿Pero usted cuando dice patas para arriba eso suena como que usted puede hacer lo que quiere con los médicos?

287. P: No, son buenos.

288. E: ¿No? ¿En qué sentido, qué hacen, como qué responden?

289. P: Claro, porque hay médicos que... una vez me tocó un médico que fue muy cortito, y yo le dije 'Doctor, yo me siento muy bien con el Alprazolam de 0,2', 'no' me dijo, 'ese remedio está casi prohibido' me dijo, porque pierde totalmente la memoria la persona y es muy adicto, 'entonces no se lo voy a dar'; 'Doctor, yo me voy a sentir pésimo, yo no puedo estar sin ese remedio', 'es que no se lo voy a dar y no porque yo soy el Doctor y no es usted', y no me lo dio y yo caí a fondo, tuve que ir, pagar una consulta de un psiquiatra y la consulta del psiquiatra me costó 18.000 mil pesos.

290. E: ¿Y le dieron el medicamento que usted quería?

291. P: Me dieron el medicamento que yo quería, yo lo compré y me lo tomé. Después vine acá a la oficina y dije que me cambiaran el médico porque yo no quería tener ese

medico yo y me lo cambiaron, y me tocó el Dr. Palma, y él me explicó de lo que pasaba con el medicamento, y que tratara, me dijo, de tomarme la mitad 'y si te sientes mejor con la mitad, tómate la cuarta mitad, y así para que vaya dejando, porque no es porque no te lo quieran dar, es por su salud.'

292. E: ¿Eso lo recibió de otra manera?

293. P: Claro yo lo recibí, pero no que me dicen que no, que no me lo va a dar, y que yo soy el médico, y que yo aquí y yo allá, me retó y yo me sentí pésimo, no importa, yo me voy a ir a otro lado y me fui donde la Dra. Bachelet, que ella pide 50, pero si uno va conversando con ella y uno le cuenta su estado de vida que tiene, más encima su bolsillo, llegué a 18 o 20 mínimo que deja, es muy buena, pero es muy cara.

294. E: Bien pues, vamos a dejar la entrevista hasta aquí ya.

295. P: Ya.

296. E: ¿Y nos podríamos ver en dos semanas más, dos jueves más? Le voy a hacer una citación para que recuerde la fecha y la hora ¿le parece?

297. P: Si.

298. E: Bien pues.

299. P: Listo.

Entrevista Numero 3 a: Señora Berta

Entrevistador: E

Participante: P

1. E: ¿Qué tal?

2. P: Aquí estamos, más o menos.

3. E: ¿Está mejor de sus mareos?

4. P: Si he estado mejor, esperando que me hagan el examen que piensan hacerme.

5. E: Bueno, hoy día va a hacer el último encuentro, es la tercera y la última entrevista, estuve mirando su entrevista y me quedaron algunas preguntas pendientes.

6. P: Ya.

7. E: Primero le quería preguntar como vería usted participar en esta investigación, ¿Cómo ha sido para usted?

8. P: Se me ha hecho difícil, porque como no he estado bien de salud, entonces cuando he estado bien me gustan, pero ahora no he estado bien de salud, entonces se me ha hecho complicado, usted misma ha visto.

9. E: Y cuando dice que está bien... ¿Qué es lo que le gusta?

10. P: Las charlas, las conversas, todo lo que uno ha hablado o le preguntan me gusta, me gusta.

11. E: Conversar.

12. P: Conversar.

13. E: ¿Cotidianamente usted tiene espacios para conversar con otras personas? ¿Conversa poco, conversa harto?

14. P: No, antes conversaba mucho, pero ahora no.

15. E: Ahora no.

16. P: No.

17. E: ¿Por qué?

18. P: Porque debe haber sido de mi enfermedad que me produjo esto, porque yo antes no era así, tenían que pegarme casi un palo para que me callara, pero sin

embargo ahora no, me gustaba mucho la música y ahora tiene que ser mucho, porque me molesta.

19. E: ¿La música?

20. P: Me molestan los ruidos.

21. E: ¿Qué le pasa con los ruidos?

22. P: Me pongo nerviosa.

23. E: Y usted dice que tiene que ser por su enfermedad. ¿Cómo hace la relación entre la enfermedad y el estar menos buena para hablar?

24. P: Porque cuando me conversan mucho me pongo a nerviosa y empiezo a sudar, sobre todo si hay gente afuera o quiere conversar conmigo, puede ser una conversa corta, pero si es muy larga yo ya empiezo a sudar, y presiento que me voy hasta a desmayar, como que me pongo nerviosa, no quiero estar ya más afuera o bien conversar más con las personas, son dos cosas.

25. E: ¿Estar afuera de la casa?

26. P: De la casa o bien ya la persona no me agradó y ya no quiero escucharle más de lo que me está conversando, entonces para no decirle '¿sabe? que no quiero conversar o no quiero escucharla', porque a veces son mis vecinas, y entonces me siento pésimo, que después entro a tomarme un agua y me siento un agua, porque la ropa mojada en transpiración.

27. E: ¿Y eso le pasa con cualquier persona que está conversando mucho tiempo?

28. P: Si.

29. E: ¿Y eso lo relaciona a la enfermedad, por qué?

30. P: Porque antes yo, cuando no tuve esta enfermedad, yo no era así, la gente me conversaba yo no sé qué cara tengo que siempre me conversan más que nada tragedias, problemas de ellos mismos, o de todo, y yo digo 'supieran que yo tengo otros problemas más graves', entonces digo yo 'bueno', pero no soy de los muchos comentarios míos, entonces las escucho y ya después me desespera eso. Tengo una de las hijas mías que tiene lo mismo, también puede estar un rato conversando pero le sucede igual que a mí, después si llega estar afuera y conversa mucho, después me dice 'mami, ¿sabe? Vengo mojada de transpiración, porque ya no quería conversar más', y se toma un agua con azúcar o algo, y se relaja, y se le pasa, entonces es el sistema nervioso eso.

31. E: ¿Y por ejemplo cuando viene para acá y conversa con su médico y sus tratantes también le pasa algo así, como que después de mucho rato se empieza a sentir mal?

32. P: No, porque el tema lo vamos cambiando, entonces por ejemplo con la señorita Claudia la primera vez me enojé mucho con ella, ella también se enojó mucho conmigo porque yo llegué muy tarde, y ella me dijo que no me podía atender, y yo dije 'pero que yo vengo a perder el tiempo, y que aquí, y que allá', y sin embargo después ya llegué a mis horas, y después ya fuimos que llegaba la hora, ella me explicó que tenía media hora por cada paciente, y que no, si ella me citaba a las 2 yo llegara a las 2:30 o 2:45, o sea. Pero no, con ella no, porque me conversaba de mi enfermedad, de los remedios, porque como yo soy adicta a los remedios...

33. E: ¿Es adicta a los remedios?

34. P: Si.

35. E: ¿Usted lo define así o alguien le dijo eso?

36. P: Si, porque yo veo las pastillas y para mí son dulces.

37. E: Dulces.

38. P: Claro, entonces las chiquillas me dicen 'oye que estaí grave, no haí tomado dulces'.
39. E: ¿Quién le dice así?
40. P: Mis hijas.
41. E: Sus hijas.
42. P: 'Cuando tú para todo tomas dulces', para mi cualquier cosa yo al tiro acudo a las pastillas, hay gente que si le duele la cabeza dice 'como llega, se va a ir', no, yo no espero eso.
43. E: Necesita tomar medicamentos.
44. P: Soy adicta a eso.
45. E: ¿Y siente que la ayuda?
46. P: Si.
47. E: ¿Si, para qué?
48. P: Por ejemplo, si a mí me duele mucho la cabeza yo no lo soporto porque sufro de cefalea, y soy una persona con jaqueca, entonces yo tengo que tomarme un Cefalmin o cualquier otro remedio fuerte, porque o sino me duele después el cerebro y es un dolor que yo no quisiera que ni me hablen, ni me miren, ni nada, es desesperante.
49. E: ¿Y con los fármacos que recibe acá también pasa lo mismo?
50. P: Por ejemplo, ahora me dan el Propanolol y yo decía 'para que será esto si yo sabía que era para el corazón', y yo me he sacado muchos electros y siempre he tenido buenos, y después me dijeron que también servía, pero servía también para el dolor de cabeza, entonces yo me tomo 3 al día y ya no paso con dolores de cabeza, me dan una vez al mes, pero antes eran todos los días.
51. E: ¿Y los otros medicamentos, los de acá, los que recibe acá además del Propanolol?
52. P: Si.
53. E: ¿También los usa así, cuando se siente muy mal toma más de lo indicado?
54. P: Claro, pero la mitad, no me tomo las mismas cantidades.
55. E: ¿Y los medicamentos que le da su tratante acá, siente que le ayudan?
56. P: Por ejemplo, me da la Risperidona, yo ya siento que ya no ando tiritona, porque antes me levantaba hecha una jalea, y sin haber porque, sin tener problemas, sin pasar rabias, pero me levantaba así, era una jalea, me tiritaba el cuerpo entero, y eso me ha hecho bien. Igual para los nervios también, que los tengo pésimos, el Alprazolam, pero si, he perdido mucho la memoria, porque dicen que es lógico, que el Alprazolam produce eso, hace bien para una cosa pero hace mal para otra.
57. E: ¿O sea que usted, por decirlo así, no se imagina sin estos medicamentos?
58. P: Algunas vez sí, he pedido mucho a Dios de que ya una vez yo deje, yo tengo muchos años tomando esto, yo creo que si a mí si hubiera que sacar medicamentos del estómago yo creo que tengo una bolsa, porque tomo también medicamentos naturales, tomo para el colesterol, para los huesos, pero son naturales, pero también son pastillas, que también van todas al estómago, al final son como unas 10.
59. E: ¿O sea al corto plazo usted no se imagina sin todos estos medicamentos?
60. P: Si, pienso que digo yo, por la gracia de Dios, yo creo que algún día me irán a dar de alta, me iré a mejorar de esto, pero es que esta enfermedad yo me mejoro un día y estoy bien, me acuesto bien, y al otro día digo yo '¿cómo iré a amanecer mañana?'.
61. E: ¿Cuál es esa enfermedad?
62. P: ¿Yo?

63. E: Si.
64. P: Yo tengo una depresión, se me olvidó cuanto le puso el médico, o a lo mejor psicológicamente soy yo la que como a veces estoy bien y digo 'qué rico, estoy bien, hoy día, pero mañana, ¿cómo iré a amanecer mañana?' Y a veces amanezco como la mona al otro día, que yo no puedo salir, no puedo hacer nada, hago lo de mi casa porque yo sé que estoy encerrada, pero no me animo a salir.
65. E: ¿Se siente muy limitada con la enfermedad?
66. P: Si, bastante.
67. E: Si no tuviera esta enfermedad ¿Qué le gustaría hacer, por ejemplo?
68. P: Trabajar.
69. E: Trabajar.
70. P: Trabajar y ser más rápida, yo antes era muy rápida para mis cosas, ahora me demoro mucho en hacer, por ejemplo el aseo, cocinar, por ejemplo cocinar es lo que más me enferma, a mí la cocina me depresiona demasiado, no me gusta.
71. E: Oiga, pensando un poco también lo que hablamos la vez pasada, usted decía que hay cosas que no le gustaba hablar ¿cierto?
72. P: Claro.
73. E: Que eran cosas dolorosas para usted.
74. P: Si.
75. E: Y por otro lado decía que existía mucha confianza con su doctora ¿no?
76. P: Si.
77. E: Mucho aprecio.
78. P: Con la que tuve, claro.
79. E: Entonces yo me preguntaba si usted sentía tanta confianza con la doctora ¿Por qué nunca le contó cosas dolorosas, o las cosas que le habían pasado, o estas cosas que no quería hablar?
80. P: No, porque nunca me las pregunto ella.
81. E: ¿Nunca?
82. P: No, nunca la señorita Claudia me pregunto.
83. E: ¿Por qué piensa usted que no le pregunto?
84. P: Porque no, nunca llegamos a ese tema.
85. E: ¿Y a usted nunca le surgió contárselo espontáneamente?
86. P: No.
87. E: ¿O sea para usted era mejor que no le preguntara?
88. P: Claro, mejor. Claro, si me hubiera preguntado a lo mejor le habría contado, pero como no llegó al tema, ni yo tampoco se lo iba a tocar, quedamos así.
89. E: ¿Pero usted piensa que le habría contado?
90. P: A ella sí.
91. E: Pero es algo que si no se lo preguntan, usted no habla.
92. P: No.
93. E: Ya. ¿No le gusta?
94. P: No.
95. E: ¿Siempre ha sido así, o sea, siempre ha como mantenido las cosas asperosas más ocultas?
96. P: Siempre.
97. E: Siempre.
98. P: Siempre he sido así, ni mis hijos, ni mi mamá, ni nadie.

99. E: ¿Y por ejemplo usted piensa que contar esas cosas son importantes para su tratamiento o no son importantes para su tratamiento?
100. P: No, porque conté eso una vez, y me afectó mucho y estuve más enferma.
101. E: ¿Cuándo contó?
102. P: Claro a una psicóloga que no fui nunca más, y le dije que por favor no lo dejara escrito en la ficha.
103. E: O sea, usted siente que hablar de lo doloroso la enferma más.
104. P: Más.
105. E: O sea, no cree que sería un aporte para su tratamiento.
106. P: No.
107. E: ¿Y no cree que esas cosas tienen que ver con lo que le pasa hoy día, por ejemplo, con su enfermedad y con sus dificultados, o no tienen nada que ver?
108. P: No tienen nada ya que ver, porque el dolor fue tanto mío y a la vez maduré muy rápido, entonces lo dejé así, lo dejé en ese lugar y nada más, porque yo maduré como a los 7 años, ya yo decidía a dónde o qué estaba bien, o qué estaba malo, y si estaba malo, tenía familia, hablaba y conversaba, y me iba.
109. E: ¿Cómo se iba?
110. P: Por ejemplo mi mamá, yo tenía 6 años cuando se casó, estuve un año con ella y no me gustó su marido, y yo me fui, y me fui y no volví nunca más, adonde unos tíos, yo les decía tíos pero eran compañero de ella de trabajo, pero yo ahí estuve cuando mi mamá tendría, yo creo, dicen, un año, fueron compañeras de trabajo y ellos tenían dos, entonces me tomaron igual que sus hijos, éramos 3, entonces yo le decía tía a ella y cuando mi mamá se casó nosotros vivíamos con ellos, y se fue al campo y yo me fui con ella, porque pensábamos, mis tíos también, que iba a ser bueno de que yo viviera con ella, siempre vivimos juntas, ella trabajaba y a mí me cuidaba la nana de los otros 2 niños, cuidaba a 3 niños que éramos, y mis tías trabajaban y mi mamá también, pero yo estuve un año en el campo y no, una que no me gustó el campo, yo creo que me debe haber dado depresión, porque esas lluvias, esos barriales, esos chanchos, todas esas cosas, los animales y todas esas cosas me daban ganas de arrancarme, no soy de vida de campo yo.
111. E: Oiga y como ha vivido usted el hecho de que ya tuvo que cambiar de médico ¿Cómo ha sido para usted, porque yo por lo que tengo entendido usted le tenía como mucho aprecio a la Doctora, como ha sido para usted el cambio?
112. P: Si. No sé todavía, porque me atendió solamente un día la otra Doctora y fue bien rápido, así que no tuve mucho contacto ni mucha conversa con ella, así que todavía no puedo decir nada, claro que cuando yo no me gusta o no me siento cómoda con los médicos yo pido que acaso me lo pueden cambiar.
113. E: ¿Y cómo se sintió en esta primera oportunidad?
114. P: Si, bien, porque ella me recetó lo mismo que me receto la Claudita, y lo único que ella me daba unos remedios para tener más, porque hay días que no tengo animo de nada, entonces ella me conseguía por unos laboratorios unos remedios, pero súper buenos, pero esta doctora me dio una cajita y venían como 6 así que, mientras que la otra doctora estaba pendiente de los laboratorios y los médicos, no sé esas cosas, me traía y yo alcanzaba el mes justo con esos remedios, y ahora no.
115. E: ¿Y qué le parece eso? ¿Cómo lo ve usted?
116. P: Es una lástima que me la hubieran cambiando porque era una buena doctora, y me llamaba hasta la casa para saber cómo me había hecho ese remedio y conseguirse ese remedio para una persona que ni me conoce, y no conoce la

consulta, es bastante agradecida, porque yo consulté y unos costaban 28 mil pesos, y otros más caros.

117. E: Y ese gesto de la Doctora ¿cómo lo interpreta usted?

118. P: Muy bueno, una persona que parece que le gusta su profesión porque está con los enfermos, no solamente porque anda con su delantal o el sueldo y nada más, no, porque ella le sale de adentro, de ayudar a los enfermos.

119. E: ¿Y qué sería para usted lo que tendría que un médico para que su paciente se mejore o esté mejor?

120. P: Un remedio exacto, que la persona se mejore, no que la tenga todos los meses el mismo remedio, y si la persona quiere estar, póngale, todo el mes acostada, está acostada pero está tranquila, porque tiene su medicamento, entonces ¿Cuándo dan de alta? ¿Nunca? ¿O dan?

121. E: No sé, ¿Qué piensa usted?

122. P: Que no.

123. E: ¿Qué no dan de alta?

124. P: No, porque yo con quienes he conversado años que vienen y todos toman remedios y le cambian, después vuelven, y después les cambian, entonces yo digo ¿pero cuándo dan de alta?

125. E: ¿Cuándo se imagina usted que se va de alta o se podría ir de alta?

126. P: Yo creo que yo, no me irán a dar nunca, tengo a mi consuegra que le conté que tenía esquizofrenia.

127. E: ¿Por qué cree que no la van a dar nunca de alta?

128. P: Porque la veo a ella, y ella imagínese que de sus mismos nervios tenían ¿cuánto le llaman que suenan los dientes?

129. E: Bruxismo.

130. P: Bruxismo, ahora sus dientes sanos y bonitos se le soltó todo, que hay que estarle sacarlo de a una pieza porque es una persona diabética, tiene 51 años, joven y ya lleva más de 10 años aquí.

131. E: ¿Pero usted, por qué cree que usted no va a ser dada de alta?

132. P: Mejorarme.

133. E: Ya.

134. P: ¿Y si no me mejoro?

135. E: ¿Y de quién depende eso?

136. P: De ambas partes, como de los médicos como de la persona, uno misma, pero es que uno pone mucho de su parte pero lo que pasa es que a veces uno no puede más, cansa, yo pongo mucho de mi parte pero ya hay días que yo estoy muy cansada.

137. E: ¿A qué le llama usted poner de su parte?

138. P: A de que si estoy nerviosa decir 'no, si ya tomé mi dosis, no voy a tomar más', y sigo, y hasta que después se me olvida, se me pasa y sigo haciendo aseo, que hay que cocinar, que hay que lavar, entonces se me pasa, pero ya en la noche ya me siento muy cansada, ya me duele mucho el cerebro y ya deseo estar acostada y no sentir nada.

139. E: O sea poner de su parte es también respetar el tratamiento.

140. P: Claro.

141. E: Y la parte del médico, ¿qué sería?

142. P: Es que bueno, si uno no paga también cómo le van a dar remedios buenísimos, no, porque se da lo que se puede, lo que hay aquí en el Hospital, porque yo por ejemplo, un remedio que me daban acá, que después se lo tuvieron que dar a

mi hijo que estuvo muy enfermo, lo compré y mi hijo se sentía súper bien, no le cayó mal al estómago ni nada, y a mí me lo habían dado aquí, y a mí me dio un ataque al hígado que casi me morí, entonces le pregunte a la farmacéutica y me dijo que lo que pasaba que los remedios de acá eran otra calidad, y lo que el laboratorio que hacían ese otro remedio estaba recubierto, y con otros medicamentos mejores, a mi hijo no le hizo nada pero yo tuve que traérselos a la Doctora porque le dije 'para que las quiero yo si yo no las voy a usar, a lo mejor alguien acá le puede hacer bien'.

143. E: O sea usted piensa que la parte del médico es dar un buen medicamento.

144. P: Claro.

145. E: ¿Algo más que eso o sólo eso?

146. P: Sólo eso, porque ellos no pueden hacer más de lo que hacen por uno, y uno como le digo que tiene que poner de su parte, porque si uno en la depresión no pone de su parte se la come, porque hay días en que uno dice 'no me quiero levantar'. A mí me ha pasado que hay días en que he amanecido con la idea de no levantarme y no me he levantado, y al otro día digo 'no, si yo no puedo ser una persona postrada', y es algo que como que la amarra o lo sujetan a uno, siquiera le duele el estómago a uno y uno se hace un agua de hierbas o toma un remedio y se le quita, pero esto no, esto es algo que mata, siempre con caras tristonas. Por ejemplo, yo ayer o ante de ayer, el martes, amanecí critica, pero ya critica.

147. E: ¿Cómo?

148. P: Decía yo '¿Por qué todos los días hay que acostarse? ¿Por qué todos los días hay que hacer cama? Estas cuestiones no deben hacerse.' O decía yo '¿Por qué hay que hacer comida todos los días? Comer y comer para comer toda una vida no puede ser esto, esto no es vida comer todo el día', y así saqué todo lo diario, y todo para mí fue malo, no había nada bueno, después dije yo 'si yo pescara una cuchilla y me enterrara en el corazón ¿me moriría o no me moriría?', si me muriera bueno, estaría descansando, porque la gente duerme y yo antes podía ver la cama y me podían dar las 3 de la mañana y yo a las 6 estoy lista para ir a trabajar, sin embargo ya ahora son las 10 o las 11 y yo ya no hayo la hora de ir a acostarme, entonces decía yo 'si yo hiciera eso yo dormiría para siempre', entonces después miraba un vidrio 'y ¿si ese vidrio lo hiciera tiritas yo?' Porque toda la vida he tenido un vidrio ¿Por qué tiene que tener un vidrio? Pero no, son caro decía yo, 'bueno, lo compraría', pero yo sola me daba todas las respuestas por habido y por haber, pero fue un día atroz.

149. E: ¿Eso fue el martes?

150. P: El martes, pero no había nada que dijera yo esto es bonito, es bueno, nada, todo que no tenía fin.

151. E: Usted ha mencionado varias veces el tema de lo económico, o sea de que aquí no se paga.

152. P: Claro.

153. E: ¿Cómo siente usted que es el tratamiento para no ser pagado?

154. P: Bueno, porque no la tramitan, porque el San José no, es malo, acá mismo uno viene y se hace un examen, viene temprano y te hacen un examen bien hecho, le dicen que vuelva mañana o pasado y está listo, en San José tiene que pedir hora y si es que tienen hora, no sé para cuándo, yo misma de aquí me mandaron a Gastro harán como un año, todavía no me llaman.

155. E: O sea usted recibe una atención rápida dice.

156. P: Rápida, no la andan a uno tramitando ni nada.

157. E: ¿Y qué otras cosas usted encuentra que son buenas del Hospital, de lo que le ofrece y las que no son tan buenas?
158. P: Yo, para mí, yo estoy conforme en todo lo que me han hecho o me han dado, lo que no sé ¿para qué son estas charlas o estas, con usted, eso es lo que no sé?
159. E: ¿No le ha quedado claro?
160. P: No.
161. E: Bueno, como yo le explicaba en algún minuto, esto tenía que ver con poder evaluar la evolución de su enfermedad y ver cómo se encuentra en relación a eso, para ver si podemos hacer un aporte también respecto al sistema de salud, de su tratamiento, de su evolución ¿no le había quedado claro?
162. P: No, o bien me lo dijo pero a mí se me olvidan muy rápido las cosas.
163. E: ¿Y cómo ha entendido usted la participación suya en esta investigación? ¿Qué ha pensado de eso?
164. P: Buena, yo la he encontrado buena.
165. E: ¿Por qué? ¿En qué sentido?
166. P: Porque son conversas interesantes.
167. E: ¿Le resulta interesante hablar de su enfermedad, de su tratamiento?
168. P: Claro, porque yo por ejemplo en mi casa solamente lo hablo, porque no lo hablo con, me dicen 'vas al médico', 'si voy al médico', antes cuando trabajaba y venía para acá, 'vas al médico', 'si, voy al médico', pero nunca tampoco sabían que yo venía aquí.
169. E: No lo decía.
170. P: No, no lo he dicho.
171. E: ¿A nadie?
172. P: No, en mi casa no más saben.
173. E: ¿Por qué no lo ha dicho?
174. P: Porque la gente interpreta que 'ah, está loca entonces va al psiquiatra', como diciendo 'hay que tener cuidado porque le puede dar la locura'.
175. E: Como peligrosa la locura.
176. P: Claro, entonces yo les digo si me preguntan 'si, voy al San José o voy al J. Aguirre'.
177. E: ¿Esa es la misma imagen que usted tenía antes de empezar a venir al Hospital Psiquiátrico?
178. P: Si, también pensaba lo mismo. Pasaba, cuando llegaba a pasar, porque le tenía pánico, nunca pasaba por acá, porque de ver gente afuera, porque antes se veían más, sobretodo hombres afuera, en las rejas pedían cigarros o monedas, y ahora ya no los veo, no sé si estarán de alta, murieron o estarán internados, no sé, pero afuera no se ve, pero antiguamente se veían mucho.
179. E: ¿Y qué piensa usted o qué se imagina que paso con esas personas?
180. P: Eso es lo que me he preguntado siempre, y no sé.
181. E: Pero no importa, ¿Qué se imagina?
182. P: Se me imagina que están internadas, porque ¿cómo iban a morir tantos? Pero me daba pánico, claro, era su enfermedad y también habían algunos que eran así agresivos, pero con ellos no se puede hacer nada porque es una persona enferma.
183. E: ¿Piensa que no se puede hacer nada?
184. P: No, porque si ellos mismos... una vez yo en una micro, una señora enferma se subió y según ellos decían que no eran agresiva, pero subió a la micro y los mechoneó a todos, cuando estaban las micros amarillas, subió y empezó a mechoniarnos a

todos, estábamos más asustados, quedamos todos, parecíamos que íbamos a un paseo de brujas, nos refregaba y a otros les tiraba las mechas, y así rápido, y después fue y se bajó, y nos miramos y nos reíamos tanto, era rápida, pero tan rápida ella que con las dos manos iba por los asientos, pero después nos daba risa, hasta el chofer nos miraba para atrás de vernos como quedamos de chascón, y fuerte, habían pedazos que a uno le dolía, entre más largo el pelo a uno le tiraba más rápido.

185. E: O sea usted piensa que la gente que está dando vuelta acá en el Hospital o que está afuera lo relaciona con algo peligroso.

186. P: Si.

187. E: ¿Y con algo recuperable?

188. P: Si.

189. E: ¿Si?

190. P: Si, porque como ella andan los dejan, porque o sino no los dejarían, porque hay un joven que abajo anda, es alto, tendrá más de 20 años el lolo, y decía unos garabatos 'pobre al de la madre que lo pille fumando porque le voy a sacar pero...', y se paseaba y todos los mirábamos callaitos, 'ya saben ya, pobre al tanto por tanto que lo pille fumando porque van a ver', y más ratito salió y después llegó él fumando, y no sabía fumar pero parecía un chuncho, un pájaro así que echaba humo, y todos nos mirábamos y nos sonreíamos, pero sin que nos viera él porque nos imaginábamos que nos fuera a pescar del pelo o no sé.

191. E: ¿Le da miedo?

192. P: Claro y allá en la farmacia también '¿y cómo están atendiendo, tanto por tanto? porque o sino conmigo se las van a arreglar así que atiendan bien no más', y así, después se fue para adentro. Entonces mi hija, la chica que vino el otro día, hoy día le tocó clases y me dijo 'mami, yo te acompaño, pero sabes que yo cuando estoy afuera yo sentía que venía alguien y me pescaba del pelo, o no sé', y mi otra hija dice 'mire, yo te puedo acompañar a todos los lados pero allá me da pánico, y menos meterme para allá para adentro', porque yo no sé si lo internados estarán para adentro, supongo, 'y menos meterme para allá para adentro', no, me dice.

193. E: ¿Y a usted le sigue dando miedo?

194. P: No.

195. E: ¿No?

196. P: Antes les tenía miedo, cuando empecé, que se acercaban mucho al lado mío y a veces hasta la mano me ponían en un hombro por una moneda o un cigarro, y me asustaba mucho, pero ahora no, les digo 'no tengo', o si tengo le digo 'si toma' o 'compra porque ya no fumo yo', pero no.

197. E: ¿Pero nunca ha ido más adentro del hospital?

198. P: No.

199. E: ¿Y eso es porque le da miedo?

200. P: No, porque no tengo idea y pienso que me van a echar para afuera, entonces he llegado hasta donde hacen los exámenes, hasta ahí es lo máximo que he llegado en este Hospital, y de ahí no he llegado más.

201. E: ¿Por qué cree que la van a sacar o echar para afuera?

202. P: Porque yo digo que me van a decir 'bueno ¿y usted que anda haciendo aquí?', porque yo creo que aquí habrá gente peligrosa ¿o no?

203. E: ¿Eso se imagina, que anda gente peligrosa?

204. P: Claro, tengo idea que habrá algunos medios enfermos, más enfermos, y otros más enfermos, porque yo cuando estuve tan enferma, de que quería puro cortarme y

le dije a la señorita Claudia '¿Por qué no me hospitaliza?', y me dijo 'porque usted no está como para hospitalizarla'.

205. E: ¿Y qué entendió usted de eso?

206. P: Que no quiso no más.

207. E: ¿Por qué ella no quiso?

208. P: Claro.

209. E: ¿Cómo?

210. P: Porque yo dije, aquí estoy acostada.

211. E: ¿Por qué cree que ella no quiso?

212. P: Porque dije yo 'no quiso dejarme, bueno, no habrán cama o tendrán otros enfermos', como no me quiso dejar aquí, y sin embargo después le conté a mi consuegra que yo le conté parece que a usted, y me dijo que aquí les pegaban, uno le dice el psiquiatra y ella grita como loca mi consuegra, dice que aquí les pegan entre ellas mismas, que piden un cigarro y si le decían que no tenía le pegaban las otras enfermas, dice que es terrible. Tengo dos versiones que no entiendo nada.

213. E: ¿Pero usted piensa que la Doctora no la hospitaliza porque no quiere o porque usted no estaba para ser hospitalizada?

214. P: Claro, eso me dijo la doctora.

215. E: ¿Pero usted qué cree?

216. P: Yo creía que sí.

217. E: ¿Qué sí que?

218. P: Que estaba yo para que me hospitalizara.

219. E: O sea, usted pensó que la doctora no quiso.

220. P: No quiso.

221. E: ¿Por qué no habrá querido?

222. P: Porque ella me dijo que yo no estaba, me dijo 'usted no está Berta para eso', 'usted se va a tomar sus remedios y va a estar bien', y me acuerdo de otro doctor que me vio, y me decía que saliera, que yo saliera mucho, que saliera a andar o saliera de paseo, pero yo me canso mucho.

223. E: ¿Y usted cree que, por ejemplo salir a pasear o andar, es algo que la podría ayudar?

224. P: A lo mejor sí, pero mis ánimos no, yo no visito ahora ya ni a mis hermanos, ni a nadie, visito solamente cuando necesitan de mí, que está alguien enfermo, ahí digo yo 'no', pero me hago fuerzas, pero voy porque sé que me necesitan, tengo que ir, igual que hoy día en la mañana que dije yo 'no', me estaba bañando y pensar que tengo que salir y así, o a veces tengo que ir al centro y voy mañana o pasado, y pasan meses que yo no voy al centro. Antes, en dos minutos yo estaba para todos lados, porque el cansancio es el que me tiene a mí así, achacada, y a veces pienso que hasta para vestirse digo '¿Por qué hay que vestirse? todos los días hay que ponerse y cambiarse ropa, ¿por qué hay que bañarse?' y no debería ser así.

225. E: Oiga ¿Qué expectativas tiene con su nuevo médico?

226. P: No sé.

227. E: ¿Qué espera?

228. P: Espero que sea parecida a la que tuve, la señorita Claudia, que tenga harta paciencia.

229. E: Paciencia.

230. P: Claro, porque también todos no tenemos la misma paciencia, y es lógico.

231. E: Si tuviera así como decir tres características fundamentales del médico que la atiende ¿Qué esperaría además de la paciencia?
232. P: Que me diera los remedios, que ver si en realidad los remedios estoy bien o hay que cambiarlos, y que tratara de sacarme de esto porque yo me quiero mejorar, yo no quiero seguir así enferma, pero digo yo también tengo mis años, a lo mejor los años también afectan.
233. E: ¿Y que la tratara de sacar de esto, cómo?
234. P: De esta enfermedad, de esta depresión.
235. E: ¿Pero cómo tendría que hacerlo por ejemplo?
236. P: Pero es que yo, me han cambiado tantos remedios y al final he vuelto a los mismos porque me han resultado, entonces no sé qué alternativas tendría ella porque ya la señorita Claudia ya me dijo que yo no era cómo para estar internada, entonces eso ya lo olvidé.
237. E: Quiso estar internada usted.
238. P: Si.
239. E: ¿Por qué? ¿Qué se imaginaba?
240. P: Por estar acostada.
241. E: Por estar acostada.
242. P: Y que me dieran los remedios.
243. E: ¿Cómo que eso podría ayudarla a estar mejor?
244. P: Claro y no saber de nada, nada. Si querían me dieran comida, o sino con agua me conformaría, porque tampoco hay días en que digo yo ‘¿por qué se come todos los días?’
245. E: Pero usted piensa que eso como de estar acostada y tomarse los remedios ¿ayudaría a estar mejor?
246. P: Si, me ayudaría. Pero a la vez tengo un cuerpo que me domina mucho, entonces a lo mejor después querría estar siempre.
247. E: ¿Acá dentro?
248. P: Siempre acostada.
249. E: Acostada.
250. P: Si, tengo un cuerpo que al estar con los remedios o estar con todo me acostumbro muy rápidamente al cuerpo mío, porque yo me he dado cuenta, porque si yo tengo la idea de trabajar y me voy a levantar a las 6 de la mañana, el primer día yo creo que va a ser muy difícil, y el segundo, el tercer día ya no, se me acostumbra el cuerpo muy rápido y para todo soy así.
251. E: Bien señora Berta, le agradezco mucho su participación.
252. P: No, yo le tengo que agradecer a usted, y disculparme de que tenía tanto que llamarme y tanto que la he hecho esperar, y todo porque en realidad me sentía pésimo, yo no podía y aun todavía me sentí mejor hoy día y dije ‘no, tengo que ser responsable también y no tramitar tanto a esta niña.’ Mis niñas me decían ‘mami, pero va a ir sola’, ‘si poh’, le dije yo, si yo toda mi vida he andado sola, si ahora le digo toda mi vida he andado sola, porque mi marido ahora no sabe dónde ando.
253. E: Bien, muchas gracias.
254. P: Que agradece.
0. E: Gracias

