UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

TESIS DOCTORAL

"UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE EL REINGRESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EXTREMADURA".

José Prieto Oreja

Departamento de Psicología y Antropología.

2016.

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

TESIS DOCTORAL

"UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE EL REINGRESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EXTREMADURA".

José Prieto Oreja

Conformidad de los directores de la Tesis Doctoral:

Fdo.: Dr. Javier Marcos Arévalo

Fdo.: Dr. Juan Antonio Guisado Macías

Departamento de Psicología y Antropología.

2016.

Página.

INDICE …..1
Agradecimientos …..4
Observaciones antes de la lectura de este trabajo. …..7
Abreviaturas estadísticas …..8
I. INTRODUCCIÓN. ….10
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ….15
Objetivos generales ….15
Objetivos específicos ….15
III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS INICIALES. ….17
IV. MARCO TEÓRICO. ….20
4.1 Definiciones de anormalidad y normalidad relacionadas con la Salud Mental. ….20
4.1.1Lo normal y lo anormal. ….21
4.1.1.1 Enfoques y definiciones. ….21
4.1.1.2 Perspectivas centradas en el comportamiento. ….25
4.1.1.3 Hacia la construcción del concepto de conducta anormal. ….27
4.2 Salud Mental ….32
4.2.1 Nacimiento y desarrollo del término Salud Mental . ….33
4. 3 Evolución del proceso salud-enfermedad. ….35
4.3.1 ¿Qué es la salud? ….36
4.3.2 Evolución histórica de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. ….39
4.4 Antropología de la Salud, de la Medicina y de los cuidados. ….42
4.4.1 Antropología Médica. ….43
4.4.2 Antropología y Psiquiatría. ….45
4.4.3 Antropología y Enfermería. 48
4.5 La institución total. ….51
4.5.1 Algo más que lo físico y lo temporal. ….60
4.5.2 Instituciones cerradas y abiertas. ….63
4.5.3 Del manicomio a minimanicomio. ….70
4.5.4. El hospital ….76
4.6 La puerta giratoria ….79
4.6.1 Definición del término Puerta Giratoria ….81
4.6.2 La puerta giratoria en psiquiatría ….87
4.7 Tiempos y espacios …105
4.7.1 El tiempo como rutina hospitalaria. …107

4.7.2. El espacio impuesto ...108

V. MARCO METODOLÓCICO. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICAS Y TRABAJO DE CAMPO. ...111

5.1 Metodología en Antropología. De la observación lejana a los sentimientos. ...111

5.2 Cualidad y cantidad en la investigación etnográfica. ¿Subjetividad y objetividad? ...115

5.3 Demarcación del campo. Unidad de análisis y unidad de observación. ...119

5.4 Características de las unidades de análisis y observación de esta investigación. ...124

5.4.1 El hospital y su entorno. ...124

5.4.2 La Unidad de Hospitalización Breve. ...126

5.4.3 La estructura física de la UHB. ...128

5.5 Técnicas de investigación: etnografía de campo ...141

5.5.1 El acceso al trabajo de campo. Preparativos previos a la entrada en el campo de trabajo. ...141

5.5.1.1 La burocracia teórica para la aplicación práctica. ...143

5.5.2 El trabajo de campo y la observación participante. ...147

5.5.2.1 La investigación en la propia comunidad. Observarse a uno mismo. ...151

5.5.2.2 La observación directa ...157

5.5.3 La entrevista. Las herramientas etnográficas para obtener información. ...158

5.5.4 Los informantes ...169

5.5.5 Historias de vida. La posibilidad de transformar vivencias en datos: una prueba de fuego para los sentimientos. ...177

VI. ETNOGRAFÍA. CON LOS PIES PUESTOS SOBRE EL CAMPO DE TRABAJO. ...187

6.1 La entrada en el campo de trabajo y el inicio del trabajo de campo. ...189

6.1.1 Las dificultades de acceso a los datos. ...193

6.1.2 Pisando tierra. La entrada en la zona de trabajo. ...197

6.2 Periplo asistencial de un paciente con trastorno mental. Del nacimiento como paciente hasta el regreso a su medio social. ...207

6.2.1 El paso previo a la etiquetación de una persona como paciente con trastorno mental. El servicio de urgencias y la adquisición de un estatus. ...214

6.2.2 El ingreso en la unidad. El proceso de etiquetación

del paciente. …236
6.2.3 La estancia en la unidad. …248
6.2.3.1 Los horarios y los tiempos. …249
6.2.3.2 El espacio físico y el socio-cultural. …261
6.2.3.3 Vigilantes y vigilados. Las formas de interrelación. …303
6.2.3.3.1 El paciente desde la perspectiva del trabajador. …308
6.2.3.3.2 Una visión desde la perspectiva del paciente. …334
6.2.3.3.3. Los trabajadores vistos por sí mismos. …339
6.2.3.3.4. La relación entre pacientes. …345
6.2.3.3.5 De las relaciones entre trabajadores y pacientes. …351
6.2.4 Las historias de vida. La voz oculta de los pacientes …357
VII. MARCO EMPÍRICO. EL REINGRESO DE PACIENTES MENTALES EN UNIDADES DE AGUDOS DE HOSPITALES GENERALES. UNA VISIÓN DESDE LA ESTADÍSTICA. …382
7.1 Introducción. …382
7.2 El concepto de los datos visto por los números. …383
7.3 El objetivo de la cuantificación. …392
7.4 Estructura del estudio cuantificador. Material y método. …395
7.4.1 Selección de la muestra. De pacientes a números. …395
7.4.2 Variables a estudio. …398
7.5 Tipo de estudio. Resultados estadísticos. …404
7.5.1 Resultados. …406
7.5.1.1 Estudio descriptivo. …409
7.5.1.2 Estudio comparativo. …418
7.6 Discusión y una posible interpretación. …441
VIII. CONCLUSIONES. APORTACIONES. RESULTADOS. …448
IX. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN. …459
X. FUENTES …460
XI. GLOSARIO …462
XII. BIBLIOGRAFÍA …467
XIII. ANEXOS …493

Agradecimientos

Todo aquel que haya realizado una tesis doctoral sabrá que el esfuerzo de su realización en cierta medida cae sobre sus espaldas, pero ha de reconocer que sin la paciencia, los consejos, el cariño, la experiencia, el compañerismo y la ayuda de otros esta empresa hubiera sido imposible. Por este motivo quiero agradecer a las siguientes personas el que hayan sido parte fundamental durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de investigación. Esta tesis es tan suya como mía.

A mi mujer Toñi por todo el tiempo que ella sola ha tenido que encargarse de nuestra vida en familia sin mi compañía, en muchas ocasiones ha tenido que hacer de madre y padre ante mi ausencia. Por su infinita paciencia, comprensión y cariño.

A mi hija Irene darle las gracias por no reprocharme nunca los momentos que no he podido pasar con ella durante el juego, el aprendizaje y su crecimiento que forman parte ahora de su corta vida. Cuando me encerraba durante horas en la habitación tecleando en el ordenador, siempre me esperaba fuera con una sonrisa. Ella me da fuerza.

A mi padre Domingo y a mi madre Montserrat. A mi padre porque desde pequeño me enseñó a tener capacidad de esfuerzo y disciplina en el trabajo. A mi madre porque desde muy pequeño fomentó en mi la curiosidad por aprender disciplinas tan distintas como la fotografía, el arte, la literatura. Esta curiosidad la he convertido en mi forma de vida.

A mi hermano Luis. Él fue el primer investigador en la familia. Yo seguí sus pasos como si un faro de luz guía se tratara. A mi sobrino Luis porque él sí que es un luchador de la vida. A su madre Raquel por combatir junto a mi hermano y a mi sobrino.

A mi suegros Julio y Paca, y a mis cuñadas por hacerse cargo del cuidado de mi hija cuando el trabajo de la tesis me lo impedía a mí.

A mi profesor Javier Marcos por haber confiado en mí para la realización de este trabajo de investigación. Por su infinita paciencia y por sus innumerables consejos. Desde mi etapa universitaria en la que él fue mi profesor, siempre me sorprendió su capacidad de esfuerzo, y sus amplísimos conocimientos sobre esta disciplina que es la Antropología. Siempre tuve claro que si algún día hacía la tesis doctoral, él debía ser mi director. El tiempo que ha durado su elaboración, él siempre ha estado a mi lado, nunca me ha fallado. Y ha trabajado al mismo ritmo que yo. A día de hoy no deja de sorprenderme su capacidad de esfuerzo, su implicación en lo que hace y sobre todo su inagotable energía a la hora de ayudarme. Gracias Javier por las orientaciones metodológicas y bibliográficas.

A mi profesor, el psiquiatra Juan Antonio Guisado. Ha sido una fortuna contar con él. Hace 15 años que tuve la oportunidad de trabajar con él codo con codo en una unidad de hospitalización psiquiátrica. Conoce el medio como nadie. Me ha aportado tranquilidad y sosiego. Siempre me ha dado palabras de apoyo cuando la situación se complicaba. Con él me he encargado de la parte cuantitativa de esta tesis doctoral, pero siempre me hizo ver la parte humana de los números. Esa humanidad lo define.

Mi más sincero agradecimiento al Departamento de Psicología y Antropología de la Universidad de Extremadura por acogerme y permitirme desarrollar esta tesis doctoral.

A mis compañeras y compañeros de trabajo por soportar mis interrogatorios y aguantar mis ausencias en la unidad mientras entrevistaba a pacientes, profesionales, o simplemente leía bibliografía. Han sido parte del cuerpo de investigación, pero también le han dado

el alma, por eso gracias a 36 profesionales que me han brindado su apoyo. Gracias a celadores, auxiliares, psiquiatras y enfermeras.

Gracias a todos los pacientes que se prestaron a ayudarme desinteresadamente. Ellos, a pesar de su situación, siempre estuvieron dispuestos a colaborar y a darme toda la información que necesité. Me enseñaron a ver por sus ojos y a percibir sus sentimientos. No hay tarea más difícil que la de ponerse en el lugar de la persona a la que se investiga, y si es en el de una persona que sufre una patología mental aún lo es más, no por el trabajo que supone sino por *la implicación emocional* a la que hay que someterse. Gracias en especial a aquellos pacientes que participaron en este estudio y que su camino se vio truncado por la decisión de dejar esta vida que para ellos era insufrible.

Gracias al coordinador de la unidad de salud mental, Alfredo de la Rubia, al Gerente de Área y a la Dirección Médica del hospital, por darme los permisos burocráticos que me permitieron acceder al campo de trabajo. Mis sentimientos de agradecimientos no pueden ser mayores cuando me refiero a Pedro Olivenza, jefe de admisión. Él fue la persona que me facilitó gran parte de la información que me ayudó a confeccionar los datos de la parte cuantitativa de esta tesis. No quiero tampoco olvidar dentro de mis agradecimientos a Fernando Arnau, quién también me facilitó datos de gran importancia.

Por último agradecer a Dolores Vázquez Menayo por su ayuda en conseguir desde la biblioteca del Hospital del SES de Mérida gran número de artículos bibliográficos que ha formado el cuerpo teórico de esta tesis.

Ruego a todos los que no nombro sepan disculparme. Gracias también a ellos. Esta tesis doctoral ha sido realizada con personas y para personas, con muchas personas y para muchas personas. Gracias.

Observaciones antes de la lectura de este trabajo.

Quiero advertir al futuro lector o lectora de este trabajo de investigación sobre algunas cuestiones que considero importantes:

- En primer lugar no es mi deseo que las expresiones utilizadas en el texto puedan ser mal sonantes para algún lector. Mi único propósito ha sido trascribir fielmente algunas de las expresiones manifestadas por los entrevistados.
- Algunas imágenes contenidas en el texto: he intentado que las mínimas pueden herir la sensibilidad de algún lector.
- Cuando me he referido a los pacientes, he usado normalmente el masculino. No por ello quiero hacer pensar a ningún lector que mis intenciones han sido androcentristas, sino que me han permitido desarrollar el texto más fluidamente.
- Todos los nombres que he usado para identificar las entrevistas con algunos pacientes son totalmente ficticios, no correspondiendo el nombre asignado en el texto con el real.

Abreviaturas estadísticas

% : Porcentaje.

N: Total de la muestra.

n: Número de observaciones.

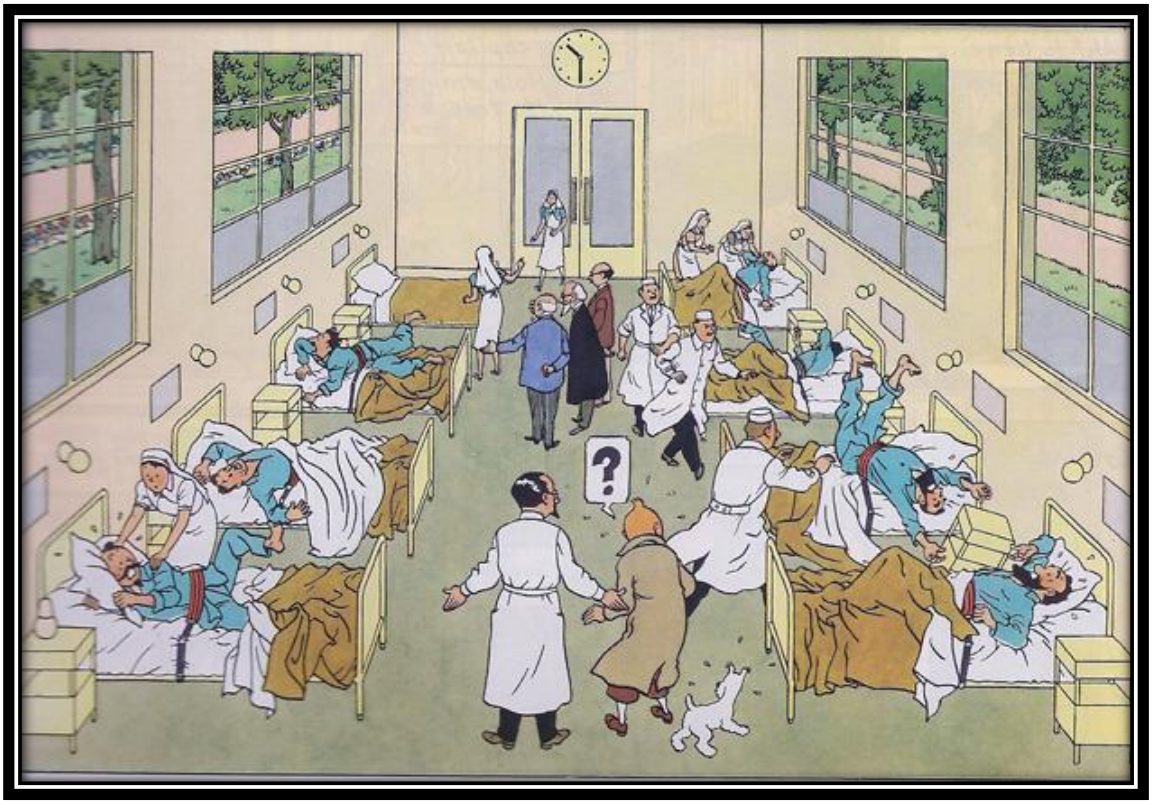
X^2: Chi- Cuadrado.

P: Nivel de significación.

t: T de Student.

F: Anova de un factor.

I.C.: Índice de confianza



"Todos genios… todos locos."

I. INTRODUCCIÓN

En ocasiones elegir el tema que un investigador quiere estudiar resulta uno de los dilemas más difíciles de una tesis doctoral. En antropología ese momento suele superarse cuando el que se dispone a investigar sufre una situación de *extrañamiento* ante un fenómeno determinado. A mí me sucedió de la siguiente forma. Durante varios años, unos cinco, dejé atrás la asistencia directa a paciente mentales como enfermero para dedicarme a la gestión hospitalaria. Durante este período no mantuve ninguna relación con mi antiguo puesto de trabajo que era en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, o al menos con el contacto directo con pacientes. Pero pasado esos cinco años dedicados a la gestión regresé de nuevo a mi antiguo lugar de trabajo, y lo que me encontré fue una situación casi idéntica a la que dejé atrás en el tiempo. El día que me incorporé de nuevo a la asistencia clínica en la unidad de agudos me encontré que muchos de los pacientes que estaban ingresados ya los conocía y ellos me recordaban a mí. Cinco años supusieron un simple parpadeo. Dada mi condición de antropólogo, o al menos al contar con los estudios en antropología, consideré necesario estudiar este fenómeno que se presentaba ante mis ojos desde una perspectiva cercana al fenómeno, usando la el trabajo de campo como herramienta metodológica. Para ello en primer lugar realicé una extensa revisión bibliográfica del fenómeno, empezando primero por lo más cercano, Extremadura, y luego alejando la búsqueda a otras comunidades de España, para terminar con lo realizado en el ámbito internacional. Pude comprobar, y he aquí donde radica uno de los puntos que cargan de interés a este estudio, que el fenómeno de reingresos de pacientes mentales en Extremadura no había sido abordado nunca desde el punto de vista antropológico. A esto se le sumaba que a nivel nacional el fenómeno había sido estudiado pero desde una perspectiva fundamentalmente cuantitativa, y casi siempre con una mirada medicalizada. A nivel

internacional pude comprobar que sí se habían realizado estudios desde disciplinas como la Sociología, la Psiquiatría o la Epidemiología, e incluso desde la Antropología, pero no centrados en el fenómeno que yo quería investigar sino en áreas de estudio más amplias y dispersas. Encontré una obra, escrita por Lorna A. Rhodes, en la que había realizado un estudio etnográfico en una unidad de psiquiatría en Estados Unidos, pero su objetivo era el describir como se enfrentaban los trabajadores de una unidad de psiquiatría a sus dilemas frente a la atención al paciente mental, pero no el fenómeno en el que yo me quería centrar, *el reingreso hospitalario de pacientes mentales*. Por tanto, el estudio que realizaré es novedoso no por la temática, que ya ha sido abordada por otras disciplinas, sino por el método y la focalidad.

Tal vez, y centrándonos en Extremadura, la falta de investigación sobre estas unidades haya podido estar relacionada con el aislacionismo al que han estado sometidas, sobre todo las unidades de Mérida y Plasencia, pues hasta hace poco seguían engullidas por los hospitales psiquiátricos. A esto se le suma la dificultad de acceso a las mismas por motivos estructurales, éticos y judiciales. Barreras a veces infranqueables. La realización de un estudio de estas características podrá contribuir a mejorar la comprensión del fenómeno desde una perspectiva no sólo médica sino también desde el propio paciente, y a comprender mejor la respuesta social que actualmente se le está dando a la patología mental. Se convierte por tanto este estudio en una novedosa investigación en una Comunidad Autónoma como es Extremadura que adolece de una falta de estudios etnográficos dedicados a la Salud Mental, a diferencia de otras comunidades como Cataluña donde destacan los estudios de la Universidad Rovira i Virgili, o los estudios a nivel internacional en Estado Unidos, Argentina o Méjico.

No obstante el fenómeno de la salud mental ya fue objeto de estudio en épocas anteriores en las que el fenómeno del exotismo dejaba de centrarse en tribus alejadas en el espacio, y empezaba a fijarse en lo extraño dentro de la propia comunidad. Sin duda, pocas cosas son extrañas o ajenas a la propia sociedad que aquellos que aún perteneciendo a la misma tienen formas de comportamiento e interacción diferentes a las que se esperan. Y así, a lo largo del siglo XX aparecieron diferentes corrientes que enfocaban el fenómeno de *la enfermedad mental* desde el punto de vista antropológico las que iban desde el Relativismo Cultural de Ruth Benedict y Margaret Mead, las corrientes políticas o filosóficas de Michel Foucault, o las corrientes antipsiquiátricas de Franco Basaglia en Italia y Tomas Szasz en Norteamérica. E incluso antropólogos psiquiatras cuya obra se centró casi como tema monográfico en la salud mental, como fue el caso de Gregory Batenson.

De estos grandes pensadores sobre la Salud Mental se dio paso entre tanto a otros científicos sociales y culturales que abordaron temas más concretos de la salud mental, cuyas pretensiones fueron la de *explicar fenómenos específicos en espacios y tiempos concretos.* Algunos de ellos han sido mi luz guía en esta tesis doctoral, y sus estudios he querido emular. Destacar los trabajos realizados por R. Warner y sus teorías sobre la desinstitucionalización después de la Segunda Guerra Mundial, los de W. Caudill y su obra "The Psychiatrric Hospital as a small Society, R. Castel y sus postulados de psiquiatrización social, E. Goffman y su obra Asylums, A. Hollingshead y sus estudios sobre estratificación social y enfermedad mental, M. Jones y sus trabajos sobre comunidades terapéuticas, T. Langner y T. Stanley y sus estudio de relación entre salud mental y factores sociales, S. Levine y sus estudios sobre el estrés social, D. Mechanic y sus aportaciones en temas de planificación en temas concernientes a la Salud Mental, J. Myers y sus investigaciones sobre clase social y enfermedad mental, B. Pasamanick y sus estudios de

tratamientos de esquizofrénicos en sus hogares sin necesidad de internamiento, CH. Perrow y su trabajo para diferenciar hospitales generales de hospitales psiquiátricos, R. Plunkett y sus estudios de epidemiología de la enfermedad mental, L. Roberts y sus estudios sobre psiquiatría comunitaria, T. Scheff y su formulación sobre la teoría de la enfermedad mental crónica, M. Schwartz y sus estudios comparativos acerca del tratamiento de paciente mentales en medios distintos, J. Spitzer y sus estudios sobre sociología de la enfermedad mental, L. Strole y sus estudios sobre la enfermedad mental en la ciudad, A. Stanton y M. Schwart y sus publicaciones sobre el rol del enfermo mental en una institución manicomial, C. Munizaga y sus estudios sobre organizaciones en la instituciones psiquiátricas en Chile.

Mis intenciones, no tan pretenciosas, son que lo descrito en este trabajo de investigación sea percibido como algo propio y cercano por los actores que en él describo. Deseo que lo que en él se explica no le resulte extraño, sino familiar al que se encuentra inmerso en el espacio temporal y físico donde se desarrolla, que sienta como lógicos los razonamientos que en él se dan, pero al mismo tiempo que pueda ver desde otra óptica los actos que ve como cotidiano. Pero mis intenciones no quedan únicamente circunscritas a los que son observados, sino que pretendo que las personas ajenas a este *micromundo* que es la unidad de hospitalización psiquiátrica, sean capaces de comprender lo que en el sucede. Sería una revelación de códigos, símbolos y comportamientos que comparten los de *dentro* a los que observan desde *fuera*.

Esta tesis doctoral, enfocada desde un perspectiva etnográfica podrá ayudarnos a conocer aspectos socio-biográficos, epidemiológicos, geográficos, temporales y culturales del medio donde se desarrolla la investigación; y nos podrá ofrecer claves sobre diferencias sociales, desigualdades de género, edad y grupos diversos,

así como conocer prácticas y comportamientos frente a la enfermedad mental, en un macro que puede llegar a considerarse una microcultura, y en el que se desarrollan comportamientos que van desde las interacciones más simples a la formación de estrategias de poder. Para ello realizo en primer lugar un acercamiento a las definiciones de anormalidad y normalidad en las conductas, pasando a lo que se entiende actualmente por salud y salud mental. Es imprescindible además que desarrolle el acercamiento que la disciplina antropológica ha tenido a otras ciencias como la medicina o la enfermería. Y dedicaré además un apartado que describa *la institución total* como punto de partida de lo que actualmente se ha convertido la atención a los pacientes con patología mental, y que en consecuencia han llevado al fenómeno que yo investigaré y describiré: *El reingreso de pacientes en unidades de hospitalización psiquiátricas*. Usando, para llegar a tal fin, el método de investigación etnográfico por excelencia: *el trabajo de campo*. Aunque, por último decir que también incluyo una parte cuantitativa en la que contrasto los datos estadísticos obtenidos en otros estudios realizados sobre temática similar; y de esta forma usar las dos *modalidades de investigación, cualitativa y cuantitativa*, para la obtención de unos resultados más certeros.

Para concluir indicar que mi propósito y finalidad con *esta tesis* es que tenga un *carácter práctico*, y que los resultados que en ella obtenga puedan ser aplicados en el ámbito en el que he llevado a cabo la investigación, demostrando con ello que la antropología, que posee un gran cuerpo teórico, también tiene su utilidad en el cambio social. No he querido usar un vocabulario pretencioso y complicado, sino directo y sincero con la intención de que aquellas personas que lean esta investigación adviertan el *contenido emocional* que guarda. *Es un trabajo realizado con personas y para las personas.*

II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos generales

I. Definir los conceptos de normalidad y anormalidad relacionados con la Salud Mental.

   1. Diferenciación entre Salud Mental y Psiquiatría
   2. La estigmatización del paciente mental.

II. Conocer las interacciones entre la ciencia antropológica y las ciencias médicas como la medicina y la enfermería.

   1. Antropología y medicina.
   2. Antropología y enfermería

III. Conocer la evolución histórica de la institución manicomial a la atención en los hospitales generales.

   1. Del psiquiátrico al Hospital del SES de Mérida.

IV. Realización de una revisión bibliográfica extensa de lo investigado sobre el fenómeno de reingreso hospitalario desde la óptica cualitativa y cuantitativa.

V. Conocer la evolución del concepto de Institución total hacia nuevas concepciones y construcciones organizativas.

Objetivos específicos

I. Describir y definir el fenómeno del reingreso hospitalario de pacientes con patología mental desde una perspectiva antropológica. Una aportación más al fenómeno en psiquiatría de la *puerta giratoria*.

II. Describir el uso del método etnográfico aplicado en una *institución cerrada* cómo es un hospital.

   1. Dificultades de acceso.
   2. Implicaciones éticas.

3. Implicaciones legales.

III. Definir los perfiles sociodemográficos y clínicos de los pacientes que reingresan en una unidad de psiquiatría de Extremadura. Una cuantificación del fenómeno.

1. Perfiles biográficos.
2. Perfiles socio familiares
3. Perfiles clínicos asistenciales

IV. Descubrir nuevas variables favorecedoras de reingresos no descritas en otros estudios de investigación.

V. Dar voz a los profesionales y pacientes que forman parte del fenómeno investigado.

VI. Describir la dinámica de la unidad de hospitalización de psiquiatría.

VII. Conocer el espacio físico y temporal donde se produce el reingreso hospitalario.

VIII. Poner los resultados obtenidos en esta investigación a disposición de los responsables de la atención sanitaria, asociaciones de pacientes o colegios profesionales sanitarios de Extremadura para mejorar la asistencia a los pacientes mentales y disminuir el fenómeno del reingreso hospitalario.

III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS INICIALES.

La justificación de esta investigación viene por el extrañamiento y la sensación que sentí al ver que nada había cambiado en la unidad de psiquiatría tras varios años si haber tenido contacto con ella, o que al menos muchos de los pacientes seguían siendo los mismos. Desde mi punto de vista era razonable que cualquier trabajador hace una forma de vida en relación con la forma en que obtiene su sustento, y por tanto encontrar a mis compañeros trabajando dónde los dejé hacía tiempo estaba dentro de la normalidad; pero lo que me parecía fuera de toda lógica era que algunas personas hicieran del ingreso en la unidad de psiquiatría una forma de vida. No entendía como después de tantos años podía haber aún pacientes que siguieran ingresando casi siempre por los mismos motivos. ¿Acaso sus problemas de salud eran irresolubles? ¿La medicina no había sido capaz de dar la solución a sus problemas? ¿Pudiera ser que esos problemas fueran más allá de la mera patología clínica y hubiera otros factores que influyeran en el fenómeno? Estos interrogantes fomentaron en mí la curiosidad de saber qué había sido investigado sobre el tema. Por tanto, en primer lugar hice una revisión bibliográfica superficial para documentarme. Dos fueron mis sorpresas. La primera fue que la gran mayoría de los estudios estaban realizados desde una perspectiva cuantitativa, caracterizada por la lejanía del fenómeno a la hora de obtener información. Se podría decir que algunos de estos estudios se realizaron sin necesidad de pisar la planta de psiquiatría, y por tanto obteniendo los datos de fuentes informáticas y documentales. Y en segundo lugar me sorprendió que los estudios realizados desde la disciplina antropológica se habían centrado más en temas más generales, como hospitales y psiquiátricos, pero no en un fenómeno puntual y concreto como es el fenómeno del reingreso de pacientes con patología mental en una unidad de psiquiatría. Comparado con lo que yo quería hacer eran temas

generales en espacios generales. Mis pretensiones fueron investigar *un tema concreto en un espacio concreto.* Por tanto, esta era la primera justificación que podía dar a la hora de investigar, es decir realizar un estudio en profundidad de un fenómeno desde una perspectiva particular y un espacio delimitado, que salvo de forma superficial pocas veces o nunca se había realizado.

Mis años dedicados a la gestión me han dado además una visión práctica en determinados asuntos, sobre todo en lo económico, ¿Cómo era posible que la administración siguiera usando un sistema asistencial tan caro como la hospitalización en vez de potenciar recursos comunitarios que no sólo podían resultar más baratos sino que mantenían a las persona en su medio habitual? Mi percepción inicial tal vez sea simplista al ver un problema que seguro otras personas ya han advertido, pero mi visión será desde el lugar donde se produce el hecho y no desde una distancia tan alejada que a veces difumina la realidad.

Por último, otra de mis pretensiones, y que creo que por sí sola justifica este estudio de investigación, es la de *conocer in situ una unidad de hospitalización a través método etnográfico*. Dar voz a los *de dentro* para que sea escuchada por los *de fuera* es una acción necesaria para que, no de una forma teórica sino práctica, se pueda concienciar a la sociedad de la existencia de un problema no solucionado a pesar de ser ampliamente conocido. Esa voz va desde los sentimientos y las emociones de los que de forma específica sufren el fenómeno del reingreso. Ellos son pacientes y profesionales.

Las hipótesis de las que parto en esta investigación son las siguientes:

1. En fenómeno del reingreso se sigue produciendo de la misma forma que lo hacía años atrás, pero los motivos que los producen han cambiado.

2. Las variables que se han estudiado en anteriores trabajos de investigación no han sido suficientes a la hora de explicar el fenómeno, ya que se han centrado demasiado en la cuantificación dejando a un lado la parte cualitativa del problema.
3. Algunas de las respuestas que hasta ahora no se han obtenido sobre el fenómeno estudiado se debe, creo, a que no se ha tenido en cuenta el factor humano. Este sólo se puede estudiar desde la cercanía y a través de un método que mantenga un contacto directo con los actores: el método etnográfico.
4. Se ha producido un cambio de ciclo en cuanto a la tipología de patologías mentales diagnosticadas. Este cambio de ciclo no ha ido acompañado de una adaptación por parte de la atención psiquiátrica en las unidades de hospitalización breve, sino que se han continuado con los modelos asistenciales antiguos, pudiendo ser este uno de los fracasos terapéuticos que lleven al reingreso hospitalario.
5. Desde el exterior de las unidades de hospitalización psiquiátricas existe un desconocimiento de a qué se enfrentan día a día para normalizar la asistencia psiquiátrica tanto trabajadores como pacientes. Unos por falta de nuevas estrategias legales y planificaciones asistenciales, y otros por falta de recursos sociales o educacionales.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Definiciones de anormalidad y normalidad relacionadas con la Salud Mental.

Si ya es difícil tratar de elaborar una definición de salud o enfermedad, aún más es intentar hacerlo sobre enfermedad mental. Ascendiendo un escalón en grado de complicación llegaríamos a intentar establecer la barrera entre anormalidad y normalidad. En cierta ocasión tuve la experiencia personal en la que un paciente me hizo cuestionar qué era normal, anormal, patológico o sano. En una unidad de psiquiatría son muchos los pacientes que no aceptan de buen grado su ingreso, a veces incluso hay que recurrir a la justicia para hacer los internamientos (Clara, R. 2010).

A continuación detallo el grueso de aquella conversación mantenida con un paciente recién ingresado cuyo diagnóstico era un trastorno de personalidad. Era domingo por la mañana y el paciente quería hablar con el psiquiatra de guardia porque decía que quería marcharse de alta. El paciente estaba orientado en las tres esferas,(persona, tiempo y lugar) , y cada vez se impacientaba más. La intervención que se hizo fue decirle:

- "Mire entendemos que tal vez esté incómodo por ser este lugar un sitio en el que nadie quiere estar pero usted está mal y necesita la ayuda que nosotros le podemos ofrecer".

La respuesta del paciente fue:

- "¿Yo mal? Yo no estoy mal, y aquí (refiriéndose a la unidad de ingreso) si yo quisiera estaría fenomenal. Los que están mal sois vosotros. Hoy es Domingo y habéis tenido que madrugar para venir a trabajar, habéis dejado a vuestras familias en casa un día en el que la mayoría están de descanso. Me tenéis que hacer la cama, darme la ropa, servirme la comida, prepararme las

pastillas, y todo lo demás. Para mí, si yo quisiera, esto sería un hotel, y vosotros mis sirvientes. ¿Yo mal? Vosotros sí que estáis mal".

No queriéndome extender en lo que fue el resto de la conversación, y en qué desembocó el resto del proceso, pretendo que valga esta como ejemplo de subjetividad de lo que puede llegarse a considerar lo normal y anormal, lo malo y lo bueno, lo sano y lo patológico. A continuación desarrollaré algunas de las definiciones realizadas sobre los conceptos de anormalidad y normalidad, y de cómo estos se han ido aplicando a la salud mental.

4.1.1 Lo normal y lo anormal

4.1.1.1 Enfoques y definiciones

Sería empresa perdida el querer dar una definición exacta, y sin temor a error, de lo qué es normal y lo qué es anormal. Objetivar tales conceptos llevaría a un desarrollo teórico que pasaría por distintos puntos de vista, que irían desde su evolución histórica hasta definiciones estadísticas y matemáticas. Mi intención por tanto no irá más allá de conseguir al menos comprender qué puede llegarse a entender por normal y anormal para poderse aplicar posteriormente al modelo de salud, e intentar finalmente hacer una aproximación a la anormalidad en el marco de la salud mental y desde un punto de vista occidental.

Presento a continuación una serie de enfoques que intentan dar una definición de lo que es normal:

1. Según la R.A.E normal es dicho de una cosa: "Que se halla en su estado natural. Que sirve de norma o regla. Dicho de una cosa que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano".
2. Distribución normal o Campana de Gauss-Laplace: Su propio nombre indica su extendida utilización, justificada por la frecuencia o normalidad con la que ciertos fenómenos tienden

a parecerse en su comportamiento a esta distribución. Es decir, lo normal es algo que se repite en una determinada muestra o población (Pertega, S. 2001).

Este punto también es compartido por Durkheim, quien señala que en el binomio normal-anormal (patológico) se hará por medición estadística de los fenómenos poblacionales, señalando como lo normal en términos de frecuencias. Así lo normal será lo frecuentemente repetido en una población, y lo anormal será lo que se da de forma aislada por individuos únicos (Girola, L. 1997).

La normalidad como promedio implica la existencia de unas normas o estándares que la mayoría acepta y, por tanto, son las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) las que definen la salud/enfermedad (Mesa, PJ. 1986; Ramshom, M.1983; Rigol,A y Garriga, X. 1991; Seva, A.1983; Vallejo, J.1998).

3. Lo normal como un ideal a conseguir. Refiriéndose a que se consideran normales, dentro de un grupo, a aquellos sujetos que consiguen ajustarse a lo que el propio grupo considera ideal, o a unas tendencias que se consideran correctas.

   Esta tendencia a conseguir un ideal está basada en corrientes psicológicas humanistas[1] (Rogers, C. 1961; Maslow, A. 1961; Allport, G. 1955).

4. Definir lo normal por la capacidad de funcionamiento eficaz dentro de un grupo. El criterio sociocultural. Es decir, un sujeto se consideraría normal si dentro de un grupo establecido tiene

1. Los principios comunes a todas las corrientes enmarcadas en la *psicología humanista* y que constituyen los paradigmas fundamentales de esta escuela son:
   -El ser humano, en cuanto persona, supera la suma de sus partes.
   - La existencia del ser humano está siempre ligada a relaciones interhumanas .
   -El hombre vive de manera consciente. Esta es una característica del ser humano y la base para la comprensión de la experiencia humana.
   - El ser humano está en situación de elegir y decidir, y puede mediante sus decisiones activas variar su situación vital.
   - El ser humano está orientado hacia una meta (Quitman, 1989).

una capacidad productiva y de relación satisfactoria con los demás. Serían normales los que son capaces de dar una respuesta positiva a las exigencias sociales en las que viven. Así Costa *considera la normalidad como el resultado de un proceso exitoso entre las demandas ambientales y los recursos personales* (Costa, J.M. 1994).

5. Lo normal como la sensación íntima y personal de encontrarse bien consigo mismo. Así, Costa considera normal a todas aquellas personas que están razonablemente libres de dolor injustificado, malestar o dificultades personales (Costa,JM.1994).
6. El concepto de normal definido, en lo que actos de comportamiento se refiere, por el marco jurídico se basa normalmente en peritaciones forenses o informes médicos (Clemente,M. 2012). No obstante la definición del concepto normal desde un punto de vista jurídico o médico es imposible si se hiciera obviando el entorno donde se produce. Tal y como señala Vallejo es difícil interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad donde estos aparecen (Vallejo,J.1998). Y aún así esto podría ser arriesgado si se utilizara como criterio definitorio exclusivo, ya que no todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico (Lluch, M.T. 1999).

Me he centrado en este punto sobre un número reducido de enfoques respecto a la normalidad debido a que existe una extensa gama de definiciones dependiendo de la disciplina desde la que se enfoque. Tal y como señala Canguilem el problema estriba entonces en lo que se entiende por cada uno de ellos, principalmente en lo que se entiende por normal, ya que al hablar de "normal" frecuentemente se mezclan dos perspectivas que pueden resultar incluso contradictorias: una que concibe lo normal desde el punto de vista estadístico-

cuantitativo y otra que lo concibe como estado ideal como prototipo cualitativo (Bacarlett, M.L. 2009).

Canguilhem piensa que "*el hecho de que un ser vivo reaccione con una enfermedad frente a una lesión, a una infección, a una anarquía funcional, traduce el hecho fundamental de que la vida no es indiferente a las condiciones en que ella es posible, que la vida es polaridad y por lo mismo posición inconsciente de valor; en resumen: que la vida es de hecho una actividad normativa*" (Canguilhem,G. 2005). Por tanto, para este autor "*la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo o idéntico individuo considerado sucesivamente*" (Canguilhem,G.1978).

El propio A. Comte se ve en la encrucijada de definir los conceptos de anormalidad y normalidad. Propone que para realizar un análisis de un fenómeno anormal (patológico) debe estar realizado según las leyes de lo normal, ahora bien este autor no establece ningún criterio para definir qué es lo normal. (Bourdeau, M. 2008). Para Foucault, quien se dedicó a estudiar las categorías de los "anormales", tal categoría se introdujo en el siglo XIX como respuesta a situaciones sociales relacionadas con la enfermedad y que pasaban por las intervenciones que tenían que realizar juristas y médicos. Se introduce una nueva visión de diferenciación de enfermos y delincuentes, los anormales. Un término sin embargo que estará ligado a una nueva instancia de control sobre este grupo de personas (Foucault, M. 1975).

Desde mi perspectiva, y propia reflexión, el problema de la diferenciación entre lo normal y lo anormal radica en que dicho problema puede abordarse desde múltiples ópticas. Y el intentar definir de forma categórica tales conceptos puede llevarnos a errar no por lo qué definamos sino por lo considerado por otros. Nos encontramos con un problema de subjetividad; y es que lo que puede considerarse como

objetivo para un individuo puede ser subjetivo para la colectividad. Por tanto el concepto de anormal que tenemos de forma individual tiene el sesgo de lo instaurado en nosotros por la comunidad. Decir que lo normal es lo que se repite, lo que dice la norma, o lo que no causa disrupción en el grupo, se basa siempre en la colectividad que intenta disgregar lo anormal en la individualidad. Creo que las definiciones que se puedan hacer de tales conceptos tienen validez por igual, e incluso pueden agregarse, pero al final cada uno debe decir por sí mismo a que conclusión llegar.

4.1.1.2 Perspectivas centradas en el comportamiento.

A los anteriores enfoques se le pueden agregar algunas de las perspectivas más centradas en el comportamiento. Estas son:

- *La perspectiva médica,* y más concretamente la psiquiatría: Se considera los fallos en los factores fisiológicos como causantes del comportamiento anormal en algunos comportamientos anormales. Así por ejemplo, en algunas enfermedades mentales y más concretamente en las del estado del ánimo muchos autores señalan el origen de la enfermedad en un desequilibrio de neurotransmisores a nivel cerebral (Guadarrama, L. 2006).

- La *perspectiva psicoanalítica* defiende que los comportamientos anormales derivan de conflictos ocurridos durante la niñez debido a deseos contradictorios relacionados con la sexualidad y la agresividad. Y su sintomatología subyacente es la manifestación de comportamiento anormal (González, M. 2013).

- La *perspectiva conductual* considera el comportamiento mismo como el problema del comportamiento anormal. Los conductistas se basan sobre todo en las teorías del aprendizaje, de las influencias de los estímulos y de las experiencias pasadas (Santacreu, J. 2005).

- *La perspectiva cognoscitiva* a diferencia de los tres anteriores enfoques, considera que el comportamiento no es simplemente las acciones de un individuo influenciado únicamente por factores fuera de su control, sino que además se debe considerar a los pensamientos y las creencias como agentes conductores del comportamiento (Medina, N. 2008).

- *La perspectiva humanista* da una visión, tal vez más cercana a conceptos filosóficos, del comportamiento humano como una responsabilidad propia de cada persona. Esta perspectiva que surge de la obra de Carl Rogers y Abraham Maslow se centra en lo exclusivamente humano y considera que las personas son básicamente racionales orientándose hacia el mundo social y la autorrealización (Villegas, M. 1986).

- *La perspectiva sociocultural* supone que el comportamiento tanto normal como anormal lo moldea el grupo familiar, la sociedad y la cultura (Moro, L.1996).

Normalmente, y me refiero al mundo occidental en particular, el diagnóstico y tratamiento final sobre la anormalidad de un comportamiento suele ser aportado por un médico basándose en la psicopatología que observa en un paciente, siendo la mayoría de las veces un psiquiatra. Pero esta simplificación social de dar el poder absoluto a una figura para determinar si el comportamiento de una persona es el adecuado al entorno en el que vive puede tener sus inconvenientes. Esto mismo intentó demostrar Rosenhan junto con otros colaboradores cuando solicitaron su ingreso en diferentes hospitales psiquiátricos. Su finalidad era demostrar los vacíos y la falta de precisión de la diagnosis psiquiátrica. Era al fin y al cabo una proclama contra la hegemonía de la psiquiatra como juez del comportamiento sano e insano. Este estudio tiene sus defensores y sus detractores lógicamente (Rosenhan, D.L. 1973).

Desde mi punto de vista, *y basándome en mi práctica clínica diaria*, el estudio de Rosenhan podría realizarse en la actualidad y obtener resultados similares. En primer lugar porque determinada sintomatología psiquiátrica no es fácilmente mensurable como puede ocurrir en otras especialidades médicas; es decir, si un paciente manifiesta ansiedad, hastío o alucinaciones, no existe forma física de medirlo. Y en segundo lugar porque en la actualidad se usa mucho la medicina defensiva (Arimany, J. 2007), en la cual el facultativo ante una sintomatología poco precisa y difícilmente calculable, prefiere hacer un mayor número de pruebas al paciente, requiriendo para ello el ingreso hospitalario. En ocasiones la actividad clínica de estos facultativos no sólo va dirigida a salvaguardar la salud de su paciente, sino a salvaguardar su propia responsabilidad en el acto médico. Situación generada por el cambio de rol en la relación médico-paciente (Tena, C. 2005).

4.1.1.3 *Hacia la construcción del concepto de conducta anormal.*

Tal y como expuse en el punto anterior, la sociedad, al menos la occidental, ha dejado en manos de la medicina la tarea de reducir a definiciones la idea de conducta normal. Y más concretamente a una de sus ramas, la psicopatología. Alguien puede pensar que caigo en un error al encargarle la tarea de definir anormal, refiriéndonos a la conducta humana, a la psicopatología y no a la psiquiatría. Y es que puede haber confusión de términos, ya que la psiquiatría se entiende como una práctica clínica y la psicopatología como una disciplina científica (Guimón,1982). Habitualmente la psicopatología tendría la labor de estudiar la etiología, curso y descripción de los trastornos mentales (conducta anormal), y la psiquiatría se encargaría de aplicar esos conocimientos a la práctica clínica asistencial. Es decir la psicopatología define la conducta anormal, mientras que la psiquiatría

(Iatreia: curación, sanación, terapéutica) se encarga de la terapéutica (Domenech,E. 1991).

Una vez precisados los términos me centraré ahora en intentar llegar a descifrar lo que se entiende actualmente por conducta normal, y siempre referido al mundo occidental. (No quiero detenerme en todo el proceso histórico porque sería exceder el objeto de estudio). Algunos autores, basándose en la dificultad de dar una definición de anormalidad, sugieren que hacer una diferenciación entre normal y anormal no es tan necesaria (Korchin, S. J. 1976). Incluso hay autores que proponen que no hay diferencias cualitativas entre patología y salud, sino que hay diferentes grados de los problemas propios de la vida (Sprock, J. & Blashfield, R. K. 1984). Esta negativa a hacer una diferenciación se contrapone a aquellos que ven necesario crear una línea clara entre ambos conceptos. Tal vez, y desde mi reflexión, lo que habría que preguntarse no es qué diferencias existen sino cuál es la finalidad de crear esas diferencias. Como ya señalé anteriormente, y tal como indica Michel Foucault, la necesidad de diferenciar "a los distintos" a "los anormales" surge por una situación social vinculada a la medicina y a la legalidad. Atendiendo a esto, y fijándonos en la realidad actual, el proceso de enculturación que experimentan los médicos occidentales hace que estos elaboren sus diagnósticos (en los cuales consideran la anormalidad o normalidad de la conducta) en un modelo predeterminado e impuesto (Freire, G. 2012). ¿Y qué modelo o qué características consideran como identificadoras de la conducta anómala?. A continuación desarrollaré lo señalado por algunos autores en referencia a este asunto, los cuales intentan definir un denominador común de lo considerado como conducta anormal (Rosenhan, DL.1984).

El conjunto de características que definen una conducta anormal no suele darse en la totalidad en un comportamiento anómalo,

sino que lo más frecuente es que una determinada conducta normal conlleve tan solo un subconjunto de estos elementos (Fuentenebro, F. 1990):

1. Sufrimiento personal.
2. Falta de adaptación al entorno
3. Irracionalidad e incomprensibilidad
4. Malestar en el observador
5. Violación de los códigos ideales y morales.

Analizaré cada uno de estos puntos, e intentaré construir una reflexión sobre ellos para poder decidir si realmente son, de forma conjunta o de forma individual, factores definitorios de anormalidad.

En cuanto al sufrimiento personal como factor que causa malestar subjetivo y sentido por una persona como individuo único, puede hacer pensar a esa persona que padece alguna patología inductora de ese estado. Ahora bien, puede darse una situación en la que la persona sienta ese sufrimiento personal como algo placentero. Pongamos para ello el ejemplo del masoquista. Esta persona puede considerar normal su comportamiento para conseguir sentirse bien (podría profundizar más en el tema pero dada la complejidad quiero quedarme en la superficie sólo para usarlo de ejemplo). Pero a ojos de los demás dicha forma de comportamiento se categoriza como enfermiza tal y como señala el DSM-IV-TR[2]. Con lo cual la anormalidad no es sentida como propia por el individuo debido al sufrimiento padecido sino por la clasificación que otros hacen de ese comportamiento. Con lo cual el sufrimiento personal no podría usarse como elemento único de definición de anormalidad si es visto desde la individualidad.

2El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *DSM*) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

En segundo lugar, se habla de falta de adaptación al entorno, considerándose como anormales aquellas conductas que reportan al individuo consecuencias negativas en su relación con los que le rodean. Así, algún autor refiere que es mentalmente sano no sólo quien no padece enfermedad mental, sino aquel que presenta un estado de bienestar o de malestar, dinámicamente cambiante, que guarda relación adecuada con sus condiciones sociales de vida (Certcov,D.1985). Esta definición refleja el dinamismo que está incluido en el concepto de adaptación. Ahora bien, hay que añadirle que el ser humano desde que nace hasta que muere está en continuo proceso de adaptación al entorno. Los mecanismos de estrés a esta adaptación son "normales" si los entendemos como medios de aprendizaje a nuevas situaciones. Si lo vemos desde esta óptica, lo normal es la inadaptación al medio. Tal vez, y desde mi opinión, la anormalidad no sería la inadaptación sino la falta de medios y sistemas reguladores para esa adaptación. A esto hay que añadir que la adaptación no sólo va a depender del esfuerzo individual que haga la persona en proporción a sus capacidades, sino de las exigencias del medio que le rodea. Así, si un individuo es trasladado de su ámbito normal de relación a otro con unas normas sociales distintas (idioma, horarios, etc.), su comportamiento anormal en ese nuevo ambiente sería "normal". La anormalidad, siempre subjetiva, vendría cuando ese individuo no pusiese o no fuese capaz de poner en funcionamiento los medios de adaptación.

En 1975 Moore (cit. por Fuentenebro,F.1990) propone que las conductas anómalas son aquellas que nos llaman la atención por su peculiaridad o por su aparente irracionalidad. Otro autor, Murphy 1976 , señala que en casi todos los sitios un patrón compuesto por alucinaciones, delirios, desorientación y aberraciones del comportamiento, parecen dar idea de que una persona ha perdido la razón (Murphy,JM.1976). Ante estas dos afirmaciones tal vez habría que

preguntarse si toda conducta irracional es anómala. Imaginemos la siguiente situación en la que un grupo lanza nabos contra un individuo que vestido con un atuendo particular y toca un tambor (Díaz, S. 2004)[3]. ¿A cuál de los dos elementos se les considera irracional y anómalo? En la actualidad a ninguno de los dos, al menos en el entorno sociocultural en el que ocurre. Tal vez he aquí una posible respuesta a la consideración de comportamiento anormal por parte de la colectividad. Lo anormal no sería anormal en sí mismo sino que su definición estaría en la decisión de la colectividad de realizar ese comportamiento frente a situaciones determinadas. Por tanto el comportamiento anormal no existiría sino que es la individualidad frente a la presión colectiva la que pierde la batalla de la razón (Vazquez,A.2011). La antropóloga Ruth Benedict en su obra muestra la diversidad de culturas y además enseña como el comportamiento anormal puede llegar a ser relativo dependiendo desde el punto de mira que se observe (Benedict,R.1934). Así, mientras que en algunas culturas valoran determinados comportamientos, en otras son rechazadas, siendo las sociedades de pertenencia las que dictan las nociones sobre qué es lo normal y lo anormal.

La relación existente entre un individuo y la sociedad a la que pertenece, y la incidencia de esta relación en la salud-enfermedad es un tema bastante abordado sobre todo en el ámbito de la enfermedad mental. Así, muchas corrientes afirman que la indivisibilidad del individuo y la sociedad conllevan a la imposibilidad de diferenciar entre patología individual y enfermedad como fenómeno social. Sin

[3] El *Jarramplas* es una fiesta que se celebra en la localidad extremeña de Piornal en la provincia de Cáceres, estando declarada como Fiesta de Interés Turístico de Extremadura. Se celebra cada 19 y 20 de enero. Jarramplas es un personaje vestido con una chaqueta y pantalón de los que cuelgan una multitud de cintas multicolores, la cabeza va cubierta con una máscara cónica de fibra de vidrio que contiene dos cuernos y una gran nariz. Durante los días 19 (el día 19 se visten los mayordomos) y 20 (los Jarramplas o el Jarramplas) de enero, Jarramplas, hace un recorrido por la calles de Piornal tocando un tamboril, a la vez que los vecinos *en forma de castigo*, porque antiguamente a Jarramplas se le veía como un ladrón de ganado, le tiran verduras y hortalizas. Antiguamente se le lanzaban patatas, pero hoy se le tiran nabos. El día 19 es una especie de preparativo de lo que pasará el 20. La gran lluvia de impactos ha hecho que en los últimos años la persona encargada de su representación lleve bajo el traje una malla de fibra de vidrio para amortiguar los golpes. La fiesta durará hasta que Jarramplas aguante, siendo la mayor duración motivo de orgullo y prestigio para la persona encargada de dar vida a este personaje.

embargo, son muchos autores los que piensan que es necesario diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social ya que la naturaleza de ambos no es la misma (Vallejo,J.1998).

La influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología quedan reconocidos (Belloch, Sandin y Ramos,1995), pero indican que dar una excesiva importancia al contexto que rodea al individuo es reducir la consideración y su capacidad de autodeterminación. De hecho, algunos autores sostienen que el concepto de sociedad enferma es un concepto más periodístico que científico, argumentando que no existen evidencias científicas en las que se demuestre que la psicopatología varíe de una sociedad a otra (Page J.D.1982). Aunque, como señalan otros autores, el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales (Seva, A.1983).

Por último, señalar que algunos autores como Scheff o Sazs, defienden que esta enfermedad mental es producto de la infracción de reglas sociales que ni siquiera están escritas (Scheff,T.1957; Sazs,T.1960). Son comportamientos sociales asumidos como propios, y que en proporción son mayoritarios a los establecidos con oficialidad. Aunque tal vez haya que decir que esta sociedad occidental medicalizada deja poco al azar, y en un intento por controlar todos los detalles, intenta categorizar, etiquetar y nominalizar aquellos comportamientos. Y no sólo los insanos. Poco deja a lo aleatorio, y en un intento de control clasificatorio se erige como abanderada de la definición de comportamiento sano e insano.

4.2 Salud Mental

Hasta ahora he revisado diferentes definiciones relacionadas con la anormalidad y normalidad en los procesos de salud, y he centrado mi atención en los procesos considerados como conducta normal y anormal. Me centro ahora en los que se entiende por Salud Mental.

4.2.1 Nacimiento y desarrollo del término Salud Mental.

Resulta curioso como aún en la actualidad el término Salud Mental se sigue asociando a patología mental a pesar de que en el propio término aparezca la palabra salud. Y esto se debe principalmente a la estigmatización que ha sufrido el paciente mental a lo largo de la historia (refiriéndome al mundo occidental principalmente). Así, cuando se habla de potenciar la Salud Mental parece que lleva implícito que lo que se pretende es mejorar una salud que es deficitaria o que se ha perdido, y no se fija en la existencia de una buena salud y su potenciación. Lo anterior, insisto, se debe a un proceso histórico estigmatizante de la Salud Mental.

En multitud de ocasiones cuando se pretende hacer un repaso sobre el término de Salud Mental casi todas las fuentes bibliográficas conducen directa o indirectamente al nacimiento de la psiquiatría o a las primeras descripciones y definiciones de síntomas psiquiátricos. No es esta mi intención, es decir, no pretendo hacer un repaso histórico del nacimiento de la psiquiatría, porque excede el tema de la tesis, sino del fenómeno social que se preocupa por la Salud Mental desde una perspectiva más amplia que la patológica.

El término Salud Mental considerado como disciplina o campo de actuación no se empezó a utilizar hasta 1946, fecha en la que se creó el Mental Health Association en Londres tras la International Health Conference celebrada de Nueva York. Anteriores a esta fecha se pueden encontrar referencias al término Higiene Mental. Pero fue en 1950, tras la celebración del I Congreso Internacional de Salud Mental de Londres en 1948, cuando un comité de expertos en Salud Mental de la OMS definieron la higiene y la salud mental [4]: "*La higiene mental se*

4 La British National Association for Mental Hygiene organizó el Primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres del 16 al 21 de agosto de 1948. Se inició como Conferencia Internacional de higiene mental y terminó en una serie de recomendaciones para la salud mental. A lo largo de las conferencias se aprecia cómo se utilizan indistintamente los términos de higiene y salud, con el adjetivo mental, en ocasiones en el mismo párrafo, sin ninguna distinción conceptual

refiere a todas las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental. La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico". Esta definición sin duda pone énfasis en la influencia social sobre la Salud Mental.

Servía esta definición para separar lo que era higiene y salud mental, e incluso sustituir el primer término por el segundo. Y así términos como el introducido por Clifford W. Beers en 1908 en su libro, y en el que habla de higiene mental, fueron marcando ciertas diferencias con el término Salud Mental (Beers, C.W. 1937). Nuevos avances científicos y cambios sociales a mediados del siglo XX fueron dando una nueva perspectiva a la Salud Mental en el que se consideraba la importancia de un abordaje integral y multidisciplinario, y en el que los factores que se empezaban a contemplar como influyentes eran la biología, la psicología y la rehabilitación, donde de nuevo el medio social de la persona toma importancia primordial (Abella, D. 1963,1981a; Goldenberg,M. y Lubchansky, I.L 1990; Linares, J.L 1981; Rigol,A 1991).

Esta *importancia del medio social sobre la Salud Mental* dio pié al nacimiento de la Salud Mental Comunitaria. Así en España se legisló con el decreto de 24 de octubre de 1983, que derogó el antiguo decreto de 1931, publicándose en abril de 1985 el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo,1985) .En este informe se recomendaba, dando un impulso a la Salud Mental Comunitaria, la creación de servicios de pacientes agudos en los

clara. Sin embargo, en las 17 páginas de recomendaciones de la conferencia, apenas se utiliza el término higiene. Al final del congreso, el International Committee on Mental Hygiene fue reemplazado por la World Federation for Mental Health.
Además de la terminología utilizada en las conferencias de ese congreso, sustituyéndose gradualmente la higiene por la salud, algunas de sus recomendaciones tuvieron influencia en otros ámbitos y contextos. Un ejemplo es la recomendación 6 para que la OMS «establezca, lo antes posible, un comité de expertos líderes compuesto por personal del campo de la salud mental y las relaciones humanas».

hospitales generales y la supresión de los psiquiátricos. Estas recomendaciones quedaron reconocidas en la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986, Capítulo III, art. 20. Tal vez por tratarse de recomendaciones, y no de instrucciones concisas, muchos de los psiquiátricos siguen hoy abiertos con nombres diferentes, y tal vez por ello en algunas comunidades (como la de Extremadura) el paso de las unidades de pacientes agudos existentes en los psiquiátricos se realizó en el año 2011.

Existen estudios que señalan que en los últimos años ha disminuido la duración media de la hospitalización de los pacientes con patología mental, favorecido tanto por los avances en tratamientos farmacológicos como por la creación de nuevos recursos dentro de la comunidad (Picho, P. 1997). Pero parece señalar que ha surgido un fenómeno nuevo denominado *puerta giratoria*, que desarrollaré más adelante.

4. 3 Evolución del proceso salud-enfermedad.

Si en apartados anteriores realizaba una descripción, o al menos lo intentaba, de las diferencias entre lo normal y lo anormal, trataré en este desgranar el proceso histórico que ha sufrido el binomio salud-enfermedad. Y es que para entender la conceptualización de dicho binomio se hace necesario un repaso histórico sobre la evolución del mismo. Es necesario por tanto definir conceptos como el de salud y enfermedad dentro de un contexto histórico y cultural. Quiero señalar que el repaso no será concienzudo debido a lo extenso del tema pero que sí al menos abordará lo más interesante y representativo. Aprovecharé además para hacer especial referencia a los contenidos referidos a la Antropología y la Salud Mental dado que estos son los pilares de esta tesis doctoral.

4.3.1 ¿Qué es la salud?

Una definición de salud que al mismo tiempo no define al propio término es la dada por G. Piédrola (1970): "*La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla*". De nuevo nos encontramos en la encrucijada de la difusa definición de lo que puede ser el concepto de salud. Por este motivo haré de nuevo un repaso por las diferentes definiciones y aproximaciones al concepto y usaré un cierto nivel de hermenéutica para desmarañar sus contenidos.

La salud no es un concepto único y simple cuya definición conduzca a su descripción. La salud es un estado, un proceso, una forma, un sentimiento, una condición y una adaptación. Es un término complejo y un constructo social y médico de múltiples componentes. Tal y como señala Feito: "*la salud es un concepto múltiple (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)*" (Feito,L.1996).

Por tanto la salud es un sentimiento individual cuyas formas de expresarse y manifestarse tienen mucho que ver son el entorno social y cultural del individuo. En muchos casos, y dado la línea casi indivisible entre salud y enfermedad, la definición de la primera ha ido ligada al carácter negativo de la segunda. Así lo señala Gracia (1998): "*El concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud haya sólido definirse de modo negativo, como ausencia de*

enfermedad" (Gracia, D.1998). Y es la OMS (1946) la que intenta hacer una diferenciación entre ambos términos al definir: "*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*".[5]

Como ya referí anteriormente la definición de salud se encuentra con las similitudes entre la normalidad y la anormalidad, y por tanto con la engorrosa tarea de dar una definición exacta. No obstante, la definición de salud cuenta con la ventaja de que se puede parcelar, y por tanto atajar el problema. Sería cuestión de dar una enunciación a alguna de esas parcelas. Así, si un individuo define su estado de salud, puede decir cómo se siente respecto a otras veces. Esto sería su salud percibida. O bien, si se realiza un estudio anotomofisiológico, y en este aparecen datos que difieren de los establecidos como saludable, también se podría hablar de falta de salud (al menos fisiológicamente hablando). Un acotamiento de diferentes formas de abordar la definición de salud fue propuesta por P. Laín Entralgo quien se centra en criterios objetivos (Entralgo,L.1978):

1) *Un criterio morfológico* (ausencia de lesiones o alteraciones físicas).
2) *Un criterio etiológico* (inexistencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo del sujeto).

5 *Organización Mundial de la Salud* (OMS) en Nueva York el 22 de julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, cuando la definió en su preámbulo como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo..."

Las bases o normas básicas que se establecieron frente a la salud fueron:

- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

3) *Un criterio funcional* (es sano el hombre que es normal desde el punto de vista orgánico y funcional).
4) *Un criterio utilitario* (es sano el individuo que puede tener un rendimiento vital sin exceso de fatiga o daño).
5) *Un criterio conductual* (es sano quien está integrado socialmente).

Volviendo al sentimiento propio sobre la salud percibida, Terris habla de los dos componentes del concepto de salud. Por un lado estaría el componente subjetivo como salud percibida, y por otro el objetivo como capacidad funcional. Este autor separa el término de enfermedad (disease) y el de malestar (ill-ness), con la intención de aclarar que es posible que exista enfermedad pero la persona se sienta con buena salud (Terris,M.1992). Por tanto la salud no sería un estado perenne sino que se caracterizaría por una variabilidad tanto temporal como situacional. Hay que añadir que la salud no es una unidad aislada sino que se ve influenciada por numerosos factores, los denominados determinantes de la salud propuestos por Laframboise y Lalonde, M., como son:

- Factores biológicos o endógenos: Factores físicos y psíquicos, genéticos, endocrinos y de la edad.
- Estilos de vida: Nutrición, sedentarismo, comunicación, valores, creencias, roles y costumbres.
- Entorno: Clima, vivienda, calidad ambiental, sistema educativo, empleo, ingresos económicos.
- Servicios sanitarios: Cantidad, calidad, número de profesionales sanitarios, hospitales, camas por habitante, servicios sociales (Laframboise,H.L.1973; Lalonde,M,1974).

Se podría decir, para concluir este apartado, que la salud es un término complejo de definir no sólo por tratarse de un concepto que va unido a las impresiones personales y a las influencias colectivas, sino porque además está rodeado de su propia historia evolutiva, sus

influencias culturales y sociales. Y como no de la "idiosincrasia" propia de un término relativo.

4.3.2 Evolución histórica de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad.

Sin pretender adentrarme profundamente en toda la evolución del concepto de salud, porque sería demasiado extenso, sí me gustaría hacer un repaso crítico del proceso histórico que ha tenido, para de esta forma aclararlo mejor.

Para sintetizar el tema, lo que haré será una división en períodos históricos significativos que afectaron la forma de abordar la salud.

Modelos teóricos del proceso salud-enfermedad:

- *Modelo Mágico-religioso: Es* el modelo en el que la salud se relaciona directamente con fuerzas sobrenaturales. Siendo estas fuerzas desconocidas las que determinan el estado de salud de un individuo o de su sociedad entera (Arredondo, A. 1992). Muchas veces se tiende a relacionar este modelo únicamente con sociedades consideradas "primitivas", pero la realidad es que este tipo de modelo se ha ido desarrollando desde las primeras sociedades primitivas, pasando por la edad media y llegando a la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Piña, B.1990).
- *Modelo sanitario:* Este modelo defiende la idea de que la salud del individuo y del grupo social dependen de las condiciones ambientales que le rodean. Una de las limitaciones de este modelo es que no considera los factores sociales como determinantes de las condiciones de vida insalubres para las distintas clases sociales (Piña,B.1990).

- *Modelo social:* Este modelo es un punto de vista generado en el siglo XIX, en el que la salud y la enfermedad se generan por las condiciones laborales y de vida de la persona. En él se contemplan estilos de vida, características del individuo y factores ambientales. Modelo que corre el riesgo de caer en el reduccionismo por interpretar el proceso de salud-enfermedad sólo desde el punto de vista de las relaciones sociales y sus problemas (luchas de clase) (Piña, B. 1990).
- *Modelo unicausal:* El proceso salud-enfermedad viene determinado por agentes patógenos externos, generalmente de carácter biológico (Pasteur,L. 1946). El problema de este modelo es que no explica todas las patologías en las que no intervienen agentes biológicos externos. Este modelo se desarrolló a finales del S. XIX y principios del XX.
- *Modelo multicausal:* Este modelo apuesta por definir el proceso de salud-enfermedad como un hecho influenciado simultáneamente por factores del agente patógeno, de las características del huésped y del ambiente (Leavell & Clark, 1953). Queda un poco corto a la hora de definir el peso específico que tiene cada factor en el proceso, y continúa dando un énfasis especial a lo biológico, incluyendo además lo social como parte del entorno.
- *Modelo epidemiológico:* Este modelo es una ampliación del modelo multicausal al añadirle como elemento central de análisis los factores de riesgo y la red de causalidad (MacMahon & Pugh.1975). [6]

6 Método de relación causal de Mac Mahon sugiere que:

1.- El método de la diferencia: Se basa en el siguiente principio: si la frecuencia de una enfermedad varía significativamente bajo dos circunstancias diferentes, y en una de ellas se identifican factores o circunstancias que están ausentes en la otra, estas circunstancias (o su ausencia) serán los condicionantes de la enfermedad .

2.- El método de la analogía: Si una enfermedad se distribuye y propaga de forma común a otra mejor conocida desde el punto de vista epidemiológico, ello puede sugerir una causa o causas comunes a ambas por analogía.

3.- El método de la concordancia: Se basa en que si un factor o varios factores son comunes a un número de circunstancias diferentes que se asocian positivamente a la enfermedad estudiada, dichos factores pueden ser la causa de la enfermedad.

- *Modelo Ecológico:* Para este modelo el proceso de salud-enfermedad se debe a la interacción entre el agente, el huésped y el ambiente. En el que no sólo considera las relaciones entre los factores causales entre sí, sino su relación directa con el efecto (Susser,M.1972).
- *Modelo Histórico-social:* El proceso de salud-enfermedad se relaciona con un contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Los objetos de estudio para este modelo son la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza del trabajo y la producción del individuo (Breilh, J & Granda, E. 1988).
- *Modelo geográfico:* La enfermedad es el resultado de la interacción entre los factores patológicos y los factores propios del ambiente geográfico, restando cierta importancia al factor social como determinante del proceso (May, J. 1977).
- Modelo Económico: Incorpora la teoría del capital humano en los determinantes de salud, y conceptualiza a la salud como un bien de inversión. Para esta propuesta las formas de consumir, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son considerados determinantes de salud (Mills,A & Gilson, L. 1998; Muskin,S.1962).
- Modelo Interdisciplinario: el proceso está influido por determinantes a nivel sistémico (ambientales, genoma, etc.), determinantes socio-estructurales (estratificación social, distribución de la riqueza, etc.), y determinantes a nivel institucional-familiar (estilo de vida, sistemas de salud, etc.) (Frenk, J. 1991; Arredondo,A.1992).

Podemos observar que la definición de los propios procesos ha ido amoldándose a las circunstancias propias que les rodeaban

(socioeconómicas, estructurales, ambientales, médicas, culturales, etc.), quedando en múltiples ocasiones los conceptos de salud o enfermedad ligados a los procesos que los mantienen u originan.

Concluyo este punto diciendo que el proceso de salud-enfermedad está sometido a un grupo multifactorial de variables las cuales se suelen englobar a su vez en un conjunto influido por la cultura.

4.4 Antropología de la Salud, de la Medicina y de los cuidados.

Si la Antropología Social es una rama de la Antropología General, la Antropología de la Salud, término que discutiré un poco más adelante, es una rama de la Antropología Social. A veces, para oídos inexpertos, se pueden confundir los términos y equiparar diferentes ramas de la Antropología como si fueran una misma: Antropología Física, Antropología Biológica, Etnomedicina, etc. Lo cierto es que la Antropología de la Salud tiene unas señas de identidad claras.

Si hacemos una revisión bibliográfica sobre la Antropología de la Salud, en muchos casos nos aparecerá ligada, entremezclada y casi indiferenciada con la Antropología Médica. Ahora bien, parece ser que el designar con el calificativo de "médica" considera dar hegemonía a la disciplina médica sobre el uso de la Antropología para el estudio de temas médicos, y esto parece que aparta a otras ramas sanitarias como la Enfermería del camino antropológico. Y lo que cabría preguntarse es si el uso que da un médico al método antropológico para investigar determinados temas es el mismo que le da una enfermera. E incluso habría que preguntarse si los temas estudiados son vistos desde puntos de vista distintos. Tal vez por este motivo cuando un médico hace estudios antropológicos los refiere como Antropología Médica, y cuando los hace un enfermero los refiere como Antropología Enfermera o de los cuidados. Esta, para mi absurda guerra de conceptos, es de recientísima instauración, ya que el acceso de la Enfermería a la Licenciatura en Antropología se inició en España por los años 90. Tal

como señala acertadamente el profesor J.M. Comelles, algunos colectivos enfermeros han buscado una autonomía corporativista inventándose campos disciplinares más o menos pintorescos (Comelles, J.M. 2009). No sé si por intereses puramente académicos o administrativos la antropología ha llegado incluso a convertirse en arma arrojadiza entre colectivos que debieran usarla para un bien común, la investigación. Es por este motivo por el que yo prefiero llamarla Antropología de la Salud, y es que "*un buen profesional ha de tener presente la tan necesaria exogamia y transdisciplinariedad, y ha de valorar el abrirse más allá de las fronteras del Estado y proyectarse en el mundo*" (Comelles,JM. 2009). Además creo que este término da cabida a profesionales como médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, y enfermeros que tienen un fin común. Y no quiero contradecir con esto a nadie, sino expresar una simple preferencia. Tal vez coincida con algunos autores por considerar el término más holístico e inclusivo (Menéndez, E. 2012).

Por tanto la antropología debe usarse con el fin de desvelar el orden social, ya que todo proceso de salud, enfermedad y atención es un proceso estructural (Menéndez,E.1994), cuya resolución es necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad (Mozo, C. 2013).

4.4.1 Antropología Médica

Intentar resumir el concepto de Antropología Médica existiendo obras excepcionales (Comelles, J.M. ; Martínez, A. 1993) que abordan el tema de forma magistral me parece un poco arriesgado, pero lo considero necesario como tema introductorio en la parte teórica.

La Antropología Médica tuvo sus inicios en Estados Unidos y Latinoamérica, tras las relaciones entre las Antropología, la Sociología y la Salud Pública. Así en Latinoamérica su expresión más significativa

culminó en el informe Shattuck en la década de los veinte para Yucatán y que contaron con la colaboración de antropólogos como Redfield, Steggerda, Benedith (Menéndez, E.L. 1985). Y en Estados Unidos el desarrollo se fue consolidando como disciplina durante la década de los cincuenta del siglo pasado, emergiendo como especialización en los años sesenta, produciéndose una importante producción de trabajos etnográficos referidos al tema, así como la gestación de algunos de los principales aportes teóricos de la Antropología Social actual (Menéndez, E.L. 2012).

El cambio del modelo médico, sobre todo en Estados Unidos, en el que se fueron realizando modificaciones tanto asistenciales como estructurales en hospitales, psiquiátricos, centros de formación de nuevos médicos, nuevos modelos de gestión, hicieron que algunos antropólogos sintieran interés por esta nueva forma de organización social occidental y dejase de primar como exclusividad el interés por temas médicos de carácter indigenista. Esas nuevas estructuras sociales gestadas por el crecimiento industrial, los procesos migratorios y la aparición de guetos culturales, generaron las necesidades de dar asistencia médica a la población. Esta novedad hizo que antropólogos sociales se interesasen por el tema médico en la sociedad. Era la fase de la Antropología en la Medicina (Comelles, J.M; Martínez, A. 1993).

La tendencia posterior fue la de una creación específica de una Antropología de la Medicina. Será Fábregas, médico con formación antropológica el que define la Antropología de la Medicina en términos de lo que es o debería ser su contenido, y no en relación a criterios conceptuales, metodológicos o de principios. (Comelles, J.M.; Martínez, A. 1993). Este autor promueve concordar las investigaciones socio-médicas con las perspectivas culturalistas; en definitiva, el uso de la perspectiva tradicional de la antropología y las dimensiones orgánicas del discurso médico.

Actualmente, y para no extenderme en el tema por lo extenso de su contenido, esta Antropología de la Medicina se centra en el estudio de cómo los diversos grupos humanos organizan sus ideas sobre la enfermedad y su forma de combatirla, o bien de cómo se conceptualizan las ideas sobre la salud. Y de esta forma los estudios se centran en conocer las prácticas curativas y las de mantenimientos de la salud, la comparación de sistemas médicos, el estudio de espacios de la salud, búsqueda de la eficiencia en los sistemas sanitarios relacionados con comportamientos sociales y la explicación de nuevas prácticas culturales relacionadas con el proceso de salud-enfermedad.

4.4.2 Antropología y Psiquiatría.

Como señalaba en el apartado anterior la antropología ha manifestado un interés creciente en los últimos años por los temas de salud, creándose una rama específica, con orientaciones diversas para el abordaje de dichos temas. Pues bien, dentro de los temas de salud existe una temática que ha despertado gran interés en los estudios antropológicos, la psiquiatría.

Desde un punto de vista cultural podemos decir que actualmente, en este mundo médico en el que se ha priorizado a la farmacología, a la genética y a la biología molecular, se está dando un cierto giro hacia la importancia de la cultura frente al factor salud. Signos de este giro los muestran medidas como las tomadas por el gobierno federal norteamericano que anuncia la no financiación de instituciones hospitalarias si no se acreditan como "culturalmente competentes", y en Europa los procesos migratorios que generan una diversidad cultural en el Estado del bienestar plantean contradicciones aparentemente irresolubles en las carteras de servicio (Comelles, J.M. 2003).

A lo largo de la historia de la Medicina, y en concreto la de la Psiquiatría, se puede observar cómo han evolucionado las distintas formas de abordar la aparición de las enfermedades mentales, como se han intentado definir. Estas han ido desde una perspectiva sobrenatural, pasando por un período natural, regresando a un estado de triunfo de lo religioso, y llegando a un período de imperativo biomédico para concluir en un modelo cultural. Yo, para este breve resumen, me quiero centrar en las últimas etapas de este proceso que son las que nos llevan desde mediados del S. XX hasta la actualidad.

A mediados del S. XX, y tras la aparición de los primeros neurolépticos[7] (y la creación de macro hospitales de internamiento para pacientes mentales), aparece un movimiento de particularidad social que es denominado como la Antipsiquiatría, y en el que sin duda es decisiva la aportación de la antropología. Esta corriente va a estar representada principalmente por cuatro ramas en contraposición total al modelo biomédico que imperaba:

- La primera rama la constituían los antropólogos que apoyaban el relativismo cultural, y que crean la corriente denominada Personalidad y Cultura. Destacan Ruth Benedict y Margaret Mead rebatiendo la universalidad de las cuestiones sexuales y los conceptos de normalidad/anormalidad.

- La segunda rama la forman antropólogos psiquiatras, destacando la de Gregory Batenson (Esposo de Margaret Mead), fundador de la Escuela de Palo Alto y que formula la teoría del Doble Vínculo como origen de la esquizofrenia.

[7] Hasta mediados de la década del 50, el tratamiento efectivo de las enfermedades psiquiátricas graves, las psicosis, por ejemplo, se realizaba en condiciones sumamente desfavorables, ante la falta de drogas realmente activas, contra estos padecimientos. Solamente se contaba con medios terapéuticos como la psicoterapia, o la terapia convulsiva, llevada a cabo a través de la utilización de drogas como el pentilentetrazol (cardiazol), el shock insulínico, o la corriente eléctrica (terapia electroconvulsivante). Esta última forma de tratamiento psiquiátrico tiene aún importantes aplicaciones cuando el diagnóstico y la indicación, son correctas. El advenimiento de la fenotiazinas en el tratamiento de graves psicosis, como la esquizofrenia o el síndrome maníaco-depresivo, a partir de 1952, revolucionó el campo de la terapéutica e inauguró partir de esos años la era de la psicofarmacología.

- La tercera rama tiene un carácter político y está abanderada por Michael Foucault en Francia y Franco Basaglia en Italia. En el caso de Foucault en sus obras de la Historia de la Locura, describe a la psiquiatría como una prolongación de la estructura represora de la sociedad, como una reforzadora de los tabúes y normas, y como estigmatizadora de los distintos y diferentes. Franco Basaglia lucha por la desinstitucionalización de los pacientes mentales, y el cierre de los psiquiátricos.

- Y la cuarta rama, generada en Norteamérica, y cuyo liderazgo corrió de la mano de Tomas Szasz. Destacan sus textos: *La fabricación de la locura y El mito de la enfermedad mental.*

A pesar de la fuerza que tuvieron las corrientes antipsiquiátricas, hay que decir que dichas corrientes no produjeron todos los cambios que promulgaban, aunque sí generaron ciertas transformaciones en las mentalidades de algunos gobiernos occidentales sobre la gestión de los recursos para la atención de personas con patología mental. Además, estas corrientes antipsiquiátricas tuvieron sus detractores, y esto provocó una reacción de hiperbiologicismo, representada por la Escuela de San Luis. Las pretensiones de estos psiquiatras fueron las de elaborar un manual para la diagnosis de las enfermedades mentales basado en un trabajo descriptivo que englobe el total de sintomatologías. Nace el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, el cual a pesar de sus intenciones de aplicar a los diagnósticos un tratamiento desde la perspectiva biológica, psicológica y social, al final queda en meras intenciones.

Desde hace unas décadas, y aproximándonos a la actualidad, el interés por el uso de la antropología en psiquiatría se ha ido centrando en varios aspectos, que van desde la etnopsiquiatría, a la psiquiatría cultural en procesos migratorios y el estudio de espacios de atención a personas con enfermedades mentales. Respecto a este último aspecto

estudiado, con frecuencia se le ha otorgado un cierto nivel de singularidad a los grupos que forman el conjunto de personas que comparten un espacio cerrado. Se podría, de forma arriesgada, casi comparar con una "etnia" (forjada por imperativo de un grupo social) en la que el grupo de personas comparte una tradición "cultural" basada en una historia, en formas de comportamiento y en unos espacios comunes.

Estos *espacios cerrados* dedicados al etiquetado de una persona como paciente con patología mental, que desarrollaré de forma detallada más adelante, fueron estudiados desde el punto de vista antropológico por su singularidad y particularidad. Fue Erving Goffman, quien utilizando una metodología antropológica a través del trabajo de campo etnográfico desarrolló el concepto de *institución total,* dándole un nuevo significado a las instituciones de encierro de personas desviadas de la conducta considerada dentro de la normalidad (Goffman,E. 1961).

De manera que, y para finalizar este apartado, se puede afirmar que la antropología ha ayudado a dar una nueva perspectiva a los temas relacionados con la psiquiatría. Ambas ciencias se han sabido conjugar para obtener resultados positivos sobre intereses comunes, llegando a consolidarse una especialidad dedicada al estudio de temas relacionados con la psiquiatría pero desde un prisma antropológico.

4.4.3 Antropología y Enfermería

Si señalaba anteriormente la reciente relación de la antropología y la enfermería en España dada la implantación de los estudios de segundo ciclo en algunas universidades españolas, no cabe decir lo mismo en otras partes del mundo.

Esta relación de la antropología con la enfermería puede tener varios aspectos diferenciables, dado que no es lo mismo el uso de las técnicas antropológicas para conocer mejor una cultura, para de esta forma poder mejorar los cuidados que se le presta, que interesarse por prácticas rituales y tribales en el cuidado de las personas (Mulhall,A.1996). La enfermería se especializa en cuidar, y para ello se basa en unos paradigmas que son específicos de la profesión. Pero en ese proceso de cuidar aparecen una serie de componentes relacionales que hacen que surjan interacciones sociales y culturales que son precisamente el foco de atención de esa Antropología Enfermera.

En otros países, sobre todo en Estados Unidos, dicha relación comenzó a principios del siglo XX, donde enfermeras dedicadas a la Salud Pública empezaron trabajos específicos con inmigrantes, quedando reflejados dichos esfuerzos en publicaciones como en The Public Health Nursing Quaterly (Martorell, M. 2001).

A nivel educativo cabe destacar la introducción en los planes de estudios de estas enfermeras un contenido cultural. Una de las contribuciones más importantes fue la realizada por Esther Lucille Brown, la cual influyó decisivamente en la modificación de los contenidos educativos, ganando terreno la importancia de la cultura en los temas sanitarios. Tanto es así que a mediados de los años cuarenta del siglo pasado, la Liga Nacional de Enfermería de Estados Unidos recomienda incluir un mínimo de diez horas semestrales de ciencias sociales al curriculum de los estudiantes de enfermería.

A mediados de los años sesenta muchas enfermeras americanas obtienen el grado de doctoras en la rama de antropología, creándose a finales de los años sesenta la Council on Nursing and Anthropology. Destaca la labor y los aportes a esta nueva asociación de la

Antropología y la Enfermería por la enfermera y antropóloga Madeleine Leininger.

La asociación entre Antropología y Enfermería quedaría reflejada en varias dimensiones. Así Foster citado en (Dougherty, M. C.,1985) señala que hay cuatro niveles en los que se establece esa relación:

- Nivel 1: Los temas de investigación y el interés de la antropología en cuestiones de creencias, valores y comportamientos relacionados con el proceso de enfermar. Uso similar a la de enfermería pero con la diferencia del nivel de análisis, puesto que la Antropología se centra en normas culturales de grupo, y la enfermería en normas culturales para entender al individuo dentro de ellas.

- Nivel 2: El nivel de observación. Si por algo se caracteriza la antropología y la enfermería es porque son ciencias que desarrollan su labor en íntima relación con el sujeto investigado. Es imprescindible en las dos disciplinas el estar en el lugar y en el momento.

- Nivel 3: El método de investigación. La finalidad de ambas disciplinas es la perspectiva holística que pretenden, y que es estudiar al individuo como un ser individual, social, cultural y espiritual.

- Nivel 4: El nivel de compromiso con el observado. Otro de las características que unen a antropología y enfermería es el nivel de compromiso que adquieren con las personas con las que interactúan, ya que su grado de interacción hace que en múltiples ocasiones afloren sentimientos hacia ellos.

Es indudable por tanto el nexo entre Enfermería y Antropología en su objeto de estudio y su campo de actuación (Siles, J. 2006). En España

el proceso, al menos académico, de complementar o suplementar estas dos ciencias ha sido de muy reciente instauración si lo comparamos con el recorrido realizado por Estados Unidos. Así en España del total de Escuelas de Enfermería que existen sólo en 4 está presente la antropología como materia obligatoria, y de estas 4 tienen carácter privado (dos en Cataluña y una en Navarra) y tan sólo una de carácter público en Lleida. De manera que la opción para muchas enfermeras interesadas en continuar con un segundo ciclo que le de acceso a programas de doctorados y realización de máster fue el acceso a un segundo ciclo para la obtención de la Licenciatura en Antropología.

Pero todo esto ha cambiado con el Plan Bolonia, que hace que la enfermería se convierta en Grado, y el segundo ciclo de Antropología Social para la obtención de la Licenciatura se cambie a posgrado, másteres y doctorados. Esperemos que todos estos cambios no afecten a los enfermeros/as antropólogos/as o antropólogos/as enfermeros/as que deseamos seguir investigando desde una perspectiva que aglutina las dos disciplinas, y sus abordajes y miradas complementarias y enriquecedoras.

4.5 La institución total

La primera vez que tuve contacto con un hospital psiquiátrico fue en el año 1998. Como suele suceder a todo el mundo llevaba mis ideas preconcebidas de lo que allí me podía encontrar, pero la realidad era más apabullante de lo que mis ideas podían aportar. La descripción de las primeras pocas horas que pasé allí se pueden resumir en varias percepciones que tuve y que se quedaron marcadas en mi mente durante días.

Lo primero fue pasar un control antes de entrar en el psiquiátrico. Una persona vigilaba la entrada y subía o bajaba una barrera para

poder entrar con los vehículos. Varios pacientes rondaban cerca de la barrera. Me pregunté: "*¿Querrán escaparse?*"

Dadas las dimensiones del centro, éste se distribuía en calles a semejanza de una pequeña localidad. Mi segunda impresión fue observar como un paciente estaba tirado en el suelo. Al ir a levantarlo, porque yo pensaba que podía estar enfermo o haberse caído, no sólo el paciente parecía incómodo por mi altruismo sino que fui recriminado por un cuidador. Me dijo: "Déjale ahí, que está tomando el sol". Luego me di cuenta que era práctica habitual. Algo "normal".

Por último, y más impactante fue entrar en uno de los "pabellones". Multitud de pacientes deambulaban de un lado para otro sin propósito fijo. Había un cierto olor a orina y heces. El personal de enfermería hacía sus labores preocupándose más "por el nuevo" (yo) que por lo que estuvieran haciendo.

Esos tres momentos me impactaron enormemente por entrar en un *recinto cerrado* con altos muros, ver cosas que para mi eran totalmente anormales y que allí era el día a día; y por último, que los sentidos más afectados en este centro eran el visual y el olfativo. Sufrí un auténtico "choque cultural" (Oberg. K, 1960).

Este autor define este choque en cuatro etapas:

1. La primera era una etapa de luna de miel en la que el individuo se encontraba en un "mundo" nuevo en el que las experiencias suelen ser positivas por tratarse de nuevas experiencias.
2. Luego viene el choque en el que se genera la ansiedad, desorientación y confusión.
3. Posteriormente hay un período de negociación en el que se trabaja para resolver las diferencias culturales

4. Y por último viene la aceptación de la nueva cultura, en la que el individuo se da cuenta de las normas y costumbres que pueden ser más o menos buenas, pero que te da acceso a trabajar con ellas.

Siento discrepar de Oberg, al menos en los que a una institución psiquiátrica se refiere, sobre todo si considero a esta como una microcultura; porque cuando una persona que entra en un recinto cerrado o sale de él, y este ha servido de aislamiento para personas tratadas como problemas sociales, y sus normas son más que peculiares, la fase de luna de miel no existe, pasándose directamente al choque visual, táctil, olfativo, auditivo y hasta gustativo. Y en el caso del segundo punto, no existe negociación posible ya que la institución tiene el poder de absorber la capacidad volitiva de todas las personas que entran en ella. *No existe negociación sino lucha constante contra lo establecido.*

En lo que si estoy en parte de acuerdo es que en un psiquiátrico al final te das cuenta de las normas, tanto escritas como no escritas, y que te acostumbras al entorno. Después de doce años en el psiquiátrico ya no me daba cuenta de la barrera en la entrada y los muros de alrededor, no me olía tan desagradablemente y alguna vez que otra me sentaba, no tumbado claro está, a tomar el sol con los pacientes. A pesar de este "acostumbramiento" nunca me sentí parte de una institución que moldeaba personas. Me asemejaba al que era considerado "mal paciente", con intentos de fuga continuos, la no aceptación de normas y por supuesto que sabía que fuera de los muros había otra realidad. Conseguí "fugarme" definitivamente del psiquiátrico el 1 de enero de 2010.

Este relato de experiencias da una serie de claves de lo que Goffman estudiaría por los años 60 del siglo pasado que le llevaría a definir el concepto de Institución Total. Su definición: "*Es un lugar de*

*residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (*Goffman,E.1972).

En esta definición Goffman habla de un lugar; un espacio de interacción de individuos. Tal vez, y si sólo nos fijamos en la definición del concepto, puede parecer que afirma que todos los individuos que comparten aislamiento tienen una misma situación frente a la institución, pero esto no es así. Es necesario conocer el desarrollo total de la obra para conocer y discernir las diferencias entre grupos dentro del mismo encierro.

Como características generales señalar que la *Institución Total* se va a caracterizar por:

- Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única.
- Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas.
- Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios, que se encarga de hacerlas cumplir.
- Cuarto, las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución (Goffman,E.1961).

Destaca también el desarrollo de las características más específicas que atribuye Goffman a estas instituciones. Estas son las siguientes:

- Como señalaba antes las instituciones suelen ser lugares donde se realiza una actividad en concreto.
- Tendencias absorbentes: absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y en cierto modo un mundo propio. Esta tendencia totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros. Una vez dentro sólo se puede salir de ella a través de unos cauces que la propia institución posee. Y lo impactante es que no todo el mundo tiene la capacidad de acceso a esos cauces de salida.
- Concentra el descanso, el juego y el trabajo. El primero se desarrolla en el mismo lugar y bajo la misma autoridad, y en determinados períodos de tiempos impuestos. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del individuo se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas. Todas las actividades diarias están programadas con antelación, y se procura que las personas sometidas a la autoridad las realicen en masa con la vigilancia de un grupo de personas más reducido que el total de los sumisos.
- Hay una escisión entre un gran grupo manejado (internos), y un pequeño grupo, personal supervisor. Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados contactos con el mundo. El

personal está socialmente integrado con el mundo exterior. Cada grupo representa al otro con rígidos estereotipos.

- Una de las funciones de la guardia es controlar la comunicación efectiva de los internos con los niveles superiores.
- Se restringe el paso de información, especialmente en lo relativo a los planes del personal con respecto a los internos. Proporciona al personal una base sólida para guardar las distancias y ejercer su dominio sobre los internos.
- Hay incompatibilidad con el trabajo. El que los internos tengan todo su día programado, significa que también se habrán planificado todas sus necesidades esenciales. Cualquiera que sea el incentivo propuesto para el trabajo, carecerá de la significación estructural que tiene en el exterior. Además el individuo que internalizó un ritmo de trabajo afuera, tiende a desmoralizarse por el sistema de trabajo de la institución total.
- Hay incompatibilidad con la familia. Esta incompatibilidad viene caracterizada por que los internos más que una vida familiar lo que son es una agrupación de individuos con horarios comunes, ropas similares y espacios compartidos.(Goffman,E.1972)

Durante mis años en el psiquiátrico pude comprobar que todos y cada uno de los puntos anteriores se cumplían inexorablemente. Así se podía decir que el psiquiátrico tenía la finalidad de cuidar a pacientes, y darles una estancia lo más digna posible, a pesar de no haber elegido estar allí. Y aunque las actividades no eran lo más característico sí que existían pautas horarios en la que los pacientes tenían que hacer de forma obligatoria determinadas actividades como el baño, la comida, la siesta, la cena, y la hora de dormir. El poder pasear por el hospital e ir al bar eran opciones de libre albedrío. Y era en este último espacio (al igual que en otros muchos) donde la escisión entre personal e internos era más patente. Otra de las características que se podían comprobar era que el psiquiátrico estaba dividido en pabellones, y en ellos había

una media de unos cuarenta pacientes los cuales eran manejados por dos o tres funcionarios. Por último señalar que la familia del paciente no existía dentro del hospital, y en múltiples ocasiones oí decir a trabajadores del centro que la "familia" de muchos de los internos eran los propios cuidadores.

Lo impactante de lo anteriormente relatado es que Goffman hizo una descripción de las características de una institución total en el año 1961. Yo pude comprobar esas mismas características cuarenta años después. En general, poco había cambiado.

Goffman se caracterizó por dar una argumentación de Institución Total como tal intentando generalizar lo máximo posible, lo que le llevó a crear un modelo excesivamente simplista, ya que muchos de los ejemplos que tomaba para demostrar afirmaciones los trataba como ejemplos absolutos, y si bien esto es válido en el trabajo de campo antropológico con informantes, no lo es para crear categorías absolutas resueltas para la creación de un gran modelo general (Anta, J.L.1990). Tal vez un modelo general sea posible aplicarlo a las instituciones totales, pero cada institución total tendrá además una serie de características propias que le vengan dada por la situación económica, social y cultural por la que se vea rodeada en un momento determinado de su historia, y tal vez la institución total adquiera otras características, que aún manteniendo parte de las originarias vayan derivando en otras menos reduccionistas que las señaladas por Goffman.

Pero parece que si sólo hablamos del hospital psiquiátrico el concepto de Institución total queda reducido a un solo tipo de institución. Pues bien, esto sería incompleto, ya que Goffman señala la existencia de varios tipos de Instituciones Totales. Estas serían:

- Instituciones establecidas para atender a las personas que sentían al ser a la vez inofensiva, incapaces: hogares para ciegos, ancianos, orfanatos, casas de indigentes.
- Lugares establecidos para atender a las personas se sentían incapaces de cuidar de sí mismos y una amenaza involuntaria para la comunidad, leproserías, hospitales mentales y sanatorios antituberculosos.
- Instituciones organizadas para proteger a la comunidad contra los que suponen un peligro intencional contra ella, y se caracterizan porque su finalidad inmediata no es el bienestar de los reclusos: los campos de concentración, campos de trabajo, penitenciarías y cárceles.
- Instituciones creadas supuestamente para un mejor curso de algunas tareas laborales. Se justifican a sí mismas sólo por estos motivos instrumentales y de producción: algunos tipos de colonias, internados, barcos, cuarteles del ejército y grandes mansiones, desde el punto de vista de los que viven en las dependencias del servicio .
- Establecimientos concebidos como retiros del mundo, incluso aunque a menudo sirven también como estaciones de formación para los religiosos. Los ejemplos son conventos, abadías, monasterios y otros claustros (Goffman,E.1961).

Advierte Goffman que esta clasificación no es precisa, exhaustiva, ni tampoco para su inmediata aplicación analítica. Y ciertamente, y desde mi punto de vista, la definición de Institución Total así como los distintos tipos señalados pueden dejar fuera a otro tipo de instituciones que aún no cumpliendo todas las características totalizadoras sí comparten algunas particularidades con la misma. Se pueden señalar por ejemplo las Universidades, Colegios Mayores, Colegios, y como no, unidades hospitalarias de internamiento breve que son el eje central de esta tesis doctoral.

La concepción básica de *institución total desde mi perspectiva y reflexión personal* es aquel lugar donde un grupo reducido de personas distribuye el tiempo de otro grupo (normalmente mayoritario) con la creencia de que esto es beneficioso para ese grupo o para la sociedad en general, y para ello se crean una serie de normas (tanto escritas como no escritas) consensuadas por una minoría y que se transmiten a lo largo del tiempo. Creo que una institución total no se tiene que caracterizar por poseer altos muros sino por poseer limitaciones temporales para quienes las forman, y es que al fin y al cabo no existe prisión más inexpugnable que la temporalidad.

Por tanto el término de Institución Total puede resultar anacrónico si se aplica con precisión milimétrica en la sociedad actual. Y aunque sí es cierto que aún existen instituciones con las características señaladas por Goffman, existen otras que han ido (afortunadamente) cambiando con el tiempo y no cumplen la totalidad de los requisitos. Es más, la modificación de la Institución Total ha derivado en otras pseudoinstituciones que comparten esas características o añaden otras nuevas.

Además de Goffman, por no centrarnos únicamente en este autor, otros investigadores hicieron incursiones en este tipo de instituciones. Destacan los trabajos realizados por Clemer sobre instituciones penitenciarias, en las que el autor señala que el interno presenta doble actitud frente al encierro; una que es la de oposición y otra de adaptación o asimilación (Clemmer, D.1940). La crítica a esta propuesta es que si el interno de este tipo de centros asimila la vida penitenciaria, poco a poco se va separando de la sociedad de la que proviene, suponiendo esto una asocialización mayor del individuo (López,M. 1988).

Sykes aboga por la idea de que en estas instituciones lo que se genera es una *subcultura interior* que más que dentro de la propia

institución está dentro de la propia sociedad, creándose una sociedad dentro de otra sociedad (Sykes,G.M.1958). Por último señalar trabajos antropológicos sobre instituciones como los cuarteles militares (Anta Félez, J.L. 1990),sobre las sectas religiosas (Rodríguez, A.1992;Prat,J. 1997)) o sobre las empresas (Aguirre, A. 1994).

4.5.1 Algo más que lo físico y lo temporal

Tal y como señalaba antes, la Institución Total se caracterizaba por estar ligada al tiempo y al espacio, pero hay un factor más que la hace especialmente particular, la capacidad de la misma de subyugar la voluntad del que está sometido a ella. Este dominio sobre la voluntad del individuo es lo que Goffman denomina la "Mutilación del yo" (Goffman,E. 1961).

Tal mutilación del yo, Goffman la representa con una serie de acciones que se tienen hacia la persona desde el momento de su ingreso en la institución. Estas acciones son:

- El sólo cambio de una actividad fuera de la institución a una actividad dentro de ella supone la ruptura del rol que la persona venía desempeñando hasta ese momento. Si la persona pasa mucho tiempo desempeñando ese rol, su reingreso a la sociedad o la recuperación de su antiguo rol será más difícil o se verá mermado.
- Desde el momento del ingreso del interno éste se ve despojado de objetos que tal vez para él tengan un significado o una utilidad. Estos objetos pueden ser desde ropas, relojes o fotografías.
- Se le comunican inmediatamente las normas específicas y las consecuencias negativas de incumplirlas. La observación del interno suele ser más intensa al principio para comprobar

adaptación, haciéndose incluso necesario un test de obediencia.

- Al interno se le diferencia en grupos y se le separa de otras personas por rango. No le queda otra opción que la sumisión a las personas con más rango. *La rebeldía se castiga, la obediencia no se premia ya que es la norma.*
- El interno tiene que aceptar unas normas espaciales y temporales con las que no tiene porque estar de acuerdo.
- Sus únicas propiedades serán las que otros decidan que puede poseer.
- La comunicación con otros deberá estar reglada, y cualquier acto de rebeldía tratado en conjunto traerá sus consecuencias.
- La intimidad se ve comprometida, y su cuerpo a veces es expuesto a otros en condiciones que el interno no desea. (Por ejemplo en las duchas)
- Las relaciones interpersonales entre internos son impuestas por otros y no por ellos mismos. El grupo de personas de una Institución Total no se forma por el interés de ese grupo sino por el interés de otros. Hace relacionarse al interno con otros con los que tal vez no deseé relacionarse.
- Se produce el efecto represor de una persona hacia otra. En este acto de represión la persona dominante somete a juicio los actos y acciones de la persona dominada, impidiendo a esta que tenga capacidad de elaborar un mapa de sus necesidades así como de sus objetivos personales. El individuo se somete a la voluntad y necesidades de la institución.
- Se elimina la independencia de la persona subyugada. De esta forma quedan eliminadas acciones de las personas que

en el exterior de la institución podrían hacer de forma independiente y libre.

- Se procura la dependencia del individuo hacia la institución total, y de esta forma conseguir que este tenga sus acciones dirigidas hacia las necesidades de la institución total y o a las suyas propias.
- En el caso de instituciones donde el uso de farmacología es habitual, ésta se convierte en una dominadora de la voluntad del individuo en muchos casos ya que los efectos secundarios de determinados fármacos van en contra de lo que el paciente desea. (Estos pueden ir desde la disminución de la capacidad de relación con los demás hasta la desconexión total con el medio).

Como se puede comprobar, muchas de las acciones de las Instituciones Totales van encaminadas a la eliminación de la voluntad del individuo. Y nace aquí de nuevo la controversia con la que iniciaba esta tesis, ¿esa voluntad es la considerada anormal dentro de un grupo de una comunidad?, y por tanto ¿quiénes son los últimos responsables de hacer que la voluntad de todos los individuos de un grupo sea una sola? La respuesta que algunos podrían dar es que las Instituciones Totales sirven a la comunidad para armonizar las relaciones existentes entre las personas de un grupo, separando a esas personas del grupo para "reprogramarlas" y adaptarlas al medio social de nuevo; si bien para mí esto no es cierto ya que esa reprogramación conlleva una peligrosa adaptación al medio donde se produce, y por tanto la separación real del medio externo. La subyugación del yo puede llevar al individuo a la creación de una necesidad y dependencia de la institución en la que reside, y en la que tras el paso del tiempo, puede llegar a olvidar la forma de relación en un ambiente libre de muros.

4.5.2 Instituciones cerradas y abiertas.

Redactar un apartado de instituciones cerradas tras haber hablado de Instituciones Totales puede parecer una repetición de conceptos, pero esto no es así ya que lo que pretendo es responder a la pregunta de que si todas las instituciones cerradas son Instituciones Totales o pueden existir posibles variantes o pseudoinstituciones totales.

Antes de desarrollar este punto se hace necesario aclarar el concepto de institución, cómo se forma, por qué se crean y cuál es su finalidad. Según Aguirre, la institución es un sistema sociocultural, organizado y estable de interacción social (Aguirre,A. 1995). Otra definición aportada por Gallino es que la institución generalmente comporta la idea de complejos normativos que regulan los comportamientos de los individuos aludiendo a aspectos relevantes de la vida social, reduciendo las alternativas abiertas a los sujetos, y con ello la complejidad y la contingencia de la sociedad (Gallino,L. 1993).

A. Cavilli señala que:

1. Las instituciones son modelos de comportamiento dotados de normatividad.
2. Que tienen una duración temporal (mayor respecto a los individuos).
3. Y cuya dinámica es resultado de la intersección de procesos espontáneos y queridos, que reflejan las necesidades y los requisitos funcionales de la sociedad (Cavalli, A. 1996).

El Diccionario de Psicología Social y de la Personalidad (Harré, R. 1992) describe dos posibles conceptos del término institución. Por un lado el sociológico y por otro el psicológico. En cuanto al primero, al sociológico y de uso más amplio, hace referencia al conjunto de reglas y convenciones sociales aceptadas en un marco temporal determinado. Pertenecer a una institución se convierte en la

aceptación de una serie de reglas y convenciones tipificadas y estables. Esta presencia de normas y continuidad en el tiempo le otorga una imagen que existe sobre y más allá que a los propios individuos, y llega a crearse la idea de que tienen una gran capacidad objetiva y de calidad.

Desde el punto de vista antropológico, siendo éste el que yo quiero abordar en esta tesis, el concepto de institución sirve para definir ciertos tipos de estructuras físicas especializadas en la modificación de conductas de personas. Hace referencia por tanto a hospitales, psiquiátricos, prisiones, cuarteles, monasterios o escuelas. La característica de estas instituciones es que son cerradas al exterior y que su actividad principal se desarrolla en una edificación de características propias que la hace diferente de otras aunque estas tengan particularidades compartidas. Tal y como señala Serres: Religiosa, política, judicial, científica ...,pero también militar, financiera, comercial, industrial, deportiva. La institución tiene su sede en un edificio: templo, catedral, ayuntamiento o cabildo, escuela, palacio de justicia, cuartel (Serres, M.1994).

Estas definiciones sobre el término de institución empiezan a dar cierto tufo a medio aislado del entorno que les rodea, pero curiosamente del que se nutren, y es que, al fin y al cabo la creación de instituciones por parte de la sociedad normalmente va a tener un carácter utilitarista en el que se pretende la solución de los problemas que ella misma genera. Tal vez, y lo sé, es una forma muy reduccionista de explicar qué es una institución pero prefiero centrarme en este carácter práctico para esta tesis, que internarme en otros campos más etéreos que aunque no menos válidos, pueden enmarañar el contenido.

Dos corrientes de pensamientos dan una respuesta crítica a la existencia de instituciones, bien a las sociológicas bien a las psicológicas

(Doménech,M.1999). La primera crítica es la realizada por Foucault que ve que la institución cerrada ha ido contaminando a la sociedad en general, y se ha pasado de un primer uso de congregaciones de personas con fines similares a usar ese modelo de congregación o agregación para el control social. Y así, y de esta forma, una sociedad se convierte en totalitaria al usar estas instituciones como medio de relación del individuo con su medio. Y la verdad es que si hacemos una reflexión sobre todas las instituciones en las que invertimos nuestro tiempo diario nos daremos cuenta que todas tienen una composición, normatización y estructura que recuerdan a una institución cerrada (escuela, universidad, gimnasio, iglesia, fábrica, centro comercial, etc.). ¿Puede extrañar que la prisión se parezca a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, los cuales se parecen a las prisiones? (Foucault, M. 1978).

Visto lo anterior se puede ir comprobando la complejidad de dar una definición concreta de institución, sobre todo porque sociológicamente el concepto va más allá del mero instrumento o recurso físico usado para un fin concreto. Y es que la institución como tal, y en términos sociológicos, se entiende como institución social, teniendo esta un cierto carácter etéreo, poco medible y mensurable. Es por este motivo, y dado el carácter práctico que le quiero dar a esta tesis (y tal vez respondiendo a mí forma de pensar) prefiero quedarme con la idea o el término de *organización*. Y por tanto, considero que el concepto de institución es demasiado complejo para usarlo en describir un espacio ubicado dentro de un orden social y temporal. Y es que pienso que las instituciones transcienden a estos espacios ya que son las que marcan la normativa social y legal de una sociedad ramificada en otras "instituciones" (para mi organizaciones) de carácter menor, las cuales van a tener unas características propias tanto a nivel organizativo como estructural. Creo que el término de institución ha sido adoptado para definir determinados grupos cerrados, por lo que pienso

que la correcta forma de denominarla sería organización, y aunque institución y organización parecen ser términos similares hay que señalar que esto no es así. Por tanto, y de nuevo repito, que para esta tesis el término más adecuado será el de organización.

Como la define Quijano, *las organizaciones son formaciones sociales complejas y plurales, compuestas por individuos y grupos, con límites relativamente fijos e identificables, que construyen un sistema de roles, coordinados mediante un sistema de autoridad y de comunicación, y articulado por un sistema de "significados compartidos" (que incluyen interpretaciones de la realidad, normas y valores) en orden a la integración del sistema y a la consecución de objetivos y fines. Estos fines o el modo de conseguirlos, no son siempre aceptados por todos sus miembro, por lo que deben ser negociados o impuestos, lo que permite entender las organizaciones como coaliciones de poder en lucha, a veces por el cómo conseguir los objetivos, y a veces por la fijación de los objetivos mismos. De duración es relativamente estable y continua, estas formaciones sociales se hallan inmersas en un medio ambiente con el que mantienen mutuas relaciones de influencia* (Quijano, S.D. 1993).

Se puede comparar o llegar a definir que una organización es una empresa, o una empresa una organización humana grupal, cuyos miembros se coordinan para alcanzar unos objetivos de producción y beneficio (Aguirre, A.1995).

Peiró señalará las cinco características más significativas de toda organización:

1. Están compuestas por individuos o grupos de individuos
2. Se construyen en vista a fines específicos
3. Utilizan la diferenciación de funciones y división del trabajo
4. Tienden a estar coordinadas y dirigidas racionalmente

5. Presentan delimitación espacial y temporal (Peiró, J.M. 1990).

Se pueden observar ciertas similitudes con la definición aportada por Goffman sobre Institución Total (Goffman,E.1961) con algunas diferencias, como:

1. Que en la Institución Total hace una diferenciación clara de dos grupos de personas, lo alienados y los que alienan. Mientras que en la organización el grupo de personas queda diferenciado por la tareas y acciones que llevan cada uno de ellos pero que no pretenden la alienación entre ellos sino (supuestamente) el bien común de la organización para beneficios de todos.

2. La finalidad de la Institución Total viene marcada por un grupo que cree lo mejor para el otro y con unos fines no totalmente claros, y mucho menos compartidos entre los dos grupos. Mientras que en la organización los grupos pueden ser diferentes pero sus acciones van buscando una misma finalidad.

3. En la Institución total la diferenciación se busca por la acción del poder y la hegemonía de un grupo sobre otro. Mientras que en la organización lo que se busca es la diferenciación para la especialización, en la que cada miembro busca o realiza una acción específica dentro del grupo que supone un aporte al total de las acciones. Todos suman.

4. En la Institución Total la coordinación y la dirección de un grupo queda ligada a una parte de él, pero no desde la racionalidad sino desde la rutina, la obediencia y a veces el castigo. Muchas de las veces los actores son desconocedores de las normas y estas van siendo asimiladas por la mera práctica y el paso del tiempo. Mientras que en la organización

la acción se dirige de forma racional, y cada actor que empieza nuevo en la organización sabe desde un principio las reglas, normas, finalidades y sanciones que hay en la organización.

5. La Institución Total suele depender o relacionarse con una única estructura física (lugar de encierro, lugar de oración, etc.) con una localización en un sitio determinado. Mientras que una organización puede tener varios espacios no necesariamente ubicados en el mismo lugar.

Las diferencias entre Institución Total y organización quedan reflejadas de forma mucho más breve y visible en la siguiente tabla:

	INSTITUCIÓN TOTAL	**ORGANIZACIÓN**
¿Existen dos grupos claramente diferenciados?	*SI*	*NO*
¿Los grupos que la componen tienen los mimos objetivos?	*NO*	*SI*
La diferencias entre los grupos se deben al	*PODER*	*ESPECIALIZACIÓN*
Las normas son	*IMPUESTAS*	*CONSENSUADAS*
La estructura física la define	*SI*	*NO SIEMPRE*
Son instituciones	*CERRADAS*	*ABIERTAS*

Observando la tabla parece que la diferenciación entre Institución Total y organización es bastante clara, pero: ¿Podría existir otro tipo de estructura que tuviera similitudes de ambos conceptos y que no se pudiera incluir claramente en las dos?. Yo creo que se puede responder afirmativamente a esta cuestión.

Con el paso del tiempo, las Instituciones Totales han ido perpetuándose o modificándose para dar paso a otras estructuras, que aun habiéndose nutrido de ellas, han generado características diferentes. Si cabe señalar que el Estado, al menos en los regímenes

democráticos, ha mantenido un cierto nivel de necesidad de control sobre los individuos que componen su sociedad; este control es el que continua promoviendo el desarrollo potencial de instituciones totales (Aguirre, A.1994)

Ese nivel de control va a tener diferentes niveles de intensidad dependiendo de las pretensiones de la sociedad (en este caso gobernantes). Y es que el cambio, aunque minúsculo, va encaminado a una menor coerción individual y a un mayor control en comunidad. Señala Zimbardo que estas nuevas formas de control se ejercen según las necesidades de la persona (pero muchas veces sin contar con la necesidad sentida por la persona sino por la supuesta por el grupo evaluador), que son sobre todo enfermos, inválidos, peligrosos, etc., pero que en lugar de tortura o exilio, lo que se produce es la intervención y el control por medio de las herramientas del tratamiento, de carácter más psicológico y social, tales como: educación, terapia, servicio social, rehabilitación y reinserción (Zimbardo.P.G.1984).

En consecuencia y como colofón este apartado decir que desde mi óptica existen muchos tipos de instituciones que quedan definidas desde sus propias acciones pero que no todas las instituciones, aunque tengan acciones totalitarias, quedan incluidas en el concepto de Institución Total. Creo que es más flexible considerar a ciertas instituciones como organizaciones, y generar un nuevo concepto de organizaciones de acciones más totalizadoras, considerándolas como *organizaciones totales*. Estas tendrían características de organizaciones pero con matices de Instituciones Totales. Este nuevo tipo organizaciones la desarrollaré cuando haga mención específica a la unidad de observación.

4.5.3 Del manicomio a minimanicomio.

La palabra manicomio deriva del término nosocomio, nósos (enfermedad) y Komáo (cuidar). Era el lugar donde se atendían a las personas enfermas, con la sustitución del término nosos por el de manía. Pero realmente, y aunque la voz manicomio tenga origen en terminología griega, no fueron los griegos los primeros en crear los centros de encierro para personas con trastornos mentales; es más, en estas personas se veía cierto grado de deidad y de capacidad de contacto con los dioses. Ni tampoco los romanos, sino que con la imposición de las creencias religiosas (al menos en Europa) se forjó la idea del cuidado del paciente mental en instituciones, muchas de ellas de carácter religioso. Así, mientras la cultura griega había desarrollado confianza en la individualidad y autonomía del ser humano con el culto a la razón, la cultura romana encontraba su seguridad en el estado, la organización y la ley. Con la caída del Imperio Romano se produjo el resquebrajamiento de una sociedad que presentaba cierta coherencia formada por pequeñas naciones y grupos de guerreros, que sólo podía ser contrarrestado por la única fuerza con poder totalizador: el Cristianismo (Kroll. 1973). Se encierra al desviado de Dios y no al desviado de la razón. Así, se encierra a depravados, a los padres disipadores, a los hijos pródigos, a los blasfemos, a los hombres que "tratan de deshacerse" y a los libertinos (Foucault, M.1967).

La relación con el paciente mental durante los siglos posteriores a la Edad Media y hasta el origen de la psiquiatría moderna fue la reclusión de los enfermos mentales en el domicilio y a cargo de la propia familia. La acción de la comunidad llegaba cuando la familia era incapaz de contener al paciente en el domicilio, y sus conductas eran violentas o de carácter delictivo. Se les encerraba entonces en celdas próximas a la Iglesia, dentro de los hospitales y hospicios o fuera de las murallas o en prisión (Leal, J. 1995).

Es con la aparición de lo considerado hoy como la psiquiatría moderna cuando el paciente mental empieza a ser, o por lo menos se intentó, tratado de forma menos alienante. Se evita el encierro de por vida y se empiezan a usar otros procedimientos terapéuticos distintos a la sujeción del paciente o la retención de su voluntad con medio físicos. Se suele atribuir a la figura de Pinel y Esquirol, alumno este último del primero, la nueva forma de tratar al paciente mental. Un dato curioso es que la legislación creada por las actuaciones de estos dos médicos sirvió en Francia desde 1838 hasta 1990. El tratamiento moral fue la terapéutica "científica" que exigía y justificaba la construcción de manicomios, y consolidó socialmente esta red de instituciones específicas para la locura, obligó a reformar toda la legislación, se creó la especialidad en psiquiatría y surgieron las primeras asociaciones alienistas o superintendentes de asilos. (González, M.1980). Pero desde mi punto de vista todas estas modificaciones venían impulsadas por el optimismo revolucionario francés, y aunque las condiciones de los pacientes mejoraron (al menos en Francia) éstos seguían estando encerrados, aislados y alienados. Creo que esta medida inicialmente positiva, en cuanto intencionalidad moral, fue aprovechada por el empuje capitalista para lograr parte de sus objetivos. Y es que con el nacimiento de la Revolución Industrial se produce una problemática social en la que se le exige al individuo ser normativo, convertirse en un disciplinado social y en una mano de obra funcional. Como es lógico intuir, el paciente mental deja también de tener hueco en esa sociedad industrializada, ya que en muchos casos le resulta imposible cumplir con lo exigido. Así como señala Desviat, el tratamiento moral se inserta en los esfuerzos normalizadores, típicos de la burguesía posrevolucionaria que, mediante una aparente filantropía, desarrolla una red asistencial para la población indigente buscando un cierto orden y la interiorización de unos códigos sociales, reglas de comportamiento, civilización de las pulsiones, que no es otra cosa que la alienación política y económica,

condición necesaria en el orden capitalista (Desviat, M. 1990). Se pasa del problema moral, considerado por la Iglesia, al problema de orden social considerado por el estado.

En España el internamiento en psiquiátricos de forma legalizada comienza en la Ley de la Beneficencia de 1822. Se ocupaba por primera vez de los derechos y deberes de los alienados. Más de un siglo después se publica el Decreto 105 de 3 de julio de 1931 (con modificaciones introducidas por el Decreto 27 de mayo 1932 y la Orden Ministerial de 30 de diciembre de 1932), que intenta tener una visión más progresista que la legislación anterior pero debido a las deficiencias de la infraestructura sanitaria lo convierten en inadecuado y se encuentra con muchas críticas por la forma aleatoria de aplicar tratamientos o simplemente por las formas de ingreso de las personas. Con posterioridad se crean nuevas leyes con la intención de corregir fallos y dar una mejor atención a los pacientes desde el punto de vista legal. Estas leyes serán la Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Hospitales de 21 de julio de 1967, el Decreto de 24 de mayo de 1943, sobre Dispensarios de Higiene mental, la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de agosto de 1970; posteriormente modificada por la Ley 77/1978 de 28 de noviembre (Delgado,S.1988).

Toda la legislación anterior no daba una respuesta adecuada a los pacientes mentales a los cuales privaba de uno de sus derechos fundamentales: la libertad. La legislación española continuaba viendo al enfermo mental como alguien peligroso, y su equiparación con animales feroces o dañinos a la hora de proceder a su custodia (Bercovitz, R.1980). Esta situación forzaría la necesidad de legislar nuevas leyes que cumplieran unas mínimas condiciones que dignificaran la situación de los considerados como pacientes con patología mental.

En 1978 con la entrada en vigor de la Constitución Española el ordenamiento jurídico también va a sufrir grandes modificaciones legislativas y entre ellas leyes que afectarían directamente a los personas con patología mental. Destacan dos, la primera sería la Ley Orgánica 8/83 de 25 de junio en la que se dicta que serán jueces y tribunales los que en caso de internamiento éste será según las circunstancias individuales de cada sujeto siendo la finalidad última del internamiento su recuperación y rehabilitación. La segunda, Ley de 13/1983 de 24 de octubre reforma el Código Civil en materia de tutela poniendo en vigor el artículo 211 sobre los internamientos involuntarios (que posteriormente fue sustituido por el artículo 763), y en materia de incapacitación de sujetos.

La legislación anterior se redacta en papel pero la puesta en práctica de lo que imponen no se hace efectiva totalmente, lo que conlleva a la continuidad de las estructuras existentes, como son los hospitales psiquiátricos, si bien se empiezan a plantear la creación de nuevas estructuras que se adapten a nuevas situaciones socializadoras. En el caso de Mérida (Extremadura), el primer lugar de encierro con características exclusivamente psiquiátricas fue la creación de la casa hospitalaria de dementes que abriría sus puertas el 1 de febrero de 1843. El lugar donde se abrió fue en el antiguo hospital-convento de Jesús, zona muy céntrica de la ciudad, lo cual llama la atención por crear un centro de internamiento de pacientes mentales en esa ubicación, ya que no era lo normal. El Boletín Oficial de la provincia de Badajoz del día 23 de enero de 1843 establece una casa hospitalaria de dementes para toda la provincia; en la que según reza en dicho boletín, tendrán admisión los locos de ambos sexos de la provincia según los recursos y disponibilidad que la misma goce. El boletín tiene una interesantísima lectura. El funcionamiento de dicho centro sería desde 1843 hasta 1851. En el año de la fecha de cierre se publica en el Boletín Oficial de la Provincia, el 7 de abril de 1851, que: "*Debiendo verificarse la obra de*

reparación en el Exconvento de Descalzos de la ciudad de Mérida, para que se trasladen al mismo los dementes que se hallan en el asilo de dicha ciudad…". En 1929 se realizan unas reformas que mejoran los servicios pero no la filosofía de la asistencia. Los locos seguirán, por mucho tiempo, amarrados a sus cadenas, esperando la reforma que todavía no llega (Curado, B. 2003).

Estando en manos de las Diputaciones Provinciales la atención a los enfermos mentales en cuanto a internamiento prolongado se refiere, y siguiendo la política de construcción de grandes hospitales, se hicieron dos en Extremadura: el de Plasencia y el de Mérida. En el caso de este último, se construyó a las afueras de la ciudad, más concretamente en la carretera que iba a Valverde de Mérida. Es en el año 1975 cuando el hospital abre sus puertas con una capacidad de 1000 camas, y llamándose: "Hospital Psiquiátrico Adolfo Díaz Ambrona". Era y sigue siendo una estructura de características totalizadoras.

A pesar del aislamiento geográfico y social sufrido por estos hospitales psiquiátricos, ambos serán afectados por la legislación que poco a poco se empieza a retomar en cuanto a la Salud Mental se refiere. Así en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el Capítulo III, artículo 20 determina la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema nacional de salud y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. Para ello las Administraciones Sanitarias competentes deben adecuar su actuación a los principios enunciados en el mismo. En esta ley cabe destacar el punto 3 del artículo 20 en el que se indica: "*La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizarán en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales*". Esta indicación legal es muy interesante ya que mientras que Cáceres y Badajoz sí cumplían la ley al tener unidades de hospitalización de psiquiatría en sus hospitales de Virgen de la

Montaña (Cáceres) y Hospital Infanta Cristina (Badajoz) pertenecientes al antiguo INSALUD, no era el caso de Mérida ni Plasencia. Ambas localidades no sólo tenían centros de internamiento de largo plazo sino que además tenían las unidades de internamiento breve que según la ley deberían estar ubicadas en hospitales generales. Esta apertura en hospitales generales de las unidades de Mérida y Plasencia no se producirá hasta el 1 de febrero de 2011. Veinticinco años después de los que la ley indicaba.

Destaca el Decreto 92/2006 de 16 de mayo por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura. En él también se hace referencia en el Art. 8, punto 5 que "*Las Unidades de Hospitalización Breve estarán ubicadas e integradas en el Hospital, adaptando su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización.*" Cualquiera que vea el artículo puede pensar que está claramente definido donde debe estar una unidad de agudo, pero como la ley es interpretativa, al decir Hospital no queda claro si hospital general u hospital psiquiátrico. Tocaba de nuevo esperar.

Tal vez, y con la puesta en marcha de la Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, en la que se crea el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, y con la decisión de llamar a los antiguos manicomios, que en una segunda fase pasaron a llamarse hospitales psiquiátricos, centros sociosanitarios no sólo se seguía incumpliendo la Ley General de Sanidad sino también el Decreto 92/2006. Tal vez por este motivo, o por la presión de las asociaciones de los pacientes mentales, por fin se abrieron las unidades de salud mental para patología aguda en los hospitales generales del Servicio Extremeño de Salud de Plasencia y Mérida.

Se separaban de esta forma los pacientes agudos de los hospitales psiquiátricos, que aunque en el papel pasaron a llamarse centros socio-sanitarios continuaron con las mismas características manicomiales con levísimos retoques asistenciales.

Se cerraba, al menos de momento, el recorrido de la salud mental desde los cuidados domiciliarios pasando por las órdenes religiosas llegando a los manicomios para terminar en una atención más "comunitaria". Esperemos que este no sea el fin.

4.5.4. El hospital

Si un lugar en la sociedad está entre los destacados para estudiar un choque cultural dentro de la propia comunidad, ese es el hospital. Como he referido anteriormente la evolución del concepto de salud ha cambiado a lo largo de la historia y con él las prácticas para su mantenimiento. Antes de 1880 la imagen del hospital era la de una "casa de caridad", un lugar para los necesitados y un sitio para morir, no para vivir (Sánchez-Candamio,M. 1995). Hoy en día el hospital es un tipo de institución cuya actividad está centrada en la asistencia sanitaria, la docencia y la investigación (Riesgo,I.1993). Ahora bien si por algo se caracteriza un hospital desde el punto de vista antropológico es por la propia identidad "cultural" que posee y como su estructura la diferencia claramente de otras. Y es que la antropología, y más concretamente la Antropología de la Salud centra sus miradas no sólo en la relación del hombre con su salud y sus medios para mantenerla, sino en los lugares donde tiene lugar esa interacción.

El interés antropológico por los hospitales queda demostrado por los estudios realizados sobre ellos. Estos estudios han ido desde el interés por la perspectiva organizativa general hasta la disección en pequeñas partes del hospital. Podemos encontrar etnografías sobre un hospital en concreto como es el caso del Hospital Maciel (Álvarez, E. 2009), hasta

etnografías de una parte en concreta de un hospital como puede ser el servicios de urgencias (Rico, C. 2001).

Existe a la hora de buscar bibliografía antropológica sobre hospitales una cierta dificultad de encontrar textos sobre estudios etnográficos realizados sobre la globalidad de un hospital. Sí hay, como ya señalaba anteriormente, etnografías o estudios antropológicos sobre partes de él. Esta fragmentación de un hospital, a diferencia de otras instituciones, puede deberse a que el hospital en sí mismo ofrece una cantidad de servicios tan variada y distinta que resulta extremado complejo hacer una etnografía global de un hospital. Existen servicios tan diferentes unos a otros que aunque tengan cierta interrelación las diferencias entre ellos son tan grandes que sería más fácil extraer diferencias que similitudes. Y cada servicio va a tener unas características propias que hace que la pequeña comunidad que es un hospital se pueda dividir a su vez en microculturas fácilmente abordables por separado.

El estudio de hospitales desde un punto de vista antropológico ha venido de la mano del estudio de otras instituciones que tal vez por su llamativa particularidad han tenido un mayor foco de atención (como es el caso de cárceles, psiquiátricos, etc.). Pero la utilización de los recursos teóricos-metodológicos de la antropología en el abordaje de las instituciones ha permitido integrar las múltiples manifestaciones de la "vida institucional" en una configuración que la distingue en su especialidad y la vincula a proyectos socioculturales más amplios. Así, desde esta perspectiva, las instituciones de nuestra sociedad son susceptibles de ser analizadas como "pequeñas comunidades" en tanto se organizan como sistemas complejos de interacción en un espacio delimitado en el que se realizan actividades específicas (Crivos,M.1988). Existe algún estudio en el que se apuesta por la posibilidad de que se puedan usar los aportes teóricos de Clifford Greertz a la hora de usar la

hermenéutica y la interpretación local para el estudio de las culturas de las organizaciones hospitalarias (Heidtmann, H. 2006).

Otro de los aspectos importante de los hospitales, considerados como pequeñas comunidades, es que provocan en el individuo una serie de cambios relacionales con el medio. La persona que ingresa normalmente lo hace buscando un beneficio para su salud pero a cambio debe pagar un precio social y psicológico (aparte del económico según el caso). La persona sufre una serie de repercusiones psicológicas y sociales negativas no sólo durante el ingreso sino que además se pueden presentar tras el alta hospitalaria. Estas pueden ser alteración del sueño, miedo a la muerte, ansiedad, depresión (León, J.M. 2000). Durante el ingreso el paciente se convierte en un objeto manipulable, un número o un expediente. Muchas veces el paciente echa de menos la cercanía de quién le trata o le cuida. Como señala J. Rodríguez en el paciente se producen una serie de consecuencias como:

- El estrañamiento por la separación de su medio social habitual e incorporación a un medio desconocido con pautas de comportamiento distintas que no le son propias.
- Ignorancia sobre su situación y sobre su futuro.
- Necesidad de esfuerzo de adaptación al entorno.
- Pérdida de intimidad y privacidad.
- Pérdida de control sobre sus actividades cotidianas y decisiones habituales. El paciente se pone en manos de otros.
- Pérdida de independencia y falta de control sobre su vida.
- Pérdida de apoyo social o al menos del que se rodea habitualmente (Rodríguez, J.1986).

Visto lo anterior, cabe preguntarse: ¿esto pasa en todos los pacientes por igual, o puede existir un grupo de pacientes que debido

al gran número de ingresos que tienen en un hospital no sufren algunos de los puntos señalados?

Sólo se habla de repercusiones negativas de la hospitalización en el anterior párrafo pero, ¿podrían existir algunos tipos de beneficios para el paciente durante su hospitalización, aparte de la búsqueda de su curación? Una de las razones de esta tesis será contestar a esta pregunta.

Otro de los aspectos destacable dentro del estudio antropológico de hospitales son las relaciones personales no sólo entre profesionales y pacientes, sino también entre los mismos profesionales. Así resulta de interés comprobar la relación entre dos personas iguales pero con la diferencia de que una de ellas es sanitaria y otra paciente. La multitud de tipos de relación entre pacientes y sanitarios es notoria, como muchos estudios desarrollan (Maestro, B. 2012).

Este conglomerado de relaciones, situaciones y escenarios de interacción hacen de la estructura hospitalaria un lugar perfecto para el campo antropológico, y la práctica de la observación directa. Pero para conocerlo en profundidad es necesario un conocimiento profundo de la evolución histórica de los hospitales y la asistencia sanitaria, desenvolverse en la legalidad y burocracia asistencial, ser conscientes del intrusismo que realizamos en una cultura de poder, tener en cuenta *la altísima dificultad de acceso a este tipo de comunidad* y sobre todo no olvidar que es una estructura de vida y muerte. Para esta tesis tuve que superar algunas de estas barreras.

4.6 La puerta giratoria

En innumerables secuencias de películas se pueden ver escenas en las que alguno de sus protagonistas sale de un edificio, normalmente de un hotel, y lo hace a través de una puerta que gira sobre un eje. Estas puertas a diferencias de las convencionales tienen la

característica de poder girar 360 grados sobre un eje vertical. Volviendo a la escena de la película, las cuales suelen ser de carácter cómico, el actor intenta sin éxito salir del edificio ya que bien la puerta o bien sus propias acciones le llevan de nuevo al interior del hotel.

Desde que en 1881 la inventase el alemán *H. Bockhacker, y ocho años después fuesen patentadas en Estados Unidos por* Theophilus Van Kanne, la puerta giratoria no sólo ha servido como entrada y salida de edificios, y la búsqueda de ahorro energético del mismo, sino también para designar un concepto hospitalario caracterizado por la entrada y salida de un mismo paciente en un tiempo determinado y a un servicio específico del hospital. Ahora, cuando hablamos de pacientes y hospitales, el término deja de ser tan gracioso como el que veíamos en las películas.

El término Puerta Giratoria tiene su homólogo en inglés, Revolving Door; pero existen otros términos para definir el mismo fenómeno:

- Reingreso Hospitalario
- Nueva cronicidad
- Readmission
- Early admission
- Re-institucionalización
- Rehospitalización temprana o a corto plazo
- Readmisión precoz
- Recaída
- Frecuentismo
- Hospitalofilia

A pesar de la claridad de cada uno de los términos que tienen el propósito de definir el mismo fenómeno, hay autores que atribuyen características diferentes a los términos "reingreso" y "readmisión" (Marion, J y col.1996).

4.6.1 Definición del término Puerta Giratoria

El fenómeno de puerta giratoria quedaría definido como aquella circunstancia o situación en la que una persona que ha sido tratada en un centro hospitalario regresa a él por problemas similares a los que le hicieron ingresar en ocasiones anteriores. Y si unimos el término paciente a puerta giratoria se podría definir cómo aquel nuevo paciente crónico que acumula tiempo de hospitalización a través de repetidas admisiones, siendo en algunos casos más importante la dinámica de reverberación y la disfuncionalidad que ello provoca en los servicios asistenciales, que el tiempo de estancia hospitalaria (Ruiz, A. I. 1992). Pero a esta definición, y cualquier otra que hable de puerta giratoria, se le puede cuestionar sobre la falta de especificidad en la definición. Y es que surgen una serie de interrogantes que la definición del concepto no aclara.

- ¿Cuánto tiempo debe pasar entre un ingreso y otro? ¿Se considera reingreso un paciente que ingresa cinco años después de haber sido dado de alta?
- ¿Deber ser el ingreso por la misma patología o puede ser por distintas patologías?
- ¿Debe ser el ingreso en el mismo centro hospitalario?

En ocasiones se ha intentado definir el término reingreso hospitalario por la fecha entre ingreso e ingreso. En la siguiente tabla podemos ver algunas de las acotaciones realizadas por distintos autores (Jiménez, A. 2001):

3 días	Gordon, 1998
7 días	Clarke, 1990; Epstein, 1991
14 días	Farmer, 1989; Ludke, 1990; Epstein, 1991; Ludke, 1993; Ashton, Wray, 1995; Thomas, 1996; Chin, Wray, 1997; Mestres, 1998; McCormick, 1999
28 días	Chambers, Clarke, 1990; Hayward, 1993
30 días	Roos, 1990; Epstein, Frankl, Thomas, 1991; DesHarnais, 1991a y 1991b, Taroni, 1993; Harrison, Hofer, Wei, 1995; Castells, Marion, Thomas, 1996; Conesa, Iasist, Twersky, 1997; García, Jiménez, 1998; Brownell, Cedó, Esteve, Kossovsky, Louis, Marcantonio, Morales, 1999; Librero, 1999a, 1999b, Hugues, 2000

6 semanas	Fethke, 1986; Romano, 1995
2 meses	Bates, 1995; Thomas, 1996; Chin, Slack, 1997
3 meses	Phillips, Russell, 1987; Roos, 1990; Rich, 1995; Smith, Thomas, 1996; Ni, Weingarten, 1998
6 meses	Oddone 1996; Krumholz, 2000a
1 año	Corrigan, 1992; Osman, Rudd, 1997; Librero, 1999a, 1999b
Abierto (de 6 meses a 3 años)	Graham, 1983; Fethke, 1986; Sanazaro, 1991; Sicras, 1993; Westbrook, 1994; Oddone, Peiró, 1996; Fernández, 1997; Philbin, 1999a
Variable según diagnóstico	Riley, 1993; Weissman, 1999

Cada estudio de investigación realizado sobre el fenómeno no hace una definición concluyente sobre él, sino que estudian las variables que pueden llegar a definirlo asociándolo a tiempo, edades, tiempo entre ingresos, diagnósticos, etc.

Hay numerosa bibliografía sobre estudios de investigación que abordan el fenómeno de la puerta giratoria. Cada uno de ellos lo hace desde una perspectiva diferente. Según el enfoque empleado por Jiménez, este elabora la siguiente clasificación (Jiménez, A. 2001):

1. Análisis de grandes bases de datos de altas hospitalarias en el que las variables estudiadas son las de los pacientes o las de los procesos de cuidados. Las variables son clínicas, demográficas y resultados de laboratorio. El fin de estos estudios es identificar perfiles con alto riesgo de reingreso. Algunos de estos estudios identifican las variables que

potencialmente aumentan el riesgo de reingreso y que son difícilmente modificables como la edad (Benbassat. J, Taragin. M. 2000).

Es destacable la tabla aportada por Jiménez en la que tras una revisión de treinta artículos hace una relación de autores, patología estudiada y variables predictivas de ingreso. De todas ellas hay una en la que la patología es, a nivel de hospitalización general, muy aplicable a los reingresos de psiquiatría. Es el estudio realizado por Corrigan en el que se ve como las variables predictivas de reingreso la edad, género, financiación, ingresos previos , severidad, alta por servicio médico, mayor duración de la estancia y cuidados domiciliarios, pueden ser aplicables a la población general sin diferenciar entre si padece o no patología mental. (Corrigan, J.M.; Martin,J.B.1992).

2. Estudios basados en el análisis de las tasas de reingresos de distintos hospitales en los que se comparan las características de los mismos intentando sacar conclusiones de las diferencias.

3. Estudios basados en el análisis de las causas de los reingresos, generalmente por medio de la revisión de historias clínicas.

4. Estudios que analizan desde un punto de vista conceptual la relación entre calidad asistencial y tasas de reingresos.

5. Estudios que han utilizado tasas de reingresos como método para evaluar los resultados de diversos cambios en la práctica asistencial.

6. Estudios descriptivos sobre la frecuencia de reingresos en hospitales o servicios concretos.

7. Estudios sobre metaanálisis y revisiones bibliográficas.

Llama la atención que de todos los estudios realizados, al menos en los no relacionados con psiquiatría, no existan referencias a estudios realizados desde la perspectiva antropológica. *Son estudios realizados con pacientes pero sin la presencia de paciente*.

Los numerosos estudios sobre el tema hacen predecir lo engorroso del asunto. Ni si quiera hay consenso de cuando se empezaron a realizar los primeros observaciones sobre reingresos, señalando unos a los estudios realizados por Graham y Livesley en 1983, así como Fethke y Cols en 1986 (Jiménez, A.2001), y otros a los estudios realizados por Acheson en 1965 (Alonso, J.L. 2001).

Tampoco quedan claro los fines últimos de estudiar los reingresos hospitalarios, ya que aunque se presupone que el fin último es el avance científico y así mejorar la asistencia al paciente, hay que pensar que no todos los sistemas sanitarios del mundo son iguales. Y esto podría hacer pensar que algunos estudios podrían estar motivados más por los intereses económicos que por la mejora en la calidad asistencial, al ser el reingreso hospitalario generador de mayores gastos en el sistema de salud (Sánchez, R. 2013).

Lo que queda claro es que existen importantes problemas metodológicos que afectan las posibilidades de generalización de los resultados de los estudios. Lo que dificulta conocer el perfil de estos nuevos pacientes crónicos y los factores de riesgo que influyen en su devenir (Ruiz, A.I.1992).

En España el fenómeno de la puerta giratoria ha sido estudiado de forma individual en centros o en servicios concretos y centrándose en las variables que podrían hacer predecible un posible reingreso. Estos estudios van desde reingresos en plantas de medicina interna hasta reingresos en pacientes de edad avanzada.

Como podemos observar, tanto los estudios como los intentos de definición del fenómeno de la puerta giratoria nos conduce a un galimatías no por los resultados de los estudios sino por las distintas formas de abordarlos y la motivación de sus objetivos. Desde mi reflexión y punto de vista creo que el fenómeno de la puerta giratoria se produce y se puede definir por:

- El reingreso de un paciente se produce porque existen estancias y lugares que lo permiten. Parece una afirmación básica pero si atendemos al fenómeno de puerta giratoria de forma global, éste se produce porque la persona tiene posibilidad de hacer uso de él. La evolución histórica sobre la asistencia a personas enfermas ha ido desde el cuidado en el domicilio hasta los cuidados hospitalarios. Estas estructuras, fijándonos en el total de la historia de la humanidad, son de reciente creación y en determinadas partes del mundo. Pero, ¿qué sucede si dicha estructura no existe? Sencillo, el fenómeno de puerta giratoria no existe. ¿Tendría un miembro de la tribu Awás[8] reingresos hospitalarios? Por tanto la puerta giratoria se produce como consecuencia de la construcción social de estructuras que propician su uso.
- El reingreso lo definiría como el regreso de una persona a un hospital, y más concretamente a una unidad específica, para ser tratado de nuevo del mismo problema por el que ingresó la vez o veces anteriores originadas en similares condiciones, o como consecuencia de un cambio vital afrontado de forma

[8] Los *Awá* (Guajá) son un pueblo indígena de cazadores-recolectores y horticultores itinerantes, que habita en el estado de Maranhão, nordeste de Brasil. Se aislaron desde el siglo XIX para evadir las incursiones de los colonos. Han sufrido sin embargo varias masacres y asaltos. Además, los primeros grupos contactados sufrieron una reducción de la población, especialmente por el contagio de enfermedades. Son un pueblo en peligro. La proporción de hombres y mujeres es ahora de 2 a 1, a lo que han respondido con la poliandria. Actualmente son 350 personas que habitan en las tierras indígenas de Alto Turiaçu (530.520 ha) y Caru (172.667 ha) y se conocen tres comunidades aisladas denominadas Awá, Guajá y Juriti. Viven de la caza, la pesca, la recolección de diversos frutos silvestres, especialmente el *babaçu*, de la palma Attalea speciosa; y además de cosechar los productos de sus huertos, como yuca, batata y frutales. *Awá* en su idioma significa gente. Hablan una lengua de la familia tupí-guaraní.

inadecuada desde la misma patología que generó el ingreso anterior.

Algunos autores señalan y definen el fenómeno de puerta giratoria teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre ingreso e ingreso. Pero desde mi punto de vista el tiempo debería ser considerado no como factor definitorio sino como factor de cambio en otras variables que influyen en el reingreso. Dadas las múltiples variables que existen y pueden influir sobre que una persona puede ingresar más o menos en el tiempo, lo que se produciría sería una variación en esa variable, siendo esa variación la que podría potencialmente provoca el ingreso.

En la siguiente tabla muestro algunas variables, que de forma muy general pueden variar a lo largo del tiempo, y si la influencia de este sobre las mismas es rápida o lenta.

TIEMPO	
INFLUENCIA RÁPIDA	**INFLUENCIA LENTA**
Situación estresante	Sexo
Alta prematura	Diagnóstico
Severidad del cuadro	Localidad de Residencia
Coomorbilidad	Nivel de estudios
Uso adecuado de fármacos	Situación familiar
	Preferencias de ocio
	Sistema sanitario
	Estado Civil
	Vivienda habitual
	Nuevos fármacos
	Edad

Como se puede observar el tiempo suele actuar de forma más lenta en determinadas variables que a su vez van a ser fundamentales para aparició de otras variables que de forma más rápida pueden propiciar el reingreso. Por ejemplo, la edad es una variable afectada de forma lenta por el tiempo, pero el afrontamiento de una situación

estresante, que se da en un período corto y rápido de tiempo, no se produce de la misma forma en distintas edades.

Por tanto, y para concluir este apartado, podemos decir que el fenómeno de puerta giratoria se estudia desde diferentes perspectivas, no siempre con los mismos objetivos ni con la misma población, lo cual supone que una generalización del término acepta varias definiciones pero ninguna concluyente.

4.6.2 La puerta giratoria en psiquiatría

Una de las características de la patología en psiquiatría es que algunas de sus enfermedades o trastornos suelen tener carácter crónico. Una definición de dicha cronicidad podría ser la siguiente: "*Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos*" (Goldman, H.H.; Gatozzi, A.A. y Tanbe, C.A. 1981).

En la anterior definición ya se aporta la circunstancia de hospitalización dentro de la definición de paciente crónico en psiquiatría y la disfuncionalidad de la persona respecto a los aspectos de la vida diaria y las formas de relación.

Pero, ¿ha existido siempre este paciente mental crónico?. La respuesta sin duda es no. Y es no en primer lugar porque la aparición del

etiquetado diagnóstico es algo relativamente reciente; es no porque los modelos de atención a los pacientes psiquiátricos han cambiado a lo largo del tiempo; y es no porque actualmente la cronicidad se relaciona más con la duración del cuadro patológico y la necesidad continuada de atención en el tiempo. El cuadro crónico en patología mental en la sociedad actual, y en concreto en la occidental, ha pasado del *paciente institucionalizado* de forma permanente en una institución a la atención intermitente del paciente en la sociedad. Es decir, que el *proceso de desinstitucionalización* que se ha ido produciendo en los pacientes mentales ha marcado la diferencia entre *paciente internado y paciente crónico*. ¿Se producían reingresos en las unidades de larga estancia de los Hospitales Psiquiátricos? No, puesto que los pacientes no podían salir y por tanto volver. La salida para muchos de ellos era la muerte. El problema reside, como señalaba Foucault, en que la sociedad continúa con su necesidad de control sobre el individuo, y esto hace que la sociedad adopte los mecanismos crónicos de control pero aplicándolos en extensiones más amplias de terreno, lo cual supone que existan ciertos resquicios incontrolables. Estos puntos incontrolables son los que hacen que el paciente "incumpla" la norma social en un momento determinado y se activen los dispositivos de control, siendo uno de ellos los dispositivos de ingreso.

Algunos estudios señalan que la creación de hospitales psiquiátricos no sólo respondería a la falta de recursos sanitarios debido a las políticas restrictivas en la inversión asistencial, sino también a las necesidades de dispositivos altamente estructurados y de soporte residencial para un tipo de pacientes cuyos trastornos pueden ser altamente incapacitantes (Minkoff, K. 1983; Bachrach, LL.1984; Kunze,H. 1985; Gudeman,J.E.; Shore, M.F.1984). Esta visión es altamente institucionalizadora y desde mi punto de vista presenta cierta parcialidad. Creo en primer lugar que la creación de hospitales psiquiátricos no sólo responde a las políticas restrictivas en la inversión

asistencial, lo cual es acertado ya que un hospital psiquiátrico de mil camas seguro que es mucho más barato que toda una red comunitaria de atención a pacientes mentales (Thornicroft,G. 1989); sino que además depende de una humanización de los cuidados a los pacientes mentales y a un arraigo del concepto de libertad de la persona. En un estado democrático, en el que empiezan a surgir asociaciones y grupos defensores de la libertad (integración de pacientes mentales en la sociedad con el consiguiente cierre de psiquiátricos) no es factible el mantenimiento de grupos encerrados por su patología mental. Lo cual a su vez resulta paradójico porque son cada vez más los pacientes mentales ingresados en cárceles, según un estudio transversal sobre Sanidad Penitenciaria. Tal vez esto responda a la incapacidad de dar respuesta a toda la problemática que envuelve las conductas antisociales.

Algunos autores han señalado que la desinstitucionalización se ha convertido en transinstitucionalización, en la que en lo mejor de los casos muchos de esos pacientes han ido a residencias y hogares de cuidados mínimos con problemas de aislamiento incluso más alto que en hospitales psiquiátricos (Talbott,J.A. 1981; Kunze,1985). Y en el peor de los casos hacia instituciones penales (Borus,1981). De esto hace ya treinta años y la situación no sólo no ha mejorado sino que en algunos casos ha llegado a empeorar como así señala el artículo periodístico de *El País* cuyo titular "Las cárceles son los psiquiátricos en Estados Unidos", fechado en abril del 2014; o el estudio en el que se analiza la relación entre trastorno psiquiátrico y reinternamiento penitenciario (Baillargeon,J. 2009).

Afortunadamente algunos pasos se están dando, al menos en España, para que esa desinstitucionalización de pacientes mentales no conlleve a la deambulación de pacientes por las calles por falta de tratamientos y recursos que conlleven a las reinstitucionalizaciones.

Aunque hay que decir que muchos de esos usuarios reiteradamente necesitan asistencia. O sea el paciente de puerta giratoria.

¿Pero que lleva a un paciente a necesitar una y otra vez ingresar en una unidad de psiquiatría? Las posibles respuestas a esta pregunta han sido dadas en una prolija bibliografía sobre el tema. Y es que resulta curioso comprobar cómo el número de referencias *bibliográficas* sobre reingresos en psiquiatría es abrumador, si se compara con otras especialidades.

La existencia de artículos sobre referencias bibliográficas que estudian el fenómeno de reingreso hacen pensar sobre lo "explotado" del tema. A continuación, y a modo de resumen, presento algunos de los estudios realizados sobre el reingreso de pacientes mentales indicando la tipología de estudio. No aplico, como han hecho otros autores, unos criterios de exclusión o inclusión de artículos; pretendiendo únicamente demostrar cuál es la óptica principal desde la que se aborda el estudio del reingreso de pacientes mentales.

		AUTOR	PAIS	NOMBRE DEL ARTÍCULOS	TIPO DE ESTUDIO	PERSPECTIVA DEL ESTUDIO
1.	1978	Munley PH, Hyer LA.(1978)	USA	Demographic and clinical characteristics as predictors of readmission: a one-year follow-up	Cuantitativa	Psicología
2.	1987	Kastrup ,M(1987)	Dinarmarca	Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients.	Cuantitativo	Médica
3.	1989	Shadish et al (1989)	USA	After deinstitucionalization: the present and future of mental health long-term care policy	Cualitativo	Psicología

4.	1991	Goodpastor WA, Hare BK.(1991)	USA	Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital.	Cuantitativo	Médica
5.	1992	Hofmann W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP(1992)	Alemania	Multiple admissions to the psychiatric hospital--a study of the status of so-called "revolving door patients	Cuantitativo	Médica
6.	1993	Agrest,M y col (1993)	Argentina	Factores asociados a las internaciones de los pacientes psiquiátricos	Cuantitativo	Médica
7.	1995	Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA (1995)	USA	Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders.	Cuantitativo	Medica
8.	1995	Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B.(1995)	USA	Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi	Cualitativo	Médica

9.	1995	Swett C. Symptom (1995)	USA	Severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission	Cuantitativo	Enfermería y Medicina
10.	1996	Agra S, Brenlla J, Blanco J.(1996)	España	Factores asociados al reingreso de pacientes psiquiátricos	Cuantitativo	Médica
11.	1997	Amaral (1997)	Brasil	Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial	Cuantitativo	Medicina
12.	1997	Dixon M, Robertson E, George M, Oyebode F (1997)	Inglaterra	Risk factors for acute psychiatric readmission	Cuantitativo	Médica
13.	1997	Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F (1997)	USA	Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators	Cuantitativo	Médica
14.	1997	Monnelly EP (1997)	USA	Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission	Cuantitativo	Médica

15.	1997	Myers (1997)	USA	Mental health review tribunals: a follow-up of reviewed patients.	Cuantitativo	Médica
16.	1997	Saarento et al. (1997)	Finlandia	Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3-year follow-up study	Cuantitativo	Médica
17.	1998	Geller et al. (1998)	USA	The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services.	Cuantitativo	Médica
18.	1998	Korkeila et al. (1998)	Finlandia	Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early	Cuantitativo	Médica
19.	1998	Song et al. (1998)	USA	Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness	Cuantitativo	Médica
20.	2000	Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. (2000)	Brasil	Predicting the revolving door phenomenon among	Cuantitativo	Médica

			patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses		
21. 2000	Husted & Jorgens (2000)	USA	Best practices: population density as a factor in the rehospitalization of persons with serious and persistent mental illness	Cuantitativo	Psicología
22. 2001	Chinman et al. (2001)	USA	Chronicity reconsidered: improving person environment fit through a consumerrun service	Cuantitativo	Médica
23. 2001	Heggestad T (2001)	Noruega	Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission-effects of high patient turnover	Cuantitativo	Médica
24. 2001	Swartz et al. (2001)	USA	A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina.	Cuantitativo	Médica
25. 2002	Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, Negueruela E, De la Gándara JJ.(2002)	ESPAÑA	¿Cómo son los pacientes reingresados? Un estudio descriptivo en	Cuantitativo	Médica

				Psiquiatría de Hospital General		
26.	2002	Linares Vallejo, I; Hernández Herrero, H; castrodeza Sanz, JJ; Negueruela Azarola, E; Gándara Martín, JJ de la(2002)	España	¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General	Cuantitativo	Médica
27.	2002	Sytema S, Burgess P, Tansella M(2002)	Noruega , Australia e Italia	Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy.	Cuantitativo	Médico
28.	2003	Suzuki et al. (2003)	Japón	Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients	Cuantitativo	Médica
29.	2004	Figueroa R, Harman J, Engberg J. (2004)	USA	Use of claims data to examine the impact of lenght of inpatient psychiatric stay on readmission rate	Cuantitativo	Médica

30.	2004	García-Valdecasas J, Vega D, Vispe A, Rodríguez M, González C(2004)	España	Estudio descriptivo de reingresos en una Unidad de Internamiento Breve en la zona sur de Gran Canaria	Cuantitativo	Médica y Enfermería
31.	2006	Lay et al. (2006)	Suiza	Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis	Cuantitativo	Médica
32.	2007	Bonin J-P, Fournier L, Blais R. (2007)[9]	Canada	Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada	Cuantitativo	Médica
33.	2007	Grinshpoon et al. (2007)	Israel	Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of two national cohorts	Cuantitativo	Médica
34.	2007	Parente et al. (2007)	Brasil	O fenômeno de *revolving door* em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro	Cuantitativo	Enfermería y Medicina

35.	2008	Marina M, Dagg, Pederson A.(2008)	Canada	Is Deinstitutionalization a 'Failed Experiment'? The Ethics of Re-institutionalization	Cualitativo	Médica
36.	2008	AD Yussuf, SA Kuranga, OR Balogun, PO Ajiboye, BA Issa, O Adegunloye, MT Parakoyi (2008)	NIGERIA	Predictors of psychiatric readmissions to the psychiatric unit of a tertiary health facility in a Nigerian city - a 5-year study	Cuantitativa	Médica
37.	2008	Niehaus et al. (2008)	Sudáfrica	Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients	Cuantitativo	Médica y Bioestadística
38.	2009	Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A (2009)	Israel	Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study.	Cuantitativo	Médica
39.	2009	Vasudeva S, Narendra Kumar MS, Chandra Sekhar K. (2009)	India	Duration of first admission and its relation to the readmission rate in a pychiatry hospital	Cuantitativo	Médica
40.	2010	Chuan-Hsiung Lin, Wen-Ling Chen, Chih-Ming Lin, Ming-Der Lee, Ming-Chung Ko, Chung-Yi Li. (2010)	Taiwan	Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based	Cuantitativo	Médica

				study in Taiwan .		
41.	2011	Bezerra, C. G., & Dimenstein, M. (2011)	Brasil	O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica	Cualitativo	Psicología
42.	2011	Caycedo ML, Herrera S, Offir-Jiménez K (2011)	España	Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental	Cuantitativo	Psicología
43.	2011	Ramos, D.K.R.; Guimaraes, J.; Enders, B, C. (2011)	Brasil	Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental*	Cualitativa	Enfermería comunitaria
44.	2011	Warnke I, Rössler W, Herwig U (2011)	Suiza	Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services	Cuantitativo	Médica
45.	2011	Zhang J, Harvey C, Andrew C. (2011)	Australia	Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study.	Cuantitativo	Médica

46.	2012	Juven-Wetzler ;D Bar-Ziv ;S Cwikel-Hamzany;A Abudy;N Pei; J Zohar(2012)	Israel	A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients.	Cuantitativo	Médica
47.	2012	Machado,V (2012)	Brasil	. *Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes*	Cualitativo	Psicología
48.	2012	Ng CG, Loh HS, Yee HA, Zainal NZ(2012)	Malasia	The Prevalence and Associated Factors of Psychiatric Early Readmission in a Teaching Hospital, Malaysia	Cuantitativo	Medicina
49.	2012	Williamson A, Johnson Paul CD, Mullen K,Wilson P. (2012)	Escocia	The disappearance of the "revolving door" patient in Scottish general practice: successful policies	Cuali-cuantitativo	Médica
50.	2013	Barekatain Majid, Reza Maracy Mohammad, Hassannejad Razeyeh, Hosseini Reihane.(2013)	IRAN	Factors Associated with Readmission of Patients at a University Hospital Psychiatric Ward in Iran	Cuantitativo	Médico
51.	2013	Christian Weiss M., Jaime Santander T., Igor Aedo C. y Ximena Fuentes	Chile	Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización	Cuantitativo	Médica

		M.(2013)		psiquiátrica		
52.	2013	Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hu¨ bner-Liebermann B, et al (2013)	Alemania	The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17'415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital	Cuantitativo	Medicina
53.	2013	Machado V; dos Santos M.A(2013)	Brasil	Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica	Cualitativo	Psicología
54.	2103	Sánchez Pedraza,R; Jaramillo González L.E; Herazo Dilson M.I (2013)	Colombia	Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría	Cuantitativo	Médica

En la anterior tabla, en la que presento 54 artículos relacionados directamente con el reingreso de pacientes mentales, se puede observar como la gran parte de los artículos tienen una visión cuantitativa sobre el fenómeno. Se podría pensar que puede haber un riesgo de sesgo si la búsqueda bibliográfica se hubiera realizado únicamente en bases de datos médicas pero esto no ha sido así, ya que la búsqueda se ha realizado en bases de datos de varias disciplinas, y por el hecho de que usé los términos de búsqueda (hospitalismo, reingreso hospitalario, revolving door, readmission, rehospitalization,etc.) con sus correspondientes tesauros, así como sus descriptores. Las bases de datos consultadas fueron:

- Bases de datos Bibliográficas del CSIC. Sumarios ISOC - Ciencias Sociales y Humanidades. Antropología Social
- AnthroBase.com
- Dialnet
- Latindex
- Redalyc
- AIBR
- Google académico
- PubMed

Como se puede observar la mayoría de los artículos tienen una visión médica, y esta visión suele usar la cuantificación como método de estudio. Se diferencian de la anterior perspectiva los estudios realizados sobre el tema por psicólogos y enfermeras, en el que la perspectiva implicar tener un aspecto cualitativo.

Respecto a los estudios sobre puerta giratorias realizados desde una perspectiva antropológica es destacable que a pesar de los numerosos artículos que hacen referencia a la salud mental, a psiquiátricos y enfermos mentales, pocos, salvo una tesis doctoral (Machado,V. 2012) y un artículo de Ribiero de 1986, cuyo título habla

sobre hospitalismo y contribuciones etnopsiquiátricas (Ribiero,M.N.1986), y de forma indirecta el estudio de L. Rodhes, poco o nada está publicado, o al menos no he sido capaz de localizarlo.

Volviendo a la revisión bibliográfica señalada antes hay que destacar el tipo de variables que marcan como predictivas de posibles reingresos de pacientes mentales. La mayoría de los estudios tienen en cuenta las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico
- Modelo asistencial
- Admisiones previas
- Incumplimiento terapéutico
- Consumo de tóxicos
- Tiempo de estancia en la unidad
- Cronicidad de la patología
- Componente afectivo de la patología base
- Estado Civil
- Lugar de residencia
- Coomorbilidad
- Situación laboral
- Ingresos económicos
- Nivel de estudios
- Competencias y destrezas sociales
- Nivel de estrés psicosocial
- Soporte social
- Problemas con la justicia
- Relaciones familiares
- Personalidad premórbida
- Tipo de tratamiento

Decidir cuáles de estas variables tienen mayor peso sobre el reingreso del paciente resulta muy complicado, y concluir si son las variables clínicas o las ambientales las que mayor peso tienen en el reingreso es tarea imposible. Tal y como señala Ruiz, el debate sobre cuáles serían las variables clínicas y ambientales que podrían estar relacionadas con el fenómeno de la hospitalización repetida, y con la evolución tras la hospitalizaciones largas o cortas, está lejos de una conclusión definitiva.(Ruiz,A.1992).

Lo que sí es destacable en el anterior listado es que no se hace referencia a, y se echa en falta, otras variables que personalmente considero importantes, y que por su naturaleza pueden influir también en el reingreso del paciente. Estas podrían ser:

- Características de la unidad de ingreso.
- Características del personal de la unidad de ingreso.
- Formas de admisión.
- Características del psiquiatra que realiza el ingreso.
- Fechas en los que se realiza en ingreso.
- Horas de realización del ingreso.
- Gestión del tiempo en la unidad del tiempo
- Tipo de relaciones dentro de la unidad de ingreso.
- Satisfacción del paciente sobre la unidad de ingreso.
- Tipo de interacción entre el personal de la unidad y los pacientes.

Está dentro de las intenciones de esta tesis doctoral conocer si realmente estas variables, u otras que se puedan añadir, son también factores influyentes a la hora de que el paciente pueda reingresar más. Pero lo significativo de estas variables es que algunas tienen un carácter cualitativo que sólo es abordable desde el trabajo de campo que identifica a la antropología.

4.7 Tiempos y espacios

Si hay algo necesario para que se produzca la interacción entre individuos son las categorías del espacio y del tiempo. Tal y como señala José Luis García es el territorio el sustrato espacial necesario donde transcurre toda relación humana (García, J.L. 1976). Tal vez se pueda pensar que con las nuevas tecnologías ya no es necesario el espacio de interacción, porque se están convirtiendo en virtuales, pero esto no es del todo cierto dado que el individuo necesita su espacio de interacción, siendo diferente la forma o el método de interacción.

Son, en la mayoría de los casos, el espacio y el tiempo en los que se desarrolla una actividad determinada las categorías que dotan de identidad a un determinado grupo de personas. La particularidad del lugar, así como el tiempo en el que se desarrolla una interacción, va a dar una identificación entre los actores de una determinada acción. En múltiples ocasiones se identifica a un grupo por el lugar donde desarrolla su actividad, quedando ligada esta al espacio. La identidad de un lugar o territorio es el resultado de un proceso continuo, el resultado de acciones y representaciones de individuos solos o en colectivos, resultado que compromete la identidad de estos últimos (Monnet, J. 2002).

Ahora bien, el espacio y el tiempo son indudablemente construcciones culturales e ideológicas y por tanto tienen carácter arbitrario (Aguado, J.C.1991). Cada grupo organiza sus espacios y sus tiempos de forma particular y con unos fines y ritmos particulares. La particularidad viene cuando es un grupo el que organiza los espacios y los tiempos de otro grupo.

Como definió Goofman, existen lugares en los que el tiempo y el espacio se organiza por parte de un grupo de personas para el sometimiento de otras (Goffman,E.1972). A pesar de ello, y aunque la voluntad de un grupo sea la aceptación de esos espacios y esos

tiempos por parte del otro, se produce una apropiación del significado que cada uno quiera darle a esas dos construcciones. Es decir, *el uso* podrá venir impuesto pero *la significación* será algo que el propio grupo sometido irá creando y compartiendo. Así cuando un sanitario pasa al grupo de paciente, porque haya enfermado, se produce una ruptura de identidad con el primer grupo y los significados aprendidos pierden fuerza a favor de la adaptación a la nueva situación. Es este conjunto de nuevos significados y nueva identidad donde la antropología centra su mirada e intenta comprender los significados creados en base a interacciones de espacio y tiempo.

Pero la definición de tiempo no es tan sencilla como parece, o por lo menos desde un punto de vista antropológico, ya que como referí antes el tiempo también es una construcción cultural. Incluso se puede afirmar que el tiempo es un fenómeno que es intrínseco a todo ser humano pero que las vivencias e interpretaciones de cada uno lo convierten en temporalidad, siendo este concepto mucho más próximo a la antropología (Iparraguirre, G; Ardhengui, S. 2011).

Otra de las características del tiempo es que al ser una interpretación cultural ha habido una apropiación por parte de determinadas culturas con la intención de darle su propia significación y organización. Así, en el mundo occidental se ha intentado dar un carácter oficial al tiempo dotándolo de un aspecto lineal. Es lo que se denomina temporalidad hegemónica (Iparraguirre. G; Ardhengui. S. 2011) en el que se impone una única concepción del tiempo dejando atrás otras posibilidades culturales en la que la temporalidad no es lineal. Esta temporalidad no lineal es característica de comunidades indígenas cada vez más aisladas.

En esta tesis me centraré en los espacios y tiempos de interacción de la unidad de hospitalización de psiquiatría del hospital de Mérida, y como estos pueden influir en algunos pacientes a la hora de reingresar.

Es una variable novedosa a la hora de estudiar los reingresos, ya que dado el escaso (casi nulo) número de estudios en unidades de ingreso de pacientes mentales, y dado el elevado número de estudios centrados únicamente en la cuantificación de datos, el estudio de esta variable desde el significado que le dan los pacientes y profesionales puede arrojar nuevos argumentos a tener en cuenta como factores predictivos de ingresos.

4.7.1. El tiempo como rutina hospitalaria.

Existe una característica del hospital que pocas estructuras sociales poseen. Una vez que abre sus puertas estas no se cierran hasta que el hospital deja de funcionar. Es un organismo de funcionamiento de 24 horas al día. Tal característica hace que el funcionamiento, organización y tareas dentro de él sean distribuidas no sólo por espacios sino también por tiempos. Y este continuo funcionar del hospital se debe a que atiende a personas.

La distribución del tiempo en un hospital responde a los estándares del tiempo hegemónico que antes señalaba, teniendo un carácter cíclico en todas las actividades que realiza, haciendo semejantes las acciones de un día con las del día siguiente. Pero con una particularidad muy especial, y es que el tiempo percibido no es igual para los dos principales grupos que componen el hospital: pacientes y trabajadores.

Mientras que para los pacientes, con algunas excepciones, el tiempo se convierte en el espacio temporal que transcurre entre que acude al hospital y sale de él; para los profesionales el tiempo en el hospital se limita a lo que dura su jornada laboral. Con tal diferencia tan abismal entre la significación que da uno y otro sobre el tiempo, no es de extrañar que las construcciones simbólicas que realizan cada uno de ellos puedan entrar en conflicto.

En el caso de los pacientes esta adaptación al tiempo hospitalario supone además una ruptura con su *tiempo social*. Es decir, el paciente hace un paréntesis en su vida en comunidad y entra a formar parte de otra situación en la que no le queda más salida que aceptar el tiempo impuesto, pero para la mayoría de los casos la sociedad ya le ha ido inculcando la necesidad de aceptarlo sin mayor oposición. Ahora bien, ¿qué sucede cuando un paciente pierde la capacidad de construir su propio concepto de tiempo?.

En el caso de los profesionales la adaptación es más fácil porque forma parte de su tiempo social. La dificultad de estos estriba en hacer cumplir la norma de la temporalidad a otros.

Otra particularidad de la distribución del tiempo hospitalario es que se intenta organizar según la actividad que se realice y los objetivos que se persigan. Así, no es lo mismo el tiempo en el servicio de urgencias que el tiempo en los quirófanos o el tiempo en una planta de psiquiatría. Porque que mientras que en uno tiene un carácter más lineal, estructurado y previsible, en otro no se dan tales circunstancias.

Por tanto se hace necesario conocer cómo es la distribución del tiempo en una unidad específica del hospital para poder conocer cómo puede influir esta a la hora de que un paciente convierta el tiempo hospitalario en parte de su tiempo social. Es decir, convertir el reingreso hospitalario en una rutina en el que la ruptura con el tiempo social y la adaptación al tiempo hospitalario no le resulte tan traumático como a la mayoría de las personas.

4.7.2. El espacio impuesto

El espacio va a ser el lugar físico y simbólico donde se producen las interacciones entre personas que a su vez van a cargar de representación y significación a ese espacio. Así, determinadas actividades humanas no podrían entenderse si no estuvieran ligadas al

espacio donde se producen. Por tanto el espacio no sólo va a tener un carácter material sino que a su vez va a tener un componente simbólico y funcional. El espacio, en suma, es una categoría cultural.

La pauta normal es que los espacios sean construidos por el hombre con una determinada finalidad o uso. Estos espacios serían aquellos en los que el devenir y el discurso cotidiano sirven para distinguir unos lugares de otros, en los cuales transcurre la vida social (Lefébvre, H. 1991). Y es en el caso de determinadas estructuras, cuya finalidad es la reclusión de un grupo de personas, en las que se busca el sometimiento a la regla social. Esta separación del resto del grupo social va a precisar de la creación de un ambiente y estructura totalmente diferente a lo que la persona separada del grupo venía viviendo. Señala Michel Foucault que la reclusión es una forma particular de exclusión donde se separa al hombre de la sociedad provocando condiciones específicas de un ámbito referente a otro, de un estar afuera hacia un estar adentro (Foucault M., 2001). Resulta paradójico que la separación del ambiente externo del individuo para una "remodelación", en el caso que nos ocupa, de su comportamiento sea en unas condiciones físicas totalmente ajenas a lo que es la realidad externa.

La imposición de los espacios a los individuos es algo bastante cotidiano. Cualquier actividad de trabajo u ocio está reglada y obligada a realizarse en un lugar determinado; por ejemplo no podríamos echar una carta en una frutería. Este hecho es algo aceptado y asimilado por el grupo social como resultado de un proceso de culturización a lo largo de su vida. El conflicto surge cuando el individuo tiene que enfrentarse a un lugar, que aunque también creado por el grupo social, no es tan habitual frecuentar como el resto de lugares. Además estos lugares se van a caracterizar por tener una estructura única, un nexo muy especial con el tiempo y una distribución de los espacios basadas en los objetivos que se persiguen.

Tal imposición normativa y espacial hace que el individuo rompa con la cotidianeidad de su vida social, y se ve obligado a adoptar otros patrones de comportamiento. La duda surge, y este es uno de los motivos de esta tesis, cuando se tiene la percepción por parte de determinados observadores de que el individuo adopta los ingresos, en nuestro caso en las unidades de agudos de psiquiatría, como algo cotidiano y por ende como parte de su rutina social.

Va a ser el espacio en estas unidades el que pase a considerarse un subespacio social con sus particularidades, sus representaciones y simbolismo.

V.MARCO METODOLÓCICO. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICAS Y TRABAJO DE CAMPO.

5.1 Metodología en Antropología. De la observación lejana a los sentimientos.

Una de las características de esta tesis es que realiza un estudio de investigación sobre salud abordado desde la perspectiva de la antropología. Esto supone, con la pretensión de ser un estudio que tenga su parte práctica y útil, que pueda ser objeto de interés no sólo para antropólogos sino también para personas cuyo ámbito de estudio sea únicamente la sanidad. Es por este motivo por el que creo necesario hacer un breve repaso a la evolución de la metodología en antropología, y así para poder esclarecer el por qué mi forma de abordar esta investigación. En el siguiente relato James L. Peacokc describe cómo un grupo de médicos le piden que trate con ellos el "método etnográfico":

"Un grupo de médicos me pidió, en cierta ocasión, que tratara con ellos acerca del "método etnográfico", como parte del estudio de técnicas de observación que pudieran ampliar la sensibilidad del médico a la conducta de los pacientes. Llevamos a cabo un breve ejercicio –una parte del trabajo de campo- que suponía la observación del área de admisiones de un gran hospital. Los médicos eran observadores perspicaces. Sus informes destacaban determinados aspectos, pero, no obstante, descuidaban otros. Se concentraban en la conducta individual e ignoraban las pautas culturales. Un médico, por ejemplo, redactó un detallado informe de la rabieta de un niño, otro describió la reacción frustrada de una persona que intentó saltarse los trámites de admisión. Mi informe destacaba los supuestos culturales fijados en el marco total del sistema de admisiones. Noté, por ejemplo, que los pacientes eran conducidos a un área para cardiología, a otra área para neurología y hasta a otra para ortopedia; pauta que refleja

un supuesto admitido en nuestra perspectiva biomédica en el sentido de que el individuo es divisible en diferentes elementos… Las diferencias en los informes quizás reflejaban la diferencia entre la antropología y la medicina: una centrada más en la estructura cultural participada, colectiva; la otra, en lo individual" (Peacock, J.L. 1989).

Cuando hablamos de antropología a extraños en la materia, suelen relacionar esta ciencia con personas que van a un lugar exótico, toman notas y cuentan sus experiencias una vez regresan a sus lugares de orígenes. Pues bien, aunque esta forma de vernos no es tan descabellada tiene sus errores. Y es que con esta definición tan vaga se quedan muchos conceptos básicos sin abordar. Estos conceptos se han ido moldeando a lo largo de la historia de la antropología como ciencia, y le han dado como resultado una metodología de investigación propia.

Hago en este apartado un pequeño repaso de la evolución que nos ha llevado a nuestros días en la forma de investigar al "otro". Ese "otro", al cual vemos diferente, empezó a revelarse a partir de los descubrimientos de otras tierras. E*xisten figuras históricas durante estos siglos como Claude d´Abbeville, Yves d´Evreus, Arsène de Paris, Ambroised´Amiens, Pierre Pelleprat y Jean Baptiste du Tertre entre otros, que junto a las labores de su misión clerical y colonial, se encargaron de describir y relatar las maneras de vivir de los pueblos con los que convivieron. Podríamos decir en buena medida que se trata nuevamente de un trabajo precursor de carácter antropológico* (Rubio-Ardanaz, J. A. 2011).

Con posterioridad y con el auge de la teoría evolucionista de Charles R. Darwing (1809-1882), y la visión del ser humano por parte de las corrientes filosóficas como objeto de social en el que el propio hombre se convierte en objeto de estudio, la antropología cultural empieza a madurar una nueva forma de enfoque sobre su objeto de

estudio. Así y con posterioridad y todavía en el plano evolucionista empiezan a surgir autores, entre los que destaca E.B. Taylor, que hace las primeras definiciones de cultura: "*En su sentido etnográfico más amplio, el término de cultura o civilización, designa ese complejo que comprende a la vez el saber, las creencias, las artes, la moral, las leyes, las costumbres o toda otra cualquier facultad o hábito adquirido por el ser humano en tanto que es miembro de una sociedad*"(Taylor.E.B. 1958). Esta definición afianza la cultura como objeto de estudio primordial en la antropología cultural.

Ya en los albores del siglo XX surge en Estados Unidos un nuevo movimiento antropológico que quiere romper con los esquemas establecidos, y en el que la prioridad no se da a la generalización de los hechos culturales sino a la particularidad de cada manifestación cultural. La persona que liderará dicha corriente antropológica será F. Boas el cual desea romper con antiguos esquemas y métodos de obtención de datos. Para algunos la misión de Boas había sido expulsar de la antropología a los aficionados y a los especialistas de gabinete, haciendo de la investigación etnográfica de campo la experiencia central y el atributo mínimo del status profesional (Harris,M. 1968).Surgen en Inglaterra, casi en paralelo, un nuevo modelo de interpretación de la cultura: el funcionalismo. Surgirá el funcionalismo biocultural de B. Malinowski y el funcionalismo estructural de Radcliffe-Brown. El primero de ellos introduce el trabajo de campo como forma de obtención de datos y un análisis funcional de los mismos una vez obtenidos. El segundo, Radcliffe-Brown, hace inciso en indicar que es la estructura social el conjunto de variables que ha de orientar la Antropología Social, y que por este motivo la investigación ha de estar encaminada a la definición de leyes generales que gobiernan la interrelación de las partes funcionalmente integrantes de la estructura social, y a partir de ahí explicar comparativamente las diferencias más que las semejanzas (Santana, A. 2000).

Corrientes posteriores empezaron a marcar sus diferencias con estas teorías. Destacar entre ellos a E.E Evans-Pritchard, que se significó por una clara diferencia en el tratamiento teórico de asuntos como la religión o la economía.

Tras las teorías funcionalistas, y en el caso de Evans-Pritchard funcionalista-estructuralistas, surge un pensador que le dará un nuevo enfoque al concepto de estructura, C. Lévi-Strauss. Para este autor la estructura está en creada en la mente y no en la estructura social como defiende el funcionalismo. Así, lo que Lévi-Strauss hizo realmente fue tomar la noción de "estructura" empleada por lingüistas, folkloristas, algunos psicoanalistas, matemáticos e ingenieros de comunicaciones y aplicar ese concepto analítico a las categorías de la etnografía ortodoxa.

No queriéndome extender demasiado en este "resumen" de la evolución teórica del método antropológico, pasaré a la antesala y sala del postmodernismo caracterizada por la "decadencia" de la antropología cognitiva. Será a finales de los años setenta cuando irrumpe en escena la antropología interpretativa representada por M. Sahlins y C. Greetz. Destacando a este último, decir que su enfoque difiere de los anteriores pensadores en que según él la cultura no está en la mente de los individuos sino que tiene un carácter público ya que fluye por las acciones e interpretaciones propias de la vida en sociedad.

Finalizaré este apartado diciendo que la antropología actual ha adoptado una metodología propia basada en el trabajo de campo, pero, y desde mi perspectiva, con una intencionalidad práctica e inmediata. Es decir, la antropología se enfrenta actualmente a un mundo cada vez más globalizado y vertiginosamente cambiante en el que hacer una antropología global es realmente difícil. Por este motivo, y desde mi punto de vista, la antropología que impera es una antropología aplicada, práctica y útil a los problemas concreto de una

determinada comunidad, grupo o colectivo. Esta forma de ver a esta disciplina se observa en cómo cada vez son más los antropólogos se están concentrando en aspectos sociales como la sanidad, la educación, el entorno, la producción, etc…., y en muchos casos contratados por organismos públicos. Se podría decir que impera una antropología "particularista" (Boyle,J. 1994), en la que impera la aplicación metodológica holística en grupos particulares o una unidad social. Una antropología del aquí y ahora pero con el sustento de un método de investigación forjado a lo largo de los años.

5.2 Cualidad y cantidad en la investigación etnográfica. ¿Subjetividad y objetividad?

Realizar una tesis doctoral codirigida por un antropólogo y psiquiatra puede resultar una de las experiencias más motivadoras académicamente hablando, pero bajando a la realidad del trabajo de campo y a la recolección de datos puede llegar a ser extenuante. No cabe la menor duda que un trabajo de investigación que suma la parte cualitativa y la parte cuantitativa va a tener todos los contenidos investigados más que cubiertos, pero sin duda la dialéctica que surge y la misión de encajar las piezas del puzle va a ser una tarea laboriosa y ardua.

Este discurso sobre las posibles diferencias entre lo cualitativo y lo cuantitativo no es algo nuevo sino que lleva arrastrando cierta confrontación desde hace más de un siglo. Así los detractores de la investigación cualitativa tachan a esta de una cierta falta de objetividad de los datos obtenidos así como de los métodos empleados, sumándole a lo anterior la dificultad de generalizar al resto de la población los resultados encontrados. Por su parte los detractores de la investigación cuantitativa arremeten contra esta argumentando que la seriación de variables te hace perder una visión del contexto donde se produce el hecho investigado y por tanto pierdes información. La

solución a dicho conflicto podría pasar por emplear los dos métodos a la vez. M Hammersley y P. Atkinson explican de forma casi irrefutable la oposición entre investigación cualitativa y métodos cuantitativos, aunque sostienen la posibilidad de que ambos métodos puedan desarrollarse simultáneamente, siendo correcta tanto el uso del método cualitativo como el cuantitativo para una investigación (Hammersley.M; Atkinson,P.1994).

El nacimiento de estas dos corrientes de investigación se produce en el seno de una influencia histórica, económica, política, social y cultural particular. Haciendo un repaso histórico es donde podemos encontrar como la investigación cualitativa se plantea la posibilidad de tomar como guión lo que hasta ahora era dominio de las ciencias denominadas físicas. Esta cuestión surge por el crecimiento de las llamadas ciencias sociales y la necesidad de dar explicación a determinados hechos que las ciencias físicas no pueden dar por sí solas.

Se podría decir que dentro del grupo de investigadores sociales que adoptaron técnicas positivistas de investigación para dar explicación a fenómenos puramente sociales fueron E. Durkeim y A. Comte. Y dentro de los investigadores con una visión centrada en la perspectiva de los investigados, y por tanto fenomenológica, están Husserl y Schutz. (Ramirez, D.E. 2003)

Esta dialéctica, desde mi punto de vista, no es una división de posturas para la ruptura de perspectivas sino que podría considerarse como un proceso de enriquecimiento en las formas de abordar el fenómeno a investigar. Centrándonos en la investigación cualitativa, sin hacer desprecios a otras formas de interpretar objetos de estudio, ésta tiene la característica de tener un carácter inductivo, ya que a través de los datos confecciona conceptos, teniendo una perspectiva holística y teniendo en cuenta los efectos del investigador sobre el objeto estudiado (Taylor J. ; Bogdan,R.1987).

El investigador etnográfico tiene la pretensión última de comprender y describir. Así el trabajo del etnógrafo consiste en describir de forma detallada las situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamiento observables, dando gran importancia a lo que los participantes dicen, a sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por ellos mismos y no únicamente por como uno los describe.(González. Hernández, Z. 2003).

Podemos pues hacer una pequeña diferenciación entre método cuantitativo y método cualitativo según las características que los diferencian. Sirva la siguiente tabla para detallar gráficamente tales diferencias:

MÉTODO CUALITATIVO	MÉTODO CUANTITATIVO
Participa directamente en lo que observa y estudia. Existe cierta implicación emocional	Lo estudiado está a cierta distancia emocional
Se centra en comprender las acciones del grupo investigado implicándose dentro de él.	Lo que estudia está a cierta distancia espacial, y sólo se acerca puntualmente a ella para la toma de muestras.
La presencia del investigador en el lugar de estudio puede provocar la reacción del sujeto investigado	La distancia entre investigador y sujeto hace que este último en ocasiones no sepa ni que está siendo investigado.
Las cualidades del grupo investigado parecen ser difíciles de generalizar porque parecen que son propias de ese grupo	Se puede caer en el error de que los resultados son generalizables a contextos similares.
Importa la calidad de las experiencias	Importa la cantidad de datos
Se somete a métodos reflexivos	Se somete a métodos matemáticos

Según las características reflejadas en la anterior tabla se puede afirmar sin temor a equivocarse que la investigación etnográfica está dentro de los parámetros cualitativos. Por tanto la investigación va a tener sus repercusiones emocionales en el investigado, ya que éste no

busca el dato estricto numérico sino lo ofrecido por el lado humano. Señala Lisón Tolosana que el modelo racionalista puro, basado en la matemática y la deducción no rima bien con lo más humano, rebelde a cifra y conclusión final (Lisón, C. 2007).

Tal y como señalé en una de las clases, a las que fui invitado, impartidas por el Dr. Javier Marcos Arévalo en el Máster Universitario en Antropología Social de la Universidad de Extremadura, el nivel de limpieza de una unidad de un hospital es difícil cuantificase únicamente por el número de limpiadoras que haya o por el gasto en productos en limpieza, sino que es más significativo el olor a limpieza o suciedad que haya cuando entras en ella. Este sencillo ejemplo puede representar gráficamente lo que significa el estudio de un entorno humano con innumerables influencias muchas veces incuantificables. Por este motivo el estudio de un grupo humano y de su entorno socio-cultural necesita de algo más que un factor numérico, algo más que una cuantificación de acciones. De ahí parte la idea de que el método cualitativo tiene un rasgo más humano a la hora de investigar, y tal como señala Lisón Tolosana: "*La abstracción científica deculturiza y, por tanto, deshumaniza*" (Tolosana,L. 2007)

En esta tesis doctoral en la que he usado el método etnográfico de investigación, al que he potenciado con una parte cuantitativa, puedo asegurar que el componente humano de la misma está presente a lo largo de cada una de sus páginas. A continuación desarrollaré todo el proceso metodológico que he usado para la elaboración de la misma, y usaré marcos reflexivos que intenten detallar las dificultades que he encontrado pero también los éxitos y satisfacciones. Y aunque se enfatiza en la perspectiva cualitativa, lógicamente no renuncio al método cuantitativo y a expresar, cuando proceda, los datos de modo matemático o estadístico.

5.3 Demarcación del campo. Unidad de análisis y unidad de observación.

Dos de las grandes dificultades a la hora de investigar son elegir el tema a investigar y decidir dónde lo vas a investigar. Esta segunda decisión va a estar influida por múltiples variables que van desde motivos económicos hasta motivos psicológicos. Tal y como señala Ángel Aguirre Baztán, en la elección del lugar donde vamos a realizar el trabajo el trabajo de campo intervienen (Aguirre,A.1995):

- Factores psicológicos que determinan tu atracción o no sobre el lugar donde vas a pasar gran parte del tiempo mientras se realiza la investigación.
- Factores económicos que van a influir en la elección del trabajo de campo ya que si es financiado dependerá de los intereses de quien financie, y si no está financiado dependerá de los recursos propios para poder acceder e él. No es lo mismo ir a África a investigar que hacerlo en la propia comunidad. Lo segundo sale más barato y se convierte en mejor opción.
- Factores institucionales a nivel universitario que te marquen las pautas de investigación, y entre ellas el lugar donde realizarlas.
- Factores coyunturales que faciliten el trabajo en el lugar donde investigar. Esto puede ir desde que sea el lugar de trabajo hasta que tengas familiares que te faciliten el acceso al campo de trabajo.

Es importante matizar que lógicamente hay que tener en cuenta el lugar donde se va a realizar la investigación, pero al menos igual de importante será la elección del grupo social sobre el que se va a investigar. O sea, el grupo social, el tiempo y el espacio son categorías fundamentales en una investigación etnográfica. Ahora bien, aunque el

lugar-espacio-territorio pueden y deben ser objeto de estudio, la focalización del análisis debe ponerse siempre en el grupo humano objeto-sujeto de estudio.

Sin duda una elección adecuada de dónde se va a realizar el trabajo de campo va a facilitar en gran medida el resto de fases de investigación. Tal vez el condicionante de elegir una comunidad próxima puede otorgar al estudio etnográfico una cierta disminución a las diferencias culturales. Tal y como señala Aguirre, "*la mayoría de los graduados realizan sus trabajos en comunidades inmediatas, con débil contraste cultural, bajo los imperativos y condicionantes de realizar sus "tesis doctoral" sobre su pueblo, sobre un grupo marginal o sobre una institución. Sólo unos cuantos privilegiados tienen acceso a becas y fondos de investigación que les permitirán realizar trabajos en la comunidad elegida; los demás realizarán su investigación con cargo a partidas económicas distraídas de su sueldo, simultaneando estas tareas con su trabajo habitual*". *(Aguirre, A.1995)*. Este es un retrato casi perfecto de mi situación, en el que no sólo se suma el componente económico sino el temporal y sobre todo el familiar.

La imperfección del relato de Aguirre, al menos en lo que a mi investigación se refiere, es que yo sí he podido elegir la comunidad que deseaba. En ella me empezó el "extrañamiento", las dudas sobre el fenómeno que una vez y otra se repetía. Era un problema cercano que vivía como propio y que tal vez abordado desde una óptica tradicional y práctica pudiese dotarle de algunos visos de solución. Sí, es cierto que estudiar en la propia comunidad te ayuda a compatibilizar tu vida diaria con la investigación, y es que sólo determinadas personas con cierto nivel de valentía o sin ataduras sociales (hipotecas, recibos y facturas) y familiares (hijos y esposa) dan el salto al estudio de comunidades alejadas de la suya y con cierto nivel de exoticidad. Y esto se debe a que los que nos licenciamos en Antropología Social y Cultural en Extremadura, por lo menos en mi caso, lo hicimos con cierta

edad y tras haber realizado ya una primera carrera universitaria con la cual buscábamos nuestro sustento y planes futuros. La elección por tanto de tema de investigación y por ende su lugar solapado va a venir ligado a la situación personal del investigador.

No obstante, lo anteriormente señalado no debe ser motivo para desmerecer o bajar el nivel del valor investigativo, ya que como señala el profesor Javier Marcos Arévalo: "*Lo que se debe investigar, en todo caso, no son tanto circunscripciones geográficas o "áreas culturales" sino problemas, ámbitos temáticos, realidades múltiples, en contextos diversos y cambiantes… Lo que deben estudiarse son problemas que sirvan para explicar cuestiones más generales, tratando de trascender la realidad concreta, empírica, del territorio-región… En consecuencia, el análisis antropológico debe contemplar la estructura y las relaciones de los distintos grupos sociales en su contexto ecológico y territorial, pero también la dimensión temporal, las condiciones socioeconómicas, las políticas, las estructuras ideológicas y las características simbólicas cuando se trata de investigar la especificidad o sus manifestaciones y contenidos culturales*"(Marcos, J. 2008*)*. Por tanto no es tanto el valor del exótico del grupo o comunidad estudiada sino el valor práctico que se le dé a la investigación para solucionar los problemas detectados en esa comunidad.

La pretensiones de esta tesis, como ya he referido con anterioridad, son la de *estudiar desde un punto de vista antropológico el fenómeno del reingreso de pacientes con patología mental en unidades de agudos*. Pues bien, delimitar el campo donde se produce el fenómeno resultó inicialmente un problema. El abordar la extensión del estudio suponía decidir qué unidad de observación podría definir con la mayor exactitud posible a la unidad de análisis. En numerables ocasiones el antropólogo escoge una unidad de observación manejable, y desde ahí intenta extrapolar los resultados a toda una unidad de análisis, que siempre será más amplia y compleja

(Stocking,G.W. 2002). Desde un principio, y al menos teniendo claro qué tenía intención de investigar, el propio propósito y tema central de investigación me obligaba a centrarme en un área específica donde se produce el fenómeno del reingreso hospitalario. Tal y como señala Kaplan y Manners : *"Antes de que comience la recogida de datos, los problemas iniciales que nos planteamos como hipótesis ya indican el tipo de lugar, la extensión espacial, donde pueden ser investigados, aunque a veces conviene inspeccionar preliminarmente varios lugares posibles para valorar su idoneidad y elegir donde puede resultar más fácil y conveniente llevar el estudio"* (Kaplan,D.;Manners, R.A.1996).

El problema a investigar te puede llevar a saber dónde circunscribir la investigación pero no te soluciona el acceso al lugar. Por tanto, la decisión de elegir dónde situar la unidad de análisis y de observación es un proceso que va a estar condicionado por los factores de facilidad de acceso, representatividad y pertinencia. Además, a esta decisión se le debe sumar la correcta definición y distinción entre unidad de análisis y de observación.

Si entendemos como unidad de observación la unidad acerca la cual se recogen los datos a través del encuestamiento directo o indirecto (Torrado,S.1983), y entendiendo esta unidad de observación como la suma de todos los ámbitos sociales, de todos los escenarios de donde se obtienen los datos que son analizados e interpretados, nuestra unidad de observación serán todos aquellos actores que de manera directa o indirecta están implicado en el fenómeno de los reingresos hospitalarios en una unidad de agudos de psiquiatría. Tal vez, soy consciente de ello, pueda parecer demasiada amplia la unidad de observación, pero lejos de ello mi pretensión es acotarla hasta los márgenes últimos que intervienen en el proceso. Es decir, tomaré como unidades de observación a los implicados en el fenómeno de reingreso: pacientes y profesionales de la salud que trabajan con ellos, y aquellas

otras variables que pudieran influir en el fenómeno como pudiera ser los recursos sociales disponibles en la sociedad para que el paciente evite su reingreso. Ahora bien, es preciso señalar que existen fenómenos que escapan al gran angular de la unidad de observación, y es necesario aumentar el zoom (o zona de análisis) para de esta forma ver que parámetros influyen de forma más directa en estos reingresos. Estos parámetros, que afectan a estos pacientes y a quien los tratan, pueden escapar de una mirada macroscópica, haciéndose casi obligatorio reducir el radio de observación. Estos recursos se escapan de la mirada de una unidad de análisis, siendo elementos pertenecientes al nivel de observación. Desde mi punto de vista la unidad de análisis será la interpretación del paciente y del profesional a la situación de reingreso; y la unidad de observación la convertiré en un espacio de investigación con un espectro más amplio que van desde las características de la propia planta de ingreso hasta la valoración del tiempo libre fuera de ella. No obstante, no quiero dar como cerrada cada una de las unidades señaladas, ni hacer un muro infranqueable entre las dos la unidades, tanto la de análisis como la de observación, ni zanjar de una vez y para el resto de la investigación una mirada que sin duda puede sufrir variaciones según avance la misma (Guber, R.2004).

Aunque inicialmente tuve la tentación de elegir dos unidades de análisis con la idea de hacer una comparación entre ellas, desistí por dos motivos. El primero fue porque mi idea era la de estudiar el fenómeno del reingreso hospitalario desde un punto de vista antropológico y por tanto usando su metodología (el trabajo de campo). Este punto de vista me permitía elegir una zona concreta para realizar el estudio, ya que la similitud de las diferentes áreas de salud de Extremadura es bastante elevada, y por tanto cualquiera de ellas me hubiera servido como unidad de análisis. Hubiera sido diferente si la elección de la unidad de análisis hubiera sido elegida para diferenciar los diferentes motivos (si los hubiera) por los que reingresan los pacientes

mentales en las distintas áreas de salud de Extremadura. Esta última forma de investigación me hubiera obligado a dar un carácter principalmente cuantitativo, y hubiese dejado casi apartado el contacto directo con el fenómeno de reingreso que es lo que pretende el método antropológico. Y en segundo lugar porque el acceso a la unidad de Mérida me resultaba menos complicada a la hora de acceder al campo de trabajo, tener acceso a los informantes y sobre todo para pasar en ella todo el tiempo necesario (que es bastante) para realizar la investigación. Por tanto la decisión estaba tomada, la unidad dónde realizaría la investigación sería la Unidad de Salud Mental del Hospital de Mérida.

5.4 Características de las unidades de análisis y observación de esta investigación.

5.4.1 El hospital y su entorno.

El Sistema Extremeño de Salud tiene un hospital en la ciudad de Mérida que es centro de referencia de su Área de Salud, la cual abarca una población de 170.659 habitantes. Su apertura se llevó a cabo en 1981, con el nombre de Residencia Sanitaria, después como hospital de la Seguridad Social y actualmente, dependiendo de la Junta de Extremadura, hospital del Servicio Extremeño de la Salud.

Dentro de la clasificación de hospitales, según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, el hospital de Mérida es clasificado como Hospital General destinado a la atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría.

Es importante señalar que este hospital es también centro de referencia de ingreso de pacientes psiquiátricos del área de salud de

Don Benito-Villanueva, por lo que a la anterior cifra hay que sumarle 142.051 personas. Esto se debe a que el Hospital de Don Benito-Villanueva no está dotado de camas de ingresos de pacientes psiquiátricos.

El área topográfica en la que está situado el Hospital de Mérida es el siguiente. En él se pueden observar la localización del dicho Hospital y los centros de salud del área de salud. (Fuente: Catálogo de hospitales de Extremadura 2013. Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo).

La dotación de camas según la población atendida es la siguiente:

CAMAS					
CAMAS INSTALADAS	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO	% DE CAMAS INSTALADAS/ TOTAL CAMAS SES	CAMAS INSTALADAS/ 1000 HABITANTES ÁREA	HABITANTES DEL AREA DE SALUD	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO/ 1000 HABITANTES
331		11,62%	1,93	170.659*	

Como señalaba antes, el Hospital de Mérida va a tener la particularidad de atender y dar ingreso en caso necesario a aquellos pacientes con patología mental aguda de dos Áreas de Salud. La unidad de ingreso se denomina unidad de hospitalización breve (UHB).

5.4.2 La Unidad de Hospitalización Breve

La unidad de hospitalización breve (UHB) va a cumplir según el *DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura,* las siguientes funciones: :

a) Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.
b) Atención de la interconsulta generada por el resto de los servicios hospitalarios así como de la psiquiatría de enlace.
c) Atención a la urgencia que no haya podido ser atendida en los Equipos de Salud Mental.
d) Coordinación con el resto de los dispositivos de salud mental del área o áreas de influencia.
e) Formación, docencia e investigación.

Y dentro del mismo decreto quedan definidas como dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología. El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de la patología de manera ambulatoria y siempre que se

prevea un beneficio potencial del ingreso. Según este decreto de 2006 a las Unidades de Hospitalización Breve se accede a través del Servicio de Urgencias del Hospital donde se ubica la Unidad. Al alta los pacientes podrán ser derivados al Equipo de Salud Mental o la Unidad de Media Estancia de referencia. Las Unidades de Hospitalización Breve estarán ubicadas e integradas en el Hospital, adaptando su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización.

Es casi obligatorio puntualizar los tres apartados señalados anteriormente en los que se habla de por qué ingresar, dónde ir al alta y la ubicación de estas unidades. En primer lugar se hace referencia a que la forma de ingresar debe estar reglada, es decir, la persona debe ser considerada enferma o con patología para ingresar en el caso de que su sintomatología no pueda ser abordada de manera ambulatoria. Aquí surge la primera pregunta: ¿La valoración psiquiátrica que se hace de ese paciente dentro de un medio diferente al hospitalario es igual que el que se hace en el hospital? La respuesta más acertada sería decir que no, pero según referencian algunos de los psiquiatras que trabajan en estos equipos de salud mental la presión asistencial es mayor y la dedicación por paciente no es la deseada por el especialista. Esto conlleva a que el tiempo de espera para atender las necesidades de los pacientes se alargue y pueda empeorar el cuadro patológico del paciente, lo cual podría forzar (tal vez como única salida) la utilización de los servicios de urgencias del hospital. A esto se le añade que según el párrafo del D.O.E señalado, el ingreso deberá ser siempre que el ingreso prevea una un beneficio potencial de ingreso. Una duda que ya desarrollaré más adelante es sobre los beneficios o no de la unidad de ingreso sobre un paciente reingresador, quedando tal vez demostrado que la unidad no cumple la función benefactora con estos pacientes o por lo menos con la claridad que marca y persigue el D.O.E señalado.

En segundo lugar, habría que preguntarse el por qué de la demora en la apertura de las UHB en los hospitales generales. Siendo el decreto del 2006, la apertura no se hizo efectiva hasta 2011. Posiblemente debido a problemas estructurales y físicos de los propios hospitales generales para dar cabida a una nueva planta, quizás a problemas organizativos dada lo complejo del asunto, o tal vez por el recorrido histórico de la psiquiatría (al menos en Mérida). Y advierte el propio decreto que: "*Las Unidades de Hospitalización Breve ubicadas en los actuales hospitales psiquiátricos podrán permanecer en los mismos, en una primera fase del desarrollo de este Decreto, hasta su integración en los Hospitales Generales*".

Y en tercer y último lugar cabría preguntarse si las estructuras de las unidades de agudos dentro de los hospitales (al menos la sometida a estudio) adapta su estructura, recursos y funcionamiento a las características de su especialización. La respuesta a este último interrogante pueda que se obtenga a través de las entrevistas a los informantes. Puedo adelantar que una cosa es lo que se *dice y otra muy distinta lo que se piensa.*

5.4.3 La estructura física de la UHB

Para poder llegar a la unidad de UHB es necesario bajar a la planta menos dos del hospital, es decir en el sótano. Para tener el acceso a esta planta de hospitalización hay dos puertas de entrada ,una para la entrada de pacientes y otra para la entrada de profesionales (sobre todo médicos). Esta forma de acceso es única en todo el hospital, ya que en el resto de plantas el acceso se hace por una única puerta. Lo que podría hacer pensar que se hace una cierta "discriminación" o diferenciación, pero esto no es así, ya que dicha distribución responde únicamente a motivos estructurales que coincidieron a la hora de otorgar a esta unidad tal ubicación.

Ambas puertas están cerradas. La de acceso para profesionales está cerrada con llave, y la puerta de entrada a la zona de hospitalización con un sistema magnético. Para poder entrar por esta puerta es necesaria la autorización del personal, el cual abrirá la misma a través de una cámara de video vigilancia.

Puertas de acceso a la unidad

Puerta de acceso al ala de ingreso de pacientes

Puerta de acceso para profesionales y familiares

Si entramos por la puerta del personal, encontramos un pasillo que se compone de los siguientes espacios:

- A la izquierda del pasillo:
    - 5 despachos médicos.
    - 1 despacho para la administrativa y la supervisora de enfermería.
    - 1 despacho para el psicólogo clínico.
    - 1 sala de cura o de enfermería.

Pasillo de despachos de consultas

Distribución despachos médicos

Despacho médico

- A la derecha del pasillo
    - 1 vestuario para personal.
    - 1 almacén para material de parafarmacia.
    - 2 cuartos de baño para el personal.
    - 1 almacén de usos varios.
    - 1 cuarto de la limpiadora.
    - 1 botiquín.

Botiquín

- Al fondo del pasillo (y lo que yo denominaría "zona caliente" por ser la zona donde mayor actividad y relaciones entre profesionales y pacientes) está el control de enfermería. Y la sala de estar del personal de enfermería

De estas estructuras señaladas destacar varios detalles que tal vez sean más llamativos o diferentes que en otros espacios hospitalarios. El primero es que los despachos médicos tienen tres puertas de acceso o salida; tal cantidad de puertas responde a una medida de seguridad en caso de que el paciente se ponga agresivo y haya que buscar una salida. En segundo lugar es que el botiquín debe estar cerrado con llave y tiene video vigilancia. El tercero es que el control de enfermería que se separa físicamente del espacio de los pacientes por un mostrador y una puerta de acceso cerrada con un pequeño cerrojito que más que funcional es simbólico.

Puerta de acceso a pasillo con pequeño "cerrojo".

En este control de enfermería existe también un elemento que lo diferencia de otras unidades hospitalarias. Este elemento es un monitor de vídeo vigilancia desde el que se controlan determinadas habitaciones, pasillo, sala de estar de pacientes, etc. El motivo señalado para el uso de este monitor de vídeo vigilancia es para poder observar posibles conductas autoagresivas o heteroagresivas de los pacientes. No son infrecuentes los intentos autolíticos o autolesivos de algunos de los pacientes ingresados en estas unidades de psiquiatría. Existe incluso un protocolo de prevención de riesgo suicida.

Monitor de vigilancia en el control de enfermería

Si pasamos por la puerta de entrada a la zona de hospitalización encontramos las siguientes estancias:

- A mano derecha del pasillo:
    - Un vestuario del personal de enfermería.
    - 10 habitaciones con dos camas.

Habitación de dos camas

- 1 habitación con una cama fijada al suelo. Denominada: "Habitación especial", "Habitación de observación", o de vigilancia.

- Una sala de estar para las visitas de familiares.

- Un patio al que se tiene acceso desde la sala de familiares.

- A mano izquierda del pasillo

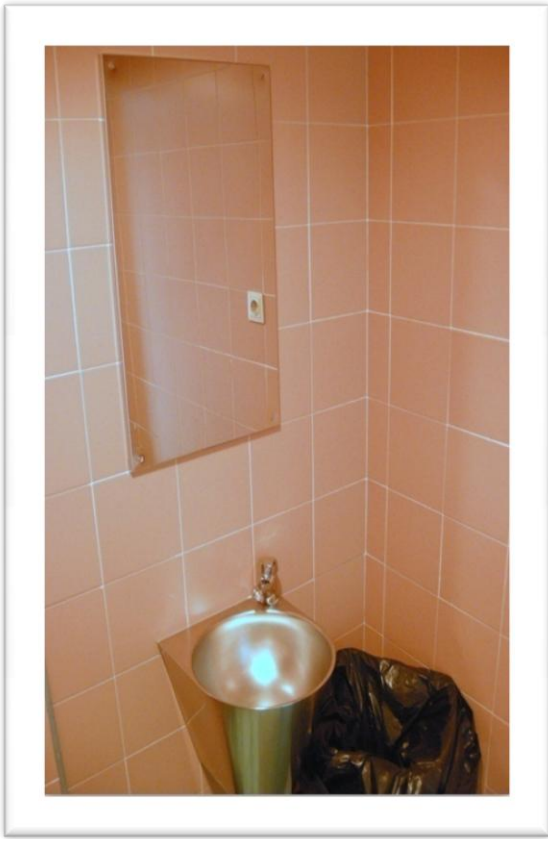
- Cuarto de sucio para la ropa.
- Dos duchas.
- Un cuarto de baño para pacientes y familiares.
- Una sala de estar para pacientes que tiene funciones de comedor y sala de televisión.

Sala de estar de los pacientes

- Sala multiuso. Para uso esporádico de la trabajadora social, sala de terapia, sala de reuniones del personal, etc…

Pasillo de pacientes visto desde el mostrador

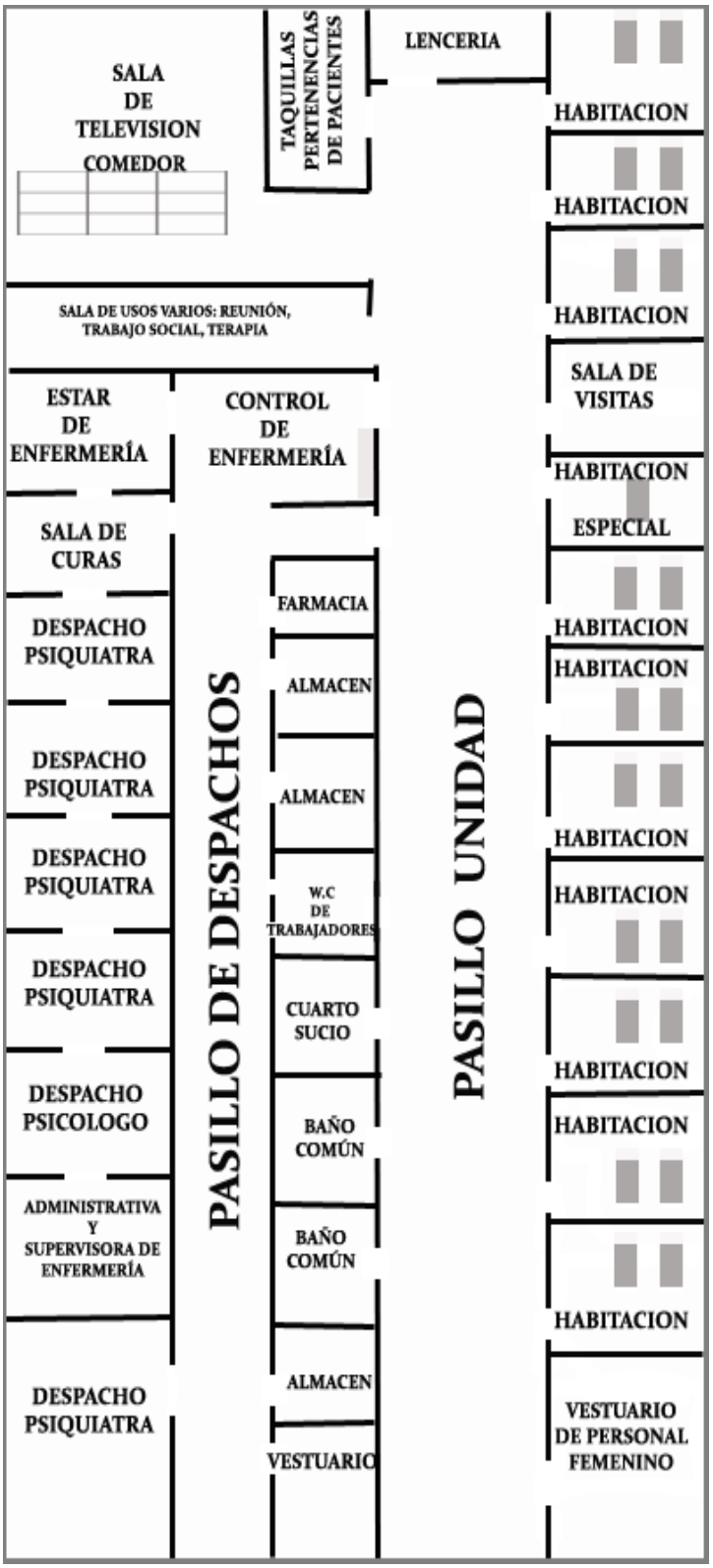
Al igual que en el pasillo del personal, en este pasillo hay que destacar una serie de elementos que son diferentes a los del resto del hospital. En primer lugar indicar que las habitaciones disponen de casi todas las medidas de seguridad para evitar autolesiones o heteroagresiones por parte de los pacientes (destacan inodoros metálicos, espejos metálicos, cisternas encastradas, duchas que no sobresalen de la pared, etc.) En segundo lugar todas las habitaciones tienen en sus ventanas rejas metálicas. En tercer lugar el espacio de encuentro de pacientes, donde desarrolla casi toda la vida social, es la sala de estar de pacientes. En esta hay mesas altas que hacen las funciones para tomar los desayunos, comidas y cenas, así como para juegos de mesa. Y mesas bajas junto con sillones bajos para ver la televisión.



Cuarto de baño de pacientes

Un elemento que también distingue esta unidad de otras es la dotación de cámaras de vigilancia que hay en algunas de las habitaciones.

Muestro a continuación un plano de la distribución espacial de la unidad, el cual usaré en apartados posteriores para ilustrar formas de relación entre los dos grupos que interactúan en la unidad, trabajadores y pacientes, y entre los mismos grupos.



5.5 Técnicas de investigación: etnografía de campo

5.5.1 El acceso al trabajo de campo. Preparativos previos a la entrada en el campo de trabajo.

Normalmente entrar en una comunidad, aldea, organización o institución para realizar un estudio de investigación suele ser complejo. En ocasiones, el grupo a investigar puede presentar dos posibles respuestas iniciales: que no quieran ser investigados, o por el contrario que sí deseen dar a conocer sus formas de vida. La primera posición suele ser tomada por aquello grupos que temen que se desvele alguna interioridad "molesta" que les pueda perjudicar. Desvelar secretos íntimos no suele gustar a nadie. Y en el caso de la segunda posición suele ser adoptada por grupos que creen que su actividad es muy interesante (mirada la mayoría de las veces muy etnocentrista) y desean darle cierta "publicidad". Aunque a veces las "verdades" y conclusiones no resultan ser de agrado para la comunidad investigada porque lo que dicen es distinto a lo que hacen, en función de las precepciones emic y etics.

A los dos anteriores grupos se podría añadir una tercera opción cercana a la primera, es decir, de negatividad de ser investigados. Es la posición que adoptan determinados grupos que son responsables de otros subgrupos. En este caso, cuando el antropólogo quiere estudiar el subgrupo puede que por parte de este no haya ningún tipo de resistencia, pero que sí que haya por parte del grupo controlador. La negatividad o suspicacia a que alguien pueda investigar a un grupo de personas controlado por otro grupo de personas se levanta por los temores a que se descubra algo que pueda poner en evidencia al grupo controlador y de esta forma mermar su poder. Y es que al fin y al cabo, en determinadas organizaciones se da la dualidad del controlador y el controlado, y por tanto aunque el antropólogo fije su foco de investigación en el grupo controlado no va a poder acceder al

campo de trabajo (a pesar de la autorización de este grupo) sino es con la autorización expresa del grupo controlador. Es el claro ejemplo de instituciones como hospitales, cárceles, colegios, seminarios, fábricas, conventos, etc. La dualidad referida convierte el acceso a este tipo de instituciones en algo más complicado de lo habitual, ya que no sólo hay que pedir permiso a los responsables del control sino permiso a los controlados una vez superado el primer filtro.

El acceso inicial está regulado por lo que H. K. Becker denominó *porteros* (Becker. H.K. 1970). Estos porteros son los que te darán acceso al escenario donde realizar la investigación. Lo que conllevará un manejo de la propia identidad para poder proyectar una imagen que garantice la posibilidad de entrar en la zona de estudio (Kotarba, J.A.1980). O como señala Taylor y Bogdan, convencer al portero de que uno no es una persona amenazante y que no dañará su organización de ningún modo (Taylor, S.J; Bogdan, R: 1987). En este punto difiero ligeramente ya que aunque sí es verdad que en ningún momento se tiene que mostrar una postura amenazante a la hora de entrar en un grupo a investigar, si hay que dejar claro que la investigación va a tener la máxima rigurosidad posible y con unas conclusiones que van a estar basadas en un marco teórico y metodológico, lo cual va a arrojar resultados que estén basados en un método científico que puede que produzca una serie de conocimientos y conclusiones que no sean del agrado del investigado. Lo cual, y aunque no se pretende el daño a la organización si puede percibirse como una "agresión" en aquellos grupos que no tengan capacidad de autocrítica.

No todas las organizaciones son fácilmente accesibles, así los escalones superiores de las organizaciones, hospitales y grandes organismos gubernamentales son de penetración notoriamente difícil (Taylor, S.J; Bogdan, R.1987). El acceso al campo en un hospital se ha presentado como una de las mayores dificultades, al menos en el

contexto occidental, debido al recelo de las autoridades hospitalarias y del personal sociosanitario en lo que a la presencia de antropólogos se refiere (Van der Geest, S.; Finkler, K. 2004) (Hoeyer, K.; Dahlage,L.; Lynöe,N. 2005).Puedo dar fe de ello. A continuación detallo cómo fueron los preparativos que tuve que realizar para poder acceder al campo de trabajo. Creo que es necesario detallarlo porque puede ser de gran interés para otros doctorandos que quieran realzar sus estudios de investigación en un centro hospitalario. Convirtiéndose también esta tesis no sólo en un trabajo de investigación con unos propósitos de obtener resultados específicos, sino asimismo en una guía práctica para otros posibles investigadores en temas de salud.

5.5.1.1 La burocracia teórica para la aplicación práctica

La primera puerta que se debe pasar antes de iniciar cualquier investigación en el ámbito de la salud, al menos en Extremadura, es cumplir con los requisitos impuestos por el comité de ética de investigación clínica. Estos comités están regulados por el Decreto 139/2008, de 3 de julio, que establece la regulación de los Comités Éticos de Investigación Clínica de Extremadura.

Cómo señala en su artículo 3, dentro de sus definiciones, se entiende por investigación en humanos: "*todos aquellos estudios que tienen como objeto de investigación el ser humano, independientemente del promotor, investigador o diseño metodológico del estudio*. E *investigación aplicada, aquélla en la que, a través del diseño del estudio, se consiguen resultados que son aplicables directamente en el sector de la producción en el que se investigue, mejorando e innovando con la incorporación de estas tecnologías o metodologías de trabajo al sector de producción*". Quiere esto decir que el estudio de investigación realizado para elaborar esta tesis doctoral está sometida a estos preceptos. En Extremadura existe el Comité de Ética de Investigación Clínica Autonómico de Extremadura,

que recepcionará todos los estudios de investigación en humanos, siendo referente en todas las Áreas de Salud, así como en todos los centros, servicios y establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Además coordinará la actividad de los Comités Éticos de Investigación Clínica Territoriales acreditados.

Para este estudio de investigación realizado en el Área de salud de Mérida la petición del informe favorable para investigar se ha realizado al Comité Ético de Investigación Clínica de Badajoz. Este comité ético de investigación clínica obliga a cumplir unos requisitos previos para poder elaborar el informe favorable a fin de poder investigar. Estos requisitos son:

- Carta de acompañamiento, donde se identificará al ensayo clínico mediante el código de protocolo del promotor, el título y cuando proceda, el nº EudraCT e irá firmada por el solicitante. En el caso de ensayos clínicos multicéntricos se especificarán todos los centros españoles o investigadores donde se propone la realización del ensayo, especificando los CEICs implicados y cuál será el CEIC-R. En el caso de ensayos acogidos al Real Decreto 561/1993, solicitud, firmada por el promotor.
- Se aceptará una copia impresa de todos los requisitos relacionados y necesariamente 5CDs con toda la documentación en formato electrónico (word, Excel, pdf, etc...).
    - Anexo IA Formulario de solicitud.
    - Protocolo de Investigación.
    - Manual del Investigador
    - Hoja de Información al paciente.
    - Consentimiento informado.
    - Cuaderno de recogida de datos.

- Documentos sobre la idoneidad del investigador y su colaboradores (no tenemos ningún modelo específico)
- Documentos sobre la idoneidad de las instalaciones firmado por el Responsable de la Unidad, Servicio y Centro. (No tenemos ningún modelo específico)
- Cantidades y modo en que los investigadores y sujetos puedan ser en su caso remunerado o indemnizado por su participación en el ensayo clínico, así como los elementos pertinentes de todo contrato previsto entre el promotor y el centro.
- Copia de la póliza de seguro.
- Compromiso del Investigador.
- Compromiso con las Normas de buena práctica clínica.

Como se puede observar no son pocos los documentos a presentar antes de realizar la investigación. Esto ya va dando pistas sobre la dificultad que supone entrar en el campo de trabajo cuando se trata de un hospital. Tal vez esta dificultad de acceso no sea igual en otros ámbitos de estudios. En mi caso y tras la petición realizada al gerente de área de salud se produce un efecto boomerang en el que este pide información a la dirección médica del hospital y esta a su vez al coordinador de la unidad, para que tras la aceptación de la idoneidad por éste último vuelva de nuevo al gerente de área. Una vez obtenido el permiso del gerente de área este se adjunta al resto de la documentación para el comité de ética de la investigación.

Dado que en Extremadura, al menos lo que yo conozco, no se da de forma muy frecuente el trabajo de campo por antropólogos en

hospitales, los trámites con el comité de ética hace que surjan ciertas reticencias y dudas en este. No es habitual que un antropólogo pida permiso a un comité de estas características para investigar en un hospital, ya que las personas que lo suelen hacer son puramente clínicas. Pero una vez explicadas las intenciones de la investigación, no sólo por escrito sino por teléfono, las facilidades por parte del comité fueron innumerables, ya que parte de la documentación a presentar no fue necesaria, brindándome además el apoyo para resolver cualquier duda que me fuera surgiendo durante la investigación.

Una vez en mi posesión el permiso del gerente de área de salud y la carta del comité de ética la entrada al campo fue mucho más fácil. Se podría afirmar que estas eran mis dos llaves más importantes a la hora de investigar en el hospital. Llaves confeccionadas, no por un único "portero" sino por un conglomerado de acciones llevadas a cabo por un grupo de personas (Coordinador de la unidad, Dirección médica, Gerente de Área, Secretario del Comité de investigación, etc.) que harían difícil decir cual tuvo más influencia en mi entrada al campo. No obstante, señalar que esto no siempre da buen resultado, como fue en mi caso, sino que a veces (algunos antropólogos lo consideran así) los permisos y autorizaciones oficiales pueden resultar un obstáculo en la realización del trabajo de campo, ya que afectan a la relación posterior con los informantes, sobre todo con los profesionales (Guasch, O.1997).

Había superado la parte burocrática, o al menos eso pensaba yo, ahora tocaba el acceso a la información al campo. Sin duda una de las personas que más me facilitó, no el acceso al campo sino las fuente de datos para yo poder planificar mi trabajo de campo, fue el Jefe de Admisión del Hospital. Fueron muchas las ocasiones en las que tuve que pedirle asesoramiento y ayuda, y fue él quien durante las guardias en las que coincidíamos me dio acceso a gran parte de la información de

las historias clínicas. A esta persona sí que la consideré un verdadero portero.

Tal vez, en otras investigaciones antropológicas el portero está íntimamente ligado al lugar del trabajo de investigación, pero en un hospital esto no suele ser así, ya que el acceso te lo tienen que permitir personas con responsabilidad sobre el total de la estructura donde se ubica la comunidad a estudiar. Una vez en la comunidad de estudio, al ser reducido su espacio, las personas que forman parte de ella no se consideran porteros sino informantes (más tarde hablaré de ellos).

5.5.2 El trabajo de campo y la observación participante

Ir al otro, vivir como el otro y mantener la distancia metodológica mientras se le observa es de forma muy resumida lo que significa trabajo de campo. Lisón Tolosana afirma que "*para hacer trabajo de campo es necesario salir de lo propio e ir a lo otro del otro, a su particularidad; nos arrancamos también de los libros, de esos esquemas nítidos e ideales apriorísticos que encorsetan y marchitan la imaginación e inhiben vigor mental personal*" (Lisón, C. 2000). Y para ello no basta con ir sino convivir; así señala este mismo autor que " *la estancia prolongada es condición necesaria para aprender el arte de presenciar y de observar los modos de vida de hombres y mujeres, ancianos y jóvenes; asimilamos las experiencias elementales otras, las maneras y reglas de comportamiento del grupo a las que tenemos que adaptarnos por la eficacia y en virtud de la estancia y por la fertilidad de la experiencia" (Lisón, C. 1998)*.

Es este trabajo de campo el que te hace madurar como investigador, el que te da experiencia y el que te hace ver cosas que antes no percibías. Uno deja la candidez atrás y se topa con la otra realidad. Así como un soldado sin experiencia en combate está deseoso de hacerlo, un antropólogo desea entrar en el campo a

investigar, pero este a veces se revuelve, te abofetea y te enseña. Con el paso del tiempo uno se va adaptando y va aprendiendo a sobrevivir, y ya no todo le parece nuevo. Señala Peacock: "que *el trabajo de campo también es un rito de paso. Se dice que la experiencia sobre el terreno transforma radicalmente al sujeto; es como el psicoanálisis, como un lavado de cerebro, pero también es una iniciación ritual que, mediante pruebas terribles y profundas percepciones lleva al iniciado un nuevo ritual de madurez*" y que "*el trabajo de campo antropológico es uno de los métodos más radicales que existen para aprender sobre los demás. Conlleva meses o años de intensa implicación en vidas ajenas. Comporta soledad, confusión e importantes incomodidades*" (Peacock,J.L.,2005). Otro autor señala que *el "trabajo de campo" constituye el elemento que diferencia a la antropología de las demás ciencias sociales, que es experimentado por los neófitos como rito de iniciación y piedra de toque con respecto a su vocación profesional, que proporciona especificidad a los currículos y a las tesis, que genera muchos de los sucesos anecdóticos del folclore gremial y que crea perplejidad y malos humores en las esferas administrativas de toda clase de instituciones donde laboran antropólogos [...] siendo una técnica o un conjunto de técnicas, entre las que sobresale la mítica y pocas veces precisada "observación participante" para obtener la información empírica deseada, en la que se basa el conocimiento antropológico*(Krotz, E. 1991).

Por lo expuesto anteriormente se puede afirmar que si por algo se caracteriza la antropología como ciencia es que su recogida de datos implica la participación directa del investigador en la obtención y observación de los datos. Al igual que un detective acude a la escena de un crimen, el antropólogo asiste a una escena cultural, con la diferencia de que el primero se distancia del hecho, y el segundo participa de él. Son la experiencia y la testificación "la" fuente del conocimiento etnográfico: él está allí (Clifford Geertz. 1989,Guber,R.

2011). Lo que caracteriza a la etnografía en su método de obtención de datos es el nivel de implicación sobre lo que estudia. Recuerdo como en cierta ocasión vino a pedirme ayuda una alumna que estaba haciendo el doctorado en otra especialidad distinta a la Antropología. Lo que me pidió fue simplemente que distribuyese unas encuestas a trabajadores del hospital (y a cuanto mayor número mejor). Esta persona me dijo que en un mes se pasaría a recogerlas. Me indicó que las instrucciones para realizar la encuesta estaban en la primera página. Aquella situación me sorprendió bastante. Era un estudio en el que las respuestas de los entrevistados eran cuantificadas sin más. Puedo asegurar que en la tesis doctoral que estoy realizando, la cual tiene una parte de cuantificación, sería imposible obtener todos los datos desde la distancia; es más puedo confirmar que a pesar de los esfuerzos (como más adelante mostraré) alguno datos quedarán fuera de toda posibilidad de obtención. Por tanto, esta tesis tiene *una parte esencial de observación y participación.* Sin estas dos premisas lo expuesto en la esta tesis sería imposible.

Como señala Óscar Guasch, "*casi todo los ojos miran, pero son pocos los que observan, y menos aún los que ven*" (Guasch,O. 1997). Como aficionado a la fotografía que soy, puedo añadir a esta reflexión otra cita realizada por unos de mis fotógrafos preferidos, Willy Norris: "*La fotografía es la mirada. Uno la tiene o no la tiene. En algunas circunstancias se puede perfeccionar, pero eso se ve desde el principio, aunque se use la cámara más barata*". Desde mi punto de vista el paralelismo entre fotografía y etnografía en este punto es importante, y considero que la capacidad de observar y participar también se puede mejorar y perfeccionar, pero se tiene o no se tiene. Y es que considero que la observación participante exige al etnógrafo una personalidad con unas características muy concretas. Me resulta difícil ver a alguien introvertido y con escasas dotes de relación practicando la observación participante. Es por este motivo, y considero que un tema poco tratado,

que la personalidad del etnógrafo juega un papel importante en el método etnográfico.

Otro de los aspectos que se suele tratar cuando se hace referencia a la observación participante es el relativismo antropológico. Señala Guasch que" *en la medida en que la Antropología afirma que cada cultura debe juzgarse en función de su propio contexto, el infanticidio femenino, la extirpación del clítoris, las torturas, la marginación social de la mujer o la esclavitud infantil, no son denunciadas. Puesto que tales prácticas forman parte de la cultura estudiada, el relativismo antropológico no las problematiza*" (Guasch,O. 1997). Puedo decir a este respecto que no estoy en nada de acuerdo puesto que si bien el fin de la antropología es la descripción de los hechos, también debe ser una ciencia para el cambio a favor de la condición humana. Una antropología estática, robótica, y sin sentimientos se convierte en un ente inanimado y sin fin establecido. Creo que la antropología, aun manteniendo su carácter imparcial a la hora de describir lo que observa a través de su participación, debe ser una ciencia para la acción. El antropólogo verá a través del prisma de la culturalidad pero no usará, y así lo pienso, la pasividad como respuesta. La antropología debe tener una dimensión práctica y aplicada.

Hablamos de participar en el sentido de desempeñarse como lo hacen los nativos, de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como un miembro de la comunidad (Guber,R. 2011). El problema surge cuando hay dos tipos de "nativos" bien diferenciados como en esta tesis (pacientes y trabajadores). Surge en este punto la duda de si la participación en uno de los grupos puede ser problema para los fines de la investigación. Personalmente creo que la solución, al menos la que yo he aplicado, es la de ser activo en el trabajo como

empleado, pero establecer los límites así como el método en la participación.

En la observación participante, el investigador se ve obligado a sumergirse en la comunidad que estudia. Esta inmersión debe ir acompañada por la acción propia dentro de la comunidad, una acción en la que para tener en cuenta las categorías nativas sea necesario llegar a conocer bien el contexto que les otorga su sentido (Sanmartin, R. 2003). Pero para ello y a pesar de la inmersión, es necesaria cierta impermeabilización que es ofrecida por una distancia ofrecida por el método y la teoría. Esta tarea de aislarse en cierto modo de lo observado no entraña mucha dificultad (a pesar de su influencia en los sentimientos del observador), pero donde radica el conflicto (así como la diferencia con otras ciencias) es en participar de lo observado; el ser uno más de la comunidad. Para llegar a este punto, que desarrollo a continuación, se da la controversia de si es beneficioso o no el ser miembro de la propia comunidad. Y es que participar es asumir un rol dentro de lo observado, es generar cultura y acciones en el medio donde desarrollamos nuestra acción. Observar es interpretar pero participar es sentir.

5.5.2.1 La investigación en la propia comunidad. Observarse a uno mismo.

Uno de los retos a los que me enfrentaba a la hora de investigar en la unidad de estudio era que yo formaba parte de ella. Mi trabajo habitual es de enfermero en la planta, y ahora me tocaba asumir el papel de antropólogo. ¿Cómo podría conseguir hacer los dos papeles sin que se perdiese objetividad en la investigación?

Como señalan algunos autores la forma de introducirse en el campo de trabajo en un hospital pueden ser de varias maneras: como acompañante de enfermo, como paciente o como profesional (Van

der Geest, S.; Finkler, K. 2004), pero hay otras formas de poderse introducir para investigar en un hospital o estudiar la propia enfermedad. No se debe ser necesariamente sanitario, sino que existen otros grupos de trabajadores que no son personal asistencial sanitario (trabajador social, administración, traductor, mantenimiento, etc.). Dentro del propio grupo de sanitarios también se puede acceder como sanitarios de pleno derecho, o como personal en prácticas o becarios. (Tosal, B.; Brigidi, S.; Hurtado, I. 2013).

Me surgieron grandes dudas al respecto, sobre todo en relación con la idoneidad de investigar en el lugar donde trabajo y realizo una actividad totalmente diferente a la de la antropología. Ya indiqué anteriormente que la selección del campo de trabajo vino motivada por los principios de tener fácil acceso al campo, establecer una buena relación inmediata con los informantes y recoger datos directamente relacionados con los intereses investigativos (Taylor, S.J.; Bogdan,R. 1987). Según estos criterios mi elección no podía ser mejor, pero los mismos autores recomiendan que los investigadores se abstengan de estudiar escenarios en los cuales tengan una participación directa personal o profesional (Taylor, S.J; Bogdan,R. 1987). Otros autores sostienen que los investigadores deberían estar alejados de áreas en las cuales se sienten profundamente comprometidos (Douglas,J. 1976). Aunque no todos opinan del mismo modo sobre este asunto, ya que para algunos el consejo no está mal pero señalan que cualquier investigador que se introduzca en el trabajo de campo y realice una investigación antropológica no va a estar "libre de valores" (Becker, H.S.1967; Gouldner, A .1970; Mills, C.W.1959). Otros autores positivistas prefieren la observación en los contextos naturales, pero no fundirse con ellos (Holy,L. 1984), si bien no todos están de acuerdo con estos planteamientos, siendo el planteamiento de naturalistas y algunas variantes interpretativas que los fenómenos sociales no pueden estudiarse de forma externa. Y así lo defiende Rosana Guber cuando

escribe: "*Tal y como un juego se aprende jugando, un cultura se aprende participando*"(Guber, R. 2011).

Surge aquí el interrogante entre el beneficio o perjuicio entre observar o participar. Sumándose a esto, que una de las mayores dificultades a la hora de investigar es la de mantenerse "sin ser y sin hacer", ya que en muchas ocasiones el investigador es llamado como profesional por los usuarios (Wind, G. 2008).

La solución a los dilemas que se me presentaban ante el estudio en mi propia comunidad se vieron en gran medida resueltos por la lectura de algunos trabajos realizados por antropólogos en sus propias comunidades. En estos trabajos se indica que: "*incluso al estudiar la propia cultura, siempre se establece una distancia crítica apoyándose en el método y las teorías propias de las ciencias sociales. La distancia con el objeto de estudio se consigue por la actitud del investigador, por su posicionamiento crítico y por su intención. Por eso la investigación sobre el propio contexto social y cultural no puede realizarla cualquiera, sino quien, habiéndose formado, se sitúa a una distancia metodológica. El observador se acerca a los observados, aunque se trate de sus conciudadanos, con sincera disposición anímica abierta al aprendizaje*" (Sanmartin, R. 2003).

Se suma a lo anterior la necesidad y el beneficio de ver en "los otros" a nosotros mismos, y tal y como señala Javier Marcos Arévalo: "*Ahora bien, la descripción de las formas culturales y de los grupos sociales de la "propia cultura", aunque implique riesgos posibles de parroquialización, también contribuye a estimular la reflexión metodológica cuando se aspira a descubrir el otro en nosotros. La antropología ayuda a comprender a los "otros", y mediante ellos, a "nosotros mismos*" (Marcos, J. 2008). Esta reflexión se convierte en algo más que en un esfuerzo, en una luz guía dentro de la metodología de investigación. Por tanto, y sigo con las palabras de Marcos Arévalo: "*En*

suma, importa menos el objeto de estudio que la mirada antropológica que sobre él podamos proyectar y que pueda aplicarse a cualquier aspecto y dimensión de una cultura. El estudio de la "cultura propia", pues el otro social y cultural también está entre nosotros, y de las cuestiones generales. ¿Por qué se cuestiona la "objetividad" y la "cientificidad" del proceso investigador y de sus resultados cuando la investigación la hacen antropólogos socializados en la tradición que se estudia? Considero que el conocimiento más preciso que nos puede dar la condición de antropólogos nativos, por cuanto vivenciamos y participamos cotidianamente en el devenir de nuestra sociedad más inmediata, puede interpretarse como garantía de objetividad y no en sentido inverso. Hay dos factores a favor: primero, un conocimiento más preciso de la cultura y la sociedad estudiada, no sólo del lenguaje -en términos semánticos-, sino también de las normas, códigos culturales…, en una palabra, del mapa mental y de la gramática de vida para la vida de esa sociedad, que vertebran las actitudes y los comportamientos "reales" en función de su proyección respecto al "ideal" de unos códigos más profundos e informales; y segundo, la posibilidad de establecer una relación dialéctica entre teoría y praxis que permita cotejar las elaboraciones teóricas con los modelos reales estudiados, sus modificaciones y contradicciones que también se ejemplifican en ella por antropólogos nativos comprometidos con su realidad social es no sólo tan adecuado como el estudio del objeto convencional de la antropología, el modelo exotista, sino que, si se realiza bajo las necesarias garantías, ofrece posibilidades de profundización en el conocimiento de los sistemas socioculturales y de las colectividades sociales y culturales" (Marcos,J.2008). El conocimiento más preciso de la cultura que señala este profesor se hace aún más evidente en el ámbito hospitalario y su "cultura de salud-enfermedad".

Por tanto la necesidad de distancia entre el *observador y el observado* como postulado metodológico en antropología queda

enmarcada en una cierta relatividad, ya que lo importante es tomar conciencia de la situación en la comunidad investigada. Así, que el investigador haga consciente su propia posición respecto al objeto de estudio, en este caso, favorece que su trayecto y experiencia opere como contrapunto para interrogar, escuchar y enunciar no solo al sujeto investigado, sino también al objeto de estudio que se va constituyendo en el proceso investigativo (Cruz, M.A.; Reyes, M.J.; Cornejo, M. 2012). Por lo que la distancia entre el investigador y el grupo objeto de estudio se obtiene mediante planteamientos metodológicos y adoptando una actitud crítica y de sorpresa o extrañamiento.

A todo lo anterior se le suma que mis deseos no son sólo investigar una comunidad desde la asepticidad y el descompromiso, ni tratar de convertir a los sujetos estudiados en objetos, sino en implicarme con una mirada sensible y con intención práctica y resolutoria, pero eso sí desde la autocrítica, la contrastación y la argumentación teórica (Marcos, J. 2008). Lo señalaba el profesor Isidoro Moreno cuando hacía referencia a que la separación del sujeto de estudio podía hacer caer al investigador en un alienado por separarlo del control de las condiciones e incluso de los propios resultados de su trabajo. Señalaba así: " *La cosificación de los hombres, su conversión en objetos distantes, es una de las consecuencias más evidentes de este planteamiento, el cual, lejos de ser científico, es simplemente ideológico*" (Moreno, I.1975).

Moreno Navarro sugería las ventajas y desventajas de ser miembro de una sociedad estudiada, y acerca sobre la polémica trazada entonces sobre la participación o no del investigador en los acontecimientos sociales y el papel que éste debe establecer para garantizar la correcta marcha del trabajo investigativo (Moreno,I.1975). Una de las ventajas que podríamos tener en cuenta es que pertenecer al grupo te ahorra los problemas de traducción cultural, la resocialización del que investiga y el gasto económico (Díaz, S. 2006).

Solo cabría añadir que el pertenecer a la comunidad de estudio te hace evitar lo que Guber señala como inconvenientes "...*el investigador no alcanza a dilucidar el sentido de las respuestas que recibe ni las reacciones que despierta su presencia; se siente incomprendido, le parece que molesta y, frecuentemente, no sabe qué decir ni preguntar. Los pobladores, por su parte, no saben qué busca realmente el investigador cuando se instala en el vecindario, conversa con la gente, frecuenta a algunas familias. No pueden remitir a un universo significativo común las preguntas que aquél les formula. Estos desencuentros se plantean, en las primeras instancias del trabajo de campo, como "inconvenientes" que suscita la presencia del investigador, como "obstáculos" o dificultades de acceso a los informantes, y dan lugar a diversos intentos de superar sus prevenciones y lograr la aceptación o una relación de* rapport *o empatía con ellos* (Guber, R. 2011).

Para finalizar este punto decir que además de las ventajas anteriormente expuestas puedo añadir que investigar en la propia comunidad te va a dar, además, conocimientos sobre las historias de vida de muchos de sus componentes, la propia historia de la institución (si este es el marco a investigar), y sobre todo una perspectiva inicial adquirida en la propia comunidad por un proceso de enculturación; pero, aparte gracias al distanciamiento ofrecido por el método antropológico te va a ayudar a sufrir el extrañamiento hacia algo que en un principio se consideraba "normal". Sería otra forma de extrañamiento, no sobre algo novedoso sino por algo que inicialmente era considerado normal por su rutina pero que con la lupa antropológica te hace cuestionarte su normalidad.

5.5.2.2 La observación directa

Leído el apartado anterior creo que queda claro que esta tesis está elaborada desde una observación directa de todos los agentes implicados y de los hechos producidos. Tengo no obstante que añadir que la observación de dichos agentes no ha sido igual para todos ya que los datos aportados por los mismos no han sido trasmitidos de igual forma. Así, la forma de obtener los datos de los pacientes ha sido totalmente diferente a la de los profesionales. Detallo a continuación como ha sido mi forma de "observación" dependiendo de la fuente de información. No obstante, cuando desarrolle el apartado de los informantes, detallaré mi relación con ellos y las formas de acceso a la información.

A. *Informes de alta e historiales clínicos.* La forma de obtener datos de forma cuantitativa ha pasado por hacer en primer lugar una acotación del tiempo durante el que ha ocurrido el hecho a estudiar (el reingreso hospitalario). Estos datos cuantitativos obligan a poner un inicio y un fin de recogida de datos. La acotación fue desde que se abrió la unidad en el hospital general del SES (dejando atrás su localización en el hospital psiquiátrico) desde febrero de 2011 hasta diciembre de 2014. La forma de acceso (que ya detallaré en el apartado de informantes) fue a través del servicio de admisión. Y supuso más de seis meses de trabajo, incluyendo en esto únicamente la obtención de datos y la lectura de más de 1500 informes de alta.

B. *Los pacientes.* La observación de los implicados directamente en el fenómeno estudiado me ha obligado a tener diferentes niveles de relación. Resulta difícil obtener información de una persona que está ingresada en un hospital, sobre todo cuando su prioridad no es "informar" sino buscar una solución a su

problema de salud. Por tanto, y a pesar de que mi interacción con ellos ha sido constante, me he visto obligado a parcelar a los pacientes dependiendo de si eran reingresadores o no. Y así, prestando atención a los primeros, elaboré una entrevista inicial que con el paso del tiempo fui adaptando a las conversaciones con los pacientes. Convirtiendo los resultados de dichas entrevistas en auténticas historias de vida.

Añadir que no todos los pacientes reingresadores son potencialmente informadores óptimos dado que algunos por la propia patología psiquiátrica son menos abordables. El observar y entrevistar a todos los reingresadores hubiera sido tarea imposible, pero entrevistar a un grupo de ellos podría servir para mostrar las similitudes y diferencias entre ellos.

C. Los profesionales. Al igual que con los pacientes, la observación ha sido diferente dependiendo del tipo del profesional del que se tratara. Así, la observación de un celador ha sido diferente a la de un psiquiatra sobre todo porque el contacto más continuado ha sido con el primero que con el segundo. Hay que añadir que los recelos que muestran unos y otros a la hora de ser observados es totalmente distinto.

Por último, decir que la observación directa ha implicado más que la simple visualización de las acciones de los actores, sino también la puesta en marcha de todos los sentidos, ya que al fin y al cabo la observación ha implicado el compartir y experimentar las mismas sensaciones que los propios actores.

5.5.3 La entrevista. Las herramientas etnográficas para obtener información.

Siguiendo lo afirmado por Denzin y Lincoln donde describen la entrevista como una conversación, y el arte de realizar preguntas y

escuchar respuestas (Denzin N.K. ;Lincoln. Y.S .2005), puedo confirmar que en esta tesis más que entrevistas lo que he realizado han sido auténticas conversaciones. Y es que, y a pesar de tener el material preparado para realizar la entrevistas así como las preguntas considerablemente estructuradas, la información en ocasiones era tanta y de tan buena calidad que me veía obligado a dejar el bolígrafo a un lado y dar más importancia a lo que la persona me contaba. Era sin duda más un acto de disfrute por mi parte, que una mera recogida de datos. Pero el método obliga, y sin él la conversación sin un fin claro no sería ciencia. Por ello me vi obligado en primer lugar obtener la información clave, y en segundo lugar a disfrutar de una buena conversación.

Las diferentes definiciones sobre entrevistas te hacen ver que una entrevista es casi convertir una conversación en un contenido científico. La entrevista se convierte en una técnica con características cualitativas que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión (Aguirre, S.1995). Así Valles, citando a Webb y Webb, le da ese sentido científico a la conversación diciendo que "*la entrevista en sentido científico es el interrogatorio cualificado a un testigo relevante sobre hechos de su experiencia personal. Puesto que el informante no se halla coaccionado, el entrevistador tendrá que escuchar comprensivamente muchas cosas que no son pruebas, ya sean opiniones personales, tradiciones y rumores sobre hechos, todo lo cual puede ser útil para sugerir nuevas fuentes de investigación y revelar sesgos. Pero la principal utilidad de la entrevista consiste en averiguar la visión sobre los hechos de la persona entrevistada*" (Valles, M.S. 2004). En definitiva experiencias de sus sentimientos. Y para ello tenemos que mostrar nuestros propios sentimientos, poner nuestra atención y escuchar con oídos y corazón. Porque como escribió Ricardo Sanmartin, nos tenemos que fijar en lo que en nuestro propio interior sucede como reacción a lo que

conocemos y nos cuentan, y así lo refleja diciendo que "*mientras realizamos la entrevista [...] lo esencial es escuchar y abrir nuestra atención a lo que se está diciendo, ante lo que está ocurriendo, a la distinta posición relativa de cada uno de los actores que intervienen en el acto, si se trata de una entrevista con varios informantes, así como a las comparaciones que se disparan en nuestro interior como reacción al contraste que resulta entre lo que conocemos y lo que los informantes nos van relevando*" (Sanmartín, R. 2000).

Al igual que con la observación directa, en las entrevistas tuve que usar diferentes formas y contenidos. Y claro está, que mientras con los pacientes usaba una acotación de la información, con los profesionales era más flexible. Tal vez, lo escrito ya por otros como Bernard, Taylor y Bogdan, te lleva a darte cuenta que la tipología de entrevistas en la práctica se amoldan al tipo de entrevistado y a los objetivos marcados. Y así pasas de ser espectador de lo que te enseñan, a actor realizando los distintos tipos de entrevistas. Existen por tanto varios tipos de entrevistas; hay entrevistas dirigidas en las que se aplican cuestionarios preestablecidos, entrevistas semi-estructuradas, y clínicas (Guber, R. 2011).

Rubin y Rubin citados por (Lucca, N.; Berríos, R. 2003) señalan que las características de la entrevista cualitativa, y que las diferencia de otras, es la forma de obtener la información. Así, señalan que:

1. La entrevista cualitativa es una extensión de una conversación normal con la diferencia que uno escucha para entender el sentido de lo que el entrevistador dice.
2. Los entrevistadores cualitativos están inmersos en la comprensión, en el conocimiento y en la percepción del entrevistado más que en categorizar a personas o eventos en función de teorías académicas.

3. Tanto el contenido de la entrevista como el flujo y la selección de los temas cambia de acuerdo con lo que el entrevistado conoce y siente.

A este respecto puedo asegurar que muchas veces las entrevistas tenían que ser en sesiones de varios días, puesto que la conversación se desviaba a temas no sólo de mi interés sino del propio paciente. Y es que una de las características de esta tesis es que en parte estudia a personas con necesidades específicas, y podría ser poco ético centrarme únicamente en mis necesidades como investigador. Y al fin y al cabo, en la entrevista etnográfica la observación te lleva a la participación, y la participación a la acción.

Viendo los distintos tipos de entrevistas existentes, inicialmente seleccioné un tipo de entrevista que me diera la oportunidad de entrevistar al mayor número de pacientes y profesionales posibles. Creí que la cantidad sería buena para el estudio que abordaba. Tras las tres primeras entrevistas con pacientes me di cuenta que la cantidad no era lo importante sino la calidad. Pude sufrir, o más bien disfrutar, de entrevistas de varias horas con pacientes que estaban deseosos de contar. Mi intención primera fue aplicar la entrevista estructurada definida por algunos autores como la situación en la que un entrevistador pregunta a cada entrevistado una serie de interrogantes preestablecidos con una serie limitada de categorías de respuesta. (Del Rincón. D, Arnal. J, Latorre. A, Sans. A. 1995). Y así creé la siguiente entrevista en la que mezclaba preguntas de diversa índole:

Datos de la vivienda:

- ¿Le gusta el domicilio donde vive?
- ¿Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades?
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)?.
- Localidad de residencia

Funcionalidad y necesidades de apoyo:

- ¿Tiene alguna dificultad en su cuidado personal, el cuidado de su domicilio, su movilidad o transporte?
- Si tiene dificultades, ¿quién es la principal persona que lo apoya?
- ¿Tiene esa persona algún problema de salud? Cuántos años tiene?
- ¿Tiene suficiente ayuda por parte de los demás?

Entrevista a pacientes con reingresos.

Datos sociales y sociolaborales

- Edad y sexo
- Nivel de estudios alcanzados
- Historia laboral. Situación laboral actual
- Recursos:
- ¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir las necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidad, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento (o distracción)?
- ¿Con cuáles de las siguientes manifestaciones identifica respectos a sus ingresos?

 Alcanzan, puede ahorrar
 Alcanzan, sin grandes dificultades
 Alcanzan justo
 No alcanzan, tiene dificultades
 No alcanzan, sufre escasez

Relación familiar:

- ¿Recibes Ayuda de la familia en caso de necesidad.?
- ¿Cómo acepta tu familia tu enfermedad mental?
- ¿Tomás decisiones dentro del ámbito familiar?
- ¿Te sientes apoyado por tu familia?
- ¿Tienes o has tenido algún familiar con patología mental?

Relaciones sociales y actividades:

- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.?
- ¿Ha tenido que dejar alguna actividad especialmente importante debido a alguna discapacidad o a barreras que no le permiten continuar?
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos?
- ¿Pertenece a algún club, organización, asociación, iglesia, etc.?
- ¿Qué tipo de actividades realiza en estos grupos?
- ¿Cuándo fue la última vez que fuiste de vacaciones?
- ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
- ¿Usas dispositivos sociales como bibliotecas, trasporte urbano, cine, etc.)?

El ámbito psiquiátrico

- ¿Cuándo fue el primer ingreso en psiquiatría o el primer contacto con la psiquiatría?
- ¿Has creado amistades con otros pacientes en la unidad durante tu ingreso?
- ¿Qué sentimientos te despierta la unidad (seguridad, inseguridad, confort, etc.)
- Sentimientos hacia las personas que trabaja en ella
- ¿Qué usos has dado a otros dispositivos de salud mental (URH, UME, CRPS, CRS, etc.)
- ¿Problemas con la justicia?
- Creencia en los fármacos que tomas
- ¿En qué empleas tu tiempo en la unidad?
- ¿Por qué reingresas?
- ¿Cuál es tu diagnóstico psiquiátrico? ¿Cuál es su diagnóstico oficial?
- ¿Has ingresado alguna vez en una unidad de hospital no psiquiátrica?¿Qué diferencias le ves a las dos?
- ¿Consumes o has consumido tóxicos?
- Enfermedades somáticas que tienes
- Incapacidades físicas

Además de estas preguntas, añadí un cuestionario que es un instrumento de valoración de recursos sociales [10]

[10] Preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Ver página web: www.geri.duke.edu/service/oars.htm. Fillenbaum, Gerda G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998.

I. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado?

1. Soltero
2. Casado/en unión libre
3. Viudo
4. Divorciado/separado

II. ¿Quién vive con usted? 1. Nadie

1. Conjugue
2. Hijos
3. Nietos
4. Otros familiares
5. Otros no familiares

III. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa?

IV. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?

Nadie

_____

V. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?

1. Ninguna
2. Una vez al día
3. Una vez a la semana
4. 2-6 veces por semana

VI. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar?

Si
No

VII. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?

1. Frecuentemente
2. Algunas veces
3. Casi nunca

VIII. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve?

Tan frecuente como deseo

Descontento por lo poco que los veo

IX. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? Si responde sí, pregunte 9a y 9b.

Si
No

9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas?

Como ya he indicado, la propia evolución de las entrevistas que iba realizando me llevó a flexibilizar el tipo de entrevista. Pasando de

una entrevista muy estructurada a una semi-estructurada o casi no estructurada. Está última me daba la oportunidad de que el paciente se expresara con más libertad. No hay que olvidar que estas personas son sometidas casi a diario a "entrevistas" por parte del psiquiatra, lo cual podía llevar al paciente a pensar o actuar de la misma forma.

Este tipo de entrevista destaca por la interacción entre entrevistador y entrevistado en la que subraya la relación es de persona a persona, en la que el deseo de entender es más que el de explicar (Vargas, I. 2012). Así, puedo recordar que ante la pregunta sobre su historia laboral la información facilitada por el entrevistado era tanta que hacía entender el por qué el paciente había llegado a algunas situaciones de ingreso. Era sin duda una parte esencial de la forma de relación del entrevistado con el medio social que lo rodea.

No obstante, y a pesar de la característica no estructurada de la entrevista, seguí el modelo propuesto por Cracken, en el que se da en primer lugar un descubrimiento de las preguntas que pueden ser importantes y en segundo lugar focalizar la atención sobre ellas y profundizar en su conocimiento (Cracken, Mc. 1988). En el primer apartado las preguntas debían acercarme a la realidad social en la que estaban las personas entrevistadas. Obtener datos socio-biográficos era una buena manera de informarme sobre ello. Otros datos que eran interesantes fueron saber cómo gestionaban su tiempo libre, como eran sus relaciones familiares o simplemente conocer cuándo empezaron su relación con la psiquiatría.

Como se puede observar en el texto de la entrevista existen muchas preguntas que tienen un carácter relativamente cerrado. Así, por ejemplo en la pregunta sobre la historia laboral, que parece una pregunta que se pueda contestar enumerando los trabajos realizados, los pacientes empezaban a hablar no sólo del trabajo realizado sino de los motivos por los que se vieron obligados a ejercerlos o dejarlos. Esta

información extra en algunas cuestiones hizo necesario focalizar y profundizar sobre preguntas que inicialmente yo no consideraba de gran interés.

Otro de los aspectos que hay que tratar cuando se realizan las entrevistas es la disposición por parte de los entrevistados a ser grabados con diferentes medios audio-visuales. Aquí puedo asegurar que el uso de dichos medios hubiera entorpecido mucho la investigación, sobre todo porque el entrevistado no se hubiera sentido cómodo (lo pregunté más de una vez y todos declinaron a ser grabados), y en segundo lugar porque las entrevistas hubieran sido muy farragosas ya que con un mismo informante podía tener más de dos y tres encuentros para completar la entrevista. Así que lo que hice, y me dio excelentes resultados fue hacer entrevistas simulando en método médico o de enfermería a la hora de preguntar, es decir, como si estuviera rellenando un historial clínico. A esta información añadí además la que el entrevistado me contaba en encuentros casuales, y que ellos mismos decían que era información que habían olvidado contarme.

En la primera entrevista que realicé caí en el error, que me ayudó para mejorar, de hacer la entrevista como si de una consulta médica o de enfermería se tratara. Me senté en una mesa, me coloqué en un lado de la mesa y el entrevistado al otro lado. Rápidamente noté que la entrevista se iba desarrollando como en una anamnesis clínica; yo preguntaba y el paciente se limitaba a contestar casi por obligación. Creo que debido a que esto lo hacía de forma voluntaria y sin beneficios para su propia salud. Pienso que el paciente se veía más entrevistado por un profesional de la salud que por un antropólogo. Así que lo que realicé en las siguientes entrevistas fue cambiar el método. Abordaba al paciente explicándole mi preocupación por sus constantes reingresos en la unidad, y añadiéndole que estaba realizando un estudio por la universidad para esclarecer un poco el por qué de tantos ingresos. Inicialmente realizaba preguntas de acercamiento, y cuando veía que

el entrevistado estaba dispuesto e interesado en contestar era cuando ya le proponía participar en el estudio. A continuación le explicaba lo que implicaba, e intentaba que la firma del consentimiento informado (que adjunto en anexos) no fuera una marcha atrás en la confianza generada al entrevistado. ¿Se imaginan hacer firmar un consentimiento informado a un entrevistado en una aldea de las Hurdes para preguntarle sobre la producción casera de queso?. Pero la norma y la ética clínica obligan, y sobre todo teniendo en cuenta que este era uno de los puntos obligados a realizar por el Comité de Bioética.

Una vez superado los trámites de acercamiento y firma correspondiente, intentaba que el ambiente en la entrevista fuera relajado, confidencial y sin interrupciones importantes. Una de las veces me planteé hacer una entrevista a un paciente en el comedor, pero esto rompería la confidencialidad en primer lugar; y en segundo lugar estoy convencido que la entrevista se hubiera convertido en una entrevista grupal, en la que otros pacientes hubieran querido opinar. Recuerdo que en una de las entrevistas una paciente entrevistada salió al pasillo bastante contenta. Decía que había recordado cosas que hacía tiempo que no hablaba y que se había "liberado", y fue a su grupo de afines y dijo: "Pepe está haciendo unas entrevistas muy interesantes, ¿por qué no os animáis a hacerlas". Al poco tiempo tenía tres o cuatro pacientes diciéndome que quería que las entrevistara. ¿Cómo le explicaba que ellas no entraban en las características que yo buscaba? Y es que una de las premisas para realizar una entrevista productiva es hacérsela a las personas indicadas, es decir a los informantes.

Otra de las barreras que tenía que superar era la de hacer entender a las personas que entrevistaba, que la entrevista era para un estudio antropológico. Tenía que asumir el papel de antropólogo, el cual es siempre un nuevo rol que se construye en su interacción con los actores (Sanmartin, R. 2003). Puedo asegurar que si es difícil hacer

comprender cuál es el papel de un antropólogo social en un ambiente extrahospitalario, aún más difícil es hacérselo comprender a una persona que está ingresada por una patología mental. Mi explicación, que incluía en la conversación previa a las entrevistas, era que mis intenciones con aquellas entrevistas era conocer el por qué necesitaba acudir tanto a la unidad de hospitalización, y que para ello un antropólogo no sólo necesita saber que pastillas toma, o que diagnóstico tiene, sino datos que iban desde donde vive, en que emplea su tiempo libre o si ha ido de vacaciones. Uno de los informantes me dio una respuesta que lo resumía todo: "Tu lo que quieres es saber mi vida fuera de aquí, porque aquí ya la conoces". Era un resumen bastante definitorio de mis pretensiones.

Si la entrevista a los pacientes entraña sus dificultades, no mucho más fáciles son la entrevistas a los profesionales. Y esto se debe desde mi perspectiva a que tienen la dificultad de dar información porque piensan que esto en cierta medida los puede perjudicar. No fue extraño encontrar frases en algunos de los entrevistados que decían:

> *"Si yo me pusiera a largar todo lo que me apetece decir…" "Yo te podría contar algunas de mis percepciones pero creo que no quedaría políticamente correcto"…"Mira te voy a decir la verdad, yo creo que en algunas de la preguntas que hagas la gente te va a mentir".*

Yo llevaba una serie de preguntas a los profesionales según al grupo que pertenecieran, y cuando me ponía a hablar con ellos o comenzaba a realizar la entrevista, lo que ellos desconocían es que, aunque las preguntas de las entrevistas eran interesantes y productivas, a mi me interesaba mucho más lo que se decía en los intervalos de descanso, o en los de inicio o fin de la entrevista. Y es que, tal vez la seriedad y rigidez de la entrevista, hace al entrevistado que diga lo que su "papel" dentro del grupo le obliga a decir, pero cuando se rompe

esa rigidez expresa en muchas ocasiones lo que realmente piensa; y es que en esta ciencia social que es la antropología, lo importante en la mayoría de las veces no es lo que se dice sino lo que se piensa, pero también lo que se hace ya que no es lo mismo decir algo frente al "cerco" que puede ser una entrevista, que decirlo en la libertad de pensar que las palabras se las lleva el viento.

Por este motivo los pensamientos de los profesionales aunque fueron en parte recogidos en las entrevistas realizadas, muchos de ellos quedaron reflejados *en mi cuaderno de notas* que siempre llevaba en el bolsillo.

5.5.4 Los informantes

Un informante es aquella persona que informa u ofrece información sobre algo bajo su punto de vista y basada en su experiencia personal. Parece una definición demasiada básica pero si me adentro un poco más en lo que supone informar puedo asegurar que ni todos los informantes son iguales, ni todos informan igual, ni la información que puedan dar sobre un mismo asunto es la misma. Por eso es necesario saber elegir bien a los mismos.

A continuación detallo algunas definiciones realizadas por distintos autores que pueden servir para quedar un poco más claro el concepto de informante:

- Son aquellas personas que por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios. (Robledo, J. 2009).
- Informante es todo individuo que proporciona información acerca de algo. El informante es un miembro bien situado

de la sociedad que estudia y con el que entabla primero y mantiene después una relación de tipo personal durante el tiempo que dure la investigación de campo (Junquera ,C. 1995).

La tarea de elegir informante no siempre es fácil ya que en ocasiones estos informantes no se adaptan a lo que uno busca o bien la información que proporcionan se aleja de los objetivos planteados. Por eso determinar quiénes serán los posible informantes clave no es siempre tarea sencilla y en ocasiones es necesario realizar una tarea de "vagabundeo" (Goetz y Le Compte.1988). Aunque sí es cierto, tal y como plantea Stake, "… *a menos que se haya tenido una experiencia negativa reciente, las personas generalmente cooperan, les suele gustar que se conozca su historia, se sienten felices de ayudar a alguien a hacer su trabajo, aunque no sean optimistas sobre el beneficio que les pueda procurar la investigación*" (Stake, R.E. 2005).

Para la realización de un estudio etnográfico es preciso seleccionar el tipo de informante que vamos a necesitar, y para ellos saber si sus respuestas van a ser útiles para nuestra investigación. Así, Báez hace una clasificación del tipo de informantes dependiendo del tipo de respuesta que vayan a proporcionar o andemos buscando:

- *Deliberada:* los roles o tipologías de informantes con los que se desea contar no se establecen aleatoriamente sino que responden a una selección muy meditada, pensada y repasada.

- *Intencionada:* expresamente buscan unos informantes que reúnan unas condiciones por su actividad, su trabajo, por el puesto que desempeñan, por sus hábitos, en fin, por su interés para la investigación como informantes.

- *Dinámica:* la selección teórica de informantes ha de ser aquella que ofrezca la profundidad y claridad que requiera la investigación, los cual implica que la búsqueda se realice activamente. (Báez, J. 2007)

Esta clasificación, o prototipo de informante que nos va a ayudar en nuestra investigación, me va dando pistas de que para mi investigación buscaré informantes de forma intencionada.

Podemos confeccionar otra clasificación de informantes y tipos de ellos a partir de la terminología que emplean distintos autores:

- *Umbrales, intermediarios.* Los primeros son con los que se comunica el etnógrafo.
- *Globales.* Personas que, por su estatus, tienen una visión global o generalista de la comunidad, de su comunidad, teniendo un conocimiento empírico del entorno que les rodea.
- *Específicos.* Personas que, por su pertenencia, competencia o labor en una determinada cuestión o institución, ofrecen una visión concreta, especializada y, hasta simplista o reduccionista de una tarea en cuestión. Por ejemplo: presidentes de las diversas asociaciones, entidades, cofradías, hermandades, clubes...
- *Con estatus adquirido.* Personas que, por su dedicación, competencia, inteligencia..., se han ganado un determinado puesto en un escalafón comunal ficticio o real. Por ejemplo: los sanitarios, en su función o jubilados, los funcionarios del Ayuntamiento, los empleados de alguna entidad bancaria...

- *Con estatus adscrito.* Personas que, por mediación de otras personas, les han sido otorgados unos determinados privilegios y/o funciones. Miembros de asociaciones de ayuda a desfavorecidos...

- *Relacionados con organismos públicos.* Son personas con acceso a una serie de información y documentos inalcanzables para la mayoría de los ciudadanos.

- *Los estudiosos, cronistas y eruditos* que ya han trabajado el mismo tema o uno parecido. Gracias a sus conocimientos, proporcionan una orientación clave que permite ganar mucho tiempo, tomar interés por cuestiones que se desconoce... Por ejemplo: otros etnógrafos o historiadores –con o sin titulación- que hacen del amor y cariño a su comunidad una verdadera dedicación altruista; folkloristas; amantes de su localidad; localistas; ecologistas; naturalistas...

Otras clasificaciones de informantes son las siguientes:

- *Informantes generales.* Son aquellas personas que no han sido seleccionadas de una manera específica ni por ningún motivo en concreto y que, por lo general, sirven para confirmar o para refutar opiniones, hechos, actividades, etc. que ya han sido recogidos y contrastados. Exponen, en una palabra, una opinión general de cualquier ritual por el que se demandaba. Y son asimismo quienes pueden trasmitir una información global sobre la comunidad, el sujeto social, la institución, etc.
- *Informantes zonales o sectoriales.* Este tipo de informantes son buscados dentro de los gremios profesionales que el etnógrafo cree -a priori- que pueden aportar datos, opiniones y testimonios a la etnografía por poseer una visión especializada de la realidad objeto de su círculo socioprofesional. Se les supone que conocen

y poseen información cualificada sobre aspectos concretos de la realidad.

- *Informantes clave-privilegiados.* Personas que por su estatus o rol en la comunidad de origen son utilizadas como fuente fundamental de información y como intermediarias ante otras personas de la misma clase social, política, religiosa, económica, etc., que se pueden convertir, a su vez, en informantes más o menos especializados en un determinado aspecto de los ritos y de las tradiciones de la población. Los informantes claves son los fundamentales en el trabajo etnográfico. Son, tras una cierta selección, a los que sometemos a extensas e intensas entrevistas personales.

Esta clasificación tiene unas características muy concretas de uso, pero en mi caso es de poca utilidad práctica ya que a diferencia de quien realiza un estudio en comunidades abiertas y con un grupo de informantes más variopinto, mi comunidad de estudio es una comunidad cerrada (simbólica y físicamente). Sí es verdad que algunos de los informantes son equiparables en ambas comunidades, pero la búsqueda en concreto de un hecho te hace que el lazo se estreche a un grupo minoritario.

En el caso de comunidades cerradas, tales como sectas, manicomios, cuarteles, hospitales o cárceles, los informantes son en ocasiones actores muy concretos por los cuales estás obligado a pasar de forma forzosa. De esta forma te encuentras diferentes figuras o actores por los que debes transitar para tener acceso a otros protagonistas. De esta forma, me atrevo a hacer otra clasificación de informantes que son más característicos de instituciones cerradas:

- *Los informantes barrera o muro:* Si quieres tener acceso al campo tienes que superar las condiciones que te imponen. En el caso de esta tesis yo tuve que superar

varios muros (unos más altos que otros). A veces estos informantes ni si quiera los ves porque se comunican a través de escritos. Son los que te informan de qué requisitos debes cumplir para poder hacer la investigación. Sin su permiso no hay nada que hacer. En mi caso estos informantes son el Secretario del Comité de Bioética y el Gerente de Área del hospital.

- *Los intermediarios y facilitadores:* Estos informantes son los que te sirven para poder tener acceso a los informantes barrera. Son los que te ayudan y te dicen qué hacer para poder llegar mejor a los informantes barrera. En mi caso fueron el Coordinador de la Unidad, la Directora Médica y la Secretaria Administrativa del comité de bioética.
- *Los informantes documentalistas:* Son los que te dan acceso a la documentación necesaria para poder obtener información del objeto de estudio. Son personas que aunque no tienen contacto directo con el trabajo de campo, y la información que tienen sobre él es la documentación administrativa del mismo. En esta tesis fueron dos personas las que me facilitaron este trabajo, el Jefe de Sección de Admisión General y el Jefe de Admisión de Urgencias. Fue este último un excepcional informante, ya que sin él muchos de los datos que se exponen en la tesis hubieran sido imposible obtenerlos.
- *Los informantes base:* En estos informantes incluyo a todas aquellas personas que de una manera directa participan en la zona de estudio o unidad de análisis. Si bien es cierto que dentro de estos informantes base hay que diferenciar a sus vez a tipos de informantes base:
    - *Informantes base con autoridad:* En ellos incluyo los generadores de normas que otros deben

cumplir. En este caso son los profesionales: Médicos, celadores, enfermeras, auxiliares, etc. En este grupo a su vez existen diferentes grupos de autoridad que no siempre se corresponden con la autoridad profesional.

- *Informantes base con subordinación:* Son aquellos informantes que cumplen las normas que otros imponen. Y que a su vez generan normas que personas dentro de su mismo grupo deben cumplir. Al igual que en los informantes base con autoridad tienen distintos grados de autoridad. Con la diferencia que en los primeros la autoridad es institucional y visible, y en estos la autoridad es invisible y se genera por contacto entre ellos.

En una *institución semicerrada*, a la que yo prefiero llamar *organización total*, los informantes base se van a diferenciar unos de otros, además de por el estatus de autoridad, por su permanencia en el campo de estudio. Está claro que al ser una institución donde hay un flujo constante de personas que entran y salen de la misma, sobre todo en el caso de los informantes con subordinación, la presencia de los mismos en el campo de estudio no va a ser la misma para unos que para otros. Y en el caso de las personas que ingresan en la unidad el acceso a la misma va a ser también diferente. Por este motivo, y atendiendo a mis pretensiones en esta tesis, los informantes bases subordinados que yo seleccioné fueron los que reingresaban en la unidad.

Otra de las características que buscaba en mis informantes es que, a pesar de estar ingresado en la unidad de agudos, fueran totalmente conscientes de lo que estaban contestando y sobre todo firmando (consentimiento informado). Resultaría difícil y poco productiva, y sobre todo poco ético, hacer una entrevista a un paciente que está sufriendo

alucinaciones o está en un apogeo de sintomatología paranoica. Además, y a la vista de los resultados previos que tuve en la parte cuantitativa, pude observar que los pacientes que más reingresaban eran pacientes con trastornos de personalidad y del estado de ánimo. Los primeros, y como característica de su patología (demandantes de atención), son muy buenos informantes y colaboran al máximo en las entrevistas. Se sienten especiales y sobre todo atendidos. Algunas entrevistas se alargaban a varios días. En cambio en los trastornos del estado de ánimo el asunto se complica, porque resulta extremadamente difícil hacer una entrevista sobre todo a los pacientes depresivos, porque en ocasiones, y al rememorar su vida se venían abajo y aparecía el llanto. Con estos pacientes tuve especial cuidado a la hora de entrevistar ya que no quería que mi actuación empeorase o agravase el cuadro clínico. Por lo que procuraba hacer entrevistas más cortas y concisas. Me di cuenta que con las entrevista lo que estaba haciendo eran *historias de vida.*

Por último, y como característica interesante de esta tesis, es que los informantes van a describir el mismo hecho pero desde perspectivas totalmente diferentes. Es una comunidad en la que existe una barrera similar a la que pudiera existir en campos de concentración, colegios, sectas, etc., es decir, que aunque todos los miembros de la comunidad están creando y vivenciando el mismo hecho social cada uno de los dos grupos, autoridades y subordinados, lo viven de una forma totalmente diferente. Esta barrera es la que yo domino "barrera de poder", en el que un grupo depende de las decisiones que toma el otro grupo. Se podría decir que si dentro de la normalidad está que una comunidad busque el beneficio global de la misma a través de sus acciones y representaciones, en estas microcomunidades o organizaciones totales, como yo prefiero llamarlas, los objetivos de sus miembros son similares pero mientras que los subordinados quieren obtener el beneficio de curarse, las autoridades quieren otorgar dicha

curación. Y aunque parezca lo mismo, no siempre el que quiere curarse y el que quiere curar coinciden en cómo alcanzar el mismo objetivo, y tal vez por ese motivo se repite la interacción repetitiva de algunos pacientes con los dispositivos de salud mental, y en definitiva el reingreso hospitalario. Son por tanto instituciones, o al menos en el caso del la unidad de agudos de psiquiatría, en el que se produce una dualidad en el poder, lo que conlleva a la separación de dos grupos diferenciados por la forma de conseguir un mismo fin: la salud. Se propone incluso acuñar el término de "organizaciones de dualidad autoritaria".

5.5.5 Historias de vida. La posibilidad de transformar vivencias en datos: una prueba de fuego para los sentimientos.

A pesar de la dureza que supuso recoger datos de los más de mil quinientos informes de alta que tuve que leer para la parte cuantitativa de esta tesis, puedo asegurar que mucho más duro han sido las entrevistas a algunos de mis informantes clave; sobre todo pacientes. Y es que cuando uno se enfrenta a la lectura de un documento, lo que tiene delante de él, a pesar de ser la realidad escrita de una persona, es simplemente una o varias hojas de papel. En cambio, cuando uno pasa varias horas o días estableciendo conversaciones con una persona, y esta te cuenta su vida y el porqué de su situación la cosa cambia diametralmente. Y cierto es que en esta tesis no he considerado tener un número muy elevado de historias de vidas de pacientes, pero la intensidad de algunos de sus relatos compensa con creces su número.

Cuando eliges a un informante y comienzas la entrevista, ese momento se convierte en un continuo ir y venir de sentimientos, que muchas veces te afectan personalmente. Resulta difícil oír a una persona que sus intenciones son acabar con su vida, o que te enseñe como sus cicatrices de intentos suicidas anteriores que por fortuna les han salido mal. O que te cuenten como han ido perdiendo a sus

familias, trabajo, amigos, y en definitiva su círculo de vida. La entrevista se convierte no sólo en escuchar y obtener datos sino en un despertar de sentimientos a veces no tan agradables como uno espera.

Podemos encontrar varias definiciones o descripciones de lo que son historias de vida:

- "*Historia de vida es el estudio de caso referido a una persona determinada, que comprende no solo su relato de vida sino cualquier otro tipo de información o documentación adicional que permita la reconstrucción de la forma más exhaustiva y objetiva posible*"(Alonso. M.2008).
- "*Historia de vida es el registro extenso de la vida de una persona, informado por ella misma, por otras personas o por ambos procedimientos, tanto si adopta forma escrita como si resulta de entrevistas mantenidas con el sujeto*" (Langness,L.L.1965).
- "*Historia de vida es el relato autobiográfico, obtenido por el entrevistador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objeto es mostrar el testimonio subjetivo de su persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones*" (Pujadas,J.M.1992).
- "*Las historias de vida es el uso y colección debidamente estudiados de documentos personales, que describen momentos decisivos en las vidas individuales*" (Denzin,N.K,1989).

Como se puede observar el punto en común que se puede ver en estas definiciones es la finalidad de obtener datos de una persona a través de los que nos cuenten sus documentos o sus palabras. Pero para mí, la historia de vida es algo más que sentarse a hablar con una persona, dirigirla para que nos cuente su hechos vitales y recoger datos; para mí la historia de vida es un proceso que cuenta una persona a la que inicialmente no conocemos pero que en el tiempo en contacto

con ella puede despertar sentimientos de diversa índole. La historia de vida es en sí un proceso que abarca varias fases:

1. *Acercamiento a la persona.* En esta fase no conocemos a la persona que vamos a entrevistar o simplemente en las que vamos a charlar. Vamos a ella con la intención de obtener una información que previamente hemos supuesto nos puede ayudar a entender una situación en la que está inmerso o de la que ha sido partícipe. Obtener una historia de vida necesita su preparación.
2. *Afloramiento de sentimientos.* Normalmente cuando una persona (al menos durante este tesis) comienza a contar su vida, empiezan en ella a aflorar varios tipos de sentimientos. Sobre todo dos: la añoranza y la tristeza. El paciente, a veces al recordar tiempos pasados que para él o ella fueron mejores, sufre cierta melancolía, y al compararlos con la situación presenta a veces les entra tristeza (recordemos que en esta tesis los pacientes están ingresados). Este fluir de sentimientos no deja indiferente al entrevistador ya que se ve envuelto en ellos por la empatía. Y si recordamos que el método de la etnografía es la observación participante, en estas historias de vida el paciente nos hace partícipes en sus sentimientos al contarnos su vida o sus momentos más decisivos.
3. *Vuelta al presente*. Poco a poco el relato de vida llegará hasta el presente, y será en ese momento cuando entrevistado y entrevistador se vean obligados a afrontar la situación presente. Los sentimientos se deberán ir calmando.

Por tanto la historia de vida no es sólo un relato de acontecimientos vitales en la vida de una persona sino todo un entramado de sentimientos que se despiertan durante su recuerdo, y que en mayor o menor medida pueden llegar a influir en la persona que los escucha.

Estas historias de vida suponen la representación de un hecho cultural vivenciado de forma individual. Tal y como señala Juan José Pujadas, ante la cuestión de cómo no son estas historias de vida un corpus propio dentro de la antropología, la respuesta sea que tal vez los objetivos de la propia práctica empírica de la antropología está más orientada a desvelar las bases de la constitución y funcionamiento de los sistemas socioculturales que hacia el análisis y la comparación de las trayectorias individuales.(Pujadas, J.M. 1992).

A pesar de la considerable importancia que tienen las historias de vida, y el método biográfico en sí, no hay que olvidar que el método etnográfico no sólo se nutre de lo que nos cuenta sino de los que nosotros también vivimos. A lo que hay que añadir las advertencias realizadas por Kluckhohn en 1945, en las que señala:

- La gran mayoría de las historias de vida publicadas son demasiado superficiales y limitadas a sucesos objetivos. No nos proporcionan ni la sombra de una vida, tan solo el bosquejo de su esqueleto.
- Los diferentes grupos de edad y sexos están desigualmente representados. La mayoría de los sujetos tienen más de cincuenta años y son varones.
- Con la excepción de media docena de tribus, no existen bases para la comparación de las historias de vida en la misma cultura y, por tanto, para juzgar si un documento particular es un ejemplo representativo.
- La anotación es muy escasa y casis exclusivamente de carácter etnográfico. El análisis y la interpretación tan sólo aparecen de forma lateral.
- Las condiciones en que se ha realizado la encueta, así como las técnicas por las que se han obtenido los datos se reseñan de forma muy inadecuada.

- Los materiales biográficos publicados son, en el mejor de los casos, comparables sólo de forma general y tosca porque las condiciones y las técnicas son, o bien desconocidas o, si al menos están parcialmente descritas, muy diferentes (Kluckhohn, C. 1945).

En contraposición a lo expuesto, o al menos aclarando mis pretensiones a la hora de utilizar algunas historias de vida en esta tesis, es que con ellas no pretendo profundizar en las vidas de las personas a las que entrevisto, sino en aquellas situaciones o vivencias que han sido favorecedoras del uso continuado de la unidad de ingreso en psiquiatría. La elección de edad en las historias de vida que contemplo no es una variable que tengo en cuenta ya que lo que une inicialmente a los que me han contado sus historias de vida ha sido el reingreso hospitalario. Y por último decir que las historias de vida que expongo no pretenden esclarecer universales antropológicos sino dar voz a las personas, y sobre todo de conocer que cauces han desembocado y causado el fenómeno estudiado. Y ante todo dar una contextualización del fenómeno tanto social como culturalmente. A este respecto Jones, ampliando el aporte de Dollard, describe cinco criterios que el investigador ha de tener en cuenta, y que yo al menos he intentado:

a. *La persona deber ser contemplada como miembro de una cultura. Esto implica la descripción e interpretación del relato del sujeto sobre su evolución en el mundo cotidiano o segmento relevantes de la realidad social.* En mi caso me interesaba por la historia laboral.
b. *Hay que reconocer el importante papel que juegan otras personas significativas en la transmisión de cultural.* El grupo familiar, los grupos de pares, los mentores o figuras influyentes en el desarrollo del sujeto, etc., todos estos grupos y personas han establecido o establecen interacción con el sujeto que cuenta su relato biográfico.

c. *Es necesario especificar la naturaleza de las acciones sociales y de la realidad social.* En este sentido, se pueden explorar las creencias expresivas sobre fenómenos sociales contenidas en los rituales, los mitos y el propio lenguaje.
d. *El carácter continuado y relacionado de la experiencia a lo largo del transcurso temporal debe ser objeto de análisis.* Es decir, hay que comprender cómo se constituyen, desde la perspectiva de una secuencia histórica de eventos, las significaciones y las atribuciones que al actor social asigna a los acontecimientos que ha vivido.
e. El contexto social debe ser asociado permanentemente con la acción de la persona. Las relaciones entre diferentes contextos (por ejemplo, el ámbito del trabajo y el ámbito de lo que no es el trabajo) pueden permitir una más adecuada comprensión del caso.(Jones,G.R. 1983)

Mi interés por tanto es conocer a la persona y sus vivencias relacionadas con el mundo que le rodea, incluyendo en sus descripciones familiares, del trabajo y del espacio social. Y es que una persona no es ajena al entorno sino que es moldeada y culturizada por lo que le rodea.

La utilización de las historias de vida van a tener una serie de ventajas e inconvenientes tal y cómo señala Pujadas, haciendo referencia a los ya indicado por Thomas y Znaniecki en 1958. Estas ventajas serían:

- La posibilidad que ofrece en las etapas iniciales de una investigación para poder formular una hipótesis.
- Nos introduce en profundidad en el universo de las relaciones sociales primarias. Introduciendo en ellas a relaciones familiares, relaciones con los compañeros, vecinos, amigos, etc.

- Nos proporciona un control casi absoluto de las variable que explican el comportamiento de un individuo dentro de su grupo primario, que representa el nivel esencial de mediación entre el individuo y la sociedad.
- Nos da respuesta a todas las eventuales preguntas que pudiéramos formular a través de encuesta, entrevista o cualquier otra técnica de campo (con excepción, en la mayor parte de los casos, de la observación participante), debido a la minuciosidad y el detalle con el que se recogen todas las experiencias vitales.
- En los estudios de cambio social, el relato biográfico constituye el tipo de material más valioso para conocer y evaluar el impacto de las trasformaciones, su orden y su importancia en la vida cotidiana, no sólo del individuo sino de su grupo primario y entorno social inmediato.
- En cualquier tipo de estudio sirve de control de perspectivas etic y macro, pues aporta el contrapunto de su visión emic y micro.
- Muestra universales particulares longitudinalmente, ya que integra esferas sociales y de actividad diferentes (familia, trabajo, amistad) y a la vez, presenta trayectorias concretas y no abstracciones estructurales.
- El uso de relatos de vida paralelos, constituyendo una muestra representativa respecto a nuestro universo de análisis, sustituye a la mejor encuesta o batería de entrevistas.
- En la etapa de conclusiones, en cualquier tipo de investigación, la realización de una o varias entrevistas biográficas nos sirve como un eficaz control de resultados.
- En la etapa de la publicación de los resultados de una investigación, la historia de vida es la mejor ilustración posible para que le lector puede penetrar empáticamente en las características del universo estudiado.

Y los inconvenientes:

- La dificultad práctica, que a veces puede llegar a ser extrema, de obtener buenos informantes, dispuestos a colaborar y provistos, además, de una buena historia que contar.
- La dificultad de completar los relatos biográficos iniciados, bien por cansancio del informante, problemas con el investigador o cualquier otra circunstancia sobrevenida.
- La dificultad de controlar la información obtenida, si no es mediante la observación participante, la realización de relatos biográficos cruzados, o como mínimo validarlos con catas por medio de entrevistas a terceras personas.
- Un peligro es pensar que los relatos biográficos hablan por sí mismos, renunciando consecuentemente al análisis en profundidad de la narrativa recopilada.
- El peligro de la impaciencia del investigador, debido a la lentitud o morosidad del sujeto, que suele suponer una precisión indebida hacia este o lo peor, un excesivo direccionismo en las sesiones de encuesta, lo que puede acabar totalmente con la fiabilidad del método.
- El peligro de la seducción que produce un buen relato biográfico, sobre todo porque no se ajuste a unos criterios de validez (adecuación de los objetivos temáticos de la investigación) y de representatividad (persona que ejemplifique un determinado tipo social)
- También es peligroso el caso opuesto: el exceso de suspicacia o de actitud crítica. Pensar que nos están dando gato por liebre.
- El mayor de los peligros en la utilización de relatos de vida es la fetichización del método biográfico; es decir, pensar con uno o varios buenos relatos ya tenemos toda la información y

todas las evidencias necesarias para pasar a un buen análisis y llegar a conclusiones válidas (Pujadas.J.M.1992).

Teniendo en cuenta las anteriores recomendaciones sobre los efectos negativos de usar mal el método biográfico puedo decir en mi defensa que la selección de buenos informantes ha sido fácil y sobre todo continuada en el tiempo. Esto se ha debido a que el factor que he buscado en la población "reingresante" ha sido la característica que tienen en común: el reingreso hospitalario. La duración de este estudio, de casi cinco años, me ha facilitado escoger a esos "reingresantes", ya que sabía que más tarde o temprano volverían a ingresar (o al menos lo suponía). La segunda dificultad, sobre terminar el relato biográfico iniciado, puedo decir que afortunadamente yo no he tenido ese problema, sobre todo porque la confección de estos relatos se ha basado en una entrevista a la que intentaba dar un inicio y un fin. Por lo tanto, me marqué como preciso el poner unos límites temporales de información a los mismos. Se podría llegar a considerar por este motivo que más que historias de vida son entrevistas de vida. También tuve en cuenta que las historias no fueran de una rigidez extrema sino que se adaptasen a lo que yo necesitase y a lo que el entrevistado considerase oportuno. Hubo uno de los entrevistados que durante una de las charlas centró su discurso en el tratamiento que recibió su hijo hasta que murió. En ese momento, pensé que aquella información se podía alejar de los objetivos que yo buscaba, pero más tarde me di cuenta de dos cosas: la primera que aquella charla hizo que el paciente desahogase sentimientos y se encontrara mejor, lo cual aumentó la complicidad conmigo; y en segundo lugar que la información que me estaba dando, aunque no era directa sobre su persona, sí servía para relacionar sus condiciones familiares a la hora de establecer un mayor vínculo con la institución de ingreso que son su propia familia.

Tampoco me dejé seducir por uno o dos relatos para inferir conclusiones. Lo que sí busqué fue informantes que fueran

representativos de los diferentes "tipos" de reingresantes. Así, pude diferenciar, gracias a la parte cuantitativa de esta tesis, que había dos grandes grupos de personas que reingresaban: las personas con trastornos de personalidad y los distímicos (estados bajos de ánimo). El uso de entrevistas cruzadas me dio la posibilidad de observar la similitud de vidas entre estas personas.

Por último, no usé la historia de vida como forma de contacto con el medio, ni como la obtención de datos, sino como una potenciación de verdadero método etnográfico, la observación participante.

Para concluir este apartado señalar que lo que yo buscaba era conocer las sensaciones, sentimientos y pensamientos de estas personas que en períodos de tiempo, algunos casi toda la vida, unen sus vivencias externas a sus vivencias en la unidad de psiquiatría. Es decir, conocer el continuum entrelazado que se produce entre la vida en comunidad y la unidad de ingreso de las personas que reingresan.

VI ETNOGRAFÍA. CON LOS PIES PUETOS SOBRE EL CAMPO DE TRABAJO.

Una cosa es creer saber algo sobre metodología y otra muy distinta es poner en práctica esa metodología. En mi caso, y antes de hacer mi entrada en el terreno de estudio, procuré leer de nuevo aquellos textos que te orientan sobre qué hacer antes, durante y después de llegar a la zona a investigar. Uno lee lo que otros han hecho y les ha servido. Pero en mi caso la disyuntiva surgía cuando mis lecturas iniciales se centraban en obras de antropólogos que habían realizado trabajo de campo de los denominados al "uso", es decir romper con su espacio físico y cultural para irse a otro totalmente diferente. Leer algunas experiencias antropológicas como las de Paul Rabinow en Marruecos, Bronislaw Malinowski en la isla Trobriand, o incluso las contadas en clase durante mi periplo universitario por algunos de nuestros profesores, te hacen empequeñecer. El sentimiento de infravaloración te embarga cuando conoces las obras de tan grandes personajes. Pero poco a poco, y tal vez con la madurez crítica que te dan ciertas lecturas y sobre todo por consejos ofrecidos por otros colegas de investigación, te das cuenta que un trabajo etnográfico de calidad no necesariamente significa una ruptura con el medio cultural habitual, sino que se puede buscar al "otro" dentro de nosotros mismos. De esta forma empecé a descubrir interesantes trabajos de etnografía realizados dentro de lo que podría ser considerada nuestra propia cultura. Así, pude conocer la obra de José Luis Anta Félez y sus investigaciones en cuarteles y otras instituciones totales, las de Joan Prat, María Dolores Vargas y Pepe Rodríguez sobre sectas, la de José Leal Rubio y sus estudios en manicomios, o la de Margarita Sánchez-Candamio Méndez sobre su investigación en hospitales. Tal vez, la ingenuidad del iniciado en la investigación etnográfica te hace imaginar metas antropológicas con fines demasiados extensos. Así que, de esta forma, mediante la lectura de textos "cercanos" comencé a

darme cuenta que mi investigación era posible, aunque, y creo que es normal, no era consciente de las dificultades que suponía investigar.

En algunas de estas lecturas era testigo de la ansiedad con mezcla de ilusión que sentían los investigadores antes de iniciar ese "viaje" a buscar la ruptura cultural. Este no era mi caso, yo llevaba haciendo esa entrada en el campo de trabajo diez años atrás, pero con unas pretensiones totalmente diferentes a las que tenía cuando me planteé hacer esta tesis doctoral. Mi ansiedad me la provocaba el pensar sobre mi capacidad o no de de usar la lente antropológica para poder dar respuesta a algunos de los interrogantes que me surgían. Así, mi puesto como enfermero en la zona de estudio me hacía ver problemáticas centradas en los cuidados y en la salud de los pacientes, pero cuando terminé mis estudios de antropología social empecé a ser consciente de la particularidad que ofrecía el entorno clínico en el que venía trabajando desde hacía años.

Ese "extrañamiento" sobre algunos de los aspectos que ocurrían en la zona de trabajo me surgió cuando empecé a usar el razonamiento etnográfico y no el clínico. De esta forma, cuando veía el fenómeno del reingreso hospitalario de pacientes con enfermedad mental desde un prima clínico, la respuesta era simplemente que se trataba de un fracaso terapéutico y una falta de respuesta social. Pero cuando lo empecé a mirar desde una óptica etnográfica me di cuenta que en el factor reingreso había muchas más variables y condicionantes de las que yo imaginaba. El ambiente de la propia unidad de ingreso, el ver los datos que van más allá de los antropométricos y clínicos de los pacientes, y conocer en profundidad las relaciones interpersonales de los agentes implicados en el estudio, me proporcionó una visión más amplia para conocer, tal vez no todos los motivos del reingreso de pacientes, pero sí para descubrir los condicionantes que los potenciaba.

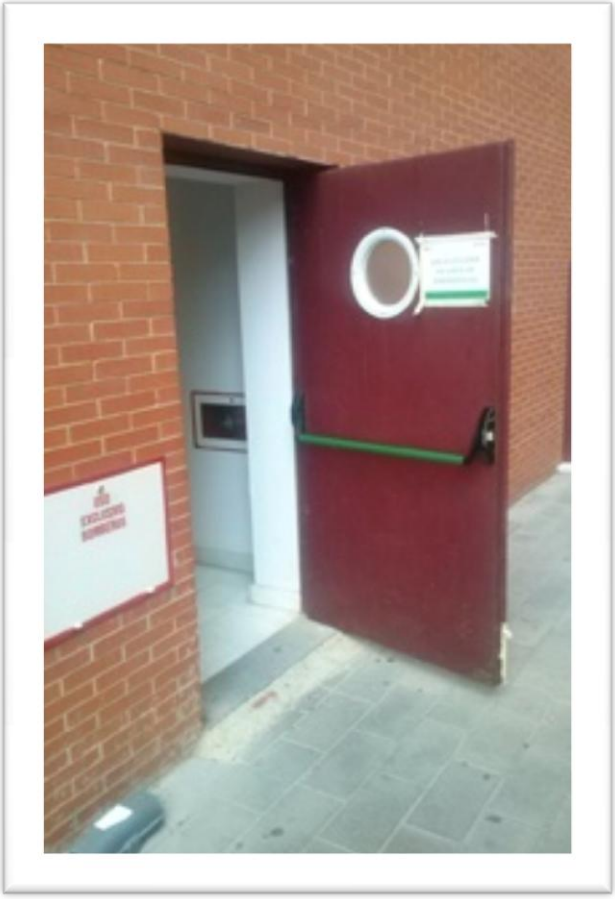
Estos pacientes que otros llaman reingresadores, hiperfrecuentadores, multiasistenciales, recidivantes, yo los empecé a llamar *pacientes boomerang*. Será mi propósito, en este apartado sobre el proceso etnográfico que he llevado a cabo en el campo de estudio, dar a descubrir cómo ha transcurrido mi investigación.

6.1 La entrada en el campo de trabajo y el inicio del trabajo de campo.

Ya adelantaba en la parte metodológica de esta investigación que el acceso al trabajo de campo en un hospital necesita una serie de requisitos y obligaciones burocráticas que se conceden fuera de la propia institución. El hospital no es una pequeña aldea, fiesta patronal o situación concreta dónde se manifieste una cultura "al uso" (ritos de paso, devociones religiosas, actividades culinarias, etc.). El hospital es una estructura donde quedan reflejados múltiples de estas manifestaciones señaladas, pero dentro de un espacio físico muy determinado. No es mi intención extenderme en este asunto pero si considero necesario el establecer algunas comparaciones para poder explicar y defender mi afirmación de que el hospital es una estructura creada con similitud al entorno que le rodea y donde está construido:

1. El hospital tiene un lugar de acceso oficial (la puerta de entrada) y varios accesos secundarios. Así, al igual que una ciudad o pueblo, el hospital tiene señalizada su entrada y salida oficial, y su zona de paso. Es la zona de control donde se observa quienes son las personas que entran y salen de él. Pero al igual que un pequeño pueblo, el hospital tiene sus zonas de acceso secundarios que normalmente son conocidas únicamente por sus foráneos. Estas puertas accesorias, como calles de menos importancia que entran al pueblo, son de uso exclusivo de quien las conoce. Y así, se puede observar como algunos trabajadores, para ahorrar tiempo en llegar a

determinados lugares las usan a discreción. Puertas como las de cocina, lavandería, mortuorio, rehabilitación o consultas externas, suelen convertirse en coladeros de personas que traen en jaque al personal de seguridad del hospital. Por tanto, puedo afirmar que salvo en el turno de noche el hospital no es precisamente una estructura física cerrada. Es una población con muralla pero con gran número de puertas de acceso.



Puerta de acceso secundaria

2. El hospital cuenta con unos controles para la identificación de "los extraños". Esta estructura, a pesar de su función pública, es una estructura que se "defiende" del extraño. Y para ello implementa una serie de controles tales como seguridad privada propia (a modo de policía), identificación documental para trabajadores y usuarios, y horarios de actividad.

Esa enculturación previa en la cultura que existe de las puertas afuera del hospital facilita a la persona que llega a este la adopción de unas normas de comportamiento que le son similares y conocidas. Se podría decir a modo de analogía con las nuevas tecnologías, que las acciones de una persona dentro de un hospital son muy predictivas.

Estas actividades de control hospitalario hacen que las personas tengan programadas sus actos dentro del edificio con casi precisión horaria. Una característica propia de las *instituciones totales.*

3. A las anteriores porciones que forman parte de esta organización del hospital hay que sumarle la presencia de otros fragmentos que guardan gran similitud con la estructura cotidiana de la sociedad que lo alberga. De esta forma podemos encontrar la representación de creencias religiosas en una capilla, lugares de ocio como la cafetería y lugares de tránsito a modo de las avenidas y calles de una ciudad como

son los pasillos. A todo esto se debe añadir una figura de cohesión y control sobre la actividad hospitalaria. Y así, en equiparación al ayuntamiento o al gobierno, se encuentra la gerencia del hospital con sus correspondientes direcciones y jefaturas. Desde aquí se controla la "normativa oficial" del hospital, sus tiempos y distribución de los espacios.

Como se puede observar, en esta brevísima comparación del hospital con una estructura urbana, no he mencionado en ningún momento la finalidad del mismo. Pero sin duda también se pueden establecer analogías con poblaciones especializadas en determinadas elaboraciones o manufacturas dependiendo de la actividad productiva a la que se dedique. O incluso con algunos de sus barrios. Y de esta forma, el hospital dentro de su propia estructura es un ente dividido en parcelas especializadas que van desde la zona de alumbramiento de nuevos miembro de la sociedad hasta la zona de "reparación" de los mismos. Esta forma simplificada de describir el hospital me sirve para comparar a este con una pieza que cumple su función dentro de una maquinaria más compleja cual es la sociedad. Pero, ¿ sabe dar una respuesta adecuada y con argumentos suficientes a las peticiones que le llegan desde el todo externo al que pertenece? Desde mi punto de vista creo que hay una parte a la que todavía no responde satisfactoriamente.

Señalaba en el capítulo de la selección del campo de trabajo las diferencias entre *unidad de análisis* (el zoom óptico) y *la unidad de observación* (el gran angular). De esta forma y continuando con la pregunta que antes me planteaba, y que inicialmente contesto con un no, es necesario irse a esa zona del hospital en la que considero que aún no se ha conseguido dar respuesta a una petición que la sociedad, tal vez por desconocimiento o tal vez por tradición viene realizando desde hace tiempo: "Enderezar los renglones torcidos de Dios". Ese

viaje desde una estructura compleja como es un hospital hasta una estructura más simple como es una unidad de hospitalización sería comparable, y hablando en términos fotográficos, a hacer un giro del objetivo que nos llevase desde una distancia focal de un 18 mm hasta un 300 mm.

Una vez seleccionada esa "zona minúscula", que me ha llamado la atención por su particularidad frente a otras, se hace necesario acceder a ella para comenzar a trabajar en el campo. Anteriormente ya adelantaba los permisos, autorizaciones y beneplácitos que tuve que obtener para al menos poder investigar, pero advertía que todavía el proceso no había concluido.

6.1.1 Las dificultades de acceso a los datos.

En etnografía no sólo se tienen en cuenta los relatos de los informantes para dar contenido a la investigación, sino que también se adquiere información de otras fuentes como son las documentales. En el caso de esta investigación consideré desde el principio la necesidad de acceder a los *historiales clínicos* de los pacientes para poder obtener información del fenómeno que estudio: *el reingreso hospitalario*. Este acceso a historiales está totalmente blindado. Y la dificultad se hace aún mayor si lo que se pretende es tener acceso al historial físico debido a que desde 2010 el Servicio Extremeño de Salud impuso el sistema informático JARA para la gestión integral de la atención al paciente. Es decir, la informatización de los documentos clínicos de los pacientes. A esto hay que sumarle, casi más importante que lo anterior, que para poder acceder a los historiales que aún quedan con forma física supone la movilización de parte del personal de archivo; y puedo yo decir que esto no es misión imposible, pero sí misión a muy largo plazo. De esta forma me encontraba con la dificultad de tener acceso al documento físico, así que tuve que usar otras vías para obtener gran parte de la información empírica que se ha manejado en esta investigación. Relato

a continuación las superación de obstáculos que tuve se pasar para poder acceder a referida documentación.

Una vez tramitados y concedidos los permisos correspondientes para poder obtener información de los pacientes se me planteaba el primer problema, ¿cómo obtengo el listado de pacientes que ingresan en la unidad? Afortunadamente, y tendiendo los contactos y conocimientos oportunos sobre la estructura del hospital, me puse en contacto con el jefe de servicio de admisión y este, tras enseñarle la documentación que me autorizaba al acceso, se ofreció a ayudarme. Señalar aquí la buena relación que tengo con esta persona desde antes incluso de iniciar la investigación, detalle que hay que tener en cuenta porque si esto no hubiese sido así tal vez los resultado no hubieran sido los mismos (de nuevo indico el recelo absoluto de dar datos de pacientes a nadie). Sacar los listados llevó su tiempo, ya que lo que hice fue pedirle ingresos año por año. De esta forma, cuando iba teniendo el listado del 2011 organizado y con la relación de pacientes reingresadores, le pedía el listado del año siguiente. Esto duró varios meses de gestiones encaminadas a superar dificultades inherentes al funcionamiento de la institución y a la opacidad, lógica y profesional, con que se tratan los historiales médico-sanitarios.

Dado que el total de pacientes que ingresaron en la unidad en el período de estudio, desde el año 2011 al 2014, superaba los 2000, la organización de datos era extremadamente laboriosa. Pero para ello había una posible solución que me facilitaría mucho el trabajo: pedir los listados en formato Excel (los que me habían dado estaban en papel). Aquí empezó un pequeño calvario, y es que para no dar más trabajo a esta persona (que ya tenía bastante)[11], solicité permiso para acceder a los datos yo mismo. Para ello se me tenía que asignar un perfil profesional específico dentro del hospital. Lo que suponía realizar otra vez nuevas peticiones y más trámites burocráticos. Así que empecé

[11] Esta persona tuvo problemas cardiacos serios y estaba sometido a mucho estrés en el trabajo.

poniéndome en contacto con CEDATEX (Centro Distribuidor de Asistencia Técnica de Extremadura), el cual me indicó que sólo con la autorización de mi dirección esto podría ser posible. Tras esto, hice la petición formal a la Dirección de Enfermería para que me diesen la autorización correspondiente. De nuevo tuve que adjuntar los permisos de investigación, así como la autorización del comité de bioética de la investigación de Badajoz. Mi sorpresa llegó cuando varias semanas después se pusieron en contacto conmigo los servicios jurídicos del hospital para que hablase con ellos sobre el asunto. Otra vez, el pertenecer a la organización me ayudó a solventar el problema. Afortunadamente conocía a la abogada de los servicios jurídicos del hospital, y esto me ayudó a concertar rápidamente una cita con ella. Me dijo que toda la documentación estaba en regla pero que no entendía el por qué todo esto había terminado en su despacho. Yo tenía mis dudas y sospechas, pero creo que no caben en esta tesis, porque lo que pretende mostrar son hechos y no sospechas. La abogada me dijo que por ella no había ningún problema en el que se me concediesen los permisos y darme un perfil profesional que me permitiera acceder a los datos de admisión; si bien eso no dependía de ella sino de la Dirección de Enfermería. Puedo decir que hasta la fecha de hoy no he obtenido el permiso para que me den el perfil que solicitaba. Así que, ¿cómo conseguí tener los datos en formato Excel? De nuevo el pertenecer a la organización me ayudó a solventar el problema. De esta forma, me entrevisté con el Jefe de Admisión de Área, quien me dijo que me podría ayudar. Así que, tras presentarle de nuevo toda la documentación con los permisos, me proporcionó el listado Excel del 2014 (era el único que necesitaba entonces puesto que los anteriores, y dado el paso del tiempo, ya los había trabajado para obtener la información). Por fin, tenía los listados al completo para poder obtener la información que necesitaba. Total: casi 5 meses de gestiones.

Ahora bien, el periplo anterior aún no había terminado, ya que una vez que tuve los listados tocaba organizar y distribuir los pacientes por número de ingresos que tuvieron durante el período de estudio. Y ahora la cuestión casi más importante: ¿de dónde podía sacar los datos biográficos de los pacientes? Me decanté claramente por los informes de alta que se les entregaban a los pacientes por parte de los psiquiatras ¿Y por qué sólo por los informes de alta? Por la sencilla razón de que los psiquiatras hacen este documento en JARA, aunque sí añadir que el resto de la historia clínica la continúan realizando (evolución y comentarios) en documento de papel. Y aquí viene la dificultad más importante que podría llegar a tener un investigador ajeno a la estructura institucional a la hora de realizar un estudio sobre este tema: ¿cómo se tiene acceso a los informes de alta? Pues bien, para ello la persona que quiera tener acceso a estos informes lo tendrá que realizar a través del sistema JARA, y este únicamente es accesible si se tiene un nombre de usuario y una contraseña (que sólo puede ser usada por el propietario y bajo ningún concepto se puede ceder ni prestar a otra persona). Para tener un usuario y contraseña es obligatorio tener un puesto de trabajo en el hospital, además de un rango específico dentro de la atención clínica (únicamente enfermeros y médicos).

Con el desarrollo del texto anterior he querido mostrar *la dificultad de acceso a parte del trabajo de campo* que puede llegar a tener un investigador cuando parte del estudio se dedica a pacientes y se realiza en una estructura hospitalaria. Quiero con esto decir que cualquier etnógrafo que quisiera llevar a cabo un estudio con estas características y objetivos le iba a resultar muy difícil o casi imposible realizarlo si no forma parte de la organización. Por tanto y para resumir estas dificultades de acceso al campo de trabajo puedo decir que en caso de investigar en hospitales y pacientes un etnógrafo se encontrará con las siguientes dificultades:

1. Deberá conocer la normativa correspondiente a la investigación clínica, sea o no con ensayos clínicos, para obtener los permisos pertinentes para poder acceder a la información de pacientes hospitalizados.

2. Deberá conocer la estructura organizativa del hospital para poder saber a quién dirigirse según la información que requiera (conocer qué puesto jerárquico ocupa en dicha escala el informante).

3. Conocer la estructura física del hospital para saber dónde buscar la información y a quién se la puede pedir (conocer donde están los informantes).

4. Conocer "el lenguaje" "y códigos" hospitalarios, que en este caso son los impuestos por el sistema JARA.

5. Tener acceso y autorización a las fuentes de información. Lo cual incluye no sólo tener acceso a terminales con acceso a JARA (ordenadores interconectados al sistema), sino tener asignado un usuario y una clave de acceso.

Con lo expuesto y resumido en estos cinco puntos anteriores puedo advertir a futuros investigadores ajenos al servicio y al sistema de salud (en este caso de Extremadura), que si sus pretensiones son hacer un estudio de similares características vayan dándole otra orientación u otra forma de tener acceso a los datos (al menos clínicos), porque si no sus proyectos se verán frustrados.

6.1.2 Pisando tierra. La entrada en la zona de trabajo.

Queda descrito en el anterior apartado *la dificultad para poder acceder a la información de pacientes* a la hora de hacer un estudio. Pero ahora bien, una cosas son los datos socio-clínicos-biográficos que

se usarán en la *parte cuantitativa* de esta tesis, y otra muy distinta son los datos de *las entrevistas con los informantes.*

De nuevo, y haciendo referencia a *la unidad de análisis y a la unidad de observación*, en este trabajo de investigación consideré como la unidad de análisis la zona física-temporal donde se produce el fenómeno de estudio. Y así, de esta forma, circunscribí la investigación a la zona en la que la persona pasa a llamarse paciente, donde el tiempo toma una dimensión análoga a lo exterior pero con diferencias y donde los espacios guardan paralelismos con estructuras muy parecidas por su función. Y no sólo con este "paciente" como único actor, sino también considerando a esos otros "actores" que convierten a las personas en pacientes, y a aquellos que les gestionan el tiempo y les distribuyen los espacios. Dentro de la lógica está pensar que este paciente no permanece de forma continuada en esta unidad de análisis (unidad hospitalaria de ingreso), sino que alterna sus salidas al "exterior" con la permanencia en otros lugares que pueden ser su domicilio u otras unidades de ingreso. A modo de mapa conceptual podría quedar representado de la siguiente forma.

El trasiego de idas y venidas de estas personas, que en el gráfico quedan representadas con flechas azules y rojas, se produce desde una margen externa hasta una zona circunscrita en el tiempo y el espacio, que es la unidad de análisis, en mi caso la zona de ingreso.

Cuando realicé la revisión bibliográfica e hice las lecturas de algunos de los textos y artículos desde un punto de vista cuantitativo sobre reingresos de pacientes en unidades de salud mental pude comprobar lo aséptico del método empleado a la hora de tratar los

datos. En algunos de los casos la utilización de los GRD y los CMBD [12] hospitalarios, historiales clínicos o bases estadísticas de los propios hospitales, hacía que la toma de datos no necesitara la presencia de los sometidos a observación. Y aquí es donde comencé a darme cuenta de que en estos estudios podía faltar algo más que no fueran los propios datos ¿Se tenían en cuenta todas las variables que podían influir en el ingreso de una persona en este tipo de unidades? ¿Era la propia unidad de ingreso una variable a tener en cuenta? ¿Los datos cuantificados tenían la última palabra? Intuía yo que esto no era así.

El trasiego al que antes me refería no quedaba totalmente reflejado en los números. Tal vez, y en algunos casos, preveían y vaticinaban que podía pasar con algunas personas si sus variables estaban dentro de las consideradas potencialmente ingresadoras, pero dejaban fuera otras qué también lo podían ser. Estas otras variables son difíciles de encontrar en documentos, historiales o archivos informáticos; siendo *la única forma de acceso el contacto directo con los actores*, que son a veces inconscientemente generadores de las mismas. Para este contacto directo con ellos es necesario bajar al campo de trabajo. Ahora bien, ¿Cuál es la mejor forma de toma de contacto directo con el fenómeno a estudiar? Todo dependerá de dónde y qué se quiera estudiar. Así, el etnógrafo se puede hacer pasar por miembro de la comunidad adoptando un rol dentro de ella, que puede ir desde ayudante de profesor de gimnasia, como hizo Gooffman, a formar parte de la comunidad como un nuevo integrante. Esta forma de acercamiento dependerá de la dificultad de acceso y lo cerrada que sea la comunidad. Así, en este estudio de investigación, la mejor forma de tomar contacto con el grupo es formar parte de él. Y esto se debe a que al ser una "comunidad cerrada" cualquier acercamiento desde el exterior puede ser considerado como intrusivo. A lo que se le suma que

[12] Los GRD, o Grupos Relacionados por el Diagnóstico, son una herramienta de gestión normalizadora, en la que mediante un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria –el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)–, podemos clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con parecido consumo de recursos sanitarios.

al ser una comunidad dividida en dos grupos claramente diferenciados, o perteneces a uno o perteneces al otro. Tales grupos diferenciados son por un lado los pacientes y por otro lado el personal que los atiende. La elección de pertenecer a un grupo o al otro tiene sus ventajas e inconvenientes. De esta forma, elegir pertenecer al grupo de los pacientes lleva consigo una serie de complejidades e inaccesibilidades que hacen que sea descartado casi de inmediato. Estas complejidades son:

- Tener que pasar el filtro de ingreso o negociarlo. Es decir, para poder ingresar sería necesario intentar engañar con sintomatología al psiquiatra que estuviera recepcionando a los pacientes en el servicio de urgencias, o bien negociar con la institución el ingreso en planta para ingresar de forma disimulada.
- Tener únicamente acceso a la información de los pacientes, ya que al personal sería casi imposible por el rol que les toca desempeñar.
- El tiempo sería muy limitado para realizar el estudio, ya que la estancia en las unidades de hospitalización breve suele ser acotada en el tiempo.

Ya digo de antemano que el primer punto es casi imposible de superar, no tanto el del engañar al psiquiatra, misión difícil porque sería necesario tener grandes conocimientos de sintomatología psiquiátrica, sino más bien de llegar a un acuerdo con la institución para que te permita tener el ingreso. Si a esto se le agrega los otros dos puntos puedo afirmar que asumir el rol de enfermo para investigar dentro de una unidad de salud mental es trabajo insostenible.

Por lo anteriormente expuesto, nos queda la opción de pertenecer al grupo de "asistenciales". Y para pertenecer a este grupo

es necesario pasar los trámites "sociales" de acceso a la realización de un trabajo o profesión, ¿pero cualquiera de las profesiones es válida? Lo cierto es que, y desde mi punto de vista y experiencia, para poder tener acceso al trabajo de campo como profesional (añadiendo este el rol de antropólogo) es necesario tener un contrato de trabajo estable ya que la duración de la investigación obliga a tener contacto con la zona de investigación durante un tiempo prolongado. A esto hay que sumarle el tipo de categoría profesional que se tenga dentro de la unidad, dado que no es lo mismo tener categorías clínicas (psiquiatras, enfermera, auxiliares de enfermería y trabajo social) que otro tipo de trabajos como celadores, limpiadoras, mantenimiento, administrativos, etc. Esta diferenciación deriva de la proximidad a los pacientes y accesos que puedas tener a la hora de moverte dentro de la unidad de estudio. Por lo que mi condición de enfermero dentro de la unidad a estudio me ha facilitado bastante esta investigación. El problema surge cuando tienes que realizar el trabajo de antropólogo y diferenciarlo del de enfermero. Este posición no es nada fácil. En primer lugar porque el rol "normal" que tengo asignado es el de enfermero, y en segundo lugar porque se hace necesario cambiar el prisma con el que se enfocan los problemas dentro de un mismo entorno.

El rol asignado dentro de una comunidad ofrece a quien lo posee unas características tanto personales como funcionales que le son propias y que las siente como tales. El poseer una dualidad sobre todo funcional en este trabajo de investigación considero que ha sido más difícil de asumir por las propias personas de la unidad que por mí. Aunque tengo que matizar que ha sido más complicado aún para pacientes que para empleados. Y esto se ha debido a que la mayoría de los trabajadores de la unidad de salud mental eran conocedores de mis estudios en antropología, pero no sucedía lo mismo con los pacientes. Fue el tiempo, las anotaciones en el cuaderno de campo, las entrevistas y las numerosas horas dedicadas a "sacar el tema" de

reingresos de pacientes los que fueron limando el terreno para identificarme también como antropólogo dentro de mi grupo de trabajo de hospital. Más complicado fue el hacerme hueco entre los ingresados. Primero, por mi uniformidad de blanco, y en segundo lugar porque mis prácticas clínicas eran identificadas como las de enfermería, pero no como las de un antropólogo. Pero, ¿realmente es necesario identificarse como antropólogo cuando se va a realizar trabajo de campo? Considero que por implicaciones éticas si es necesario, pero por determinadas cuestiones prácticas creo que no lo es tanto. Y además, puedo asegurar que algunas ,por no decir la mayoría, de las personas de las que estaba rodeado en el campo de trabajo, no tenían muy claras cuales eran las funciones y objetivos de un antropólogo. Reproduzco a continuación parte de una de las conversaciones que mantuve con uno de los entrevistados.

> ¿Qué tal Juan? Me gustaría charlar un rato contigo y hacerte una pequeña entrevista sobre un tema que estoy investigando desde el punto de vista de la antropología. Porque además de enfermero también soy antropólogo.
>
> "*¿Antropólogo? ¿eso no es de los huesos y de los museos?*".
>
> Bueno Juan, no del todo. Te explico. Al igual que en medicina existen muchos tipos de especialidades (traumatólogos, urólogos, psiquiatras, etc.) en antropología existen muchos tipos de antropologías con sus especialidades. Yo en concreto me dedico a la antropología social y cultural. Esta especialidad intenta describir las relaciones entre las personas y el lugar donde viven o hacen su vida. ¿Hay alguna fiesta "tradicional" de tu pueblo?
>
> "*Sí, la de la romería del San …*"

¿Aquí la gente de tu pueblo se comporta de forma distinta a como lo hace el resto del año? Por ejemplo, ¿se viste distinto, se come y bebe distinto, o hacen cosas distintas?

"*Pues sí, se hacen dulces, se va al campo. Y la gente va a misa*".

¿Y va mucha gente a misa?

"*Casi todo el pueblo*".

¿Y el resto del año?

"*Pues solo las viejas, o cuando hay entierro*".

¿Y por qué el día de la romería va todo el mundo a misa?

"*Pues no sé, será porque se visten de bonito, y van a lucir. No sé*".

Pues eso Juan, eso que tú no sabes decir por qué pasa es lo que intenta descubrir un antropólogo.

"*Pues anda que curioso…*"

Y aquí en la unidad de salud mental, ¿vistes y comes igual que durante todo el año, te relacionas con las mismas personas?

"*Aquí es muy distinto a la romería de mi pueblo. Esto es un hospital. Y aquí todo es diferente*".

Pues sí Juan aquí todo es diferente. Y dentro de esa diferencia lo que yo estoy intentando averiguar son esos contrastes y como afectan a que algunos de vosotros ingreséis tantas veces en esta unidad. Quiero que hablemos de cómo ha sido vuestra vida y de cómo se metió al medio esta unidad de salud mental donde pasáis temporadas de vuestra vida.

"*¡Qué curioso!… pues venga pregunta…*"

Este corto relato, que posteriormente continuaba con una entrevista en profundidad, lo tuve que usar en más de una ocasión. Sobre todo cuando tuve que sentarme con pacientes para elaborar junto a ellos sus *historias de vida*. Estos mismos pacientes, pasados unos días, se preguntaban entre ellos si ya los había entrevistado. Desde entonces no era raro que surgiesen "voluntarios" dispuestos a contar sus vidas.

> *"María, ¿todavía no has hablado con Pepe? Te hace unas preguntas de antropología. Es para un trabajo que está haciendo de la universidad"*.

En algunas ocasiones se me acercaba algún paciente y me decía que quería hablar conmigo para ayudarme en el trabajo de la universidad. Las disyuntivas me surgían a la hora de explicarles a esos pacientes que únicamente necesitaba un número no muy elevado de entrevistas. Procuraba no hacerles sentir mal o menos "importantes" que el resto de entrevistados. Este tipo de situaciones podían caer, sin desearlo, en ciertas disputas entre pacientes debido a que una de las características de algunos de ellos es que necesitan ser oídos, necesitan sentirse útiles y por qué no, obtener cierto prestigio dentro del grupo. Así, y de esta forma tan sutil que casi puede pasar desapercibida, los pacientes ingresados dentro de este tipo de organizaciones totales también tienen sus sistemas de poder y prestigio frente a los demás; y el ser incluidos en un estudio, o ser útiles a un investigador puede proporcionarles no únicamente el sentido de utilidad sino también de cierto poder de romper la rutina temporal que se impone en estos lugares. Y no sólo esta rutina, sino también la percepción de ser "necesitado" por alguien que pertenece al "grupo controlador" es algo que puede llegar a proporcionar una sensación de equilibrio en la relación, creyendo conseguir con ello cierto nivel de beneficios en el entorno donde se produce la relación y situación.

Como se puede inferir una vez que se consigue entrar en la "comunidad" de estudio el conseguir informantes, al menos en las *organizaciones totales,* no suele ser complicado, aunque sí puede llevar sus pequeñas trabas. Y me refiero a la unidad de análisis como "comunidad", porque aunque sé que es un término habitualmente utilizado para describir grupos de iguales en el que los rangos no suelen existir, por ejemplo una comunidad de frailes, en este caso aunque hay dos grupos diferenciados (trabajadores y pacientes), cada uno por su lado forma una "comunidad", y no tanto por sus rangos y diferencias sino por sus objetivos. Así que para esta tesis lo que más destaco no son únicamente las entrevistas con los pacientes y profesionales, sino todo el conjunto de charlas, preguntas de pasillo, intervenciones a pie de cama, parrafadas de botiquín, comentarios en las comidas, y toda esa información que surge no de forma estrictamente programada sino de forma espontáneamente dirigida.

Para finalizar este apartado sobre la *forma de entrada en el campo de trabajo* añadir que no me supuso una llegada a una zona desconocida, no tuve que aprender códigos (que los hay), no tuve la sensación de extraño, no tuve que buscar rol, no tuve que buscar alojamiento ni formas de subsistencia, pero si me tuve que enfrentar con las ideas preconcebidas, con la ruptura del papel asignado, con la compatibilidad de la implicación emocional, y sobre todo con la idea de que mi papel dentro de la investigación era la descripción de los hechos generales y no la solución de los problemas puntuales. Y en este punto puedo asegurar que tuve que intentar evitar una implicación y sufrimiento emocional bastante alto, ya que mi labor diaria son las de dar cuidados y soluciones a problemas precisos como enfermero, pero no de escuchar, recoger información e interpretar hechos generales. Algo que sin duda me hizo cambiar muchos esquemas mentales.

6.2 Periplo asistencial de un paciente con trastorno mental. Del nacimiento como paciente hasta el regreso a su medio social.

En este apartado desarrollaré el proceso vivencial de un paciente desde que se considera necesario que ingrese en la unidad de salud mental hasta que se marcha de alta. En otras disciplinas se le podría denominar proceso terapéutico. Este proceso es individualizado para cada paciente pero con un mecanismo regulador general para todos. Es decir, cada paciente será atendido dependiendo de sus necesidades y particularidades, pero dentro de una dinámica establecida que se convierte en mecánica e unidireccional. El proceso simplificado al máximo podría representarse de la siguiente manera:

El proceso visto en este gráfico resulta ser extremadamente simplista. Veamos ahora un flujograma que aparece en el "Protocolo de de atención y traslado de urgencia en salud mental"[13], editado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura y el Servicio Extremeño de Salud dentro de las series de salud mental en el

[13] Protocolo de atención y traslado de urgencias en salud mental. Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Año 2005.

caso de asistencia de un paciente con una urgencia psiquiátrica y su traslado hasta un centro de asistencia.

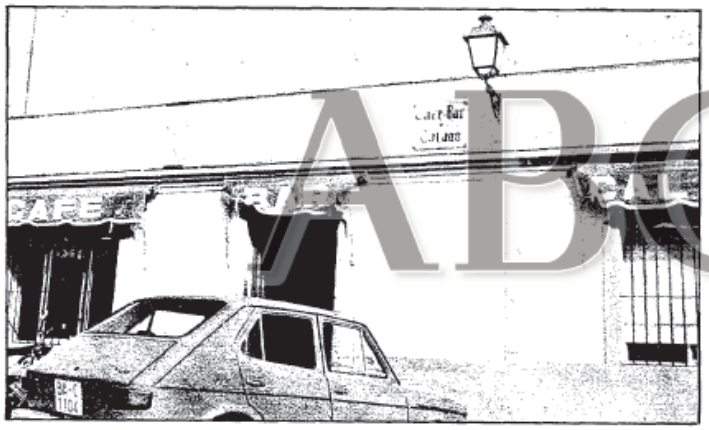
Parece que la simpleza de llegar al servicio de urgencias e ingresar se hace más complejo. ¿Pero esto ha sido siempre así? Puedo asegurar que no. En una de las charlas con una de mis informantes me contaba que:

> *"Antes se iba a por los enfermos a sus casas. Nos montábamos dos o tres auxiliares en un coche (furgón del psiquiátrico), cogíamos las correas y nos íbamos donde nos llamaban. Había una lista de auxiliares apuntado para ir a hacer servicios. Aparte de tu sueldo, te pagaban un dinero por ir. Era peligroso porque no sabías que te ibas a encontrar. Recuerdo una vez que entramos en casa de un paciente que tenía un hacha.*

También recuerdo el guantazo que le dio un compañero a un paciente porque este le estaba faltando el respeto a sus padres que eran mayores. Así no se habla a tus padres, le dijo. Se metió en el furgón y no dijo ni mu. Eran otros tiempos".

Fui testigo de algunas de "estas recogidas" de pacientes durante mi período laboral en el Hospital Psiquiátrico de Mérida. Si mal no recuerdo las últimas salidas se pagaban a 5000 pesetas. Pero, ¿quién llamaba para hacer esta "recogida"? Pues lo podían hacer desde los propios familiares hasta el alcalde del pueblo. Puede llamar la atención que un alcalde pudiera "decidir" o no el ingreso de un paciente en el psiquiátrico, pero no olvidemos que los hospitales psiquiátricos estaban a cargo de las Diputaciones Provinciales, y estas están constituidas por los distintos ayuntamientos de la provincia. No eran infrecuentes las llamadas por parte de ayuntamientos diciendo que determinado vecino estaba "molestando" demasiado en el pueblo y que sería necesario apartarlo durante un tiempo de él. De esta manera, la alarma social que un paciente pudiera levantar en un determinado pueblo era suficiente para que una persona fuera enviada a "pasar unos días al psiquiátrico". Uno de mis informantes me contó que cuando se produjo el asesinato de un niño en Táliga por parte de un enajenado, la alarma social fue tan grande que al día siguiente ingresaron 31 pacientes en el Hospital Psiquiátrico. Se puede decir que se hizo una "limpia" de posibles enajenados en los pueblos de la provincia. Así se reflejaba la inquietud de los vecinos en la prensa del momento[14]:

[14]http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1988/03/13/012.html



En Táliga no se han borrado aún las huellas del horror

El horror continúa latente entre los habitantes de Táliga, el pueblo pacense que fue escenario, como hemos informado, de un espantoso crimen. El pasado sábado, día 5, el joven Manuel Martínez Gómez, enajenado mental de veinticuatro años, decapitó, en el interior de un bar de la localidad y en presencia de varios vecinos, al niño de diez años Raúl Silva. El caso ha levantado una oleada de dudas y críticas sobre el sistema psiquiátrico que permite que enfermos mentales y, en algunos casos, homicidas en potencia se encuentren en la calle en completa libertad. Arriba, a la izquierda, un retrato del pequeño asesinado el día de su Primera Comunión. A la derecha, una foto de un grupo de jóvenes de Táliga entre los que aparece, el último a la derecha, Manuel Martínez, autor del crimen. Junto a estas líneas, el bar donde se produjo el asesinato. Debajo, los padres de Raúl siguen al féretro con los restos de su hijo durante el entierro, al que acudió todo el pueblo. Bajo estas líneas, José Piñero, el vecino de Táliga que intentó sin éxito evitar el homicidio. (Reportaje en la sección de Sucesos)

José García

Como se puede leer en el artículo de prensa de 1998: "*El caso ha levantado una oleada de dudas y críticas sobre el sistema psiquiátrico que permite que enfermos mentales y, en algunos casos, homicidas en potencia se encuentren en la calle en completa libertad*".

Con la publicación del DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura se produce un cambio importante en la formas de acceso del paciente a los servicios de atención en salud mental. Se produce una descentralización de la atención psiquiátrica, que antes tenía su foco casi exclusivamente en los hospitales psiquiátricos.

Esta nueva descentralización supuso que los pacientes tuvieran su "lugar" dentro de la red de salud mental. Pero, ¿quién decide que un paciente necesita alguno de los recursos que aparecen en este decreto? Bien, ubicándome en la parte en la que centro este estudio, la unidad de hospitalización de paciente agudos, la decisión de que un paciente pueda necesitar atención psiquiátrica puede partir de varios puntos, pudiendo ser desde el propio paciente, a los familiares, o otras personas ajenas a la paciente si este no tiene familia directa (vecinos, fuerzas del orden público, servicios sanitarios, etc.). En la mayoría de los casos es el propio paciente el que percibe la necesidad de ser atendido por otros debido a que no puede dar solución por sí mismo a los problemas que presenta. Uno de mis informantes, en este caso un psiquiatra me dijo lo siguiente:

> "*Si hay un paciente recorre más de 150 km para verme es porque considera que necesita ayuda, es mi deber el aplacar esa angustia que presentan. Porque algo les hace realizar el esfuerzo de recorrer tantos kilómetros*".

En este caso el proceso asistencial no es llamativo, ni levanta ninguna alarma social por la similitud que presenta con otras patologías orgánicas, y sobre todo por lo "silencioso" del proceso. El problema se genera, y es aquí donde surgen algunas de las *estigmatizaciones* que se hacen *del paciente con patología mental*, cuando la persona no considera necesaria la ayuda o se opone radicalmente a ella. Se

produce aquí un alejamiento de las necesidades del entorno del paciente (familia, comunidad, barrio, etc.) que confrontan directamente con las necesidades percibidas por el paciente. Esta confrontación puede manifestarse por el paciente de forma llamativa mediante gritos, rotura de mobiliario, intento de agresiones, etc. Es en este momento donde se produce el alejamiento de la persona de la "norma social", y cuando se ponen en marcha los mecanismos de control. Estos mecanismos son los que intentarán de nuevo acercar a la persona al patrón de comportamiento considerado dentro de la normalidad social. En definitiva, reducir el espacio normativo entre paciente y su entorno social.

En unas de las entrevistas que mantenía con un paciente que suele poner bastante resistencia a la hora de ingresar en la unidad, se puede ver el alejamiento de la norma. Este me relataba lo siguiente:

- *Es que parece que a mi madre le encanta que me vayan a ver a casa el médico y la guardia civil. Cuando no hago lo que ella quiere empezamos con las broncas, y rápidamente está llamando al 112. Yo no me meto con nadie, pero si no me deja fumar mis porros y está todo el día diciéndome que haga cosas pues al final me encuentra.*
- ¿Y qué cosas te dice que haga?
- *Pues yo que sé… la cama, que me duche, que coma. Que no fume tantos porros porque me vienen mal.*
- Pero sólo por eso no llamará al 112, ¿no?
- *Es que cuando me ralla mucho, le digo que me voy a tirar por la ventana, o me pongo a dar puñetazos a las puertas. Y rompo algo. Se monta la de Dios, y otra vez aquí.*

Como se puede observar los mundos normativos de la madre y del hijo son totalmente diferentes. Hay una distancia que los separa, y que la madre tiende a acortar. Y para ello se vale, una vez superados

sus capacidades, de los recursos moduladores ofrecidos por el círculo social donde vive.

En otras ocasiones, la persona entra en conflicto con el entorno porque no lo percibe como el resto de actores. Se produce una desconexión con el medio y una ruptura con los códigos sociales. La persona se convierte en un "desplazado" dentro de su propia comunidad, puesto que esta no comparte sus formas de pensamiento, lenguaje y comportamiento. Suelen ser personas con "patologías" que cursan con distorsiones sensoriales que pueden ir desde la visión de cosas que no existen (alucinaciones) hasta la creencia en pensamientos erróneos (delirios).

Una tercera opción, a la que se le pueden sumar muchas más, es la del paciente que es superado por las exigencias sociales, provocándole dicha situación una *desadaptación con el medio*. Esas exigencias pueden ir desde falta de recursos económicos, por cambio de la situación laboral, hasta ruptura con la pareja de apoyo. Estas últimas suelen ser considerados como problemas habituales pero que se psiquiatrizan. Esta "psiquiatrización" se debe a que la persona se ve incapaz de afrontar tales problemas y toma vías de solución que están fuera de la norma social; valga como ejemplo las tentativas de suicidio. Una vez que la persona toma la decisión de intentar acabar con su vida, se la considera fuera del círculo normal de comportamiento social, ya que el planteamiento general, al menos en la sociedad occidental, no es la muerte como solución a las trabas que aparecen en la vida, sino la búsqueda, bien en solitario bien con grupos de apoyo, de soluciones. La quimera de la felicidad.

Con los anteriores ejemplos, a los que se les podrían sumar otros, se puede empezar a vislumbrar como se convierte un miembro de la comunidad en un paciente con trastorno mental. Pero falta algo más: *la etiquetación*. Este proceso tiene que ser realizado por determinados

miembros de la sociedad que han sido capacitados para ello: los psiquiatras. Dedicaré el siguiente apartado a este proceso.

6.2.1 El paso previo a la etiquetación de una persona como paciente con trastorno mental. El servicio de urgencias y la adquisición de un estatus.

¿Una persona diagnosticada de una patología mental será presa toda la vida de su diagnóstico?, ¿dejaron de ser Vincent Van Gogh, Friedrich Nietzsche, Robert Schuman o Edgar Alan Poe personas con patología mental o pasaron a la historia como genios "locos"?. La respuesta a ambas preguntas resulta ser bastante relativa. En primer lugar porque depende del tipo de patología que sufra la persona así como las manifestaciones clínicas que exprese; y en segundo lugar por la aceptación o no que tenga esa persona en su entorno social; lo que suele depender de los beneficios que aporte a la misma. Esta segunda afirmación es más compleja, y su desarrollo podría ser tema de otro apartado, pero se puede resumir diciendo que algunas sociedades su composición está formada por individuos que son medidos por su productividad y aporte. A un individuo que sea improductivo se le suele ubicar en lugares creados por la sociedad para su control o reeducación, o simplemente se les asigna un rol. Esos lugares son las denominadas heterotopías de desviación, *"lugares que la sociedad acondiciona en sus márgenes, en las áreas vacías que la rodean, esos lugares están más bien reservados a los individuos cuyo comportamiento representa una desviación en relación a la media o a la norma exigida"*(Foucault, M.1966). ¿Pero quién decide enviar a esa persona a esa heterotopía? La sociedad crea sus propios recursos y actores para que en una distribución de roles cada uno tenga un papel dentro de ella. Una de mis informantes me decía lo siguiente cuando le preguntaba si existe una tendencia a "psiquiatrizar" incluso los problemas sociales:

"Yo creo que a todo se le pone una etiqueta. Hoy en día todo tiene que estar bajo control, y parece que si no se etiqueta algo se pierde el control sobre ello. Yo pienso que la sociedad fuerza a que todo esté tratado, medicalizado. Pero creo que a veces esa etiqueta lo que hace es perjudicar a la persona".

Aunque no es esto lo más llamativo, sino que en algunos casos es el propio paciente el que indica por propia iniciativa qué "etiqueta" lleva puesta. Recuero en el ingreso de un paciente de puerta giratoria como al preguntarle por el diagnóstico respondía con cierto aire de interés:

"Yo estoy diagnosticado de esquizofrenia bipolar".

Tales confusiones que llegan a tener algunos pacientes sobre sus propios diagnósticos responden en ocasiones a que dada su larga trayectoria en el mundo de la salud mental, y el haber sido tratados en tantas ocasiones y por diferentes profesionales, puedan llegar a tener más de un diagnóstico, a cada cual más difícil de entender por el paciente. Así, este estigma no sólo es el impuesto por los demás al enfermo mental, sino que es el propio paciente el que autoetiqueta y sufre autoestigma. Y a veces este estigma es trasladado a la familia (Angell, B. 2005).

En el caso que nos ocupa son los psiquiatras los encargados de realizar la función de otorgar nombre a las manifestaciones clínicas que muestra una persona, y encuadrarlas dentro de un grupo de diagnósticos que previamente han sido acordados y elaborados. Es lo que se podría denominar un lenguaje común. Así, Joe Loundon en un estudio etnográfico que realizó sobre algunos aspectos de la religión en una parroquia rural del Sur de Gales investigó las relaciones entre las concepciones religiosas, juicios morales e ideas sobre la salud mental (Loundon, J.1990) escribió de cómo se refieren los sujetos a aquellas personas que tienen un comportamiento fuera de los normal, del

conflicto, así como la distancia que existía entre el punto de vista entre opiniones comunes y las realizadas por las personas designadas como "ratificadores" por Erwing Goffman. Entendiendo por "ratificadores" como "... *aquellos que tienen encomendada la misión, en la medida que ésta exista, de calificar de tal al enfermo mental*" (Goffman, E. 1957). Existe incluso dentro de los propios profesionales diferenciación del concepto a la hora de referirse a las personas con trastorno mental porque suelen hacer una diferenciación más o menos clara entre paciente mental y paciente social. Así queda demostrado en determinados comentarios que me trasladaron algunos de mis informantes. Dejo aquí alguna muestra de ellos:

Enfermera

Entrevistador: ¿Crees entonces en la existencia de varios tipos de pacientes reingresadores en la unidad de salud mental?. Por ejemplo Pedro (refiriéndome a un paciente esquizofrénico conocido desde hace años, y con ingresos esporádicos en la unidad), ¿es para ti un paciente reingresador? ¿Y Juan? (refiriéndome a un paciente con múltiples ingresos en el último año) con una patología relacionada con la personalidad)

Entrevistada: "*Vamos a ver… Pedro es un paciente esquizofrénico de toda la vida, que ha tenido un tratamiento farmacológico que ha dado resultado. Y así, en las auténticas patologías psiquiátricas los tratamientos suelen dar resultados. Siendo la propia enfermedad la que con el paso del tiempo provoca desgaste y enfermedad, a lo que hay que sumarle el desgaste que también provocan los propios tratamientos. Pero hay un factor muy importante, que es la familia que apoya mucho al paciente. Estos pacientes por el proceso propio de la enfermedad (en estados de crisis) o por un abandono del tratamiento del paciente hay períodos en los que aflora la*

sintomatología. La diferencia con los mal llamados trastornos mentales (por la psiquiatrización que se hace de todo) es debido al placer colateral que encuentran en el ingreso. Estos pacientes no se relacionan bien fuera porque tienen problemas de relación, tienen una ruptura con el medio, y en el ingreso hospitalario encuentran placer, al encontrar satisfacción en las relaciones con otros pacientes, y además se alejan de los conflictos familiares".

Psiquiatra

Entrevistador: Entonces, ¿Qué es para ti un paciente reingresador?

Entrevistado: "*Para mí es aquel paciente que demanda dicho ingreso en varias ocasiones independientemente del factor psicopatológico propio, como por ejemplo los TLP (trastornos límites de la personalidad). Yo creo que es más reingresador el que utiliza más los servicios de urgencias para fines no propiamente terapéuticos sino para cumplir las necesidades del momento que él considera oportunas. Estas necesidades pueden ser necesidades asilares fundamentalmente o necesidades impulsivas. Por ejemplo, en las conductas suicidas, los suicidadores crónicos, la angustia hace que usen los servicios de urgencias. Este servicio de urgencias satisface las necesidades de estos pacientes que se pueden dividir en varios grupos:*

- *Los que satisfacen las demandas asilares o de otro tipo, como no tener donde ir por problemas familiares y sociales.*
- *Y los que usan las urgencias para aplacar la ansiedad que les genera su patología. Que en la mayoría de los*

casos no es su intención pero que usan como una amenaza.

La amenaza del suicidio se suele usar como llave para la entrada en la unidad. Y luego está el paciente meramente psiquiátrico (en el que no hay diagnóstico en el eje II), como por ejemplo un psicótico o un trastorno bipolar. A estos no los considero reingresadores aunque reingresen en varias ocasiones. Pero hay que tener en cuenta que en el ingreso de un paciente hay que valorar muchas variables. Y muchas veces la necesidad de ingreso la ve más necesaria el paciente que el propio psiquiatra".

Auxiliar de enfermería

Entrevistador: ¿crees que los pacientes que ingresan en la unidad tienen las mismas características, o existen grandes diferencias?

Entrevistado: "*Yo creo que aquí hay dos tipos de pacientes. Los que lo son y los que no los son. Bueno, a ver, para tener ganas de ingresar en una unidad de psiquiatría algo de paciente se tiene que ser, pero me refiero a que hay pacientes que tienen unos síntomas claros de enfermedad mental y otros en cambio son comportamientos que no creo que sean por un trastorno mental. Y así, puede ser que aquí vengan pacientes para quitarse del medio de cosas que han hecho en la calle como robar o algún tema de drogas. Y aquí en la unidad se convierten en los reyes, y encima viven de lujo si se compara con la vida que llevan fuera. Estos son los que yo no considero pacientes como tales sino vividores".*

Informante 5 (Celadora)

Entrevistador: ¿Qué es para ti la salud mental y psiquiatría? ¿Crees que hay diferencia entre pacientes?

Entrevistado: "Yo creo que aquí hay personas que son enfermas mentales y otras que son cosas diferentes, creo que estos últimos son cosas diferentes, más bien inadaptados a la sociedad o a la familia. Yo no sabría decirte las diferencias entre pacientes de verdad y los de mentira pero eso se nota".

Entrevistador: ¿En qué se nota?

Entrevistado: "Aquí hay personas que vienen buscando otra cosa, vienen buscando que tienen un problema social y quieren que les solucione ese problema".

Entrevistador: ¿Y cuáles son esos problemas?

Entrevistado: "Esos problemas pueden ser vivienda, que no pueden estar con la familia o no tienen otro sitio donde ir".

Entrevistador: ¿Y aquí se les soluciona esos problemas?

Entrevistado: (Risas) "Eres muy malo… Creo que se quitan del medio por una temporada, porque en principio tienen ingresos largos y así no se tienen que ir a su realidad, están aquí y de momento tienen solucionado su problema".

Añadiré otras conversaciones en el apartado en el que describo los diferentes "mundos" vividos entre trabajadores e ingresados; haciendo referencia a la conceptualización que a veces hacen los trabajadores sobre las personas que cuidan, ayudan, curan o atienden. En el caso de la patología mental, el psiquiatra tiene para su uso unas clasificaciones previamente establecidas por las que, basándose en su formación y experiencia, se le otorga la autoridad de decir si una persona se desvía de la norma conductual, y si dicha desviación queda encuadrada dentro de alguna de las categorizaciones que las

"sociedades" científicas han creado para tal fin. Tal vez explicar el sistema de clasificación al que hago referencia sería alejarme de la materia etnográfica y práctica de esta investigación, por lo que considero mejor definirlo en el apartado de glosario de esta tesis. Sólo decir que los manuales donde vienen esos códigos diagnósticos y ese lenguaje "diagnosticador" son los denominados DSM y CIE. ¿Pero es suficiente dominar dicho lenguaje para poder diagnosticar a una persona? Claramente no. Sería simplificar excesivamente la cuestión. ¿Qué influye entonces en que un psiquiatra aplique un diagnóstico a una persona y este diagnóstico determine que la persona pueda ingresar en la unidad de agudos? Esta pregunta es más compleja de lo que puede parecer, ya que en su respuesta se podrían empezar a descubrir aquellos factores que hacen que un paciente se convierta en reingresador. Pasemos a ver el proceso de entrevista del paciente que llega a urgencias del hospital para ser valorado por el psiquiatra.

Una vez que la persona llega al servicio de urgencias, sea por el medio que sea (sólo, con la familia, con la Cruz Roja, con las fuerzas de orden público, etc.) comienza otro proceso nuevo (en el caso de que sea la primera vez) para ella. Es decir, una vez que ella misma o su entorno ha detectado la necesidad de ayuda por parte de otros, es la hora de confirmar si esa ayuda es necesaria o no. Aquí surge el primer conflicto, o lo que yo denominaría conflicto mantenido. Y este se debe, en el caso de la unidad a la que someto a estudio, a que debido al relativo poco tiempo que lleva la unidad de psiquiatría o de salud mental perteneciendo al hospital general, todavía se arrastra el *pensamiento manicomial* de hace años por parte de algunos de los trabajadores de urgencias. Y esto es debido a que las urgencias psiquiátricas, desde siempre, se atendieron en el hospital psiquiátrico (alejado varios kilómetros de la ciudad), y ahora pasan a ser atendidas en el servicio de urgencias, al igual que otra patología cualquiera. Esto además de aumentar la carga asistencial, requiere una

desetigmatización del paciente con patología mental frente a algunos trabajadores de urgencias. Me refería uno de mis informantes con ánimo malhumorado:

- *"Esto es una vergüenza. Los de urgencias han llegado a sugerir que nuestros pacientes en vez de pasar por el servicio de urgencias deberían pasar por la puerta trasera que da al patio de la unidad de salud mental. Como si fuesen unos apestados".*

Otro de los informantes, (que se dedica a labores de seguridad) me comentaba:

- *"Cuando subo al servicio de urgencias a estar con el psiquiatra en una valoración de un paciente allí todo el mundo se esconde cuando viene uno dando un poco de voces a psiquiatría. Allí estás más solo que la una. El día que pase algo ya veremos…".*

Como podemos observar en ambos comentarios hay dos detalles que llaman la atención. El primero suele ser el sentido de propiedad (afectivamente hablando) que suelen tener algunos trabajadores de psiquiatría, en la unidad de estudio, sobre las personas a las que atienden. Esto se puede deber a tres razones: el primero debido a la trayectoria profesional de algunos de ellos, los cuales ha pasado gran parte de su vida laboral trabajando en el hospital psiquiátrico, y aquí el sentido de propiedad sobre los sujetos atendidos era aún mayor por el continuo contacto con ellos y debido también a un trato de familiaridad y paternalismo (Prieto, J. 2010). Y en segundo lugar porque algunos de los pacientes atendidos tienen de nuevo una pseudocronicidad debido a sus múltiples ingresos en la unidad. Convirtiéndolos casi de nuevo en pacientes asilares. Y el tercero a la falta de conocimiento de la sociedad sobre la realidad de las personas

con patología mental, y a la larga estigmatización a la que han sido sometidas estas a lo largo de la historia.

En cuanto al segundo comentario, de nuevo llama la atención dos aspectos. El primero, la necesidad existente de personal de seguridad en la consulta de urgencias de psiquiatría. Y en segundo lugar la percepción de huída que se tiene del personal de urgencias cuando el paciente es "catalogado" dentro de los pacientes con patología mental. ¿No resulta llamativo que haya personal de seguridad en la puerta de la consulta de psiquiatría? ¿No se le está dando una "vistosidad" negativa al proceso de valoración de un paciente que va a psiquiatría? Estos aspectos, de nuevo, abren la controvertida brecha en la estigmatización de determinados pacientes con patología mental.

Hubo dos hechos que me llamaron la atención sobre la estigmatización sufrida por los pacientes ingresados en la unidad (podría referir muchos más), y que enfurecieron (e incluso continúan enfureciendo) al personal que trabaja en la unidad de hospitalización breve. El primero de ellos, muy controvertido, fue la conversación mantenida entre un psiquiatra y un cirujano, en el que este primero se interesaba por el estado de salud del paciente tras ser operado. La contestación del segundo fue:

> "*...cuando abrí con el bisturí, el paciente era por dentro como una persona normal*".

Puedo asegurar que el psiquiatra que me lo comentó aún sigue indignado por aquellas palabras.

El segundo hecho que sucedió, y continúa sucediendo, es la negativa por parte del personal de cocina de entrar el carro de las comidas en la unidad. Parece ser que el hecho que motivó tales circunstancias fue el intento de fuga de un paciente. Y es aquí donde entra en conflicto la conceptualización que tiene un trabajador de la

unidad y otro que trabaja fuera de ella, puesto que mientras para los primeros está dentro de lo normal que un paciente que esté encerrado quiera escaparse (para lo que ponen las medidas necesarias para que no ocurra), pero que saben que es algo que ocurre muy de tarde en tarde, no sucediendo lo mismo para los segundos, que lo consideran como algo excepcional y llamativo que creen que puede suceder constantemente. No resulta anormal que en numerosas ocasiones sean los propios pacientes los que ayuden al personal a entrar el carro de comidas dentro de la unidad. Quedando de manifiesto que la idea de la persona con patología mental no es la misma para los que mantiene un contacto con ella que para los que reciben información sesgada sobre la misma. Existen estudios en los que se muestra una relación directa y positiva entre el conocimiento de los pacientes mentales y su actitud hacia ellos respecto a integración y menor temor (Vezzoli, R.2001). Como en la vida cotidiana, cada persona un es mundo, cada paciente una persona.

Volviendo al punto inicial, en el que el paciente entra en el servicio de urgencias, una vez proporcionado los datos, el paciente pasa a la consulta de urgencias.

SALA DE URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA

Una vez aquí pasa a ser atendido por el psiquiatra que esté, bien de guardia (por la tarde o noche, y todo el día sábado, domingos y festivos), bien con asignación de servicio de urgencias en días de diario. Es en esta situación de encuentro entre el "ratificador", "etiquetador" o "diagnosticador" donde se produce uno de los actos más importantes a la hora de que un paciente pase la línea de *un mundo exterior* (vida externa) a un mundo interior (vida interna). Es aquí donde la sociedad hace recaer sobre el psiquiatra la responsabilidad de decidir entre *normalidad y anormalidad* de determinados comportamientos. Aquí se incluye una de las variables más importantes que pueden influir en los reingresos, y que no suele estar mencionada en los estudios cuantitativos que investigan el fenómeno del reingreso. Así, me comentaba uno de mis informantes:

> *"Hombre, decir que fulanito hace más ingresos que menganito puede resultar políticamente incorrecto. Sí es cierto, y eso lo sabemos todos que dependiendo del psiquiatra que esté en la*

puerta, el paciente que venga a urgencias va a tener más o menos posibilidades de ingresar. Pero claro, esto es un asunto un poco delicado".

Durante la realización de esta tesis, y no sé si influenciado por mis continuas y a veces pesadas preguntas sobre temas relacionados con reingresadores, a lo mejor es pretencioso por mi parte, el coordinador de la unidad realizó un pequeño estudio sobre los porcentajes de ingresos que realizaban cada uno de los psiquiatras. Los resultados pusieron de manifiesto que algunos psiquiatras ingresaban más que otros. Llamando la atención la diferencia entre dos de ellos, mientras uno sólo ingresaba al 3% de los pacientes que venían a urgencias, el otro en cambio, ingresaba el 52%. Estos datos habría que cubrirlos con ciertos detalles y especificaciones, pero da cierta idea de las diferencias entre los propios profesionales a la hora de ingresar a un paciente. Se convierte por tanto la variable "características del psiquiatra" en una variable que claramente puede influir en los reingresos hospitalarios, pero que no se suele tener en cuenta por lo peliagudo del asunto, y por que los estudios de reingresos, desde un punto de vista cuantitativo, están realizados por los propios profesionales sanitarios que tal vez por el sentido de camaradería o sentimiento corporativo no lo consideran adecuado.

Pero, ¿qué lleva a un psiquiatra a ingresar a un paciente? La pregunta es extremadamente compleja. Así me respondía una de mis informantes:

"Yo ingreso a una persona si considero que el ingreso es necesario y si le va a resultar beneficioso".

Esta afirmación está dentro de la lógica más aplastante. Resultaría ilógico ingresar al paciente si dicha acción no fuera en su beneficio. O, ¿puede que no? Esta pregunta-reflexión la formulo porque a veces el ingreso del paciente no sólo es beneficioso para el paciente sino

también para la familia o entorno que le rodea. Dándose incluso la situación de que el ingreso va a ser más beneficioso para la familia que para el propio paciente, debido en primer lugar a que el paciente se siente agraviado por ser ingresado y no tener conciencia ni deseo de ingresar. En segundo lugar, porque el ingreso proporciona "un descanso" a la familia que en ocasiones se siente superada por los cuidados que necesita el paciente. Al no deseo de ingreso al paciente se le suma la capacidad o no del sistema de dar una solución a sus problemas dentro de un entorno cerrado. A veces *el paciente puede que venga engañado por la incapacidad de los acompañantes de traerlo de otra forma* (Casas, R.1989). Y en tercer lugar porque aunque el psiquiatra busque el beneficio para el paciente, este puede que o bien no considere necesario este beneficio o bien que la situación de ingreso genere sobre la percepción que se tiene de el paciente como un estigmatizado más, o incluso le cause más perjuicios que beneficios. Así me aclaraba mi informante sobre los beneficios del ingreso ante mi pregunta de si la necesidad del ingreso ya llevaba implicado el beneficio:

> *"El que yo considere necesario el ingreso de un o una paciente no quiere decir que esto la vaya a beneficiar, ya que imagina que por ejemplo una chica de veinte años que ha tenido un intento de suicidio la ingreso y una vez aquí tiene que cargar con la estigmatización de ser una persona con patología mental".*

Esta respuesta está dentro de los principios de la ética en la práctica clínica. O al menos en dos de ellos: beneficencia y no maleficencia. El primero es porque el psiquiatra busca aliviar la patología o los síntomas que el paciente presenta, e intenta otorgar un beneficio. Y el segundo porque en ningún caso será intención del psiquiatra provocar algún daño añadido. La cuestión surge, y así es mi percepción, cuando a pesar de que la búsqueda del beneficio está totalmente clara, no está tan claro o asegurado, en cambio, que a

pesar de los esfuerzos pueda producirse algún "efecto adverso" o daño. Y curiosamente, y así lo he percibido durante las entrevistas a los distintos profesionales, el daño que se le puede hacer al paciente viene por dos tipos de factores: *la estigmatización* que pueda sufrir una vez sea ingresado (y posteriormente sea dado de alta) y por los "daños" que puedan ser causados por otros compañeros ingresados debido a sus patologías y comportamientos disruptivos dentro de la unidad. Aquí los efectos nosocomiales no vienen producidos por infecciones contraídas en el hospital, sino por las repercusiones del acto de ingreso o de la estancia.

Estos comportamientos disruptivos pueden estar causados por que la tipología de patologías existentes en la unidad es variada, existiendo algunas de ellas con "manifestaciones clínicas" que van más allá de la propia patología mental. Y así, en la entrevista a una de mis informantes, en la que le preguntaba sobre la diferencia de tipologías de pacientes, me contestaba sobre la clara diferencia entre la manifestaciones patológicas, sobre todo si nos fijábamos en un grupo concreto de lo que ella denominaba "pacientes verdaderos". Transcribo a continuación parte del contenido de esa conversación:

Enfermera:

Entrevistador: "Si tuvieras que hacer una definición que distinguiera la salud mental de la psiquiatría, ¿Qué me responderías?"

Entrevistada: "*Yo creo que la diferencia que existe entre salud mental y psiquiatría es que la salud mental es estar en equilibrio con el entorno socio-cultural. Es decir poder interaccionar con tu entorno con normalidad. En cambio psiquiatría sería un diagnóstico y tratamiento de un trastorno mental. Y no creo que estén en oposición, eso es lo que entiendo yo, porque un paciente con un trastorno mental puede tener una buena*

interacción, sino completa si adecuada con el entorno, porque pueden tener un manejo de emociones, un buen manejo de conflictos, y pueden tener una buena interacción con el entorno. En cambio, hay otras personas que no tienen trastorno mental y no consiguen relacionarse bien con el entorno. Por tanto la salud mental sería interaccionar perfectamente con el entorno sociocultural, pero si no puedes interaccionar bien con ese entorno lo que sucede es una ruptura con el ambiente familiar, laboral y por tanto no hay salud mental.

En cambio psiquiatría es cuando hay trastorno mental. Una persona puede saber manejar conflictos dentro de la sociedad posee una buena salud mental además de tener una serie de capacidades. Se adaptan a su entorno. Están en adaptación. Cuando esa adaptación se rompe es cuando aparece el problema.

Las manifestaciones que se producen cuando se rompe esa adaptación pasan por la aceptación de uno mismo, con la familia, con los amigos, con el medio laboral…

El paciente con patología mental tiene un trastorno que le impide su vida relacional. Y creo que aquí en la unidad de hospitalización breve hay dos tipos de pacientes, unos con patología mental y otros con patología social.

Siguiendo con los motivos de ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica hay que pensar que los criterios no son universales ni de precisión numérica sino que se tienen que adaptar a la necesidad individual de cada caso específico. Señala Rafael Casas que "*las indicaciones de ingreso psiquiátrico no pueden ser universales, sino que tienen que elaborarse (lógicamente, sobre unas bases comunes) de manera individualizada para cada centro, ya que*

dependen de situaciones tales como la disponibilidad de camas, la presión asistencial, la experiencia del equipo, los recursos disponibles dentro de la Unidad, y los recursos existentes fuera para dar otras alternativas diferentes al ingreso, así como de la mayor o menor tolerancia de la sociedad hacia las conductas patológicas, las posibilidades de contención en el medio familiar y social, y muchas veces las presiones institucionales por parte de estamentos policiales y judiciales para realizar determinados ingresos" (Casas, R. 1987). Son estas presiones socio-administrativas-judiciales las que son referidas por algunos de mis informantes como principal motivo de ingreso. Me indicaba uno de ellos lo siguiente:

> *"Yo creo que existe una soledad del psiquiatra en servicio de urgencias a la hora de ingresar un paciente. Esto es así porque la atención no es únicamente para el paciente sino que abarca en ámbito familiar, judicial, policial y político. Ante una amenaza, no hacia mi persona sino una amenaza que me pueda causar repercusiones legales (como una amenaza de suicidio) tienes que valorar la enfermedad en sí, los recursos que tiene la familia, los recursos personales, las posibilidades de que se cumpla o no lo que dice el paciente o incluso las amenazas de heteroagresividad que usan hacia el psiquiatra. A veces la familia te fuerza a que lo ingreses.*
>
> *Si el psiquiatra, y volviendo a la soledad del psiquiatra, se viera apoyado primero por las estructuras sanitarias, y segundo por los aspectos sociales y legales, el asunto sería diferente. Porque en el ingreso, si hay algún problema con este, el culpable es el psiquiatra. Así, en la unidad hay tantas camas, y tantas camas hay, y queda muy bien decir que la psiquiatría cubre, pero es el psiquiatra el que tiene que dar la cara, y por este motivo muchas veces hacemos ingresos que conscientemente sabemos que no*

son necesarios. Pero lo hace para cubrir una serie de consecuencias".

Como se puede observar en el texto este informante, y es repetido por alguno más, el sentimiento de soledad a la hora de tomar decisiones respecto a algunos pacientes es evidente. Y esto les hace tener un sentimiento de pérdida de control por escaparse de sus propios deseos dichas situaciones. Se puede observar que los mecanismos estructurados de una formación académica, acompañados de las clasificaciones modelo de los trastornos mentales a nivel comunitario, no son suficientes a la hora de abordar determinados conflictos "sociosaludables" que se presentan en el servicio de urgencias.

Las condiciones personales del psiquiatra condicionan algunos ingresos, entrando en juego factores como el miedo a la pérdida de control sobre el paciente quien puede reaccionar con auto o heteroagresividad, a lo que se le añade el sentimiento de miedo a la propia culpabilidad antes estas situaciones violentas, así como las posibles responsabilidades legales en las que pueda incurrir; valga como ejemplo las actitudes tomadas ante pacientes que someten al facultativo al chantaje del suicidio si no se le ingresa. A lo anterior hay que sumarle los comportamientos y sentimientos humanos que el propio psiquiatra pueda tener hacia un paciente cuya situación social es comprometida por la falta de alimentos, familia, dinero, etc. (Guzmán, L.1987). Esto demuestra que al fin y al cabo, los psiquiatras son personas. Siendo esta otra variable cualitativa que es necesaria valorar a la hora de considerarla como factor de reingreso.

Si nos vamos a los criterios de ingresos de otras comunidades diferentes a la de Extremadura aparece una serie de razones justificativas de ingresos. Reproduzco los criterios de ingresos en la unidad de salud mental del hospital Príncipe de Asturias de Madrid:

1. *Pacientes con un trastorno mental sin conciencia de enfermedad que requieren tratamiento específico en un dispositivo de la red de salud mental sin que exista adhesión al tratamiento. La hospitalización tendría el objetivo de garantizar las condiciones de tratamiento que el paciente necesita.*
2. *Garantizar unas condiciones de seguridad en caso de que el paciente presente alteraciones conductuales que pongan en riesgo su vida o su integridad física (episodios de autoagresividad, gestos autolíticos o ideación autolítica estructurada, sintomatología activa que induzca a conductas de riesgo, falta de control…).*
3. *Quiebra repentina del sistema de soporte habitual del paciente. La hospitalización tendría el objetivo de funcionar como sistema temporal y alternativo de soporte y contención del paciente, para preparar la posibilidad de que se restablezcan las condiciones previas ante la imposibilidad de que dicha función la cumplan otros dispositivos tales como hospital de día o mini-residencia.*
4. *Dudas diagnósticas acerca del paciente que dificultan un tratamiento adecuado a sus necesidades. La hospitalización en este caso tendría la función de dotar de un entorno que favoreciera la clarificación del diagnóstico así como el ajuste del tratamiento.*
5. *Instauración de un tratamiento específico que requiera de una vigilancia intensiva o aplicación de un tratamiento que implique ingreso hospitalario (ej.TEC).*

La más llamativa de las indicaciones de ingreso es la recogida en el punto tres. Creo que es así porque a diario suceden "quiebras repentinas del sistema habitual del paciente". Imaginemos la situación de miles de personas que sufren el paro, la inmigración, o la pérdida del sistema familiar de apoyo. Imagino que estará más referido a personas que presentan un alto nivel de dependencia a ese sistema, y con pocos recursos personales para solventar la situación por sí sólo. Lo que habría que cuestionarse es por qué determinadas situaciones y cambios sociales hacen que la psiquiatría sirva como albergue de problemática social y no como respuesta a una sintomatología patológica. Esta cuestión, sobre la que yo tenía mis propias respuestas basadas en la misma evolución histórica de la psiquiatría, me fueron confirmadas por la entrevista mantenida con uno de mis informantes. Dada la calidad

de la entrevista, he considerado reproducir en casi su totalidad lo considerado por este informante como la situación actual de la psiquiatría, y su estadio en una fase psicosocial. Decir que el entrevistado es psiquiatra.

Entrevistador: ¿por qué crees que actualmente existen pacientes de puertas giratorias? ¿Por qué ingresan los pacientes ahora con un tipo de patología más relacionada con lo social que la mera sintomatología asociada a la patología mental "tradicional"? ¿Crees que el cierre de psiquiátricos ha podido influir en que haya más pacientes reingresadores?

Entrevistado: "Vamos a ver, el cierre de los hospitales psiquiátricos como único factor de reingreso sería una visión un poco simple y desproporcionada. Para hablar de pacientes que reingresan actualmente habría que hacer un recorrido histórico por las grandes revoluciones de la psiquiatría, y de cómo el optimismo daba paso a miradas más realistas e incluso pesimistas. Así, cuando aparecieron los psicofármacos hubo un optimismo exagerado acerca de lo que era el tratamiento de las grandes patologías mentales. Fue lo que se llegó a denominar la tercera revolución psiquiátrica. Antes había habido dos revoluciones, entendiendo estas como el giro corpernicano y de ciento ochenta grados sobre el concepto de salud mental.

La primera revolución será la creación del primer manicomio del mundo, porque lo que empezamos a hacer es cuidar enfermos a diferencia de otros países o regiones del mismo país que lo que hacía era quemarlos y enviarlos a la hoguera por brujería.

La segunda revolución será la psicoanalítica, la cual supone una ruptura de la visión del enfermo con patología mental, ya que hasta ese momento lo que era el centro de atención de la psicopatología y abordaje del enfermo estaba centrado en la consciencia, mientras que en el psicoanálisis se alzaprima el

concepto de inconsciencia. Supone además una revolución por las nuevas formas de tratamiento en las que se abandonan los tratamientos represores, y se imponen otros tratamientos como la cura psicoanalítica o la técnica de libre asociación. Así, casi coetáneo de Freud estaba Erasmus Darwin que tenía un método que era la silla giratoria de Darwin, el baño súbito que consistía en ir por un puente en el que se abría una trampilla y se caía al agua. Pero en 1950 con el uso de la clorpromacina por los psiquiatras Delay y Deniker en 38 pacientes ingresados fue el comienzo de la tercera revolución psiquiátrica. A partir de aquí se empiezan a desarrollar otros antipsicóticos como el haloperidol, los tricíclicos, y las primeras benzodiacepinas la cuales aparecen en 1962. A todo esto se le llama la revolución psicofarmacológica.
Se produce un nihilismo frente a los tratamientos tradicionales que hasta ese momento se usaban como era el electroshock, las curas insulínicas, y las inyecciones de aguarrás o trementina".

Hago un paréntesis aquí para decir que estos últimos tratamientos señalados, las inyecciones de aguarrás y los comas insulínicos, que parecen de hace un siglo, no están tan alejados en el tiempo. Aún recuerdo cuando trabajaba en el psiquiátrico como pude ver en algunas pacientes las secuelas producidas en los glúteos por las inyecciones de aguarrás, así como comprobar en los historiales clínicos de algunos pacientes las terapias con los comas insulínicos a los que habían sido tratados. Yo abandoné el psiquiátrico en el año 2010, y algunos de esos pacientes aún vivían; con lo cual esos tratamientos habrían sido aplicados no hace más de cuarenta o cincuenta años.

Después de esta pausa, continúo con lo descrito por mi informante.

"Con la aparición de estos nuevos tratamientos se da un optimismo en el que se cree que se puede con todo. Pero va

pasando el tiempo y se ve que hay cuadros que son resistentes. Por diversas causas, a veces por una pseudoresistencia, ya que muchas veces las enfermedades mentales cuanto más graves son se acompañan de una menor conciencia de enfermedad, y esto provoca un mayor abandono de tratamiento. Hay además, cuadros en los que no van, entonces este optimismo se va debilitando y por tanto se dan dos cosas. Una, la búsqueda de nuevos fármacos más eficaces, y otra la aparición de estrategias multiprofesionales y multicompetentes. Así, en una esquizofrenia si no quieres dar una única terapia farmacológica también puedes dar terapias psicosociales".

Se puede observar en esta entrevista como este psiquiatra hace un breve pero extraordinario recorrido por los altibajos de los tratamientos psiquiátrico, quedándonos de momento en esa tercera revolución que empieza a ver sus limitaciones, y que necesita de algo más que el tratamiento farmacológico. Algunos autores describen cuatro revoluciones psiquiátricas, pero la diferenciación entre la segunda y la tercera es el paso del manicomio como centro asilar a centro de cuidados, manteniendo la continuidad en la reclusión, por lo que algunos sólo ven tres auténticas revoluciones bien diferenciadas.

Por tanto y volviendo a las indicaciones de ingreso de un paciente, y fijándonos en ese cajón de sastre en el que se convierte la psiquiatría frente a aquellos problemas a los que no puede dar enteramente solución a través de la farmacología, se pone en un aprieto al psiquiatra que use únicamente estas armas como solución al problema. Estaríamos hablando de la necesidad de una cuarta revolución (o quinta revolución), de la que ya algunos hablan como la psiquiatría social.

Regresando a los antes descritos en un listado como criterios o indicaciones de ingreso, he de decir que en la unidad de estudio no

existe tal listado. Esto puede ser perjudicial o beneficioso para el psiquiatra que está en urgencias. Perjudicial en el sentido de que el psiquiatra tiene que usar sus criterios como único responsable del ingreso de la persona, creando en él un sentimiento de soledad del que antes hablábamos. En este sentido el psiquiatra se va a tener que enfrentar, no a la psicopatología del paciente (que sin duda será la más fácil de identificar por él), sino a la presiones ajenas a su voluntad como pudieran ser la presión familiar para forzar el ingreso, la situación de la unidad de ingreso (exceso de camas ocupadas), etc. Y beneficioso por que el psiquiatra va a tener en su mano el poder de decidir y hacer lo que más oportuno le parezca en ese momento. Así como tener la libertad de hacer lo que menos quebraderos de cabeza le cause. De esta forma, el psiquiatra puede decidir el ingreso de un paciente simplemente para quitarse las presiones antes señaladas, y esperar que otro (ya en la unidad de internamiento) solucione el "problema". Esta situación va a depender de las características personales del psiquiatra, que ya he escrito anteriormente.

En todo el proceso, y características anteriormente señaladas, únicamente he hablado de las circunstancias que rodean el acto del ingreso en el servicio de urgencias. En él aún no se ha etiquetado el paciente con el nombre de una patología psiquiátrica, simplemente se le ha considerado como indicado para "beneficiarse" del ingreso en la unidad de hospitalización breve. Esto conlleva, sino una etiquetación con una patología en concreto, sí como un estatus de enfermo con patología mental. Entrando aquí las calificaciones y percepciones sociales que se tienen sobre este escenario. Paso a desarrollar el proceso al ingreso del paciente en la unidad.

6.2.2 El ingreso en la unidad. El proceso de etiquetación del paciente.

El segundo paso a seguir desde su entrada en el servicio de urgencias es el de ingresar en la unidad de hospitalización breve (UHB). Es aquí donde las intenciones del psiquiatra que ingresa a la persona tienen la finalidad perseguida ¿pero para qué sirven estas unidades? Según el DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la unidad de hospitalización breve sirven para:

> *"Las Unidades de Hospitalización Breve son dispositivos destinados al ingreso, tratamiento y cuidado temporal de pacientes con psicopatología aguda con el objeto de conseguir una reducción de la sintomatología.*
> *El ingreso generalmente se realiza por imposibilidad de abordaje de la patología de manera ambulatoria y siempre que se prevea un beneficio potencial del ingreso."*
> Y sus funciones serán las de:
> *a. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes hospitalizados.*
> *b. Atención de la interconsulta generada por el resto de los servicios hospitalarios, así como de la psiquiatría de enlace.*
> *c. Atención a la urgencia que no haya podido ser atendida en los Equipos de Salud Mental.*
> *d. Coordinación con el resto de los dispositivos de salud mental del área o áreas de influencia.*
> *e. Formación, docencia e investigación.*

Como se puede observar, aunque los objetivos que tiene la UHB concuerdan en mayor o menor medida con lo expresado por los psiquiatras, las funciones son muy generales dado que aplica los mismos

criterios a las distintas situaciones que se presentan en los ingresos. Y es en este trabajo de investigación donde pretendo entre otras cosas ir desde esa generalidad hasta la particularidad del trabajo de campo.

Volviendo al momento del ingreso en la unidad, las situaciones son distintas para cada paciente que ingresa. Señalo algunos de los momentos de ingresos que pueden ser interesantes, para posteriormente analizar la "tipología" de pacientes que ingresan en la unidad desde la perspectiva conceptual de los trabajadores. Podemos encontrar:

- El paciente que ingresa por primera vez y lo hace bajo su voluntad. La forma de comportarse del paciente dependerá del motivo de su ingreso así como de la patología asociada. Se pueden dar varios casos:
    - El paciente que nunca ha estado en ninguna institución y es consciente de su nueva situación. Se suele tratar de pacientes con trastornos del estado de ánimo. Tiene sentimiento de necesidad de ayuda, y así es percibido por el personal que lo recepciona. El paciente suele estar perplejo, confundido y desamparado. Se produce un choque con el mundo exterior. Se produce un mayor interés por parte del personal para que se adapte a la nueva situación.
    - El paciente que ya ha estado en alguna institución diferente a la unidad de UHB, como cárceles, centros de menores, centros de desintoxicación, etc. Los motivos de ingreso inicialmente suelen ser varios. En el paciente no se nota que esté excesivamente desbordado por la situación. El personal muestra cierto recelo sobre los "verdaderos" motivos de ingreso. Suele tener una adaptación rápida al entorno.

- El paciente que no ha estado nunca en ninguna institución y tenía unas perspectivas antes del ingreso distintas a las que se encuentra en la unidad (normas y espacios cerrados). El paciente puede reaccionar de dos formas: una intentarse adaptar a su nueva situación, y otra la de pedir el alta al poco tiempo de ingresar. El personal lo ve inicialmente como un problema dada la conflictividad que puede causar, no compartiendo la idea de su ingreso voluntario y su comportamiento reacio al ingreso. Puede ser fuente de conflictos entre personal de la unidad y psiquiatra que realiza el ingreso.

- El paciente que ingresa por primera vez pero contra su voluntad. Dependiendo de la patología y motivos de ingreso se podrán distinguir varios casos:

  - El paciente que no tiene consciencia de enfermedad, y cree necesario su ingreso. El paciente no tiene un contacto adecuado con la realidad (puede tratarse de pacientes psicóticos, demencia, etc.). El paciente se muestra reacio al ingreso, no colabora e incluso puede demostrar su desacuerdo a través de la violencia pero no es consciente de ello. No sabe por qué, pero siente que necesita ayuda. El personal puede ir desde un comportamiento negociador hasta uno más tajante. A pesar de ello, el personal tiene una actitud más comprensiva hacia este tipo de pacientes.

  - El paciente no tiene consciencia de enfermedad, y no cree necesario su ingreso. Suele darse en pacientes con trastornos de personalidad y consumo de tóxicos. El paciente tiene buen contacto con la realidad, pero no acepta de buen grado su situación. El paciente puede

acatar las normas o por el contrario comenzar un conflicto que es resuelto por el personal usando distintas formas de persuasión. La situación no suele ser de agrado para el personal de la unidad.

- El paciente que ha ingresado varias veces y lo hace bajo su voluntad. Dependerá de su patología y motivos de ingreso. En este caso la disparidad de opiniones es amplia.
    - Se puede tratar de un paciente que ha sido dado recientemente de alta, y no se ha adaptado en su entorno exterior. El personal suele achacar el ingreso a varias causas que pueden ir desde considerar que se le dio el alta demasiado pronto hasta que el paciente prefiere estar en la unidad antes que en su domicilio. Dependiendo de los matices que acompañen al ingreso así será la conceptualización del personal hacia el paciente. Dependiendo del motivo del ingreso así será el comportamiento del paciente durante el mismo, que puede ir desde la "alegría" por el reencuentro con antiguos compañeros de UHB, hasta cierta desesperación por entender que el ingreso no le va a valer de nada, como sucedió en el anterior. En muchos casos dependerá de la experiencia de ingreso anterior y del contacto con la realidad que tenga.
- El paciente que ha ingresado varias veces y lo hace en contra de su voluntad. Dependerá de su patología y motivos de ingreso.
    - Si el paciente es consciente de su situación y tiene buen contacto con el medio suele mostrar oposición al ingreso en algunas ocasiones, puesto que al hacerlo contra su voluntad se supone su negativa al ingreso. Suele

favorecer una correcta adaptación al medio si la relación anterior con el personal fue "buena". La conceptualización del personal hacia el paciente dependerá de las experiencias pasadas y de la situación actual.

- Si el paciente no es consciente de su situación y no tiene buen contacto con el medio puede darse desde un ingreso sin oposición hasta la negativa a ingresar. El personal suele asociar el ingreso a una crisis del paciente, un fallo en la medicación u otros factores ajenos al paciente, por lo que a pesar de que vuelva a ingresar lo consideran dentro de lo normal, y por tanto tiene buena aceptación.

La anterior descripción de tipologías de pacientes así como la conceptualización que hace de ellos el personal de la unidad aunque muchas veces está relacionado con el diagnóstico psiquiátrico no necesariamente tiene que ir ligado a él. Más adelante desarrollaré la división del tipo de paciente vistos desde el punto de vista del personal.

En los ingresos suelen suceder todo tipo de reacciones tanto por parte de las personas que ingresan como por el personal de enfermería. Este tipo de reacciones, que no suelen producirse en otras unidades, van desde situaciones dramáticas hasta abrazos de alegría. Y así, he podido ser testigo de cómo se han producido ingresos en los que los padres se tenían que separar de sus hijos que habían tenido un brote psicótico. Situación que ni era comprendida por el paciente ni por los familiares, y que es vivida como una situación angustiosa no solo por ellos sino también por el personal, que entre sus comentarios en privado se suele escuchar:

- *Que faena, con lo jovencito que es.*
- *Ojalá sea por tóxicos, porque sino…*

- *Pobres padres…*

Existe una implicación emocional por parte del personal que en ocasiones he podido comprobar se intenta encubrir con actitudes que van desde el cumplimiento rutinario de las normas hasta una implicación más afectiva en los cuidados.

En otras ocasiones, he podido observar como pacientes que han tenido reingresos repetidos en la unidad traen grandes bolsas de ropa o incluso maletas. La llegada a la unidad suele ser saludando a otros pacientes que hubieran coincidido en anteriores ingresos, y saludando al personal. La implicación con estos pacientes en algunos casos denota un trato de familiaridad. Por tanto la *implicación emocional* con el paciente va a depender de la conceptualización que el personal haga sobre él.

Continuando con ese período de tiempo que sucede durante el ingreso, he de decir que en esta *organización total* no se da un fenómeno de recepción humillante como el narrado por Erwing Goffman en el que describe como primer paso para la mortificación del yo el despojo de la concepción de sí mismo. Goffman describe este proceso de admisión de una manera que da ciertos matices de degradación para el paciente: "*Es muy frecuente encontrar al personal ocupado en lo que se llaman procedimientos de admisión, entre los que se incluyen, por ejemplo, historia social del individuo, tomar fotografías o impresiones digitales, controlar peso, asignar números, efectuar registros, hacer una nómina de los efectos personales para enviarlos a depósito, desvestir al nuevo interno, bañarlo, desinfectarlo, cortarle el pelo, entregarle la ropa de la institución, instruirlo en las normas y asignarle cuartos… Los procedimientos de admisión y los test de obediencia pueden considerarse una forma de iniciación, llamada "la bienvenida", en la que el personal, o los internos, o unos y otros, dejan sus tareas para dar al recluso una noción clara de su nueva condición. Como parte del rito de iniciación puede recibir apodos tales como "Gusano" o*

"Basura"… Después del ingreso la imagen del yo que presenta es atacada de otra forma. Como hacer besar los pies, obligar a dar respuestas humillantes, decir "señor"… (Goffman, E. 1961).

Puedo asegurar que ese proceso de humillación en ningún caso se da en la unidad estudiada. Sí es cierto que la persona que ingresa debe ir vestida con un atuendo determinado, se le tiene que hacer una historia clínica e inventariar sus objetos personales para ser guardados. Pero creo que este hecho no es un atentado contra el yo de la persona sino que por propia culturización la persona sabe que su nueva situación de paciente exige la asunción de un determinado rol. Así, si el fin del paciente es ser ayudado y el objetivo del personal es ayudar, la finalidad del ingreso coincide. Ahora bien, el conflicto puede surgir en dos casos: el primero cuando la persona que ingresa no cree necesaria la ayuda que se le brinda; y en segundo lugar, cuando el personal cree que dada las características del paciente su ingreso no le va a beneficiar en su patología, considerándolo tiempo perdido. Es aquí (y hablando de una forma muy general) cuando se puede producir un conflicto de poder en el que sí puede verse involucrado en mayor medida el conflicto, sobre todo en el primer caso, entre lo que desea el paciente (que puede compararse al ello) y lo que impone el personal (que puede considerarse el yo). De esta forma me comentaba una enfermera:

> *"Hay pacientes que no quieren estar en la unidad porque no conocen que es esto, o porque vienen muy mal, y otros porque quieren hacer lo que quieran. Y esto no es así. Lo que pasa que con el paso del tiempo los pacientes se van haciendo a las normas. Unos tardan más y otros menos".*

Un paciente me comentaba:

> *"Es que uno llega aquí y no sabe nada. Le preguntan tantas cosas y le dicen tantas cosas que me lío, y no me entero de nada.*

Y luego hay enfermeras que son muy mandonas… Bueno la mayoría son buena gente pero algunas…"

Otro me decía:

"Esto es mejor que Marina Dor, porque está mejor organizado".

En estos comentarios se puede ver que las posiciones de enfermera y paciente no son tan distintas si hablamos de una aceptación del rol propio y del otro. Por tanto, yo no hablaría de mortificaciones del yo (en el aspecto negativo), sino de la imposición de un rol que es bidirideccional, sobre todo porque si lo comparo con la obra de Goffman, en esta parece que el sometimiento del otro con la imposición del rol va en beneficio de los empleados. En cambio, aquí se parte de la idea de que la asunción por parte de la persona de un rol de paciente es para su beneficio, ya que reconociendo el problema es posible una solución, y sobre todo porque en la búsqueda de esta es imprescindible la participación del paciente. Aunque también hay que añadir que a veces esa asunción de rol de paciente es contraproducente para la persona, porque en ocasiones la autoetiqueta que se le atribuye se convierte en una búsqueda de ganancias a través de comportamientos pseudoinvalidantes, como pueden ser percibidas la búsqueda de pagas por invalidez, eximirse de cargas familiares, o rehusar de responsabilidades de la vida diaria (hacer compras, tareas del hogar, etc…). En ocasiones resulta muy llamativo como durante las comidas algunos pacientes jóvenes son incapaces de abrir un sobre de azúcar, o pelar una pieza de fruta y piden ayuda. Algunos de los comentarios del personal (muchos en voz baja y sin ningún sentido peyorativo) son:

"Madre mía, si este chico no sabe pelar una manzana, ¿Cuándo salga a la calle yo no sé qué va a hacer?".

O,

" Pues aquí porque estamos nosotras, pero en casa esto tiene que ser horroroso. Tiene que tener a esa madre cansada…"

Continuando con el ingreso en planta del paciente, y guiándonos en cierta medida por las "tipologías" de pacientes, se pueden observar distintos comportamientos de adaptación. Sí es llamativo, y creo que es importante recalcar, que el paciente una vez tomados sus datos y uniformado con el pijama correspondiente se le "suelta" (siempre dependiendo de su estado) a la unidad. Creo, desde mi punto de vista, que se le da poca información. Esto puede generar una situación curiosa, y es que el paciente aprenda las normas por errores cometidos. Y así, se reprende a un paciente por llevar un bolígrafo en el bolsillo, acostarse a una determinada hora o sentarse en un sitio que no le corresponde, sin que se le haya informado previamente de que tales acciones no se pueden hacer. Esto puede generar una imagen en el paciente sobre el personal de represor, y un concepto sobre el paciente del personal como infractor. La figura del psiquiatra, en la mayoría de los casos, se volatiliza una vez el paciente entra en la planta. La autoridad del ingresador pasa ahora a manos del personal de planta que está compuesto por enfermeras, auxiliares y celadores. Dependiendo del estado del paciente, el psiquiatra que lo ingresó puede preguntar a posteriori qué tal ha aceptado el ingreso o cómo se ha adaptado. Pero quien a partir de este momento de ingreso tiene el poder de hacer cumplir las normas dentro de la unidad es el personal de planta.

Lo que habitualmente se suele hacer es dar una escasa información al paciente, incluyendo en ella la habitación donde dormirá, horarios de baños y donde está la sala de televisión. De esta manera no es raro ver perplejos a los pacientes que han ingresado por primera vez, preguntando por las actividades de la unidad. En otras ocasiones son los propios compañeros de planta los que instruyen a los mismos sobre horarios y normas.

Una vez superada la primera fase de estancia en la unidad (el ingreso), el paciente es "etiquetado" por primera vez, y no solo me refiero al motivo de ingreso indicado por el psiquiatra, sino por la "catalogación" casi predictiva del paciente por parte del personal basándose en ese primer contacto. Así, el personal puede augurar cómo será el comportamiento del paciente dependiendo de las sensaciones captadas en este momento. Pude observar cómo según los motivos de ingreso, si era primer ingreso o no, la forma de contacto con el personal y su ubicación inicial en la planta (sobre todo en el salón del televisor), el personal hacía una calificación (en ningún caso despectiva), de la persona que ingresaba. Así pude distinguir varios tipos (incluso me puedo quedar alguno olvidado):

- El paciente *anormativo*. Se trata de aquel paciente que se adapta demasiado bien desde el ingreso. No muestra mucho nerviosismo, y tiene una actitud que algunos trabajadores describen como chulesca. Al principio no muestra ninguna resistencia y acepta normas pero se prevé que rechazará las indicaciones sobre normas del personal.

- El paciente *difícil*. Suele ser un paciente que ya tiene una "historia" dentro de la unidad, y siempre que ha ingresado ha protagonizado algún altercado contra el personal. Y se piensa que así será de nuevo.

- El paciente *colaborador*. Suele ser un paciente que acepta las normas desde el principio con una actitud de necesitar ayuda. Si el paciente es conocido se le trata con familiaridad y agrado, pero si es desconocido a veces se tiene ciertas dudas.

- El paciente *psiquiátrico*. El personal lo relaciona con la existencia de una patología aguda con unos síntomas claramente diferenciados. Aunque pueda dar problemas

iniciales, el personal confía en que la evolución será positiva y de adaptación.

- El paciente *geriátrico o paciente de antesala*. El ingreso de una persona de edad avanzada en la unidad suele levantar cierta suspicacia entre los trabajadores porque consideran que esa persona mayor va a ser propensa a descompensarse aún más. Se suele barajar la idea de que ese paciente entra andando, pasará gran parte de su estancia en la cama recibiendo cuidados y se recuperará, no del todo su estado mental, sino del estado físico provocado por la propia unidad, y se marchará la mayoría de las veces a otro centro. El tiempo de estancia es indeterminado.

- El paciente *fugaz*. Es el paciente que ingresa voluntariamente en la unidad pero una vez en ella y al observar el ambiente pide el alta. No está más de un turno en la unidad, e incluso horas. Existen dudas desde el principio de que ese paciente necesite el ingreso.

- El paciente *involuntario*. El paciente ingresa de forma voluntaria o negándose a ingresar. En ambos caso se recurre a la justicia para que el paciente quede ingresado en la unidad contra su voluntad. Cualquiera de los anteriores "tipos" de pacientes pueden pasar a ser este.

El personal creará sus propias concepciones, y así las trasmitirá al resto de compañeros dependiendo de ese primer contacto. Estas concepciones se basarán tanto en las manifestaciones clínicas del paciente (si las tuviera) como en la propia experiencia acumulada a lo largo de los años por el personal. Y soy consciente que tal vez no tengan una base científica esas primeras impresiones, pero no es mi papel el juzgarlas sino describirlas y en último caso interpretarlas. Esta forma de acceder a la identidad del otro tiene la finalidad de saber cómo

responder al otro y predecir como actuará. Así definía este proceso Goffman: "*Cuando un individuo llega a la presencia de otros, estos tratan por lo común de adquirir información acerca de él o de poner en juego la que ya poseen. Les interesará su status económico general, su concepto de sí mismo, la actitud que tiene hacia ellos, su competencia, su integridad, etc. Aunque parte de esa información parece ser buscada casi como un fin en sí, hay por lo general razones muy prácticas para adquirirlas. La información acerca del individuo ayuda a definir la situación, permitiendo a los otros saber de antemano lo que él espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de él. Así informados, los otros sabrán cómo actuar a fin de obtener de él una respuesta determinada*" (Goffman, E. 1981). Tal y como se puede observar en el texto de este autor en algunas ocasiones la acción de presentarse una persona ante otras o de una persona a otra lleva un proceso implícito de conocimiento del otro con el objetivo de saber cómo actuar. En el caso de la unidad de estudio dicha presentación ante el otro es mucho más estructurada, mucho más medida y sobre todo más acotada, ya que en esta relación entre paciente y personal trabajador cada uno sabe qué papel ocupa dentro de la relación. El problema surge cuando una de las partes no asume o no desea asumir el papel que se le asigna dentro de la relación que previamente ha sido establecida. Es en esta dialéctica cuando se produce la tensión que hace que la etiquetación del paciente dentro de los tipos antes señalados sea más clara.

Será por tanto este primer contacto el que establezca unas primeras impresiones que puede que vayan cambiando o no a lo largo de la estancia del paciente en la unidad. Sus comportamientos, sus relaciones, sus formas de usar el tiempo y el espacio, podrá determinar en muchos casos la posibilidad de ser un paciente catalogado como adaptado o inadaptado al entorno, e irá marcando una posible senda que pueda dar indicios de que el paciente será o no un potencial

reingresador. Estas actitudes frente al ingreso las desarrollaré en el siguiente apartado que dedico a la estancia en la unidad.

6.2.3 La estancia en la unidad.

Decir que todo paciente que ingresa en la unidad presenta las mismas formas de conductas, sería mentir; ahora bien, decir que las pretensiones de la *organización total* en la que ahora están son la de conseguir formas de comportamientos similares no es faltar a la verdad. Y de esta forma, el grupo que en este caso tiene el poder de la distribución de los tiempos y los espacios, es decir el sanitario, procura con sus acciones que todos los individuos cumplan una serie de rituales, acciones y actividades con las que lograr los objetivos que se marca la institución basándose bien en las necesidades referidas por el paciente, bien en las descubiertas sin que el paciente sea consciente de ellas. Con esto quiero decir que a diferencia de la visión tal vez demasiado fatalista de Erving Goffman sobre las instituciones totales, mi punto de vista me hace ver que las intenciones de cambios conductuales que hacen la organizaciones totales en el paciente no parten o no tienen su base en la necesidad de apartar al individuo de la sociedad o modelarlo para que encaje en ella, sino que nacen en la idea que es para el beneficio del paciente. Creo que parten del concepto de ayuda. Aunque lamentablemente tengamos que reflexionar si en determinados casos realmente se les ayuda. Esta ayuda a la que hago referencia, y dado que la unidad de ingreso es un espacio físico, es la proporcionada en este espacio y durante un tiempo determinado. Aunque hay que tener en cuenta que las pretensiones de las acciones puestas en marcha en la unidad no sólo pretenden objetivos en el espacio y en el tiempo donde se desarrollan, sino que se alarguen al exterior una vez que el paciente abandone dicho espacio de internamiento.

Llama la atención en la unidad de ingreso la diversidad de personas con diferentes patologías mentales que pueden ser cuidadas y tratadas al mismo tiempo. En cierta ocasión un paciente me dijo al poco rato de ingresar:

"Es que yo no estoy para estar aquí. Es que aquí están locos y yo no lo estoy. Yo sólo tengo la moral por los suelos, y estando aquí voy a estar aún peor. Yo creía que esto era otra cosa".

Este paciente llegó en un momento a la unidad en el que había varios pacientes con una sintomatología activa, y excesivamente llamativa para quienes no "están acostumbrados". Cuando estos pacientes empezaron a estar más adaptados a la unidad, el paciente antes mencionado me comentó de nuevo:

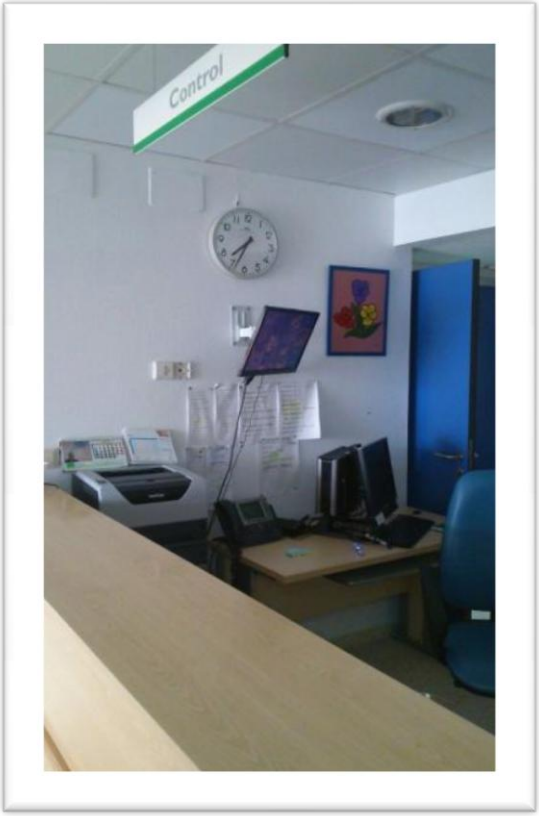
"Con el paso del tiempo me he dado cuenta de que aquí hay personas como yo, que necesitan ayuda. Lo que pasa que cada uno necesitamos una cosa diferente".

Este paciente, con sus palabras, definía lo que en las profesiones de la salud se define como trato individualizado. Ahora bien, sí es cierto que en la unidad se produce una cierta mezcla de manifestaciones clínicas que llaman la atención. Y de esta forma se pueden ver pacientes en estado maníaco junto con pacientes en estado depresivo. ¿Cómo se organizan tanto los pacientes como los profesionales para que esto no se convierta en un caos? Es lo que intentaré desarrollar en el siguiente apartado.

6.2.3.1 Los horarios y los tiempos.

Un hecho que resulta muy llamativo es que a casi todos, por no decir a todos los pacientes que ingresan en la unidad, se les retira el reloj entre sus pertenencias personales. Resulta curioso que en una unidad en la que una de las pretensiones es que el paciente tenga una buena orientación temporal se le priva de su referencia horaria. Las

razones para retirar el reloj pueden ir desde evitar que el paciente se pueda autolesionar (se puede tragar piezas, si es metálico hacerse heridas, etc.), que pueda "negociar" con él para obtener ciertos beneficios (medicación de otros pacientes, trueques con otros objetos, etc.) o que se lo puedan robar (no haciéndose responsable de esto el centro sanitario). Choca con lo anterior que en cambio no se les retire las pipas de vapor para fumar que tan de moda se han puesto últimamente y que pueden tener usos similares a los expuestos.



Ubicación del único reloj de la unidad.

Por tanto, y visto lo anterior, no es raro ver a los pacientes durante el turno de noche deambulando desde sus habitaciones hasta el control de enfermería para ver la hora, lugar donde se encuentra el único reloj de la unidad. Se crea una pequeña dependencia por parte de los pacientes hacia el personal a la hora de saber la hora. En muchas ocasiones, y dependiendo del estado psíquico, el paciente va

adaptando su rutina diaria no a las horas oficiales sino a los tiempos de actividad. Es decir el paciente al no tener un acceso directo a la hora, organiza sus horarios en función de los tiempos de actividad como pueden ser los baños, las comidas o las consultas. Por tanto el tiempo para algunos pacientes deja de tener el mismo sentido que cuando está fuera de la unidad. El paciente se adapta a los tiempos impuestos en la unidad. Y es que, desde mi punto de vista, tengo que hacer una definición del concepto "*tiempos*" al considerar este no como una noción ligada a las horas, sino a las actividades que se realizan en determinados momentos que pueden o no coincidir con esas horas. Ya lo sugirió Edward Evans-Pritchard en su célebre trabajo antropológico sobre *los Nuer,* proponiendo la existencia de dos tiempos y siendo uno de ellos el tiempo relacionado con las actividades cotidianas y la distribución de éstas dentro de ciclos anuales (Evans-Pritchard, E.1940). Esta noción de dos tiempos también se da en la unidad de psiquiatría, pudiendo incluir a otras muchas unidades hospitalarias que estén dentro de las consideradas como organizaciones totales

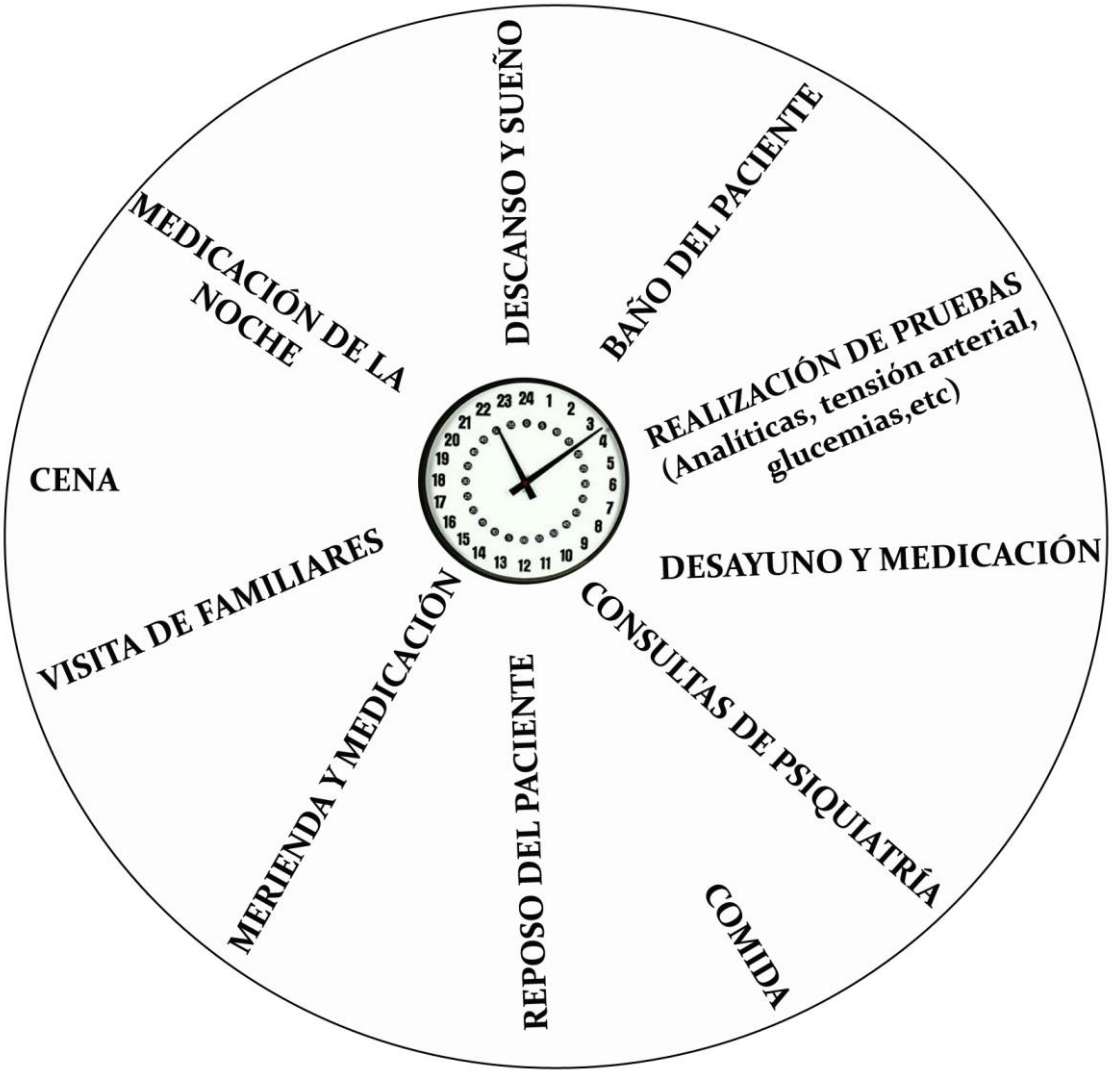
De esta forma, represento en las siguientes imágenes como en muchas ocasiones el paciente ingresado en la unidad conceptualiza la idea de "*tiempos*".

Horarios

Tiempos

Al ser tiempos y no horas estos pueden sufrir ciertas modificaciones en determinadas actividades, y así el tiempo de sueño que habitualmente está ligado al horario nocturno puede cambiar de posición y pasar a otras posiciones dentro del "reloj" de tiempos. Por lo que no es infrecuente ver a pacientes dormidos por el día y dando paseos por los pasillos de noche.

Para el personal la distribución de los tiempos es diferente a la de los pacientes, porque la distribución que realizan la hacen en función de una serie de actividades que inexorablemente tienen que ir unidas a unas franjas horarias. A continuación muestro como sería el reloj del personal:



HORARIOS DEL PERSONAL

Una de las funciones que cumple la unidad es la adecuación de los tiempos a los horarios. Como observó Emile Durkheim, cuando definía el tiempo, señalando que éste es el resultado de acuerdos sociales y ritmos ceremoniales (Durkheim, E. 1995). Es decir, uno de los objetivos que tiene el personal es conseguir que tiempos y horarios vayan juntos con la pretensión de que el paciente una vez dado de alta continúe con la misma rutina horaria, y consiga de nuevo adaptarse a los horarios alcanzados por los acuerdos sociales. Uno de los conflictos que surgen casi a diario es la negativa por parte de algún paciente a realizar una actividad que esté ligada a un horario; es en esta situación

cuando se realizan las medidas correctivas oportunas. Ahora bien, existe desde mi punto de vista una serie de pretensiones hacia el paciente que se escapan, tal vez, de las capacidades propias del personal asistencial, y es en estas situaciones cuando no son los tiempos los que se adaptan a los horarios si no al revés. Valga como ejemplo el paciente que tras tomar una nueva medicación se siente con más somnolencia de lo habitual y desea permanecer en cama. El personal puede considerar adecuada la petición y acceder a ella. Si esto sucede en el turno de la tarde puede que el paciente, tras haber dormido en este período, no lo haga durante la noche con las consiguientes "molestias" al personal; generándose ciertos conflictos sobre la idoneidad o no de saltarse ciertos horarios. Y es que la diferencia, la gran diferencia, que existe entre los tiempos de los pacientes y los horarios del personal es que estos últimos tienen fraccionadas las 24 horas del día en tres turnos. Esto hace que mientras que el paciente pasa todo el día en la unidad, el personal únicamente lo hace durante la franja de tiempo que le corresponda. Lógicamente la percepción del tiempo para el paciente es totalmente diferente a la del trabajador. Algunos de los comentarios al respecto por parte de trabajadores y pacientes son.

> *Paciente: "Es que aquí las horas se hacen muy largas. Todos los días lo mismo. Da igual un lunes que un viernes"*
> *Personal: "Este turno se me está haciendo larguísimo, y lo peor es que mañana vengo de tarde otra vez".*

Ya lo indicó Edmund Leach cuando determinaba las tipologías de tiempos según los experimentamos o lo vivimos, y así se podía apreciar el tiempo como repetición u oscilación de fenómenos, el tiempo como edad o curso lineal, y el tiempo como velocidad (Leach, E. 1963). Y así se puede decir que tanto para el trabajador como para el paciente el tiempo oscila en la unidad en cuanto a las actividades se repiten una y otra vez todos los días del año, y no siempre las diferentes actividades pasan o son percibidas con la misma velocidad de tránsito, haciéndose

unas interminables y otras fugaces. Eso sí, todo desde la propia percepción de los actores. La unidad de hospitalización se asemejaría en cuanto a la repetitividad de actividades a otro tipo de instituciones, de este modo y fijándonos en el texto de Manzanos en el que dice: "… *a la vida diaria un ritmo cadencial, en el que la persona sabe perfectamente lo que hará la próxima hora, el siguiente día, dentro de un mes, donde no cabe lo imprevisto, donde no existen los días especiales, y donde la decisión de la vida depende de la organización*"(Manzanos, C . 1991). En este caso se refiere, a pesar de lo llamativo, a la cárcel.

En ocasiones el paciente se queja de falta de inactividad, de rutina y tedio. Este suele ocupar su tiempo libre en pasear por el pasillo de la unidad, en ver la tele y en leer algún libro. Estos son algunas de las respuestas que me dieron algunos pacientes reingresadores durante las entrevistas:

> Paciente 1(Rosa): "Aquí en la unidad lo que suelo hacer mucho es pasear con las compañeras, jugar a los juegos de mesa que tenéis y ver la tele".
>
> Paciente 2 (Ángel): "Lo que hago es ver la tele casi todo el día. Menos mal que me llevo muy bien con una paciente y con ella me entretengo".
>
> Paciente 3 (Pedro): "Aquí me paso la gran parte del tiempo haciendo sopas de letras".
>
> Paciente 4 (Jaime): "Paso gran parte del día paseando con el resto de pacientes".
>
> Paciente 5 (Raúl): "En pasear y hablar con los amigos (refiriéndose a los compañeros de hospitalización".

Paciente 6 (Vanesa): "Hago autodefinidos y sopas de letras. No me gusta relacionarme con el resto de pacientes porque me crea ansiedad. Tal vez por la mala experiencia que he vivido".

En los anteriores comentarios, no he puesto otros ejemplos porque muchos de ellos se repiten, pero se pueden observar varias cosas interesantes. Una de ellas es que la gestión del tiempo libre en la unidad es llevada por el propio paciente. Es decir el paciente decide entre las opciones posibles cual le apetece hacer. Estas opciones son ver la tele, leer, pasear o juegos de mesa. Y la segunda es que el paciente pasa su tiempo libre en la relación con otros pacientes. Esta última actividad, que trataré con mayor profundidad en apartados posteriores, va a generar situaciones específicas y particulares que únicamente suelen darse en la unidad de hospitalización psiquiátrica. Añadir que la percepción del paso del tiempo vivida por estos pacientes es diferente dependiendo de los tiempos que esté desarrollando, y así, el paciente manifiesta que el tiempo de visita es demasiado corto (cuando son dos horas), mientras que el período entre el cambio de turno de la noche y la administración de la medicación es demasiado largo (media hora). El paciente conceptualiza el tiempo dentro de la unidad de una forma similar a la que cualquiera haría fuera de ella, uniendo la rapidez del paso del tiempo a actividades que nos resultan placenteras, y la lentitud a las que nos suponen cierta incomodidad. Signo inequívoco de que *el tiempo es una construcción socio-cultural vivida desde la percepción.*

Visto lo anterior podría pensarse que el tiempo libre del paciente es improductivo, pero a ojos de algunos de mis informantes (no todos, y aquí hay cierto conflicto) si se les diese más contenidos a ese tiempo libre haciendo actividades más lúdicas, esto podría provocar un efecto negativo que podría traducirse bien en la negativa del paciente a marcharse de alta (al estar más a gusto en la unidad que en su propia casa) o bien que el paciente desease ingresar ante cualquier situación adversa en el exterior. Una de mis informantes me lo expresaba así:

Informante (Trabajador): "*Mira Pepe, aquí el paciente se levanta, le hacemos la cama, tienen el desayuno preparado, la comida, y todo lo demás. Si encima le hacemos actividades de relajación, escuchar musiquita y talleres, el paciente no se va a querer ir de aquí porque va a estar mejor que en su casa; vamos como en un hotel*".

Ante el anterior comentario, las voces críticas manifiestan lo siguiente:

Informante (Trabajador): "*Creo que somos lo suficiente profesionales para saber a quién le puede beneficiar esas actividades y a quién no. Sería cuestión de hacer una selección*".

Como se puede observar existe un cierto conflicto a la hora de planificar el tiempo libre de los pacientes. Unos a favor de ocuparlo con actividades programadas y otros de continuar con la elección del paciente de las actividades ya existentes.

A lo anteriormente expuesto, aunque menos interesante a la hora de ser factor que pueda de forma directa aumentar las posibilidades de reingreso, hay que añadir que los trabajadores también tienen sus tiempos y no únicamente sus horarios. Si dijera que el trabajador pasa las siete o diez horas realizando tareas asistenciales directas con el paciente estaría mintiendo, puesto que algunos períodos los dedica al descanso o a tareas con una carga física menor. Estos tiempos de descanso son los que se producen en los recesos de trabajo, y son los espacios de tiempo que el trabajador emplea entre una actividad horaria marcada y otra. Son los tiempos que el trabajador emplea para tomar café o algún que otro refrigerio dentro de la unidad, y en un lugar especifico destinado para ello (ya descrito con anterioridad), que es el estar de enfermería. Una de las características del tiempo empleado en este espacio es la de que se producen conversaciones de todo tipo, que pueden ir desde temas laborales hasta familiares. La ubicación de

tal espacio está tan próximo al control de enfermería que no es infrecuente que cualquier paciente que esté en él pueda escuchar algunas de las conversaciones que se producen en el interior, siendo esta información usada por el paciente para saber si el trabajador tiene algún familiar enfermo, en qué estado de salud ha venido a trabajar o saber incluso cuando se marcha el empleado de vacaciones. El paciente obtiene en algunas ocasiones información del trabajador que le hace sentirse en cierto modo parte de grupo "dominador" (en este caso asistencial); no siendo raro que un paciente pregunte por el estado de salud de un familiar de un trabajador, por el estado de salud del propio trabajador o dónde planea irse de vacaciones. Se produce un cierto acercamiento, muchas veces involuntario, entre trabajador y paciente que le dar un cierto aire de familiarismo que hace sentirse al paciente más aceptado por el "otro" grupo.

Otro de los tiempos de los trabajadores son los de vigilancia. Estos no pueden ser considerados como horarios a cumplir, dado que la vigilancia es continua las 24 horas del día. El trabajador o trabajadores, incluyendo aquí a celadores, auxiliares y enfermeras, tienen como premisa la vigilancia continua del paciente. Normalmente esta vigilancia se hace desde el control de enfermería, que es donde están los monitores de vigilancia, y desde donde se tiene acceso visual a casi la totalidad del pasillo de la unidad. El tiempo aquí se emplea no sólo en la vigilancia, sino en la interacción con el paciente. Se puede afirmar que este el punto con mayor número de interacciones entre personal y pacientes en estos momentos. El paciente emplea sus ratos de ocio no sólo en pasear sino también en interaccionar con el trabajador. No es infrecuente ver a un paciente venir a pedir agua, al poco tiempo líquido para las pipas de vapor, luego pedir algo para dibujar, etc.

Resulta interesante observar cómo el personal que cuida a los pacientes crea sus escalas de valoración frente a los pacientes en función de cómo este empleé su tiempo en la unidad. Las actividades

que los pacientes realizan en sus tiempos son consideradas por el personal como predicción de la forma de actuar que el paciente tendrá fuera de la unidad. Así, el que pasa gran parte del día tumbado en los sofás se le podrá considerar como holgazán. El que se ofrece para hacer las posibles tareas que surjan en la unidad, tales como empujar el carro de la comida para entrarlo en la unidad, recoger la ropa para lavandería o colocar las mesas en el comedor, puede considerarse desde que el paciente está institucionalizado (que ha pasado por otros dispositivos, como psiquiátricos, cárceles, etc.), o que es un "trabajador " nato. O el paciente que emplea su tiempo libre en la interacción con otros pacientes, pudiendo ir esta interacción desde la hostilidad continua hasta la efusividad en la amistad. El empleo de los tiempos en la unidad suele tener para los trabadores carácter definitorio a la hora de especular si un paciente está cómodo o no en la unidad, y por tanto sea este un factor predictivo para saber si un paciente pueda o no volver a ingresar.

Es necesario hablar también de aquellos pacientes en los que la noción de tiempo no existe o tiene otro significado. Puede resultar impactante hablar de personas que no son conscientes del tiempo que les rodea pero, al menos en medicina, esto es así. La desorientación temporal suele darse en muchas patologías, tanto orgánicas como mentales. Esta desorientación hace que el individuo esté desubicado en la temporalidad que le rodea, teniendo una percepción errónea del tiempo en el que se encuentra o haciendo una mala interpretación del mismo. El tiempo de un depresivo no es vivido de la misma forma que el de un paciente en fase maníaca, ya que mientras que para uno su paso puede ser lento y tedioso para el otro puede ser fugaz e irrepetible. Pero si hablamos de patología como demencias o cuadros agudos de psicosis, se puede asegurar que el tiempo deja de tomar el significado habitual. Para este tipo de pacientes el tiempo es vivido en muchos casos no como una experiencia del presente que recuerde el pasado y

prevea el futuro, sino como una situación en que esas tres dimensiones se viven entremezcladas.

Por último cabe hablar de otro tipo de tiempo que diferencia a pacientes y trabajadores, y es el que guía muchas de las formas de conductas y comportamientos dentro de la unidad de psiquiatría. Estos tiempos son los que yo domino *tiempos de estancia.* La conceptualización que hacen sobre el tiempo que van a estar dentro de la unidad pacientes y trabajadores es totalmente distinta, y esto es debido a motivos obvios ya que mientras que unos van a tener una estancia más o menos corta, los otros saben que van a estar durante toda su vida laboral (o al menos gran parte de ella). Estos tiempos de estancias hacen que se establezca *una diferenciación clara entre las instituciones totales* definidas por E. Goffman, y *las organización totales* que intento definir yo. En las primeras los tiempos de estancias de los pacientes podían ser tan prolongados como su propia vida; y en la segunda no van a ser tan largas, llegándose incluso a limitar la estancia recomendable de una paciente en la unidad de agudos de psiquiatría. Recuerdo una conversación con un paciente que transcurrió así:

> Paciente: "*Es que llevo aquí 16 días y me parece a mí que me voy a estar aquí toda la vida. Menos mal que el psiquiatra me ha dicho que me va a dar el alta la semana que viene que sino…*"
> Trabajador: "*No desesperes que yo llevo aquí 16 años y me faltan otros 20 años más para irme. Yo sí que voy a estar aquí toda la vida*".

Por tanto el paciente tiene una noción de estancia en la unidad con fecha de caducidad a corto plazo, mientras que el trabajador no sólo mide lo que ya ha transcurrido sino lo que inexorablemente tiene que transcurrir. Con lo cual se puede decir que la forma de medir el transcurso del tiempo por unos y por otros, cuando se habla de largos plazos, es totalmente diferente.

En consecuencia, y para concluir este apartado, decir que una de las funciones de la unidad es hacer coincidir el horario normativo con los tiempos de los pacientes, es decir conseguir una rutina que se encuadre dentro de la "normalidad" horaria o tiempos "oficiales". Las formas de uso del tiempo se convertirán en algo tangible para poder "catalogar" a los pacientes por parte de los trabajadores, convirtiéndose por tanto en otra forma de etiquetación aparte de los diagnósticos oficiales. Además, esos usos de tiempos serán diferentes entre trabajadores y pacientes, siendo este otro elemento de distanciamiento entre ambos grupos. Algo tan etéreo como el tiempo se convierte en estas organizaciones totales en algo esencial e imprescindible para conocer las formas de interacción y relación de las personas con su entorno y con los de su entorno.

6.2.3.2 El espacio físico y el sociocultural.

Cuando un antropólogo llega al campo de trabajo una de sus primeras preocupaciones es la de encontrar los lugares de interacción y "generación" de cultura. En estos lugares "antropológicos" definidos por M. Augé :"…como *el lugar que ocupan los nativos que en él viven, trabajan, lo defienden, marcan sus puntos fuertes, cuidan las fronteras pero señalan también la huella de las potencias infernales o celestes… La organización del espacio y la construcción de lugares son, en el interior de un mismo grupo social, una de las apuestas y una de las modalidades de las prácticas colectivas e individuales. Las colectividades (o aquellos que las dirigen), como los individuos que se incorporan a ellas, tienen la necesidad simultáneamente de pensar la identidad y la relación y, para hacerlo, de simbolizar los constituyentes de la identidad compartida (por el conjunto del grupo), de la identidad particular (de tal grupo o de tal individuo con respecto a otros) y de la identidad singular (del individuo o del grupo de individuos en tanto no son semejantes a ningún otro)* (Augé, M. 2005). Estos lugares definidos, y casi semejantes en diferentes lugares del mundo, tienen la característica

de diferenciar la actividad humana según la finalidad de la acción. Así, existen lugares para el trabajo, para el descanso, para la privacidad, para la expresión de lo público, para la vida, para la muerte, para la salud y para la enfermedad. Cada uno de estos espacios tienen nexos entre ellos pero características muy especiales; y cada uno de ellos va a ser origen físico de determinadas manifestaciones culturales.

El espacio que estudio, y que relaciono con el tema de la investigación (el reingreso hospitalario), va a tener unas características muy concretas y específicas que lo va a diferenciar de cualquier otro dispositivo de salud del hospital. Resulta muy llamativo y chocante, sobre todo a extraños a la planta de UHB, como están distribuidos los espacios, así como los lugares donde se reproducen los actos cotidianos del día a día. En cambio para los que allí trabajan o pasan sus horas de ingresos tal rareza no es tal, y es que tal y como indicó E. Goffman:"… *cualquier grupo de personas – sean presos, integrantes de un núcleo primitivo, miembros de una tripulación o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que , mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal*" (Goffman, E. 1970). Por tanto, y sobre todo para los que allí trabajan, e incluso para las designaciones de nombres oficiales, el espacio físico donde se producen las interacciones que yo estudio es denominado como unidad, más concretamente *Unidad de Hospitalización Breve*.

La palabra unidad impresiona por su propia definición como unión, singularidad o indivisibilidad. Tal vez el espacio físico en sí o incluso la finalidad del espacio podría tachase de indivisible, es decir, el concepto físico de la unidad de psiquiatría, aunque dentro de la unidad se hicieran más muros de separación o apartados, siempre se la seguiría considerando como la unidad de psiquiatría. Toda persona que trabaja en el hospital de Mérida tiene asumido que en la planta menos dos existe un espacio con una extensión determinada dedicada a atender la patología psiquiátrica. Ahora bien, aunque desde el punto de vista

de los objetivos que persigue la unidad parezca indivisible no lo es tanto en cuanto a sistemas de relación entre los actores implicados en los rituales y fenómenos relacionales que en ella se producen. Y así, cada espacio que forma parte de la totalidad de la unidad cumple su función socializadora dentro de esta organización. *Cada espacio tiene una finalidad.* El espacio deja entonces de poseer una cualidad física en sí pasando a ser una representación mental de los actores que en él interaccionan. Se podría afirmar, siguiendo las palabras de E. Durkheim "*en el que la representación del espacio es ordenar lo heterogéneo*", que el espacio total considerado como único alberga en su interior una diversidad de escenarios generadores de comportamientos que lo dividen en multitud de partes. Por lo tanto, el espacio aquí toma otra dimensión diferente a la física, y pasa a una dimensión cultural. Tal y como señalara Lévi-Strauss: "*Esas dimensiones de espacio y de tiempo no se confunden con aquellas que utilizan las otras ciencias. Consisten en un espacio "social", en un tiempo "social", lo que significa que ellas no tienen otras propiedades que sean la de los fenómenos sociales que las provocan*". (Levi-Strauss, C. 1953).

Por tanto puedo ir argumentando que existen dos conceptos que se van construyendo respecto a la unidad de internamiento; el primero, la unidad como espacio propio diferenciado del exterior, que tiene la consideración de única y especial si es comparada con el resto de estructuras hospitalarias, y el segundo como una estructura única en la que se puede realizar una división por áreas funcionales y de relación. Esto nos conduce a la idea que tanto para los actores que están dentro de la unidad como para los que están fuera de ella, se produce una diferenciación clara entre lo que es *espacio exterior y espacio interior*. En este caso, no va a haber muros como en cárceles o alambradas como en cuarteles sino la propia estructura del hospital como organismo integrado pero independiente del medio social. Ya me sorprendió, y así lo acepté inicialmente, durante la lectura del libro que

aborda el concepto de institución y su clasificación según su permeabilidad al exterior en el libro *Patios Cerrados y Patios Abiertos,* que el hospital fuera considerado como "patio abierto". Esta clasificación venía justificada por la distinción realizada por A. Aguirre entre patios cerrados y patios abiertos. Para este autor, "*el cerrado se convierte en un espacio familiar endógamo, ya que no existe interacción social, ni afectiva, ni laboral, fuera de los muros. Es un espacio colectivizado, sin vida interior personal, ni propiedad particular, cuya comunidad vive directamente ligada a la jerarquía. No hay vida, ni espacio, ni tiempo privado. Y el abierto en instituciones cuya finalidad es la producción más que la reproducción, queriendo significar ello que no trabajan sólo para sí mismas, sino todo lo contrario, su razón de ser está en el vínculo con el exterior*".(Aguirre, A. 1995). Y la duda me surgía y surge en el caso de este estudio sobre si un hospital puede ser considerado patio abierto o cerrado, ya que sí que es cierto que los hospitales tienen su sistema de producción de salud al ser los dispensadores, en casi todas las ocasiones, de "reparaciones" en los procesos de enfermedad, y por tanto "producen o recuperan" salud. Lo que puede ser el considerado como su vínculo con el exterior, pero ¿a caso una cárcel no "produce", o eso pretende, individuos reformados; o un cuartel individuos preparados para dar seguridad a una nación? Tal vez, y desde mi punto de vista, estas estructuras tienen una organización que las hacen ser más impermeables al exterior, con unas forma de comportamientos y rutinas de sus miembros que les hacen tener una identidad casi exclusiva, pero ¿acaso un hospital no cumple también con estas características? Podría ser que al fin y al cabo hubiera unos patios más cerrados o abiertos que otros pero la permeabilidad con el exterior existe. Ni todo gris ni todo blanco. El propio Aguirre dice al respecto: "*Cada comunidad, en su aislamiento espacio-temporal, se constituía en una cultura singular (particularismo cultural), de tal manera que, por muy pequeña y simple que fuera, al responder a todas las necesidades básicas, materiales y culturales, de la*

comunidad, se transformaba en "total" y, en cierto modo, en autónoma. Este esquema, cultural, primitivo y ruralizante, que han "idealizado" (Burke, P. 1981) *los nacionalismos, sectas, etc., ya no es científicamente operativo, porque en un mundo de "aldea global", la incomunicación absoluta ya no existe. Desde la perspectiva urbana actual, que es cosmopolita y multicultural, es difícil encontrar una ciudad con "una sola" religión, lengua, forma de parentesco, etc., por lo que la definición de los grupos culturales ya no se realiza a base de los indicadores particularistas (aislamiento geográfico-histórico), sino desde la autoadscripción o heteroadscripción (aislamiento psico-sociológico)"*(Aguirre, A. 1995*)*. Otros autores hacen una clara mención sobre la dificultad de dicotomizar sin brechas un espacio exterior de un interior si se tienen en cuenta determinados factores como pueden ser las conductas de los individuos, exponiendo que: "*En definitiva no se puede hacer una división tajante entre espacio interior y espacio exterior si hacemos referencia únicamente a las conductas de los individuos, ya que visto de una manera particular el espacio toma nuevas e insospechadas perspectivas. El espacio mantiene una serie de coordenadas institucionales que pretenden asimilarse a conceptos mentales, donde lo interior respondería a aquello que tiene un orden, aunque de forma independiente a las conductas de los individuos, frente al exterior, que sería el resultado de un ordenamiento caótico" (*Anta, J.L. 1990). Son por tanto muchos factores los que pueden llegar a considerarse como definitorios a la hora de considerar una estructura como cerrada. Por tanto, el hospital desde mi punto de vista y según mi experiencia en el trabajo de campo puede incluirse también en *un patio cerrado con ciertos matices de patio abierto.* Y aún mucho más la unidad de hospitalización de psiquiatría como parte del total del ente hospitalario. Si bien la intención de Margarita Sánchez-Candamio es la de proyectar la idea de un cambio del sistema hospitalario hacia una apertura al exterior en cuanto a información, encuestas de satisfacción, marketing, servicios de atención al paciente, etc. (Sánchez Candamio,

M. 1995), desde mi óptica la estructura sigue siendo una estructura cerrada, continuando vigentes algunas de las definiciones de la ya comentada *Institución Total.*

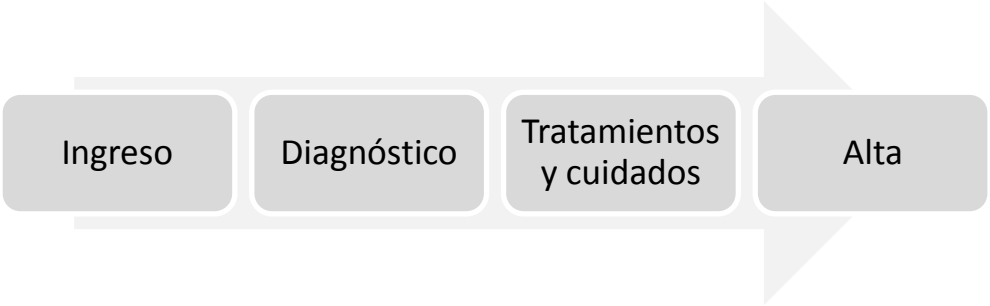
Sí existe en la unidad de estudio, y valiéndome de nuevo de las palabras del profesor José Luis Anta, una concepción y un esquema mental de los actores que en él conviven (tanto pacientes como trabajadores) de la existencia de un mundo exterior y un mundo interior. Y así en los propios discursos de los actores se puede observar esa conceptualización:

> Paciente: "*Es que aquí dentro me siento más seguro. Cuando salgo fuera me entran ganas de hacerme daño. Sé que aquí dentro eso es más difícil que pase*".
> Trabajador: "*Lo que tienes que hacer Juan es comportarte fuera como lo haces aquí dentro. Que es salir de aquí y ya la has liado. Aquí te portas fenomenal pero en la calle yo no sé qué te pasa pero no eres persona*".

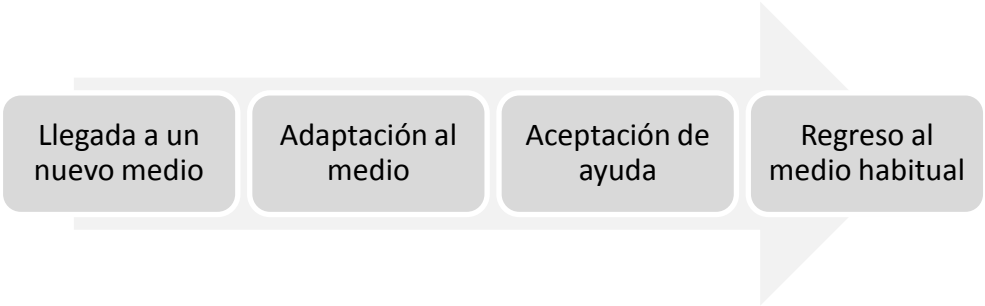
Comentarios como los anteriores son muy habituales. El que paciente o trabajador hable del aquí y allí, de dentro y fuera, es significativo que en el concepto espacio creado por ambos no sólo se refiere al espacio físico en sí, sino a una asociación con los comportamientos y actitudes que cada uno mantiene relacionados con el lugar que ocupa.

El proceso de adaptación a este mundo interior comienza con una serie de acciones que ya detallé durante la primera etiquetación del paciente. Este proceso de adaptación visto desde una temporalidad lineal pasa por los siguientes pasos dependiendo de cuál actor se vea implicado, pudiéndose diferenciar dos formas de adaptación:

1. Desde el punto de vista del trabajador.



2. Desde el punto de vista del paciente.



Hago esta diferenciación debido a que la forma de ver el espacio físico por los dos actores diferenciados, trabajador y paciente, estará en función de lo se espera obtener durante su estancia en él, y de los obstáculos que habrá que superar para lograrlos. Y así el paciente, que es el desconocedor del medio al que llega, en este caso la unidad de psiquiatría, tiene en principio que aceptar la ruptura con el medio del que procede y tomar contacto con un medio que le resulta nuevo. Una vez en él tendrá que ir aprendiendo las normas tanto de ocupación de espacios como de tiempos en dichos espacios, y no sólo eso, sino que en la mayoría de los caso tendrá que ceder su espacio más íntimo y personal como es el de su propio cuerpo. Y es que en medicina, la invasión del espacio personal va más allá de de la invasión de ese espacio virtual en el que nos sentimos cómodos en la interacción con otras personas, sino el espacio del propio cuerpo con organismo. De esta forma el paciente ingresado, y peticionario de ayuda para resolver sus problemas de salud, es "invadido" con la administración de medicamentos a través de la boca, a través de sus músculos con la administración de inyecciones o a través de sus venas para la

extracción de muestras. Se podría afirmar que *el primer espacio existente en la unidad es el propio cuerpo del paciente*. El cual es permitido invadir, o el profesional se siente con derecho a invadir, por la existencia de un entorno cultural, médico y sanitario-jurídico que así lo admite, y esto es debido a que este entorno cultural ha estipulado que para la obtención de unos beneficios de salud hay que pagar el precio de la invasión de la propia persona. ¿Pero qué sucede cuando el paciente no es consciente o no comparte lo establecido por ese entorno cultural? Normalmente lo que acontece es que el paciente ni quiere tomar pastillas, ni quiere hacerse pruebas y muchos menos inyectarse ningún medicamento.

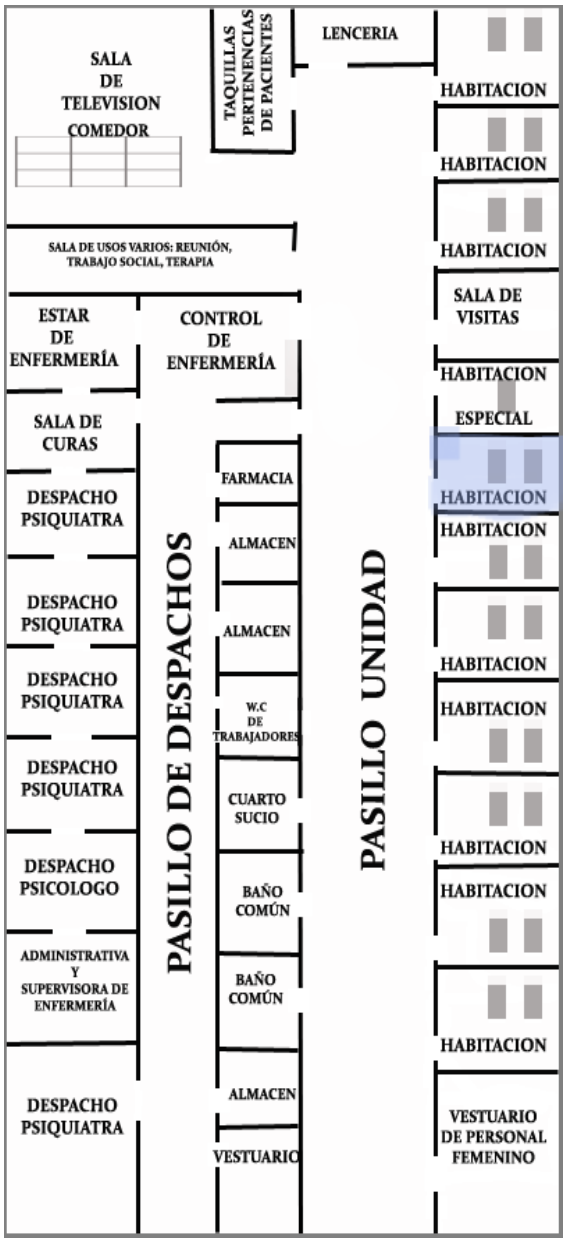
Volviendo al gráfico anterior, la situación de llegada a la planta de hospitalización del paciente tiene un sentido diferente tanto para el paciente que ingresa como para el profesional que lo recibe. Así, mientras que para el primero es llegar a un lugar que le es extraño tanto por los espacios que hay como por las personas que los ocupan, para el segundo es un acto rutinario y premeditado. Es en este primer contacto donde se intenta conocer las actitudes del paciente por parte del personal, o la cercanía o lejanía del personal por parte del paciente. Es una primera impresión que en la mayoría de las ocasiones va evolucionando según se va produciendo la adaptación al medio. Recuerdo en una ocasión en la que un paciente ingresó por primera vez en la unidad. Esta estaba con una ocupación por encima del cien por cien, a lo que se le sumaba la presencia de un número elevado de pacientes considerados como conflictivos. El paciente mostraba una cara de perplejidad ante el panorama que estaba viendo. Y una enfermera, poniéndose en la piel del paciente, comentó en privado:

"Yo no estaría perpleja, estaría acojonada".

Así que una de las primeras acciones que se hacen para que el paciente tenga la primera aceptación de su nueva situación es la de

fomentar su sensación de propiedad. Esta propiedad, totalmente virtual, consiste en la asignación de una habitación, y así el paciente con las indicaciones por parte del personal en la que se le muestra: "esta es tu cama", "esta es tu habitación", "este es tu cuarto de baño", va asumiendo su rol de paciente dentro de un espacio que le empieza a ser propio. Serán estas, salvo el pijama, un cepillo de dientes y pasta de dientes, la pipa de fumar y algún libro, sus únicas propiedades físicas dentro de la unidad. El resto de propiedades serán compartidas con el resto de pacientes: pasillo, sala de televisión, consulta del psiquiatra, etc. Aunque hay que añadir que esta propiedad no es total ya que puede ser invadida, normalmente de forma razonada, por el personal que trabaja en la unidad con la justificación de buscar objetos que no estuvieran en la lista de los permitidos (mecheros, móviles, medicación, etc.)

Por tanto el concepto del espacio inicial que se le concede al paciente para fomentar su integración dentro de la unidad va transformándose a medida que pasa el tiempo, pasando ese primer elemento de propiedad como es la habitación a un segundo plano, y convirtiéndose en principal otros como pueden ser el lugar para sentarse a comer o donde pasa el tiempo libre. Podemos ver en los siguientes planos como puede evolucionar el sentido de propiedad de los pacientes según transcurre el tiempo de estancia:



En el momento del ingreso

Tras varios días de ingreso

La zona azul claro marcada en los planos señala, en primer lugar, la zona que el paciente desde el ingreso cree suya (o al menos su zona principal de interacción), pero con el paso del tiempo y debido a la organización impuesta por el grupo de "poder", en este caso los trabajadores, la zona considerada de pacientes pasa a ser la señalada en el segundo plano. Por tanto, en la unidad se hace una diferenciación clara entre cual es la zona de pacientes y cual la zona de trabajadores.

Esta *ocupación de los espacios* en ningún caso es aleatoria o casual sino que ha sido programada con anterioridad y tiene sus orígenes en la organización de centros de reclusión, y por ende en lo que fue considerado por E. Goffman como *Instituciones Totalizadoras.* La asignación de estos espacios a los pacientes viene determinada por el tiempo que pueden permanecer en ellos, y de esta forma los espacios se organizan por temporalidad, y así son ocupados de la siguiente manera:

- Habitaciones: De 9 a 11 horas al día (Horario nocturno y siestas)
- Sala de T.V.: De 6 a 8 horas al día (compartida con otras estancias en horario hasta las 0:00 H)
- Pasillo: De 2 a 3 horas al día (En horario diurno)
- Sala de visitas: De 1 a 2 horas al día (Horario diurno)
- Despacho del psiquiatra: De 10 a 20 minutos al día (Horario diurno)

La característica totalizadora de la unidad le viene marcada porque esta distribución se hace con la finalidad de obtener una mejor visión del grupo de pacientes y así poderlos vigilar. Goffman lo definía así: "*Las personas a quienes se hace mover en masa pueden confiarse a la supervisión de un personal cuya actividad específica no es la de orientación ni la inspecciones periódicas (como ocurre en muchas relaciones entre empleador y empleado) sino más bien la vigilancia*" (Goffman, E. 1970). Desde mi perspectiva, y aunque he de afirmar que la unidad de psiquiatría sometida a estudio tiene su "tufo" a institución total, esta no comparte las características que Goffman otorgaba al concepto de vigilar. Y es que, mientras que este autor le otorgaba a la acción de vigilar un significado más relacionado con el descubrimiento de la infracción, en la unidad de estudio el concepto vigilar está relacionado sobre todo, en menor grado a las infracciones, a las acciones que puedan ir en contra la seguridad de las personas,

entendiendo esto como el daño que se puedan hacer así mismo o a otros. Y sí es cierto que algunos de los pacientes ingresados tienen desviaciones de la norma, tales como pueden ser fumar, tener móviles e incluso intentar mantener relaciones sexuales, pero desde mi percepción, no obstante, lo que más se vigila es la seguridad de los pacientes. Pero esta preocupación por la vigilancia responde a dos motivos: el primero porque está dentro la condición profesional y humana del que vigila, y en segundo lugar por las consecuencias judiciales y punitivas que le pueden acarrear no hacer bien su trabajo, en este caso vigilar. Por tanto los espacios cedidos al paciente tienen el propósito no sólo de dar un espacio para su estancia hospitalaria sino que cumplan la función principal de ser *áreas vigiladas.*

La existencia de *dos grupos diferenciados* va a dar lugar a dos *espacios ocupados diferenciados*. Se producen *fronteras simbólicas* entre esos dos espacios diferenciados que son construidos por el significado simbólico que se le va otorgando a cada una de las dependencias que componen la unidad. Y así, y tal como señala J.L Anta Félez: "T*anto los elementos que marcan las fronteras simbólicas (muros, alambradas y sistemas de cierre), como aquellos otros que sirven para ordenar el espacio que funciona como elemento transitorio entre espacios (áreas de seguridad, puertas, salas de espera…) se explican porque teóricamente el espacio propio, en principio, intenta ser tomado constantemente por un enemigo.*" Siendo en el caso de la unidad estudiada no la toma del espacio por el exterior sino la liberación de él, como fin último, desde el interior. En algunos aspectos, la finalidad y objetivos del espacio estudiado, son inversos a la institución estudiada por este autor ya que mientras que para él el espacio interior es defendido de una posible invasión exterior, en el caso de la unidad de hospitalización, y en algunos casos concretos y no todos, la idea es la defensa del exterior de algunos sujetos que están en el interior. Ahora bien, a pesar de esta diferencia, puedo asegurar que una vez en el

mundo interior las analogías simbólicas otorgadas a los espacios son muy equiparables.

En el caso de la unidad de estudio la distribución de los espacios va a ser casi simétrica. Siendo lo llamativo la significación que cada uno de estos grupos va a asignar a dichas distribuciones de espacio así como a otros elementos arquitectónicos. Por este motivo, a continuación iré describiendo estos lugares y las actividades, rituales y simbolismos que se les asignan:

La puerta de entrada: Esta puerta para el paciente puede tener varios significados. Uno de ellos puede ser el aislamiento del mundo exterior en el que puede dejar sus problemas y la llegada a un mundo interior donde encontrar sus soluciones. También puede significar la separación entre la rutina del día a día en el mundo exterior, y la aceptación de rutina del día a día en el mundo interior. Puede significar para muchos la puerta a la solución de sus dificultades o bien el inicio de otras nuevas.

Cuando un paciente entra por esta puerta, a diferencia de otras unidades de hospitalización, esta queda cerrada; con la única posibilidad de salida si es bajo la autorización por parte del personal que trabaja en la unidad. La mayoría de los pacientes aceptan voluntariamente este encierro físico, pero otros no. Cerrar la puerta significa admitir obligatoriamente lo que se acepta libremente. Por tanto, la primera norma a aceptar en esta "organización total" es que la puerta está cerrada, y bajo ningún concepto el paciente estará autorizado a abrirla. Existe incluso un protocolo de actuación en caso del abandono (llamado fuga en términos "coloquiales") de la unidad. En aquellos pacientes que el ingreso les resulta molesto, obligatorio, ineludible y forzoso, esta norma de cumplimiento no se acepta de buen grado, y no es raro ver a los pacientes forzar, golpear, dar patadas e incluso puñetazos a mencionada puerta. Uno de los elementos de la

unidad que más frecuentemente necesita reparaciones es la puerta de entrada en la unidad.

Por tanto esta puerta de entrada simboliza el paso a un "mundo" con sus propias normas, rutinas y espacios. Incluso, para trabajadores y pacientes esta puerta significa cosas totalmente distintas. Para unos una ruptura de rutina de vida, para otros una rutina más en la vida laboral. Esta puerta de entrada es el primer elemento definitorio de *un mundo exterior y un mundo interior*, y no solo para el paciente sino también para los trabajadores y familiares de los pacientes. Para muchos de estos últimos y no acostumbrados a esta unidad pero si a otras, no es raro ver como se les olvida cerrar la puerta o dejarla entreabierta mientras hablan con sus familiares en la despedida de las visitas. Una de las frases que más se repite por parte de los celadores durante las visitas es: ¡Por favor, cierren al puerta!

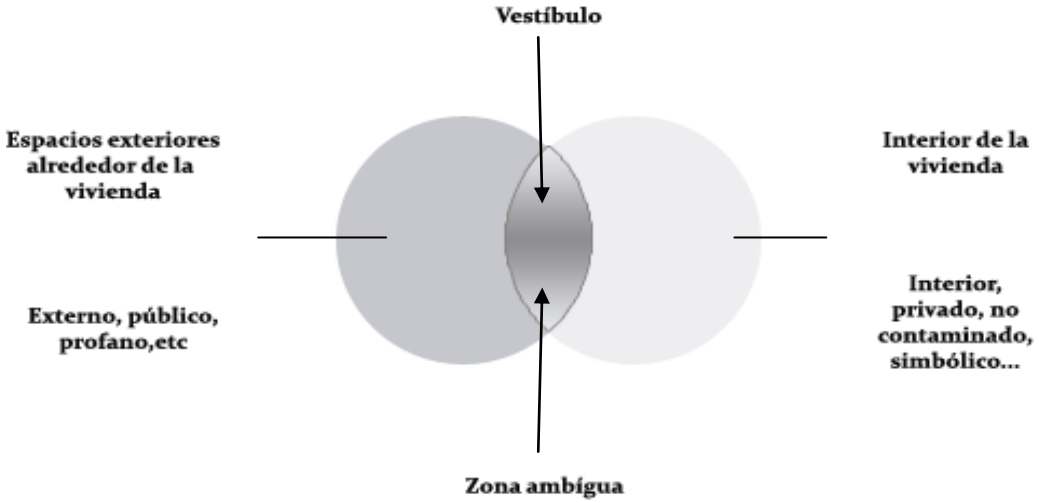
El paciente conceptualiza esta puerta como su situación de encierro, y resulta muy llamativo que si alguna vez se ha producido algún intento de fuga de la unidad (número muy bajo en comparación con total de pacientes ingresados) siempre lo ha hecho intentado sobrepasar esta puerta, y en cambio no lo ha hecho por la puerta que de acceso y salida de los despachos médicos, siendo esta mucho más fácil de sobrepasar.

Esta puerta simboliza la entrada a un "patio cerrado", a un "lugar aislado" y a un "dominio cercado". De ahí, mi anterior divergencia con Ángel Aguirre Baztán sobre la consideración de incluir en su obra al hospital como un patio abierto, y más concretamente si me refiero a esta unidad.

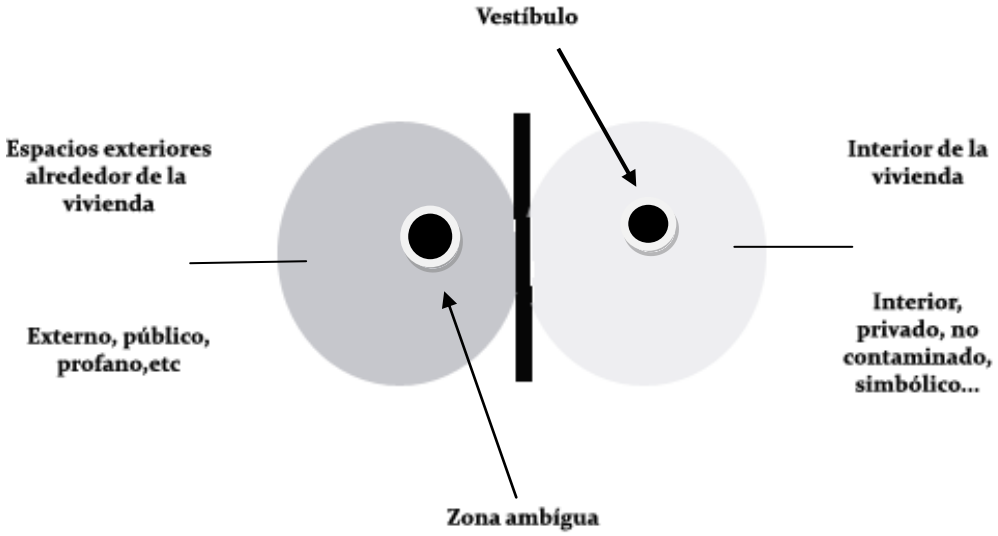
El que no haya un vestíbulo a la entrada de la unidad, sino en la lejanía de la puerta de entrada es significativo de la inexistencia de zona de tránsito. Es estar fuera o estar dentro. Ese vestíbulo es el control de enfermería, pero se encuentra tan alejado de la puerta de entrada

que pierde su sentido como zona de tránsito. Y así, mientras que otras instituciones u organismos tienen su zona de recepción de personas cerca de la puerta de entrada, no es así en la unidad estudiada, donde no sólo se recibe a la persona en dos lugares distintos (primero urgencias) y luego la unidad de ingreso, sino que dichos lugares están separados tanto física como funcionalmente.

Se puede observar en el diagrama tipo euler elaborado por Edmund Leach sobre la zona ambigua en la que se establece el vestíbulo de una vivienda, o al menos la concepción que tienen las personas sobre esta distribución, existe un espacio compartido entre exterior e interior (Leach, E. 1976). Esta compartición no existe en la unidad estudiada. La representación gráfica podía ser la siguiente:



Esquema de propuesto por Leach sobre las características atribuidas a los vestíbulos en las viviendas



Esquema que propongo para representar la inexistencia de vestíbulos en la unidad de ingreso de psiquiatría, o su desplazamiento hacia el interior.

Este desplazamiento del vestíbulo al interior del la zona interior refuerza la idea y el propósito de hacer una más clara diferenciación entre el exterior y el interior. O se está fuera o se está dentro. La zona ambigua estaría en el exterior de la propia unidad, considerándose a esta como el servicio de urgencias donde se decidirá o no el ingreso del paciente.

Curiosamente este vestíbulo que en otros edificios e instituciones se crea con la intencionalidad de recibir o despedir a las personas propias y ajenas a ellos, en la unidad estudiada se da únicamente en la considerada como "puerta de salida". Y así, la pequeña salita de espera para la entrada al pasillo de los psiquiatras se convierte en ese vestíbulo donde los profesionales (normalmente auxiliares y enfermeras) dan la información a los familiares de los pacientes, que sirve también para que dichos familiares asuman que su pariente queda dentro de la unidad.

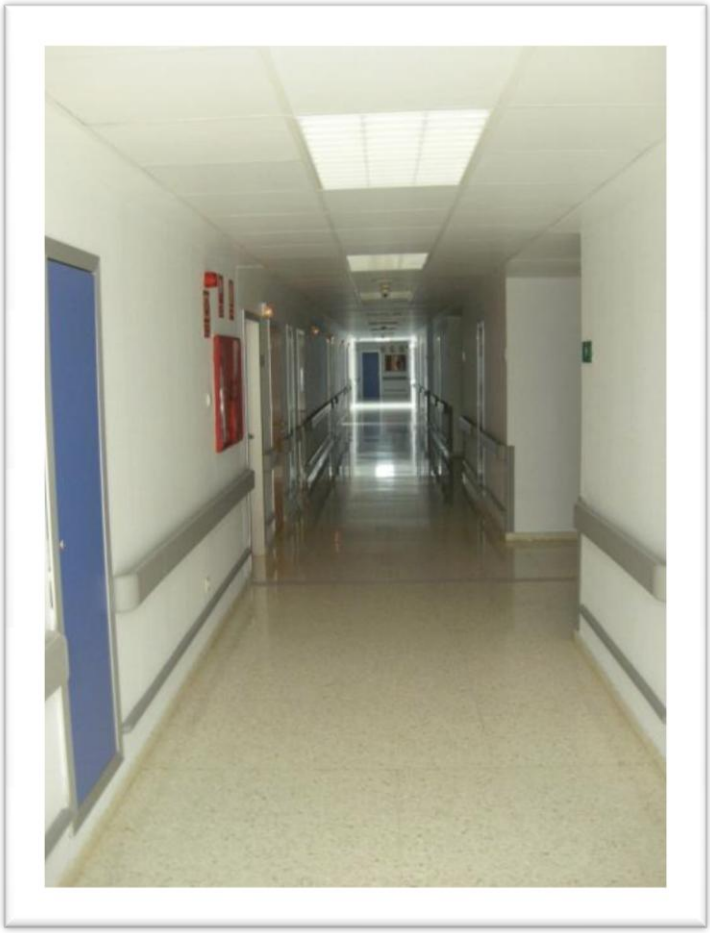
El pasillo. A modo de símil se puede decir que el pasillo se constituye como "la calle larga" o avenida principal de la unidad. Esa calle larga característica en muchos pueblos de la geografía española franqueada por dos aceras y en la que transitan los viandantes con sus distintas interacciones.

El pasillo de unos 30 metros de recorrido sirve a los pacientes para pasear. Pero no todos los paseos de los pacientes son iguales. Es curioso ver que algunos lo hacen para hacer ejercicio, o como si se tratara del paseo penitenciario, como actividad característicamente compulsiva, con su recorrido sistemático y rápido (Valverde, J.1991), otros para bajar la comida, otros para charlar, otros para que les entre sueño. Incluso hay restricciones del uso del pasillo, porque en algunas ocasiones hay ingresadas pacientes con anorexia a las cuales se les limitan los paseos por el pasillo para controlar el gasto energético. Incluso hay restricciones de pasear por el pasillo formando parejas del mismo sexo para evitar posibles y potenciales relaciones sexuales (existe otro protocolo para esto).

El pasillo se convierte, más que en un elemento arquitectónico, en un elemento funcional. A diferencia de otras unidades en el que el pasillo queda relegado al uso de profesionales y de familiares (ya que los pacientes están ubicados en las habitaciones) en la unidad de psiquiatría el uso mayoritario es el que le dan los pacientes. Se le suma al uso ocioso y de relación que le dan los pacientes, el uso práctico que le dan los profesionales. De nuevo impera la vigilancia sobre las conductas del paciente. Y es que resulta más fácil vigilar una única línea recta que 20 cubículos (habitaciones).

Además de lo anterior, el pasillo se convierte en el expositor de los pacientes de nuevo ingreso. Así, para llegar desde la puerta de entrada a la unidad hasta el control de enfermería, que es donde se recibe al

paciente, este último debe recorrerlo bajo la mirada del resto de pacientes ya ingresados. No es infrecuente ver como pacientes reingresadores se saludan afectuosamente al ingreso en la unidad.



El pasillo es, por tanto, un lugar de interacción clave entre pacientes, e incluso entre pacientes y trabajadores, dado que no es infrecuente ver a un trabajador dando "un paseo" con un paciente para intentarle tranquilizar en caso de estar angustiado o presentar ansiedad. Este paseo de paciente y trabajador hace sentir al primero la cercanía del segundo ya que el trabajador se convierte en cierto modo "en paciente"; porque está ocupando un lugar y realizando una actividad de pacientes.

Por último decir que el pasillo es el lugar donde empieza y acaba el día. En él se reparte la ropa del baño por las mañanas y en él se despiden los pacientes cuando se marchar a dormir a sus habitaciones.

La habitación. El significado de una habitación hospitalaria le viene dado por el uso que se hace de ella. Normalmente este uso suele ser el de descanso o reposo del paciente, donde se le administran fármacos, alimentos y cuidados de enfermería. O donde el facultativo pasa la visita al paciente. Es por lo general, donde el paciente hace su "vida hospitalaria" las 24 horas del día.

En salud mental, o al menos en la unidad estudiada, esto no es así. La habitación sólo se suele usar para dormir o reposar en unas horas determinadas e impuestas por el "grupo controlador". De nuevo impera la vigilancia. Uno o dos pacientes solos en cada habitación son más difíciles de vigilar que 20 pacientes paseando por un pasillo o en una única habitación. *Esta necesidad de vigilancia constante* está en la conciencia de los trabajadores de la unidad marcada a fuego. Es como si el paciente dejara de tener sus propias responsabilidades y pasasen todas al personal que trabaja en la unidad. Eso sí, existen distintos niveles de vigilancia dependiendo de las características del paciente. También existen protocolos para ello.

En salud mental, al menos en la unidad estudiada, permanecer de forma constante en la habitación puede interpretarse dos formas. La primera es que el paciente se quiera aislar del resto de pacientes (con los que no se siente identificado), o bien que la patología física (no mental) le impida levantarse de la cama. Y la segunda es que el paciente deba permanecer en la habitación como forma de aislamiento del resto de pacientes para evitar su vida "social" en la unidad. En ocasiones este aislamiento está prescrito precisamente en reingresadores, al considerar que el motivo de ingreso es debido a la comodidad y bienestar que le supone estar en la unidad, en la que suele tener su "grupo de amistades". Llegándose a considerar este bienestar como motivo subjetivo de ingreso, incluso más que la propia patología psiquiátrica que pueda presentar el paciente. No es difícil

encontrar en el servicio de urgencias a un paciente llorando y diciendo que tiene ideas de suicidio, y al poco tiempo encontrarlo en la unidad con una gran sonrisa compartiendo experiencias con sus "compañeros/as" de planta. No suele ser infrecuente que los pacientes que tienen que estar dentro de la habitación hagan comentarios como son:

> *"No sé por qué tengo que estar aquí dentro de la habitación, si yo no he hecho nada a nadie".*
> *"Esto más que un hospital parece una cárcel".*
> *"En la cárcel al menos te dan un tiempo para salir a dar un paseo por el patio pero aquí ni siquiera eso".*

Normalmente, y esto también es llamativo, la explicación de por qué tiene que estar dentro de una habitación suele dársela el personal de enfermería y no el psiquiatra, que es en todos los casos el que prescribe la medida. Y la explicación suele ser también llamativa, ya que en cierta forma no se dice realmente los motivos por los que tener que estar en la habitación, sino que se alude a la necesidad de estar más observado que otros pacientes por las necesidades especiales que necesita.

> Enfermera. (Lo que se dice): *"Mira Pedro, tienes que estar en la habitación porque como has estado aquí más veces y no hemos dado con tu problema, necesitamos observarte mejor y durante más tiempo seguido, y la habitación con las cámaras nos ayudarán a este propósito".*
> Enfermera. (Lo que se piensa). *"Pedro tienes que estar en la habitación porque en la unidad te lo pasa genial con tus compañeros. Así que si te hacemos es estar "incomodo" y a lo mejor te lo piensa mejor en el próximo ingreso".*

Como se puede observar, este es un claro ejemplo de *la distinción entre lo que se dice y lo que se piensa.* Y aunque la medida de aislar a

un paciente tiene una intención terapéutica clara, la forma de llevarla a cabo no se corresponde con lo que se espera en una metodología correcta.

Otro de los usos que se le da a la habitación es la de propiciar cierta intimidad cuando se reciben visitas familiares. Aunque parece una actividad normal en cualquier otra planta, en la de UHB trajo en su momento cierta polémica entre los trabajadores (sobre todo enfermería y celadores), debido a que se consideraba que determinadas visitas podían resultar potencialmente "perjudiciales" para el desarrollo normal y diario de la unidad, refiriéndose a que determinadas visitas podían proporcionar a sus familiares objetos no permitidos en la unidad, como mecheros, tabaco, cuchillas de afeitar, etc. Contaban algunos "veteranos" de la unidad, que en el antiguo psiquiátrico en el que ingresaban muchos pacientes con adicción a las drogas, sus familiares les solían traer droga. Llegan a contar que en cierta ocasión sorprendieron a una familia trayéndole a un paciente bollos suizos en los que la azúcar fina con los que están espolvoreados fue sustituida por cocaína. Sí pude comprobar que cada cierto tiempo les eran requisados a los pacientes mecheros que indudablemente les traían los familiares.

Otra característica peculiar sobre las habitaciones es la forma de asignarlas a los pacientes. El paciente que ingresa no va a una habitación libre de forma azarosa, sino que la ocupa tras la evaluación de las características de este paciente por parte del personal de enfermería. La forma de asignarlas suele ir en función de la mayor o menor vigilancia que precise el ingresado. Y así, si el paciente ha manifestado ideas de hacerse daño o de suicidarse se le suele asignar alguna cerca al control de enfermería y con cámara de vigilancia. Si el paciente va evolucionando bien, o bien su comportamiento va siendo el adecuado (según lo establecido en planta) y desaparecen las ideas

de daño, se les ubica en otras habitaciones donde la vigilancia es menor, y por tanto existe mayor "libertad".

Por último señalar algo que me resultó llamativo. Me refiero a la falta de acuerdo entre el personal de quedar las habitaciones abiertas o cerradas durante el día. Los que apoyaban la idea de mantenerlas cerradas lo hacían argumentando que los pacientes pasarían todo el día acostados y se rompería el ciclo normal del sueño. Los que apoyaban el tenerlas abiertas defendían la medida argumentando que la habitación le da cierta intimidad al paciente y se podían aislar un poco del resto de pacientes. Mantener las habitaciones cerradas quita en cierta medida esa posesión de la que inicialmente escribí pero que en la práctica pude observar que incluso algunos pacientes lo pedían para evitar que les robasen sus limitadas pertenencias.

La habitación en psiquiatría, por tanto, no toma la dimensión de cuidados y relación entre paciente y sanitario como en otras áreas del hospital sino que es un lugar que puede ser usado como recurso de castigo, de premio, de control y distinción de tipos de pacientes y comportamientos.

La sala de visitas. Una de las particularidades de la sala de visita es que está frente al control de enfermería. Responde su ubicación, de nuevo, a criterios de vigilancia sobre el grupo controlado. Es más fácil vigilar a una masa agrupada que a una dispersa. La funcionalidad de esta vigilancia se estriba en que en ocasiones la visita de los familiares a un paciente puede provocar en este último una reacción violenta hacia ellos, bien porque no accedan a sus peticiones, bien porque les culpabilicen de su ingreso, o por otro motivos. La cercanía al control de enfermería hace que la actuación del personal sea más rápida en estos casos.

En esta sala se reúnen los familiares con el paciente ingresado, pero no es raro ver a otros pacientes que no reciben visitas intentar

interaccionar con estos familiares. Se puede considerar a este espacio uno de los puntos claves a la hora de valorar el carácter positivo o negativo de las relaciones familiares. Variable muy importante a la hora de considerarla como factor predictivo en los reingresos hospitalarios.

Con la medida que se tomó respecto a que los familiares que así lo desearan poder ver a sus familiares en las habitaciones, el número de visitas que usaban dicho espacio disminuyó, pero en la actualidad se continúa usando por dos motivos; uno porque continúa siendo el mejor sitio para vigilar a pacientes y familiares, con lo que en ocasiones no se informa a todos los familiares que pueden hacer uso de las habitaciones para las visitas, y dos, porque hay familiares que prefieren que el personal de enfermería esté cerca de ellos cuando están con su familiar, debido sobre todo a que en ocasiones tienen miedo a las reacciones que el paciente pueda tener hacia ellos.

Una particularidad que he notado es que a pesar de lo extendido del concepto de que la unidad de salud mental es un lugar lleno de conflictos causados por los pacientes debido a sus comportamientos agresivos o extravagantes, durante las visitas muchos de estos visitantes se hacen rápidamente al ambiente hospitalario y pierden en cierta medida el concepto que traían de la calle. Algunos de estos familiares han llegado a comentar:

> (Familiar de un paciente*): "Al principio teníamos mucho miedo porque traerlo aquí a psiquiatría era a lo mejor peligroso, pero nos hemos dado cuentas que aquí hay gente de todo tipo y con problemas como los nuestros*".

Cuando escribí anteriormente de la zona ambigua que mostraba Edmund Leach, referida a otra circunstancia situacional, descartaba que esta fuera el lugar próximo a la entrada a la unidad, pero puedo asegurar que en numerosas ocasiones la sala de visita se convierte en esa zona ambigua por dos motivos: en primer lugar porque el paciente

tiene durante un período de tiempo un contacto con "su exterior", puesto que son sus familiares los que le traen las noticias sobre su realidad más cercana, y en segundo lugar porque los familiares toman contacto con el "interior" donde está su familiar. Es por tanto esta sala de visitas el contacto entre exterior e interior más claro.

Esta sala también se utiliza, y cada vez más, para desaturar la sala de televisión. Hay pacientes que son más reacios a los ruidos de la televisión o prefieren cierto nivel de tranquilidad para hacer otras actividades, con lo que se les permite acceder a dicha sala. Esta permisividad con tales pacientes no supone grandes cambios en el objetivo principal de vigilancia puesto que dicha sala está frente al control de enfermería.

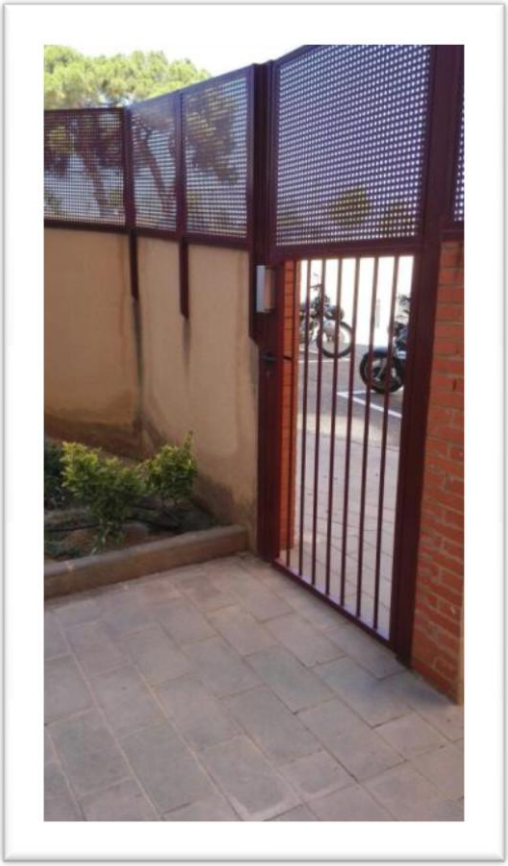
El patio. Es uno de los espacios más singulares de la unidad. Esta singularidad radica en que a pesar de estar preparado para ser usado por los pacientes, nunca se usa. El patio se puede ver a través de las ventanas de las habitaciones de los pacientes. Es como tener algo muy deseado al alcance de las manos pero no poder llegar a usarlo. Los motivos por los que no se usa no están muy claros del todo.

Normalmente se da una explicación en la que se dice que el paciente pierde su intimidad, al ser el patio un lugar que puede ser visto desde casi todas las plantas del hospital, e incluso desde las consultas de radiología. Se explica que tal vez haya pacientes que quieran guardar esa intimidad y por tanto no sería conveniente el patio. La duda que le puede surgir a cualquiera es, ¿y si al paciente le da igual que se sepa que está ingresado? ¿Por qué, el paciente que no quiera que se sepa que está ingresado se queda en la unidad y no sale?

La segunda explicación, que está más acorde con la idea de que una cosa es lo que se dice (emic) y otra lo que se hace (etic), es que la salida al patio impediría de nuevo el fin último de los trabajadores de la unidad: *el control y la vigilancia.* Sería el patio por tanto otro lugar más a vigilar, y por tanto una disgregación del grupo de pacientes. Tal vez, esta explicación oculta sea más convincente que la primera. Además, la adecuación del mismo respecto a temas de seguridad para evitar fugas es deficitaria, los muros que los rodean son fácilmente superables. La pregunta que cualquier persona ajena a la unidad puede formularse es, ¿qué interés en fugarse puede tener un paciente que ha ingresado voluntariamente? Múltiples serían las respuestas dadas por las personas que trabajan en las unidades de psiquiatría, que podrían ir desde lo políticamente correcto a lo más incorrecto.

Salida al patio desde la unidad

Mobiliario en el patio



Puerta de salida al exterior del patio

El control de enfermería. Este lugar es el punto donde la interacción entre personal y pacientes es más activa. Se puede comprobar cómo hay pacientes que de forma continua están en el control de enfermería. A modo de comparación se podría decir que *el mostrador de enfermería* representa un mostrador de un bar, una cafetería o similar. Hay pacientes que buscan la interacción con el personal de enfermería por sentirse solos, aburridos o por simple necesidad de hablar. Resulta casi imposible ver el mostrador de enfermería sin que haya un paciente apoyado en él.

Al ser una práctica casi rutinaria, el personal cuidador suele sospechar que algo fuera de lo normal está sucediendo en la unidad cuando no hay pacientes rondando por el control de enfermería. E incluso a veces se conocen las intenciones de la persona que está en el control de enfermería, como puede ser la de distraer al personal para que otros pacientes se salten normas como la de no fumar… El *control*

de enfermería es una fuente de información casi constante, donde el flujo de la misma es en ambos sentidos. Y esto es debido a que el personal cuidador suele estar en este control viendo los monitores de vigilancia o simplemente atendiendo las demandas de los pacientes; así que durante este tiempo las conversaciones van desde temas meramente profesionales hasta temas privados relacionados con la familia, viajes, compras, etc. No es raro ser testigo de una conversación de dos trabajadores mientras un paciente escucha, o incluso se mete en la conversación. Más de una vez he presenciado como un paciente preguntaba por el estado de salud de uno de los hijos de algún empleado que ha estado enfermo. Se alcanza unos niveles de relación con algunos pacientes que podrían considerarse como "familiares", siendo esto debido a que la historia de ingreso del paciente ha sido tan repetida que la relación va más allá de lo profesional.

A pesar de esta continua interacción, *el mostrador de enfermería* supone una línea divisoria, una frontera, entre dos mundos diferentes. De una parte se encuentran los pacientes y de la otra los empleados. Resulta muy llamativo como esta línea está franqueada por un mostrador el cual tiene comunicación entre las dos zonas por una pequeña puerta que se cierra con un diminuto cerrojo. Pero más llamativo resulta ver como en numerosas ocasiones son los propios pacientes los que cierran ese cerrojito para que no entren otros pacientes. Se podría decir que esta pequeña línea física se convierte en un gran muro psicológico que sólo los que no tienen un contacto con la realidad cruzan de vez en cuando, la mayoría de las veces no por propia voluntad sino por mera desconexión con el medio. Se podría afirmar, también que es la línea divisoria entre los dos componentes de esta "organización total".

En el control de enfermería se hacen otras actividades de carácter lúdico, como dibujar o escribir cartas a familiares (sólo se permite el uso de bolígrafos en esta zona), recargar las actuales pipas

de vapor (tal vez con una próxima prohibición de uso), repartir el agua (la fuente de agua está detrás del control de enfermería y sólo puede ser usado por el personal) o hablar con los familiares por teléfono (el único teléfono para contactar con los pacientes está en el control de enfermería). La realización de estas actividades en este lugar concreto de nuevo responde a las medidas de control y vigilancia del paciente, en las que se controla desde lo que escribe, lo que bebe, lo que "fuma" hasta lo que habla con la familia.

Pacientes recargando las pipas de vapor en el mostrador

La sala de estar de pacientes. Casi se podría afirmar que este es el único espacio de la unidad donde existe una mayor libertad de acción de los pacientes. Existe un sentido de propiedad por parte de ellos. En ella, salvo en los períodos de desayunos, comidas y cenas el personal de enfermería no suele estar (salvo en ciertos controles periódicos). Por este motivo el control en este espacio es menos estricto. Aquí el paciente interacciona con otros unas veces de forma positiva y otras no tanto. Aquí se establecen alianzas, grupos, aislamiento, y todo un sin fin de contactos sociales.

Para alguien que observe todos los días la forma de actuar o incluso la forma de situarse los pacientes dentro de esta sala de estar

pueden pasar desapercibido algunos detalles que podrían salir a la luz usando la prosémica. De esta forma, se puede observar como pacientes con un carácter dominante se sientan en determinadas zonas "privilegiadas" con una mejor visión del televisor, zonas más luminosas o simplemente zonas donde tengan mayor control sobre el espacio. Los pacientes más retraídos se suelen sentar en sillas, alejados de la televisión o en zonas "más incómodas". Muchas veces, cuando la situación es flagrante interviene el personal de enfermería para nivelar, mostrando la autoridad oficial, los privilegios impuestos por la autoridad "extraoficial".

En este espacio se rompe la barrera mental del mostrador y el contacto entre cuidadores e ingresados es directa. Es la zona donde suele haber más conflictividad ya que en ocasiones la autoridad oficial se mide con la autoridad "extraoficial", convirtiéndose en un verdadero pulso. Así, se puede observar que cuando hay que dirimir algún tipo de conflicto en este lugar el personal de enfermería nunca suele ir sólo.

Aunque parezca que es la zona más "libre" de la unidad esto no es del todo cierto porque existen dos cámaras de vigilancia que controlan todos los ángulos de la sala, y con cierta periodicidad el personal hace una ronda por la zona para evaluar el "ambiente". Además, existe otro tipo de vigilancia que es mucho más sutil. Se realiza a través de la alianza entre determinados pacientes y los trabajadores, y que consiste en que el paciente suele informar a los trabajadores sobre determinadas acciones "ilícitas" que se llevan en el salón, como pueden ser desde esconder mecheros o conversaciones entre pacientes con ideas de autoagresión (como las más grave) hasta la posibles relaciones de amistad como las más leves.

El estar de enfermería. Este estar no deja de ser una prolongación más del control de enfermería. En él el personal pasa el tiempo que le permiten las tareas propias de la unidad, y en él se intenta dar una

privacidad a los trabajadores. Aunque hay que decir que dicha privacidad es casi nula debido a que el estado de alerta hace que el personal, aunque esté en la sala, continúa con la rutina de vigilancia.

Es en esta sala, a modo de comparación entre los pacientes, donde la privacidad permite tener conversaciones más intimas, las cuales se producen en los períodos de descanso del personal. En ella se toma café, se festejan cumpleaños o se realizan las cenas de días señalados como Noche Buena o Noche Vieja.

A modo de anécdota, no es infrecuente que algunos pacientes sientan el olor a café "del bueno" (como lo llaman para diferenciarlo del caldo del hospital) y pidan al personal. Y tampoco es raro ver como los trabajadores suelen dar a los pacientes parte de tartas, dulces, o caramelos que han traído para la sala de estar.

El despacho médico. Si el lugar de interacción del personal de enfermería y celadores es la totalidad de la unidad, se puede afirmar que el despacho médico es la zona de interrelación, casi única, del facultativo con el paciente.

Hay que decir que cada psiquiatra, como todos los profesionales, tiene sus propias conductas e interacciones con los pacientes, pero cabe señalar que una característica compartida por todos ellos es que al menos durante el turno de la mañana (no el de guardia) pasan gran parte de su jornada laboral en los despachos. Rara vez, y sólo en ocasiones puntuales y porque la situación del paciente lo requiera, salen a la zona de pacientes. Cruzar la línea divisoria entre zona de pacientes y zona médica es para los primeros algo prohibido, y para los segundos algo inusual. Sin duda podría ser objeto de estudio, aunque se me ocurren varias razones de tal actitud.

Es el tiempo de estancia del paciente en cada una de las consulta (el cual depende de cada psiquiatra), el tiempo que tiene el paciente (sujeto subordinado) para expresar sus dudas, miedos, inquietudes y

síntomas a la persona que tiene en sus manos su mejoría, curación o simplemente su "liberación" (alta médica). En innumerables ocasiones se puede observar como el paciente cambia radicalmente de actitud cuando entra en el despacho médico. Puede pasar de risas con los compañeros de planta al llanto más desconsolado por su situación de desamparo. En estos despachos se libran batallas entre la experiencia del facultativo a la hora de valorar síntomas, y las manifestaciones patológicas (o no) de los pacientes. Puedo asegurar, afortunadamente no la mayoría, que no todos los pacientes dan el cien por cien de la información a los psiquiatras; y tal vez, a los psiquiatras no le interese (o tal vez les incomode) tener ese cien por cien de información.

Un psiquiatra me comentaba lo siguiente: "*El psiquiatra tiene que conseguir la mayor parte de la información del paciente durante las entrevistas con este a sabiendas que muchos pacientes en un alto porcentaje no te cuenta todo lo que les pasa, o bien te miente*".

Si a la negativa perspectiva del psiquiatra le sumamos el reducido tiempo dedicado a las entrevistas con los pacientes puede que los resultados esperados no sean buenos ni para el paciente ni para el psiquiatra.

La habitación de aislamiento, especial o de contención mecánica. Esta habitación representa el punto de mayor privacidad de libertad para el paciente. Si en el resto de la unidad tiene ciertas "libertades" de movimiento y acción, en esta habitación la libertad de movimiento es nula ya que el paciente es contenido físicamente a la cama que existe en esta habitación. Y aunque la contención se hace con materiales homologados, en las condiciones más seguras para el paciente y con un protocolo específico, no deja de ser un eufemismo de lo que antes se denominaba "atar al paciente".

Estar sujeto, con una restricción total de movimientos supone una ruptura "justificada" con el principio de autonomía del paciente. Es una medida que se toma como última opción y tras haber agotado cualquier otro tipo de solución alternativa. Y se suele usar con aquellos pacientes que o bien presentan un estado de agitación incontrolable, lo cual representa un riesgo tanto para ellos como para el resto del grupo, o bien porque el paciente sufre gran riesgo para su integridad física (como puede ser intentarse suicidar) y no es controlable por otros medios. A estas indicaciones de contención se le pueden añadir otras tantas.

La contención mecánica va a suponer por tanto la ocupación de un espacio muy reducido de forma involuntaria. Este tipo de lugar es la máxima expresión de la ocupación de un espacio (normalmente contra la voluntad propia) por un individuo, así como su separación del "mundo exterior", pocas cosas hay comparables a él. Y aunque la contención mecánica se da en otros entornos, sobre todo en camas hospitalarias, la habitación de aislamiento es un elemento único de la unidad de psiquiatría (al menos de la estudiada) con pretensiones terapéuticas. Por tanto y tal como afirma Rapoport: " *más allá del producto arquitectónico concreto se encuentran las pautas mentales de organización espacial que dan coherencia y significado a estos elementos constructivos…, y así una tipología edificatoria concreta reproduce y materializa una determinada forma de organización cultural específica de ese grupo"* (Rapoport, A.1994*)*.

Y es que la cama de contención es el símbolo de poder extremo del grupo dominante (sanitarios) sobre el grupo dominado (los pacientes). La contención mecánica no sólo sirve como elemento de ajuste para las conductas alejadas de la norma sino que además funciona como aviso persuasorio para aquellos otros pacientes que conscientemente pretendieran alejarse de esa norma. Es lo que dominaría como espacio normativo, dado que no sólo tiene unas

características físicas propias sino que además sirve como símbolo de ajuste y acercamiento a la norma establecida por el grupo dominante.

La puerta de salida. Aunque también se usa como puerta de salida la de entrada a la unidad, lo normal es que el paciente salga en su alta médica por la puerta que está ubicada en el pasillo de los despachos médicos. Aunque no en todas las ocasiones, el psiquiatra da el informe de alta al paciente el cual suele marcharse acompañado con su familia. Este acto, que parece banal, puede ser interpretado desde una óptica antropológica como el éxito del psiquiatra frente a la sintomatología del paciente. Se podría considerar como la muestra de orgullo del psiquiatra frente a pacientes y familiares de este éxito de la medicina, y la liberación del paciente no sólo de sus dolencias sino de su cautiverio en una estancia cerrada.

No es extraño ver, dependiendo del paciente, como este se va despidiendo de sus compañeros de unidad y del personal de enfermería. Este último, y dependiendo de sus propias expectativas suele despedirse del paciente en voz alta con un "*¡Que te mejores, y que no nos veamos más por aquí!*". Si bien, y como es el caso de los reingresadores, con un saludo entre dientes y para que no lo escuche el paciente: "*¡Hasta pronto o hasta luego!*". Una triste realidad.

Como se puede observar en la descripción de las funcionalidades de todos los espacios que componen la UHB, el fin último de las acciones del personal son la *vigilancia y el control.* Para alguien ajeno a la unidad esto puede resultar excesivo, pero una vez en la unidad de UHB uno puede comprobar que a veces la autoagresividad y heteroagresividad que muestran algunos pacientes obligan a ello. Valga como ejemplo gráfico las siguientes fotografías que les realicé a los brazos de pacientes con grave riesgo de autoagresividad.

Cicatrices de una pacientes con intentos autolíticos.

Otro elemento, aunque no arquitectónico pero sí físico, que influyen en las relaciones tanto de los pacientes entre ellos como de estos con el personal, es el pijama en el caso de los pacientes y el uniforme en el caso de los trabajadores. En el caso de los pacientes el pijama, el cual está compuesto por una camisa y un pantalón, y es de color azul o verdoso, suele ser para todos los pacientes iguales; existe cierta uniformidad en él, salvo en ocasiones que debido a la complexión física del paciente por estar muy obeso necesita un camisón. Como medida de seguridad el pantalón no debe llevar cinturón de tela, ni el calzado cordones. Medida que aunque parece efectiva no resta ni quita el riesgo al paciente que se quiera suicidar, dado que lo puede hacer, si quiere, con el propio pantalón del pijama (no es difícil encontrar noticias de pacientes que se han ahorcado con el pantalón, sábanas o otros materiales del las unidades donde están

ingresados)[15]. También es llamativo comprobar cómo la norma del pijama para todos igual no siempre se cumple, así en pacientes anoréxicas o pacientes con un estatus económico algo más elevado que el resto de pacientes, se puede ver que el pijama o bata es proporcionado por la propia familia. Al igual que en otros pacientes con escasos recursos, las zapatillas que usan en la unidad son las que traían al ingreso. Pero que, de nuevo por medidas de seguridad, se les retira y sustituye por calzas de papel.

Según lo anterior, se podría decir que aunque la norma (que no he conseguido ver escrita) dice que el paciente va con pijama proporcionado por el hospital, esta se puede saltar. Lo cual puede provocar ciertas diferenciaciones entre los pacientes, que ellos ven como diferencias de estatus o simplemente como una mejor relación con la familia.

En el caso del personal que trabaja en la unidad, la pieza clave de su vestimenta es el uniforme. Tal y como señala Muñoz Ronda "*El uniforme es un elemento clave que muestra importantes procesos organizativos en las instituciones, y representa simbólicamente roles, competencias, límites, poderes e imagen social, comportándose como uno de los primeros estímulos cognitivos que los usuarios utilizan para elaborar su imagen mental de una profesión. El uniforme en algunas organizaciones actúa fundamentalmente como símbolo de status, asignando a su portador normas específicas y la realización de tareas de prestigio o actividades subordinadas. El uniforme está sujeto no solo a criterios organizativos, sino también a influencias sociales y culturales. En el interés por establecer límites claramente tangibles entre grupos profesionales, algunas organizaciones, por encima de criterios funcionales, asignan como forma de control normas restrictivas a unos*

[15] http://www.soychile.cl/Valparaiso/Policial/2014/03/31/239909/Paciente-de-hospital-psiquiatrico-de-Putaendo-se-ahorco-en-su-pieza.aspx

colectivos, mientras que otros gozan de la libertad de mostrar su status laboral y social mediante su indumentaria." (Muñoz, F. J. 2008).

El uniforme es blanco para todas las categorías. La única diferencia que existe es que en el caso de los psiquiatras el uso durante la mañana es de una bata blanca. Esto no suele ocurrir en los psiquiatras de guardia que suelen ir con el uniforme blanco. La inherente forma de vestir del personal de la unidad, hace que el paciente muchas veces no sepa distinguir entre celador, auxiliar y enfermera. Lo cual, aunque parezca una nimiedad, puede generar ciertos conflictos entre el personal al verse solicitado por el paciente y pidiéndole algún tipo de acción que no está entre sus cometidos. Una persona ajena en la planta podría pensar que la solución más fácil sería la de llevar tarjetas identificativas (hecho que según norma del hospital es obligatorio), pero que en la unidad no se cumple porque según los trabajadores el poner el nombre en la tarjeta hace que el paciente pueda acceder a información personal del trabajador con usos personales. Esto es, que si un paciente quisiera (debido a las nuevas tecnologías) podría acceder a tener información personal del trabajador poniendo su nombre en buscadores de internet o en diferentes redes sociales.

Por tanto, y para finalizar este apartado dedicado a los espacios en la unidad, concluyo afirmando que la simbología y los conceptos asociados a tales espacios escapa a la simple estructura física y pasan a llenarse de significados propios y representaciones que son interpretadas por los actores de una forma distinta dependiendo del grupo al que se pertenezca, bien de poder (profesionales) bien de obediencia (pacientes). Tal y como señala Filomena Silvano haciendo referencia a la obra Lefebvre: *"Las representaciones del espacio están ligadas a relaciones de producción y al "orden" que estas imponen. Implican la existencia de conocimientos, signos y códigos específicos. En*

este sentido la teoría reproduce el proceso generativo del espacio" (Silvano, F. 2001).

6.2.3.3 Vigilantes y vigilados. Las formas de interrelación.

Una vez desarrollado *las concepciones culturales sobre los espacios y los tiempos en la unidad psiquiatría*, es necesario entrar a desarrollar el entramado de relaciones humanas que se producen en este lugar. Este podría tomar cierta similitud con lo que Marc Augé definió como lugar antropológico, siendo *el lugar de la "propia casa", el lugar de la identidad compartida, el lugar común para aquellos que habitándolo juntos, son identificados como tales por aquellos que no lo habitan* (Augé, M. 1996*)*. Si bien es cierto que Augé hace esta definición con un sentido más amplio de lo que tradicionalmente se entiende por cultura, yo he querido usarla con la intención de demostrar que esta también se puede generar en espacios más reducidos, o más bien que está formada por la suma de "subculturas". Podría ser también entendido como que a medida que se aumenta el zoom de observación, esa cultura general generada en un espacio geográfico y temporal conformado por actores que interaccionan, se va dividiendo en otras subculturas generadas en su propio seno. Y así, y si consideramos la cultura occidental con una identidad propia, vamos reduciendo el nivel de observación, podemos comprobar que las formas de interacción diferencian a los grupos que la componen. De tal forma, podemos encontrar, fijándonos en "la cultura de la salud" dentro de la cultura occidental, que las formas de manifestarse son muy variadas, pudiendo ir desde el curanderismo hasta la medicina hospitalaria. Y si dividimos a esta última podemos encontrar lugares donde la identidad es compartida o al menos así es vista por los que no forman parte de esos lugares. Este lugar de identidad compartida es lo que sucede en la unidad de psiquiatría, donde los que están dentro participan en un espacio y tiempo, y poseen símbolos, costumbres y prácticas que no les son extrañas. Ahora bien, esta identidad, que es

compartida por pertenecer a un grupo cuya característica es la enfermedad mental, tiene dos polos claramente diferenciados, estando en uno los pacientes y en el otro los profesionales. Se podría hablar de "*subculturas bipolares*" en las que hay dos grupos claramente diferenciados pero con una característica en común. Por tanto, la unión del grupo o subcultura viene concretada por el objetivo común que comparten, en este caso superar la enfermedad o aliviar sus síntomas, pero la polaridad o desunión se definiría en primer lugar por la forma de alcanzar el objetivo, y en segundo lugar por el uso del poder de un grupo sobre el otro para conseguirlo. Estas formas de encuentro y desencuentro son la que desarrollaré en este apartado con la intención no sólo de describir la percepción que unos tienen de otros, sino llegar a conocer desde los dos polos como se ve el reingreso hospitalario.

Volviendo a la identificación de un grupo como tal, puedo asegurar que la unidad de psiquiatría en la que he realizado el estudio es "identificada" por los extraños a ella como ajena y con características propias. Y no sólo por los comportamientos que en ella puedan producirse, sino por el aislamiento a la que está sometida dentro del hospital. Este aislamiento hacia el exterior provoca que los de "fuera" la vean como una unidad exótica, entendiendo el término como extraño, particular, específico y exclusivo. Tales rarezas que ven o creen ver los "de fuera", se convierten en normalidad para los de dentro. Esta normalidad se alcanza tras la comprensión no sólo de lo que está establecido oficial o burocráticamente, sino por la aceptación de la norma no escrita o reflejada. Valga como ejemplo la siguiente escena que viví durante mi trabajo de campo.

Pude ser testigo de cómo un paciente por su estado de agitación destrozaba los colchones de la habitación de contención. El total de colchones fueron unos ocho o nueve.

A ojos de alguien ajeno a la unidad el hecho de que un paciente rompa un colchón es algo muy llamativo y difícil de entender, e incluso puede llegar a pensar que dicho comportamiento es habitual dentro de la unidad y algo realizado por el resto de pacientes de forma rutinaria. Para el personal que estaba dentro de la unidad la rotura de colchones

no es algo llamativo en un paciente agitado, pero no lo consideran como un hecho cotidiano y frecuente, si no que saben perfectamente identificar qué circunstancias han llevado a ese paciente a romper tantos colchones. Y así mientras que para los de "fuera" la acción destructiva se enfoca desde el punto de vista de la "locura", en los profesionales los motivos no son la "locura" el único elemento que ha provocado el suceso, sino un conglomerado de circunstancias que pueden ir desde las forma de actuar frente al paciente, el material hospitalario, la "pasividad" de la administración, los tratamientos farmacológicos e incluso las actitudes del propio personal. Este conglomerado de información compartida por este grupo en concreto le otorga la singularidad que lo define. Y tal y como escribió Augé : "*la cultura define una singularidad colectiva. Colectiva porque corresponde a la que un cierto número de hombres comparte; singular en lo que distingue a unos hombres de otros*". (Augé, M. 1996).

Por tanto se puede afirmar que dentro de esta "subcultura" aparecen dos grupos diferenciados entres sí, y dentro de esos grupos nuevos subgrupos con distintas formas de interacción. Estas van a ser principalmente de dos tipos; una, la relación entre personal y pacientes, y otra entre los miembros del mismo grupo. Incluso se podría añadir una tercera que es la relación con los grupos externos a la "subcultura" de la planta de hospitalización, tal y como propone Álvaro Rodríguez (Rodríguez, A. 1995). Pero en este apartado quiero fiarme principalmente en la interacción entre los dos grupos diferenciados, pacientes y profesionales.

Antes de continuar, y sabiendo que ya en su momento hice una descripción del entorno físico de la unidad, y que además dedicaré un apartado completo a la descripción cuantitativa de los pacientes reingresadores, creo necesario en este punto dedicado a relaciones entre pacientes y trabajadores, y entre ellos mismos, describir muy brevemente la dotación de trabajadores así como enumerar los puestos

de trabajo dentro de la unidad de psiquiatría. En primer lugar decir que el número de trabajadores es el siguiente:

PUESTO DE TRABAJO	NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES	NÚMERO DE TRABAJADORES POR TURNO DE TRABAJO		
		MAÑANA	TARDE	NOCHE
PSIQUIATRAS	4	4	1*	
COODINADOR DE PSIQUIATRÍA	1	1**	0	0
ENFERMERAS	9	2***	2	1
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	8	2	2	2
CELADORES	6	1	1	1
TRABAJADOR SOCIAL	1	1****	0	0
ADMINISTRATIVA	1	1	0	0
SUPERVISORA DE ENFERMERÍA	1	1*****	0	0
LIMPIADORA	1	1	0******	0
GUARDIAS DE SEGURIDAD	8	0	0	1*******

* Por las tardes hay un psiquiatra que hace servicio de guardia. Sólo un psiquiatra que pertenece a la unidad hace guardias, el resto vienen de centros de primaria o del centro sociosanitario.

** El coordinador de psiquiatría también pasa consulta como un psiquiatra, y además tiene funciones de coordinación.

** El número de enfermeras oscila dependiendo del día de la semana. Los fines de semana sólo hay una por la tarde.

*** La trabajadora social sólo va a la unidad días determinados de la semana.

**** La supervisora comparte servicio de enfermería

***** Por las tardes y noches sólo irán a la planta a las urgencias, y servicios puntuales.

***** Durante la mañana hay un guardia de seguridad compartido con todo el hospital, y por la tarde y noche hay dos. Aunque hay que señalar que por la noche uno de ellos se queda en la unidad de psiquiatría.

Esta dotación de personal es para un total de 20 camas hospitalarias, más una cama de contención mecánica.

Una vez realizada esta tabla sobre la dotación de personal, creo que es el momento de retomar el concepto que tanto trabajador como paciente se tienen el uno del otro, y entre ellos mismos.

6.2.3.3.1 El paciente desde la perspectiva del trabajador.

Realicé en su momento, en apartados anteriores, un esbozo de la tipología de pacientes que podían existir a ojos de los trabajadores. Desarrollaba entonces el concepto que el trabajador tenía del paciente tras una primera impresión después del ingreso. Este concepto se podía ir afianzando o por el contrario cambiando con el paso del tiempo. Pero cuando hablamos del paciente reingresador la perspectiva que tiene el trabajador suele mantenerse. Recuerdo que tras la obtención de los resultados cuantitativos, y al hablar con algunos de mis informantes (trabajadores) sobre estos, les sorprendía que no fuera un grupo muy elevado. Contrastaba esta información con lo que muchas veces expresaban:"*aquí siempre están los mismos*", y comentaban: "*raro no es el día que aquí en la unidad no haya siete u ocho pacientes que sean de los habituales*". Esta idea del trabajador sobre el reingresador hace que el concepto sobre este paciente sea distinto al resto de pacientes. Y así manifestaban en las entrevistas que suponía para ellos el reingreso y sobre la utilidad o no de dichos ingresos:

Psiquiatra1:

> *"El fenómeno del reingreso es un proceso de retroalimentación de la enfermedad, y pongo esta enfermedad entre comillas. Ya que a largo plazo los ingresos del paciente son negativos, pero claro, a corto plazo te solucionan el problema inmediato".*

Psiquiatra 2

> *"Yo dudo de la eficacia de algunos de los ingresos, y sobre todo de los reingresos de algunos pacientes, para solucionar algunos de los problemas que presenta. Y esto es debido en primer lugar a que tenemos una unidad infradimensionada. Si las recomendaciones de la OMS son tener unas 10 camas de*

psiquiatría por cada 100.000 habitantes, o la Asociación Nacional de Psiquiatría recomienda tener unas 12 camas para ese número de habitantes, nosotros que atendemos a casi 300.000 habitantes deberíamos tener unas 30 ó 36 camas, y sólo disponemos de 20. Esto hace que en muchas ocasiones nos veamos obligados a acortar las estancias. Si nosotros tenemos una media de estancia de 7 días esto no vale para nada, ya que esto puede significar dos cosas o bien que el paciente no estaba para ingresar o bien que si el paciente ha ingresado con criterios de ingresos, este se ha ido a medio cocer.

Vamos a ver, esto está muy claro. Si el periodo para que un antidepresivo comience a tener acción terapéutica oscila en tres semanas, ¿cómo te explicas que aquí te ingrese alguien con un supuesto intento de suicidio o un cuadro depresivo, y se vaya a los siete días? Lo que pasa es que ahora ingresa mucho trastorno de personalidad, que lo hace por un acto impulsivo, por amenazas autolíticas o simplemente porque cada vez se hace una medicina defensiva, y una judialización de la vida médica. Y así, hay una llave, hay un compañero que dice: "La idea de suicidio, la llave que abre todas las puertas en psiquiatría". La gente sabe, la gente aprende, sabe que llega a la puerta de urgencias, te habla de la idea de suicidio, y el paciente ingresa".

Enfermera 1

"Para mí un paciente que reingresa es aquel que ha creado una dependencia hacia la unidad".

Psiquiatra 3

"Un paciente reingresador es aquel que ingresa múltiples veces. No dos veces…, el poner un número mínimo de veces

es muy difícil porque… para mí un reingresador es aquel que ingresa dos o tres veces al año, si es un reingresador. Si es otro paciente… no sé, había un término que usaba pero que ahora no me acuerdo".

Enfermera 2

"Para que esta unidad fuese útil a los pacientes que ingresan en primer lugar habría que hacer una adecuación de la misma, porque en esta unidad se trabaja mucho sobre la enfermedad mental, y no sobre la salud mental. Yo creo que para trabajar sobre eso que hoy en día es lo que más va a llegar y en el futuro, habría que adecuar más las unidades. Porque, mira, tu cuentas los "verdaderos trastornos mentales" y se pueden contar con los dedos de la mano, el resto son falta de adecuación al entorno (por el motivo que sea). Y ahora a ver qué es lo que está fallando en este tipo de unidades porque aquí no se está tratando eso. Habría que ver que falla "fuera", porque están fallando muchísimas cosas".

Celador

"Aquí el paciente que reingresa… bueno es que hay varios tipos de pacientes. Los pacientes "verdaderamente" mentales se les nota menos. Al principio están más agitados pero luego se les ve un buen progreso. Pero "los otros" están siempre igual, son más demandantes, y están siempre intentando conseguir algo. Lo verdaderos pacientes mentales están más acostumbrados al mecanismo del psiquiátrico".

Auxiliar

"A mí lo de salud mental no me pega aquí (refiriéndose a la unidad), porque justo aquí lo que no hay es salud mental… un problema de salud mental es un mal funcionamiento de algo,

pero que este algo no es algo físico sino mental, y esto no es compatible con tu vida diaria… lo que pasa que una cosa es la valoración que yo haga y otra muy distinta lo que digan los libros… yo creo que aquí hay muchos casos sociales más que de salud mental. Ahora mismo en la planta puede haber 5 ó 6 pacientes con problemas sociales".

Psiquiatra 4

"El reingreso de un paciente va unido al lugar donde se produce, en este caso la UHB. No sería, lo mismo si la unidad fuera de rehabilitación, ya que aquí hay estancias de 2 años, y si se produce el alta, esta sería una transinstitucionalización, es decir el paciente pasará a otro recurso como un CRR (Centro rehabilitador residencial). Incluso en los dispositivos de media estancia tampoco hay altas porque pasan de la UME(Unidad de Media Estancia) a la URH (Unidad de Rehabilitación Hospitalaria). Por tanto al paciente reingresador tenemos que considerarlo siempre en el contexto de la unidad de hospitalización breve (UHB)".

Enfermera 3

"El paciente que reingresa lo veo también como un paciente crónico, pero tal vez porque haya pocos recursos fuera de aquí. Si hubiera centros de día u otro tipo de centros pues a lo mejor otra cosa sería, porque muchos son problemas sociales. Como no tienen recursos, vuelven a urgencias y los ingresan, y así por lo menos tienen cubiertos sus recursos. También, pasa que si desde aquí los pacientes también tuvieran su cita con el psiquiatra de zona, a lo mejor también se evitarían muchos de estos reingresos".

La idea de que existen "distintos" tipos de pacientes en la unidad no parte sólo por el número de ingresos que protagonizan, sino por la consideración o no del padecimiento de una patología mental o una "patología social". De esta forma los trabajadores ante la pregunta que les hacía sobre la diferencia entre salud mental y psiquiatría argumentaban lo siguiente:

Enfermera 1

"Un paciente con patología mental es un paciente con un trastorno que le impide la vida relacional. Aunque aquí en la unidad creo que ingresan pacientes con patología mental y otros con "patología social".

Psiquiatra 1

"Aquí hay que tener claro que la patología psiquiátrica y la salud mental van de la mano, pero es necesario conocer el componente social que existe. Y así, si a un paciente tú le quitas la problemática social que presenta en el momento del ingreso seguramente disminuiría el número d ingresos. En otros tal vez no porque, por ejemplo, en el trastorno de personalidad el paciente no suele nunca estar conforme con lo que tiene, y si se le suma una baja tolerancia a la frustración ante la más mínima adversidad, esto les lleva rápidamente a buscar apoyo. Añádele que si soporte fuera falla o este mismo soporte le induce a que ingrese, ya tienes un paciente con altas posibilidades de ingreso. Muchas veces es la familia la que te fuerza a que lo ingreses. Se convierte por tanto un tema familiar o social en algo psiquiátrico".

Enfermera 2

"La salud mental la veo más como de atención primaria, y esta planta la veo más como algo especializado, destinado a

hacer diagnósticos y tratamientos. La salud mental englobaría más cosas como la atención primaria, secundaria y terciaria. Y la psiquiatría lo que tenemos aquí."

Entrevistador: ¿Pero aquí en la planta todos los pacientes que tenemos son psiquiátricos?

Pues no, aquí tenemos mucho problema social. Estos problemas no son de psiquiatría ni de salud mental, son social. ¿Qué puede que tengan un componente psiquiátrico? Pues a lo mejor. Pero la salud mental es la capacidad de usar los recursos que uno tiene… y aquí hay pacientes que no son capaces de usar esos recursos sociales, familiares, anímicos; pero esto no significa que sea una patología social. Y así la psiquiatría lo que hace es psiquiatrizar a pacientes, y esto no debiera ser así. Si en esta planta pusiésemos una balanza para ver qué tipo de paciente abunda más, un 70% tendría problemas sociales y un 30% verdaderos problemas psiquiátricos".

Enfermera 3

"Creo que la diferencia entre salud mental y psiquiatría radica en la forma de abordar el problema. Sobre todo porque las alternativas para tratar el problema son escasas, y muchas veces no pasan de la cuestión farmacológica. Es cierto que aquí estamos en una unidad de agudos y es lógico pensar que no vamos a hacer terapias de larga duración. Pero si nos fijamos en lo que ingresa en la unidad, y valorando los trastornos puramente psiquiátricos, ahora mismo están predominando "otro tipo de trastornos"… aquí lo que hay es mucha problemática social, y que yo no sé si deberían ser derivadas o tratadas aquí. Yo siempre hago un símil con la U.C.I; en ella no se lleva a un paciente con cefalea o gastroenteritis, pero aquí en la unidad de psiquiatría sí se hace

porque tal vez vengamos de una herencia de dónde venimos, para bien o para mal. Aquí no se tiene conciencia de que esto debe ser muy especializado. Aquí hay mucha "gastroenteritis mental".

Aquí pesa más lo social y el tratamiento que se le da es puramente psiquiátrico. Creo que existe un exceso de psiquiatras en una unidad de 20 camas, pero tampoco creo que debiera haber más trabajadoras sociales puesto que en la unidad no debería haber tanto problema social. Todo esto viene, yo creo, porque en los servicios sociales de los ayuntamientos existe un excesivo trabajo centrado en arreglar las pagas, ayudas y subvenciones, pero no se atiende a pacientes ancianos, los que si encima tienen un poco de componente mental, esto provoca cierto rechazo, y al final terminan aquí."

Enfermera 3

"Yo creo que esta unidad, según se estructura o por la cantidad de ingresos que casi siempre son los mismos, es de psiquiatría. Aquí lo que se debería atender es la urgencia de la enfermedad, y una vez que el proceso ha pasado se podrían derivar a otros centros de salud para que sigan el tratamiento. Pero aquí los pacientes se cronifican. Con lo cual yo identifico más la psiquiatría con la cronicidad. Aquí hay pacientes que su ingreso se demora en el tiempo, y a lo mejor, sin una causa justificada. Y muchas veces dependiendo del médico que lo atienda."

Celador

"Yo creo que la salud mental es el bienestar general, y la psiquiatría una rama de la medicina. La salud mental está relacionada con la actitud, y la forma de ser de la persona.

Uno con un problema mental no se sabe relacionar con los demás… bueno en algunos caso a lo mejor es problema de educación; lo que está claro es que algo no funciona. Aquí en la unidad creo que hay un 50% o un 60% de personas que tienen esos problemas de relación, y el resto vienen a quitarse del medio, vamos a quitarse de los problemas del día a día."

El resto de entrevistados no he considerado oportunos reproducirlos porque sus respuestas iban en la misma línea que los anteriores trabajadores. En estas declaraciones se pueden observar varios fenómenos muy interesantes en la visión del trabajador. Lo enumeraré a continuación:

1. Para el personal que trabaja en la unidad existe una diferenciación clara entre lo que es salud mental y psiquiatría. Estando la primera relacionada con la adecuada adaptación al medio que rodea a la persona, y siendo la segunda la manifestación patológica de una serie de síntomas y componentes semiológicos. El primer término lo van a relacionar con un estado de "salud social" adecuado, mientras que el segundo lo referirán cuando la persona tiene una patología con manifestaciones clínicas. De aquí se extrae por tanto la primera diferenciación que hacen los trabajadores sobre tipos de pacientes. Aparecen por tanto la p*atología social* y la *patología mental o psiquiátrica*.
2. El personal además tiene claro que la unidad debe estar enfocada al tratamiento y cuidado de patologías psiquiátricas, sobre todo porque la patología social no tiene buenas perspectivas de solución en una unidad en la que la única respuesta que se da es la farmacológica.
3. Coinciden sus respuestas indicando que en la unidad existe siempre un alto número de personas que tienen un problema

social pero que son tratadas como en enfoque psiquiátrico. Estos "pacientes sociales" son denominados por los entrevistados como "falsos pacientes psiquiátricos", cediéndole el término de "verdadero" paciente mental al que presenta una sintomatología.

4. Los profesionales consideran por tanto que muchas de las acciones, tratamientos y cuidados que se le prestan a cierto número de ingresados no van a dar respuesta a largo plazo al problema por el que ingresaron. Lo cual se considera como parchear una dificultad puntual que, con muchas posibilidades, se repita en próximas ocasiones.
5. Aparece en otras de las percepciones de los profesionales la figura de un nuevo paciente que para ellos está entre lo social y lo psiquiátrico: las personas con trastornos de personalidad.
6. Incluso ven que la unidad se queda corta en dos sentidos: espacio y tiempo. El primero porque la unidad que consta de 20 camas es insuficiente para atender dos áreas de salud según estándares de la OMS y otros organismos. Y en el tiempo porque el período de hospitalización lo consideran insuficiente en algunos pacientes sobre todo para que los fármacos alcancen su rango terapéutico.

El interrogante que me surge es, ¿si casi todos los profesionales que trabajan en la unidad coinciden en que existe una gran cantidad de patología "social", por qué se sigue abordando como patología psiquiátrica? Este interrogante me puede llevar a una primera respuesta sobre el fenómeno del reingreso hospitalario, y es que si la unidad de hospitalización no se usa con el fin que se ha creado, posiblemente muchos de los problemas que atiende volverán a producirse. Esa reincidencia de problemas es lo que se ha denominado reingreso. Es decir, un factor de reingreso podría ser la discrepancia entre lo que se

espera conseguir en la unidad para unos determinados problemas y lo recursos que se usan para corregirlos.

Tal discrepancia, y así me lo señalaba uno de mis informantes, es que las unidades de psiquiatría, al menos la sometida a estudio, tienen una tradición de atender a una tipología de pacientes que ahora ha cambiado. Según algunos informantes los pacientes de antes eran *pacientes muy psiquiátricos* y ahora son *muy sociales*. Muestro algunas de las declaraciones de mis informantes sobre cómo ha cambiado el paciente en los últimos años. Para esta pregunta, sobre el cambio de perfil de pacientes, usé las informaciones de trabajadores que llevaban más de 15 años trabajando en la unidad. La pregunta fue: ¿crees que ha cambiado el perfil del paciente reingresador en los últimos 15 años? Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

Psiquiatra

> *"En los últimos 10-15 años sí es cierto que ha cambiado la línea de la psiquiatría. El paciente psicótico, afectivo y bipolar que demanda ayuda está más controlado y por tanto ingresa menos, pero sin embargo la unidad se ha abierto a más campo, y se ha convertido en un cajón de sastre, y los que aquí se meten deberían ser tratados en otros campos, y son estos precisamente los reingresadores. Creo que se han psiquiatrizado muchos procesos normales como puede ser un duelo, que un niño sea más listo, mucho comportamiento de adolescencia, o incluso el consumo de drogas. Y precisamente en estos últimos la gente más joven con este consumo tienen alteraciones conductuales. Pero yo soy de los que pienso que no todas las alteraciones conductuales tienen porqué considerarse patologías psiquiátricas".*

Enfermera

"El perfil del paciente ha cambiado desde hace 20 años a ahora porque antes eran trastornos mentales y ahora es falta de salud mental entendiendo esta como la incapacidad de manejar conflictos y la ruptura con el entorno".

Psiquiatra 2

"El cambio de pacientes ha venido por el concepto de gravedad del cuadro. Vamos a ver, aquí hay dos conceptos de gravedad. Uno es el concepto de gravedad clínica, y así, refiriéndonos a nosología hace 30 años los hospitales psiquiátricos estaban ocupados por esquizofrenia en sus diferentes variantes, por trastornos bipolares fundamentalmente y por un tanto porciento importante de alcohólicos. Eso era prácticamente lo que había: paranoicos, etc. Sin embargo hoy día lo que ocurre es que hay medicamentos absolutamente eficaces para estos casos y grandes trastornos mentales. A esto se le suma que los tratamientos actuales tienen un perfil de efectos adversos más beneficioso. En tercer lugar la aparición de tratamientos depot. Todo esto ha hecho que esos cuadros clínicos hayan bajado vertiginosamente. Estos fármacos comparados con los antipsicóticos clásicos son mejores, y el cumplimiento terapéutico no sólo dependía de la conciencia de enfermedad sino también de los efectos secundarios, los cuales ahora son menores. Y esto ayuda a que el paciente se los tome. A todo esto se le une que los pacientes se vinculen a dispositivos externos como los centros de rehabilitación psicosocial, etc. En cambio estos pacientes han sido sustituidos por el caballo de batalla de nuestros días: el trastorno de personalidad, la patología dual y los trastorno alimentarios. Son pacientes que se caracterizan por ser bastante conflictivos,

bastante reingresadores y han sustituido el perfil que veíamos hace años".

Auxiliar 1

"Yo creo que los pacientes de ahora y los de antes nada tienen que ver. Yo pienso que cuando yo empecé había más trastornos y más graves. Creo que la administración y la atención primaria han hecho mucho. Porque a nivel ambulatorio se les controla más, y así una esquizofrenia o un trastorno psicótico cada día por desgracia lo vemos menos.

Entrevistador: *¿Por desgracia has dicho?*

"Yo creo que hoy en día es mejor tener una patología como una psicosis que otro trastorno porque el tratamiento para estos es mucho más efectivo. Si por eso creo que lo he dicho…"

Este cambio de ciclo también era expresado por uno de mis informantes de la siguiente manera:

Entrevistador: ¿Por qué hay pacientes reingresadores, y sobre todo, por qué la percepción que se tiene de ellos actualmente ha cambiado?

Entrevistado: "*Además de lo que ya te comenté anteriormente sobre el tema de la revolución farmacológica, hay otros hechos hoy en día que creo que han influido en que determinados pacientes tengan un alto número de ingresos.*

Hoy en día, y creo que es un hecho fundamental por el que ingresan algunos pacientes es que ha desaparecido el modelo tradicional de atención. Y esto, ¿por qué? Vamos a ver, ¿quién ha sido la cuidadora por excelencia en una enfermedad? Pues la madre, la mujer o la hermana soltera. Pasamos drásticamente de

una sociedad rural a una sociedad urbana. Es el paso de una sociedad donde todo el mundo se apoyaba, se conocía, los vecinos, con casas grandes… pasamos a una sociedad urbana con pisos de 80 m², gente que muchas veces con inmigrantes, gentes transportadas de unas comunidades a otras. La mujer aquí tiene que trabajar, se produce por tanto un cambio en el concepto de familia tradicional, y sin embargo queremos que el paciente viva en comunidad o que viva en familia.

Otro motivo es que hay mayor oferta, y hay dialéctica entre la oferta y la demanda, porque curiosamente cuando hay más equipos de salud mental es cuando aumentan más los ingresos hospitalarios, ¿y por qué?, pues porque se detectan muchos más casos que antes no se detectaban.

Por otra parte, hay otro fenómeno. Esto es un empezar y no acabar. La pérdida del estigma que está sucediendo. La OMS ha hecho un programa de lucha contra el estigma. Yo recuerdo como ha variado el estigma. Cuando yo comencé mi profesión… mi experiencia me ha hecho ver que en el hospital psiquiátrico de Mérida había menos urgencias que aquí. Hay una razón de tipo práctico, ya que aquello estaba a dos kilómetros de la ciudad y por tanto era menos accesible. Pero hay otro, que ya considero más importante, y es que ir al hospital psiquiátrico de Mérida era mucho más estigmatizante que venir al hospital del SES de Mérida. Tanto por ir a un servicio de urgencias de un hospital como por ingresar en una planta más del hospital. Por tanto he ha habido una lucha contra la estigmatización bastante productiva. Mira te cuento dos anécdotas que me sucedieron. El primero fue de una paciente que cuando pedía cita en la consulta, siempre pedía saber si ese día había o no citado alguien de su pueblo. Y otra paciente que siempre venía acompañada de su madre. Y siempre daba los datos de su madre a pesar de que la paciente era ella. Así cuando la llamaba para entrar en consulta, el nombre

que se oía era el de su madre y no el de ella. Y así nadie sospechaba de la paciente joven.

Pues bien, eso ha cambiado totalmente, yo incluso diría que hemos pasado a una psiquiatrización de problemas comunes. Hemos pasado de no querer ir al psiquiatra porque eso era de locos a que ahora por cualquier problema se vaya.

Antes incluso había miedo de nombrar a Mérida porque era donde estaba la casa de locos".

Una de mis informantes hacía referencia a la necesidad de adecuar la unidad la "nueva" situación de la patología mental. Así lo argumentaba:

Enfermera

"Para empezar, habría que adecuar la unidad, porque en una unidad se trabaja mucho con el trastorno mental y no sobre la salud mental. Yo creo que hay que trabajar sobre eso hoy en día, porque sin duda es lo que más va a ingresar. Por que mira, si tú cuentas los "verdaderos" trastornos mentales, estos se pueden contar con los dedos de la mano, el resto es falta de adecuación al entorno por el motivo que sea. Y ahora a ver que está fallando. Entonces si lo que vamos a ver es lo social, pues habría que adecuar las unidades a ello, pero habría que ver qué es lo está fallando fuera, por que fuera están fallando muchísimas cosas. Esta unidad se está usando como se venían usando las unidades antiguas. Creo que ha habido un final de ciclo ya que los trastornos mentales se están controlando muy bien con la medicación. Pero hay una hay una cosa que está fallando que es la educación… creo que ahora los padres pasamos más tiempo fuera de casa con cierto sentimiento de culpa por abandono, y esto nos hace que seamos más

consentidores, y permitimos mucho. Yo creo que hay mucho niño mal criado".

Como podemos ver en esta respuesta aparece la idea de que algunos de los trastornos mentales que se atienden en la unidad provienen de una inadecuada falta de educación. A este respecto, otro de mis informantes se centraba en una patología concreta, los trastornos de personalidad, y me contestaba nuevamente sobre "el cambio de ciclo" y por qué cree que se ha producido:

Psiquiatra

"Creo que hay una cosa desde el punto de vista antropológico que se ha perdido, y esto son los ritos de paso. Así antes se separaba al niño de la madre y de las mujeres, y se les llevaba a la tienda de los hombres para que empezara a comportarse como un hombre. Hablando, me refiero, a tribus. Aquí, en nuestra sociedad, había un principal rito de paso, y este era el servicio militar. Ahora el paso de la edad juvenil a la edad adulta se ha hecho casi imperceptible, sobre todo porque los niños ya tienen acceso a cosas que antes sólo se tenía acceso en la edad adulta como era fumar, alcohol, sexo. Pero en cambio no tienen acceso a la postura de un comportamiento responsable.

Existe por otro lado una debilitación absoluta del principio de autoridad y la idea sacralizada de valores. Creo que todo esto influye. Todo es muy complejo porque también es verdad que existen circunstancias socioeconómicas que influyen en la autonomía de los jóvenes. Así, hay gente con la carrera terminada y no tienen acceso al trabajo, no acceso a la vivienda, y hay gente que vive con sus padres de forma dependiente hasta los 40 años. Por lo que hay gente que tiene

actitudes y formas de vivir adolescentes. Hay una infantilización global de la sociedad en el sentido negativo".

Una enfermera, haciendo también referencia al cambio de ciclo que se ha producido en los últimos tiempos me trasmitió la siguiente reflexión:

"El problema es que no hay suficientes recursos para cuidarlos en casa, porque si hubiera hospitales de día, con ciertos horarios que se adaptaran a los horarios que tenemos hoy en los trabajos, muchas familias podrían cuidar de sus familiares. Ha habido un cambio en la vida laboral en la que la mujer que era la cuidadora principal ahora no ejerce esa función. Antes la mujer se hacía cargo del anciano, del retrasado, del paciente mental, etc., pero ahora no porque la vida ha cambiado mucho. Ha habido un cambio de ciclo. La vida nos ha cambiado".

Un celador me comentaba lo siguiente:

Celador

"Yo creo que a algunos pacientes sus padres no les han marcado bien los límites. Yo creo que los trastornos de personalidad no escuchan ni les gusta la palabra no. Los pacientes te cuentan cosas por las que han ingresado y muchas de las veces son por discusiones con los padres porque estos les han dicho no".

En casi todas las entrevistas citadas y en el resto de las realizadas se observa como desde el punto de vista del trabajador "los tiempos" han cambiado. La percepción generalizada es que hay muchos problemas mentales o problemas generales que se psiquiatrizan. Un psiquiatra a este respecto me decía lo siguiente:

Psiquiatra:

"Yo creo que estamos en una sociedad en donde todo se termina por consumir. Hasta la salud mental. Ahora hay una psiquiatrización de la vida ordinaria. Así, si un niño suspende, antes de ver si estudia o no, se le pretende llevar a un psiquiatra o a un psicólogo. Si un matrimonio va mal se va al psiquiatra o al psicólogo. Se ha psiquiatrizado el aburrimiento, se ha psiquiatrizado el duelo. Así te llevan al día siguiente al compañero de 50 años de vida en matrimonio para que se encuentre bien. La gente no soporta el malestar físico ni psíquico. Yo creo que vivimos en un sociedad hedonista, en la no soporta ni el dolor ni el sufrimiento. Y fíjate lo importante que es el dolor en la vida…, las nuevas generaciones no están acostumbradas a lidiar con la frustración, están siempre ocupados mirando hacia fuera y muy poco hacia adentro".

Una enfermera me comentaba:

Enfermera:

"*Yo creo que estos pacientes, refiriéndome a los límites de personalidad, tienen pocos límites en el entorno que les rodea, pero cuando vienen aquí ven lo que hay y se adaptan. Fuera creo que se están perdiendo los límites a determinadas conductas, incluso con niños. Creo que en estas generaciones se ha psiquiatrizado todo. Y así, yo soy de la opinión de que ni todo es enfermedad ni que todo lo que tratamos tenga algo de ella.*"

La percepción es que antes se daban más casos de trastornos psiquiátricos graves como son esquizofrenias, trastornos bipolares o alcoholismos, y ahora esto ha disminuido, dando paso a patologías que tienen más que ver con la nueva "sociedad". Esta nueva sociedad que ellos, los trabajadores, relacionan con una pérdida de valores relacionados con la capacidad de esfuerzo o respeto. Sumándole una falta de educación, una pérdida de los ritos de paso, la incorporación

de la mujer como figura principal y tradicional de los cuidados de salud al mundo de trabajo, la permisibilidad paternal hacia los hijos y la falta de acceso a la individualidad como adulto por la falta de recursos económicos debido sobre todo a la situación actual. Desde mi punto de vista tal vez esta visión sea algo catastrofista debido a que estos trabajadores centran su mirada en las características de los que ingresan, pero dejan a un lado a todo aquel conjunto de la sociedad que día a día busca su trabajo de forma activa incluso dejando atrás su familia y su país, a aquellos que se esfuerzan por estudiar, y a aquellos que dan parte de su tiempo en beneficio a los demás de forma altruista. Tal vez, este enfoque negativo viene influenciado por la parcelación que sufren en visión diaria de personas con unas características concretas. Si se pudiese hablar con alguien que trabaja en la cárcel diría que tal vez hoy hay más presos, y con alguien en una universidad, que cada día hay más universitarios. Lo que sí es cierto, y coincido con los entrevistados, es que en la actualidad y centrándome en el problema que estudio sobre reingresadores, ha cambiado respecto a años atrás. Es cierto que varios aspectos han cambiado en los últimos años, pero hay uno sobre todo que me parece clave, el de la infantilización de la sociedad. Tal y como señala Moya y Ollé: "*La infantilización se manifiesta en la actitud pasiva que los consultantes toman ante sus problemas: ¿qué hago Doctor, me separo o no?; ¿Llevo a mi padre a la residencia o no?; ¿cambio de trabajo?, etc. No comprenden que la Salud Mental no es lo mismo que la salud corporal, donde el buen paciente es el que cumple fielmente el tratamiento prescrito. Es lo que se pide al paciente somático. Pero la salud mental supone algo más: el paciente debe intentar examinar sus experiencias y vivencias y buscar la solución más adecuada*"(Moya i Ollé. J.1999*)*. La perspectiva que observo en algunos pacientes reingresadores es que esperan la solución de su problema pero sin implicarse en dicha solución. Sería como decir que el paciente pone el problema pero no interviene en la solución. A este respecto recuerdo una situación en la

que un paciente muy reingresador al que se le ofrecía la posibilidad de alta con traslado a una comunidad de deshabituación alcohólica con la única condición de que debía ir hasta la estación de autobuses para ir luego hasta la localidad donde se encontraba esta comunidad. Decía:

> *"Los responsables de que a mí me pase algo vais a ser vosotros. Porque desde aquí hasta la hasta la estación de autobuses voy a pasar por muchos bares, y claro en el primero que vea me voy a meter y me emborracharé, luego pierdo el control y me entran ganas de suicidarme. Así que vosotros veréis".*

No fue esta la primera situación en la que he sido testigo de la falta de compromiso y responsabilidad del paciente a la hora de proporcionarse sus propios cuidados.

Esta *infantilización* puede deberse a lo que alguno de los informantes me comentaron sobre la ausencia de una diferenciación clara entre el paso de la edad juvenil a la edad adulta, provocada por la ausencia de los mecanismos tradicionales y sociales como eran el servicio militar en los hombres o el matrimonio en la mujer. Ahora, el rito de paso tanto en hombres como en mujeres es similar en ambos, pudiendo ser el paso de un nivel de estudio a otro o la incorporación a la vida laboral la situación de paso. Aunque en ambos casos se suele continuar, en muchas ocasiones, con la dependencia del núcleo familiar de origen. Pero este rito no es así en todas las personas, puesto que en algunos casos no hay ni paso a estudios ni al mundo laboral, con lo que la dependencia familiar es aún mayor. Es lo que Alejandro Schujman denominó la generación nini. Según los últimos datos de Eurostat hechos públicos el lunes 11 de junio de 2012 referidos a 2011, España es uno de los países de Europa con más jóvenes de 18 a 24 años que ni estudian ni trabajan, lo que se ha llamado ninis. Son unos 800 000 jóvenes, un 23,1 % del total de jóvenes, lo supone más de cinco puntos

por encima de la media de la UE que se situó en 2011 en el 16,7 %. Lo que no sucedía antes de la crisis, pues en 2007 España estaba justo en la media europea (13,8%). Hay que recordar que la tasa de paro juvenil en España se situaba en marzo de 2012 en el 52,7 %, una de las más altas de la UE. El único dato positivo del informe era que el crecimiento de los ninis se había estabilizado desde 2009. En 2010 la cifra era del 22 %.[16]

Otro de las características de nuestra sociedad es la disminución de la capacidad de frustración que se tiene. En la actualidad se pretende que exista una solución rápida para todos los problemas. Desde mi perspectiva creo que se han creado unas expectativas que se apoyan en algunas de las premisas impuestas por la revolución informática y robótica. Es decir, si hay un problema, que lo solucione una máquina. Y así, se crean máquinas que te hacen de comer, que te lavan el coche o que te operan. Y nos acostumbramos a que sea "otro" el que lleve la acción de resolvernos nuestra situación. El problema surge cuando esa adaptación se rompe y se hace necesaria la intervención de uno mismo. Algunas de las perspectivas que tienen los trabajadores sobre ciertos pacientes que ingresan en la unidad, que son considerados como "pacientes sociales", son que el paciente se exime de responsabilidades frente a su situación y deja en manos de otros sus cuidados más básicos. Esta situación además es apoyada por la propia dinámica de la planta, en la que se le evita al ingresado de cualquier acción más allá de alimentarse o ducharse, en casi todos los casos. Y así el paciente, visto desde el punto de vista del trabajador, se acomoda a una planta en la que se le da todo hecho, y su única misión es la de descansar y reposar.

[16] http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/11/actualidad/1339441913_022208.html

Existe la idea más o menos generalizada por parte de los trabajadores que cuanto más agradable sea para el paciente la estancia en la unidad, más probabilidades tendrá de regresar a ella. Estos son los argumentos de algunos de los informantes:

Psiquiatra

"Cuando un paciente ingresa en la unidad desconecta con toda problemática del exterior. Hablando sobre todo del reingresador que yo considero como tal".

Psiquiatra

"La estancia propia del paciente aquí también influye, si por ejemplo a un pacientes caracterial se le hace muy bonita la estancia aquí, el paciente va a querer volver a ingresar. Esto lo va a ver a lo mejor como un hotel".

Celador

"En esta unidad están muy cómodos, aquí se les quita de responsabilidades de fuera y viven en un "paraíso". Yo creo que para los pacientes que reingresan y reingresan, y no tienen un problema psiquiátrico como tal, esta unidad es muy cómoda".

Auxiliar

"Aquí los pacientes se encuentran muy bien, sobre todos los que se adaptan muy bien como los que no tienen un trastorno mental grave. Aquí tienen su comida, su tratamiento y se sienten seguros… hay algunos pacientes que son muy listos y vienen a ingresar para buscarse una pensión".

Enfermera:

"Este medio es un lugar cómodo que les da seguridad, y aunque tenga un carácter restrictivo, a ellos en algunas ocasiones les puede resultar cómodo. Es un medio donde se sienten escuchados, se sienten incluso más valorados que en su medio habitual, o en su casa. Las relaciones con el personal y con el resto de pacientes son más normalizadas, y al final esto es un medio más normalizado que de donde vienen, en algunos casos".

Según algunos de los comentarios anteriores, impresiona que un número determinados pacientes vinieran a la unidad únicamente a separarse de su mundo exterior, y alejarse de esta manera de los problemas del día a día. Esta apreciación podría poner en entredicho las capacidades y conocimientos clínicos del psiquiatra que lo ingresó tanto por colegas de misma profesión como por categorías profesionales distintas a él. Y esta situación podría poner en entredicho la profesionalidad del psiquiatra, pero existen sistemas moduladores

ocultos que esto hace que no sea así. Y aunque sí es cierto que determinados ingresos son criticados por la falta de rigor del mismo, el sistema modulador hace que al final la posible acción "errónea" sea olvidada o comprendida. Estos sistemas moduladores son principalmente dos. Uno es ponerse en el papel del psiquiatra en el momento del ingreso. Situación en la que muchas veces el psiquiatra se ve presionado por variables ajenas a la propia "patología" del paciente, como puede ser la familia, las amenazas de suicidio o simplemente la hora de asistencia en urgencias. Así, casi todo el mundo al final dice que tal vez en esa situación hubiera actuado igual. En segundo lugar cuando el personal va conociendo al paciente en la unidad, y se da cuenta de que el ingreso era necesario, no tal vez por la patología, que no es tal, sino porque la situación de la persona fuera de la unidad era complicada.

Ante la anterior postura en la que algunos trabajadores piensan que los pacientes van al hospital a descansar y reposar, mi pregunta es: ¿y a qué se va a un hospital si no? Un hospital está creado precisamente con ese fin: el descanso, el reposo, los cuidados y los tratamientos. El conflicto surge claramente por que el trabajador no identifica como patologías a aquellas manifestaciones que considera como patologías sociales o patologías de "casa". Entendiendo estas como las discusiones familiares, el consumo de determinadas drogas, la falta de ingresos económicos o problemas cotidianos. En definitiva, la ausencia de determinados ítems de la vida diaria de todo el mundo que ante su ausencia puede verse afectada la salud mental. A esto se le suma que en ocasiones el trabajador no comparte la idea de que determinadas personas sean consideradas como pacientes cuando su diagnóstico está relacionado con la personalidad manifestada por la persona. Alguna vez oí el comentario: "Este no es un paciente; es un gamberro". Creo, desde mi punto de vista, que en este tipo de pacientes intervienen dos factores a la hora su consideración como

tales por parte del personal. El primero es el siempre eterno dilema de lo *normal y lo anormal*, y por tanto la consideración objetiva o no de que los actos que esa persona comete estén justificados en un entorno determinado. Y en segundo lugar, creo que el ingreso de este tipo de pacientes se produce por mero hecho fortuito. Me explico. Estos pacientes con comportamientos variados, como pueden ser discusiones familiares, depresión por falta de recursos económicos o consumo de determinadas sustancias, pueden seguir varias líneas de acción. Una de ellas puede ser la búsqueda activa por parte del paciente de la solución de las mismas acudiendo a su entorno social más próximo. O en segundo lugar, y la más frecuente, la búsqueda de ayuda en los servicios sanitarios. Y de esta forma, una depresión reactiva por falta de trabajo, una agitación psicomotriz por discusión con la novia o una alteración del comportamiento por fumar un porro, pueden llevar al paciente a los servicios de urgencias del hospital. Y he aquí el hecho fortuito al que me refiero, que una vez que llega al despacho del psiquiatra este decida o no ingresarlo. Será este hecho, el que tras una primera etiquetación, podrá influir en los designios de esa persona en años posteriores o incluso el resto de su vida. Me refiero, a la *etiquetación de ese paciente*, y que ya comenté con anterioridad. Será, ese primer ingreso, el que sin duda abra la puerta a futuros ingresos en la unidad de psiquiatría, tal y como señalan algunos estudios de investigación.

Este tipo de paciente, que el trabajador identifica como un paciente con una personalidad que converge en conflictos con el entorno social que le rodea de forma más acentuada que lo considerado normal, es lo que comúnmente es diagnosticado como trastorno de personalidad. Expongo a continuación, mediante textos orales de los informantes, algunos de las declaraciones de los profesionales sobre esta patología de la personalidad:

Psiquiatra 1

"El problema de los trastornos de personalidad (TP) es que en principio no sabemos que es un TP. Y esto es un problema. El índice Kappa que mide la concordancia entre dos observadores, un muy bajo en los trastornos límite de personalidad. Y de esta forma, para lo que alguien es una variante de la normalidad para otros está dentro de lo patológico. No nos ponemos de acuerdo en el diagnóstico, no nos ponemos de acuerdo en la etiología, no nos ponemos de acuerdo en los tratamientos, y ni si quiera en la clínica… Hay quien pretende involucrar en la etiología a la MAO (Monoaminooxidasa), a los genes, etc… pero es evidente que todo el tema educacional y ámbito social tiene mucho que ver.

La expresión clínica, pues igual. El listado de síntomas del trastorno de personalidad es inacabable… hay no sé cuantos criterios agrupados de nueve en nueve, así que al final tienes dieciocho perfiles de TP. E indudablemente tampoco nos ponemos de acuerdo en el tratamiento, y esto conlleva a que cuando los abordamos biológicamente, estos pacientes tienen una media de cinco o seis psicofármacos, porque si los ves tristes le das un antidepresivo, pero a veces se ponen hostiles e irritables así que le das un antiepiléptico para controlar los impulsos, y a veces como se adentran en los límites de la psicosis le das un antispicóticos. Y otras veces, como se ponen nerviosos les mandas un ansiolítico. Y si no duermen le recetas un inductor del sueño. A todo esto hay que sumarle que existe una comorbilidad tremenda, con lo cual si aparte de lo anterior se le suma el consumo de tóxicos o fármacos para evitarlos como la metadona… pues imagínate".

Psiquiatra 2

Entrevistador: ¿qué opinas sobre la idea de que el trastorno de personalidad no está relacionado con el trastorno mental?

"Madre mía, error. Yo considero que sí son patologías mentales graves, y con una comorbilidad importante, y con una mortalidad nada despreciable… lo que pasa que claro… sobre el tema de los ingresos en las unidades de agudos estos deben ser dependiendo de si es un paciente caracterial de tipo dependiente o del tipo histriónico, de los que quieren llamar la atención, es verdad que habría que evitar el ingreso, pero para ello es necesario un sentido común y un juicio".

Entrevistador: ¿Qué influye más en la recuperación de un paciente, el ambiente social o el tratamiento farmacológico?

"Madre mía, eso es muy difícil de decir. Es que depende de cada patología. Así por ejemplo, en los TP puedes quitar algo de impulsividad pero no todo lo que hay detrás. Si no puedes tener las dos cosas pues al menos abordas una".

Incluso dentro de los propios entrevistados hay falta de acuerdo en la percepción del problema que suponen estos trastornos de personalidad. Algunos de los entrevistados incluso llegaron a aludir la falta de formación actualizada que se tiene del problema o incluso la diferencia de edad. Así lo comentaba una de mis informantes:

"Yo creo que nos deberían jubilar ya. Creo que existe mucha diferencia de edad entre algunos pacientes y nosotros, y esto hace que el cambio generacional no nos permita ver el punto de vista del paciente. A veces veo pacientes a los que les llevo cuarenta años, y sus patologías se relacionan con la vida que se lleva actualmente y que a mí me cuesta comprender".

6.2.3.3.2 Una visión desde la perspectiva del paciente.

Hasta ahora he presentado el punto de vista de los trabajadores respecto a los que opinan sobre la salud mental, el reingreso hospitalario y sobre cómo ha cambiado la tipología de pacientes. Pero, ¿cómo ve el paciente esa necesidad de ingresar? ¿Por qué lo hace? ¿Cuáles son sus sentimientos hacia la unidad? A continuación reproduzco algunas de las respuestas sobre dos preguntas que le hacía a los pacientes. La primera, ¿por qué has ingresado tantas veces en la unidad?, y la segunda ¿Qué sucedería si no existiese esta unidad, dónde irías?:

Paciente 1

> *"Yo vengo a ingresar porque en mi casa tengo mucha soledad, y me entra mucha ansiedad. Aquí en la unidad me siento bien. Me siento recogida y sobre todo menos sola que en casa".*

Paciente 2.

> *"Yo ingreso porque mi madre cree que estoy mejor aquí que en casa. Pero aquí lo que siento es mucha inseguridad, lo que pasa es que yo me acomodo a cualquier sitio. Y yo necesito que me presten atención porque me siento solo. Mi hermana no me habla, y mi padre… a mi padre lo odio. Aquí en la unidad hay más gente, y si no hablo con uno lo hago con otro".*

Paciente 3

> *"Yo reingreso porque el sistema está fatal, los dispositivos son escasos. Pasa mucho tiempo entre una consulta y otra, y encima el tiempo que paso hablando con el psiquiatra es muy poco. Aquí en la unidad tengo seguridad".*

Paciente 4

"Yo vengo a ingresar para pedir ayuda en los momentos que estoy hundido. Aquí en la unidad estoy bien, pero también estoy raro porque a mí lo que me gustaría es estar con mi familia".

Paciente 5

"Ingreso porque necesito estabilizarme. Lo que pasa que esta unidad me despierta muy malos sentimientos porque parece una cárcel. No aguanto el no poder fumar".

Paciente 6

"Yo ingreso por las broncas que tengo con mi madre. Aquí en la unidad me siento bien, me crea mucha tranquilidad y de aquí me voy mejor de lo que vengo".

Paciente 7

"Yo siempre he tenido problema con las mujeres, soy muy mujeriego. Las mujeres me quieren mucho al principio pero luego ya no. Me doy mucho a las mujeres y ella no. Ellas tienen el poder y pueden manejar al hombre como quieran. No son el sexo débil. Soy muy enamoradizo, pero cuando rompo las relaciones me emborracho y me corto los brazo. Vengo aquí y me recupero. Lo que pasa que aquí en la unidad me siento un poco preso. No tengo movilidad en la unidad, y no puedo jugar al parchís o ver la tele con los compañeros".

Paciente 8

"Me siento con un bajón tremendo, luego me bloqueo y luego me corto. Si no pudiera venir aquí no sé qué podría hacer. Aquí estoy más vigilada, aquí hay más cercanía y contacto. Se adquiere cierta amistad con el personal que trabaja aquí".

Paciente 9

"La verdad es que no sé porqué vengo tantas veces. Una vez fui a misa y escuché un sermón sobre el pecado, y me vine a ingresar. Muchas veces lo hago compulsivamente porque estoy muy nervioso y quiero que me ayuden. Si no hubiera estas unidades seguramente me suicidaría".

Paciente 10

"Reingreso por las recaídas de la bebida y las pastillas. Me fumé dos o tres porros y acabé aquí. Aquí me siento bien pero algunas cosas no me gustan. A algunas personas las atan por menos, y a otras se las aguanta más".

Paciente 11

"Reingreso por que dejo la medicación y me empiezo a encontrar peor. Aquí en la unidad me siento segura pero no encuentro confort, pero cuando me voy de aquí me cuesta la vida".

Paciente 12

"Ingreso porque me no me encuentro bien. Es como un círculo vicioso, porque en cuanto te ves una "mijinina" mal te vienes aquí. Ahora mismo como estoy, no me gustaría volver a venir, no sé a lo mejor si me pongo mala voy a un psiquiatra privado, aunque esto lo veo sólo como una posibilidad, porque cuando estás mal no te da para pensar y vienes a lo que conoces, y donde siempre te han atendido".

Paciente 13.

"Vengo a ingresar porque me siento mal, y porque me he intentado suicidar. Si no pudiera venir aquí, tiraría de soga y me

ahorcaría. Si esta unidad me ayudara para algo estaría bien pero esta no me ayuda porque tal vez los fármacos no hacen efecto. Creo que mi problema no se ha resuelto. Aquí en la unidad los sentimientos son muy contradictorios. A veces me siento muy protegido pero otras veces me siento con ganas de irme y terminar con lo que tengo que hacer. En uno de los anteriores ingresos el médico me amenazó con mandarme a la UME. Me encerró en una habitación. Y otra cosa que me dolió fue meterme en la consulta con otra paciente a contar sus problemas".

Aunque tengo muchas otras entrevistas, y comentarios de pacientes, he querido reflejar en las anteriores transcripciones el sentimiento generalizado por muchos de estos. Estos son:

1. Que la unidad se convierte en un refugio de los problemas que están sufriendo en el mundo exterior, que pueden ir desde la soledad, los conflictos familiares, el consumo de drogas, el abandono del tratamiento, conflictos sociales, sentimientos de ruina, la idea de un mal funcionamiento de los servicios externos de salud, o la forma de interacción con los demás.
2. La necesidad de la existencia de la unidad como salvavidas a los problemas que puntualmente les suceden pero que se repiten periódicamente. Mismos o distintos problemas.
3. El sentimiento de encarcelamiento dentro de la unidad pero al mismo tiempo de seguridad.
4. La mejora sustancial que supone la unidad en sus relaciones sociales, ya que pasan de la soledad de sus domicilios a las interacciones satisfactorias con otros pacientes o personal sanitario.
5. La visión puesta en algunos de estos pacientes en que si no existiera esta unidad su única vía sería el suicidio. Esto denota

una dependencia mucho mayor a la unidad que a cualquier dispositivo externos, seguramente por una falta de habilidades.

6. Venir a la unidad es la primera opción que plantean para la solución inmediata de sus problemas. Es como si se tratara de una cuestión de aprendizaje.

Estas entrevistas se realizaron hace uno o dos años, y cómo dato trágico comentar que dos de las personas, de los anteriores comentarios, optaron por el suicidio como vía de escape a su situación.

¿Y qué opinan los pacientes sobre sus relaciones con el grupo controlador? Aquí se puede decir que existen opiniones muy dispares, que van desde la consideración del personal como una segunda familia hasta considerarlos como un grupo represor. He aquí alguno de los testimonios de los pacientes:

"Aquí en la unidad me tratáis muchas veces mejor que mi propia familia. Aquí no dais voces, y sois muy educados. Os comportáis muy bien, incluso cuando metemos la pata tenéis infinita paciencia".

"Tengo un trato casi familiar con vosotros. A algunos los conozco desde hace más de 15 años. Son como amigos del hospital".

"Aquí me siento muy a gusto. Se me respeta mis opiniones y siempre que necesito ayuda las enfermeras se preocupan por mi".

"A muchos de los de aquí los conozco de Mérida. Y hay de todo, unas te tratan muy bien y otras son demasiado estrictas. Pero en general hay buena gente".

Como se puede observar, y en general, las relaciones entre pacientes y personal de enfermería suelen ser correctas. Lo que no quita que en ocasiones surjan conflictos, e incluso situaciones graves como amenazas y agresiones hacia el personal.

Esta *familiaridad* viene, de nuevo, producida por la continua interacción que se produce entre el personal de enfermería y celadores con los pacientes. La interacción es casi continua. En cambio con los psiquiatras es distinto. La distancia es mucho mayor, no sólo porque la interacción es mínima si se compara con el personal de enfermería, sino que además se da una dependencia a la hora del alta y la *curación*. Algunos pacientes se quejan del poco tiempo que están con los psiquiatras, o que no les han contado todo, e incluso que les guardan cierta información. Un paciente me comentaba lo siguiente:

> *"No le he dicho a mi psiquiatra que tengo un juicio pendiente porque si se lo digo se va a enfadar conmigo y no me va a dar el alta para irme a la comunidad terapéutica. La mitad de las veces no le digo la mitad de las cosas, ¿para qué? Si parece que sólo le importa mandarme pastillas y que esté atontado".*

El principio de la autoridad frente a los pacientes lo suele tener el psiquiatra en la unidad, pero no por su interacción continuada con los pacientes en el tiempo, sino por las decisiones que tome sobre las posibles soluciones que ofrezca a la enfermedad padecida.

6.2.3.3.3 Los trabajadores vistos por sí mismos.

Algunos psiquiatras se lamentan de que en la actualidad padece una depreciación frente a la sociedad e incluso dentro del ámbito médico. Uno de ellos lo expresaba de la siguiente manera:

> Psiquiatra
> *"La psiquiatría está "desprestigiada" o banalizada, no sólo dentro de la sociedad sino también dentro de la propia comunidad científica. Nadie se atreve a discutirle la decisión a un traumatólogo o a un cirujano, pero cualquiera puede poner en duda la palabra de un psiquiatra. Yo recuerdo la frase de un auxiliar del psiquiátrico que decía: "Va esta gente, si esto*

está tirado, si para mandarle diez gotas de haloperidol más o menos…". Aquí sucede. Es más, aquí se pretendía que los pacientes entraran por una puerta diferente a la del resto de pacientes.

La gente no llama al traumatólogo por un simple esguince, pero si llaman al psiquiatra por una simple crisis de ansiedad.

Ocurre otra cosa, y es que el lenguaje médico es un metalenguaje, y sólo es usado por los iniciados. Pero sin embargo el lenguaje psiquiátrico está muy metido en el lenguaje popular. Cualquiera habla de trauma, de estrés o ansiedad. Hoy hay un uso muy extendido del término bipolar. Antes la gente decía: "Este tío es un veleta". Ahora la gente dice que es un bipolar.

Yo creo que el problema es que mientras que el objeto epistemológico en otras ramas de la medicina está muy claro, no lo está tan claro en la de la psiquiatría".

Desde mi punto de vista a la falta de un objeto epistemológico claro en la psiquiatría puede unirse la aparición de nuevos trastornos psiquiátricos con un altísimo componente social. Este componente social que antes también era tratado por psiquiatras, como eran deficientes, epilépticos, retrasos mentales, o enfermedades sindrómicas que afectaban al intelecto, tenían otra forma de tratamiento que era la institucionalización de los pacientes de por vida. Hoy en día es impensable el encierro indefinido de este tipo de pacientes, no sólo porque la sociedad ha creado otros recursos y especialidades que se ocupan de ellos, sino porque la tendencia es el tratamiento y el cuidado en sociedad. Ahora bien, el problema viene, y de ahí muchos reingresos, es que la aparición de nuevas patologías psiquiátricas unidas a situaciones sociales, hace que pacientes cuyo foco de agravamiento sea la propia sociedad se le intente tratar con "la sociedad". De ahí que determinados pacientes cuyas sintomatologías son manifestadas como

consecuencias de la interacción social busquen una zona de aislamiento donde no aproximarse a su foco de conflicto. Y por tanto causen el reingreso. El cual no es comprendido, y por tanto es criticado por el resto personas no implicadas en el proceso de ingreso. El psiquiatra por tanto ingresa no sólo porque crea que el tratamiento le va a ser beneficioso sino porque además la separación del medio hostil hará que el paciente mejore. Desde mi punto de vista se da por tanto una situación más ética que científica, y por tanto más subjetiva, y por consiguiente más criticable.

No obstante, y a pesar del cierto punto de fatalismo de lo expresado por el psiquiatra, mi observación es que existe una diferenciación de estamentos en cuanto a trabajadores se refiere, donde el psiquiatra es el portador de un cierto halo de prestigio al otorgársele el poder del los designios del paciente. A pesar de ello, y con los conflictos entre grupos considerados dentro de lo normal, las relaciones entre los trabajadores son consideradas por ellos mismas como buenas, eso sí siendo aún mejores si se producen dentro del mismo colectivo. Uno de mis informantes me comentaba:

> "*Uno tiene sus propias ideas pero hay gente con la que puedes expresar los desacuerdos pero hay otros con los que no. Hay quien te pide tu opinión y te sientes escuchado pero hay otros con los que no*".

Lo que percibí en algunos de los testimonios realizados por algunos psiquiatras entrevistados fue que hablaban de la "soledad" que sienten a la hora de ingresar a un paciente. Esta soledad, este componente humano, también potencia el fenómeno del reingreso. Algunas de sus declaraciones fueron:

Psiquiatra 1

"Muchas veces tienes una sensación desamparo en los ingresos, sobre todo cuando el ingreso o alta del paciente no es de acuerdo con lo que la familia desea, y aquí puede surgir el enfrentamiento con las ideas de la familia. El psiquiatra tiene las ideas claras de lo que debe ingresar o no pero el conflicto surge cuando lo que piensa el psiquiatra no coincide con lo que piensa el paciente o la familia. Y así su respuesta puede ser con amenazas, con agresividad o con consecuencias legales. Porque luego la administración no te apoya".

Psiquiatra 2

"Existen presiones como la de verte implicado en un tema judicial, presión social o familiar. Cuantas veces la comunidad de vecinos presenta una queja al alcalde diciendo que allí no puede vivir no sé quién".

Psiquiatra 3

"Tienes la presión familiar y la presión del mismo paciente. Mira, por ejemplo, la última vez ingresé a un paciente que era caracterial, y decía que se iba a suicidar. Yo suponía que esto no iba a ser así, pero si no lo ingresaba iba a acabar con cortes, y al final iba a ingresar. La familia te puede denunciar porque te puede decir que te advirtió que el paciente se podía hacer algo. O incluso la presión de cuando no hay medios, como por ejemplo en un paciente alcohólico o con los problemas sociales".

Como se puede observar, existe cierta tendencia entre los psiquiatras a pensar que en muchas ocasiones es la presión familiar y social la que se convierte en un factor más para realizar un ingreso, incluso con el temor de las consecuencias legales que puedan tener sus

acciones. No obstante, uno de mis informantes psiquiatras veía la responsabilidad o los miedos de ingresos desde otro punto de vista.

Psiquiatra 1

"Yo lo que me planteo es que el ingreso le pueda servir al paciente, pero lo que no me planteo es que pueda haber presiones o no. Yo no ingreso porque me lo imponga la familiar; ¿Que lo hagan otros psiquiatras? Puede ser, pero no es mi caso".

Entrevistador: ¿Crees que se evitaría el reingreso si se tuvieran otros recursos a la hora de soportar las presiones?

Vamos a ver, y siendo políticamente incorrecto, yo creo que sí hay desmotivación pero la presión se soporta, aunque sí es verdad que el número de reingresos aumenta. Aquí habría mucho que hablar…, primero sobre el grado de implicación segundo de la formación académica. Y la implicación son las ganas que tú tengas de pringarte o no pringarte, y eso es muy particular. Tener entusiasmo por la profesión que tú has elegido, tener ganas de hacer lo que haces. Por ejemplo, estar cerca de la jubilación puede que te haga ver las cosas de forma diferente y esto influye un montón, porque no vas a tener el mismo entusiasmo cuando acabas la carrera que cuando estás pendiente de jubilarte. Y luego la cualificación, que eso sería fundamental y sería como hacer la carrera de nuevo casi. Es la gente que no se recicla y sigue viviendo de las rentas de hace mucho tiempo, y esto se nota un montón. Porque las cosas cambian muchos, cambian en la vida, y cambian en la psiquiatría. Por ejemplo la medicación, menuda diferencia en la medicación. Antes había tres fármacos y ahora hay un abanico muy amplio. Yo veo que aún se siguen usando fármacos de hace 20 años con efectos secundarios

más graves. Esto hará que el paciente tenga una mayor residualidad, y conduce al paciente que ante cualquier adversidad a ingresar. Es como si el paciente se deteriorara cada día más, así cuanto más deterioro más posibilidades de ingreso. Es como si fuera un efecto tóxico y acumulativo. De esta forma cualquier otro tipo de recurso que pudiera tener el paciente con otra medicación se lo abortas".

Esta declaración sirve para ilustrar la idea que yo tengo sobre la necesidad de considerar el factor humano, y en consecuencia al psiquiatra, como variable fundamental en el reingreso de pacientes. Sé que esto puede resultar políticamente incorrecto, e incluso puede levantar ciertos recelos en algunos profesionales, pero tal y como señala este entrevistado, el nivel de implicación, de ganas, formación o cualificación no son iguales en todos los profesionales. Tal vez no coincida con mi informante sobre lo expresado sobre la motivación en aquellos profesionales cercanos a la jubilación, ya que no es generalizable, pero sin duda coincido en que una mejor formación, una actualización de conocimientos y sobre todo una buena implicación favorecerán un mejor conocimiento de las soluciones que se le pueden dar al paciente, y además aumentarán la seguridad del paciente a la hora de soportar todas esas presiones externas a las que siente estar sometido. Es difícil ver, por no decir imposible, en publicaciones médicas sobre el reingreso de pacientes psiquiátricos que el psiquiatra es una pieza clave a la hora de predecir el fenómeno. Normalmente se achaca a factores externos a él, y siempre atribuibles al paciente como son el abandono de tratamiento, el consumo de tóxicos, etc. Y la pregunta que me surge es. ¿Es el tratamiento adecuado? Un tema, bastante espinoso pero que no se puede ocultar, y es que al fin y al cabo la antropología no juzga pero si expone los hechos, sobre todo si estos son los sentimientos de algunos de los miembros de la comunidad,

llegando de nuevo a la cuestión de que una cosa es lo que *se dice y otra lo que se hace*.

En cuanto al personal de enfermería, la visión que tienen de ellos mismos no es tal vez tan negativa como la de los psiquiatras. Tal vez por qué sus acciones y decisiones son menos criticables por ser acciones más protocolizadas y menos dejadas al azar.

No quise seguir indagando sobre el tema de relaciones laborales porqué me di cuenta de que salvo las declaraciones del psiquiatra, el resto no me llevaba a entender mejor el fenómeno del reingreso hospitalario. Por tanto, preferí indagar en las relaciones entre pacientes , y profesionales y pacientes

6.2.3.3.4 La relación entre pacientes.

Suele ser llamativo, y ya lo escribía con anterioridad, la manera en la que se forman los grupos de relación entre pacientes ¿Pero a qué se debe esto? Sin duda los grupos de pacientes se forman debido a la estructura física de la unidad que ya desarrollé en su momento. Decir, que la unidad de psiquiatría en su afán de controlar y vigilar a los pacientes hace que estos deambulen en grupos, se sienten en grupos, coman en grupo. Es más fácil vigilar a un grupo que a varios individuos desperdigados. Y así, de esta forma los grupos de pacientes característicos de las unidades de agudos, y que no se dan en ninguna otra unidad del hospital, hacen que las relaciones sean totalmente distintas. Y si a esto le sumas la ausencia de la familia durante la estancia del paciente en la unidad, la particularidad de las relaciones es aún mayor.

En referencia a la forma en la que se forman esos grupos, uno de mis informantes me comentó lo siguiente:

Psiquiatra

"Algunas veces cuando estoy en duda de si un paciente presenta un trastorno de la personalidad lo que hago es preguntar con quién se junta mi paciente en la unidad. Si lo hace con fulanito y menganito no tengo dudas, confirmo mi diagnóstico".

Este psiquiatra se refiere a que en patologías similares los pacientes suelen hacer grupos similares. No es raro ver a pacientes con trastornos de personalidad sentados juntos en la sala de televisión, depresivas dando un paseo por el pasillo agarradas por el brazo, o dos pacientes psicóticos manteniendo una conversación de lo más "entretenida". Se crean relaciones de afinidad entre ellos. Estas relaciones de afinidad pueden llegar a crear auténticos sistemas de poder dentro del grupo de pacientes. A vista de algunos de mis informantes estos grupos de poder se forman debido a varios factores:

Enfermera

"Aquí claro que se establecen círculos de poder. Creo que en cualquier colectivo se establecen, ya sea entre profesionales o entre pacientes. Aquí los pacientes pasan mucho tiempo juntos, más de lo deseado. Aquí los pacientes más poderosos son los más conflictivos. Curiosamente los que no son capaces de cumplir la norma en el exterior son los que quieren que se cumplan sus normas aquí. Te puede fijar cuando entras en el comedor que los pacientes se agrupan en corrillos. Ellos se eligen unos a otros".

Enfermera

"Yo creo que el poder de algunos pacientes no depende de la fuerza física sino del carisma que tengan. Y así, hay pacientes

que son unos "calladitos" pero hacen con el resto de pacientes lo que quieren".

Estas relaciones de poder y sumisión entre de los pacientes ingresados en la unidad pueden influir en cómo se sienta anímicamente una persona ingresada. Y de esta forma, un paciente que vive en la calle de forma conflictiva y se siente sometido por otro sistema de poder como puede ser la familia o los amigos, puede encontrar en la unidad un lugar adecuado para conseguir ese poder que fuera no tiene. Esto puede hacerle sentir bien no sólo por ser un logro sino que además adopta un estatus que no encuentra en otro lugar. Sin duda, esto puede convertirse en un auténtico refuerzo a la hora de reingresar.

El propio grupo suele ser modulador de los comportamientos de los que lo forman. Y de esta forma nos podemos encontrar ante dos situaciones. La primera es que el grupo module la conducta de un nuevo miembro cuando este no respeta las normas. Si el grupo se siente integrado dentro de la unidad sus conductas reguladoras suelen ir encaminadas a que el miembro que se desvía de ellas vuelva a la "normalidad", es decir al cumplimiento de la norma. En cierta ocasión fui testigo de cómo un paciente le llamaba la atención a otro diciéndole:

"No seas pesado, que las enfermeras lo que están es haciendo su trabajo. Deja de dar el coñazo, que el alta te la tiene que dar el médico. Nosotros no nos quejamos tanto. Aquí tampoco se está tan mal."

El grupo suele aislar a estos individuos perturbadores o hacen acciones de desagravio para intentar obtener una respuesta. A veces se resuelve con un conflicto que en la mayoría de los casos terminan en pactos más o menos estables. En otras ocasiones, el grupo se alía para el incumplimiento de las normas. Intentan hacerse fuertes frente a una idea en común. Rompen normas o intentan crear las suyas. Este grupo,

que desde su visión interna cree tener cierto poder se enfrenta con el grupo que tiene el poder oficial. El final del ese *poder del grupo de pacientes* suele ser efímero puesto que termina con el alta de algunos de sus miembros, y por tanto con la disgregación del grupo. Y es que, lo que no suelen tener en cuenta a la hora de hacer estos grupos de fuerza común es que, mientras que su formación es temporal y por tanto abocada al fracaso, el grupo de poder oficial es estable e indefinido en el tiempo.

En algunos pacientes las relaciones mantenidas dentro de la unidad les permiten generarse su propia identidad, o al menos una distinta a la que tienen en su entorno habitual. Me comentaba una enfermera:

> "*Aquí hay pacientes que tienen una relación social más activa que en la calle. Aquí Nicolás todos saben quién es, pero en la calle no. Aquí todo el mundo le dice cosas, y él interactúa mejor con todos. Todos le saludamos, le decimos que lleve el carro, que nos ayude en alguna tarea simple. Y tiene compañeros. Aquí Nicolás tiene una función, y sin embargo en la calle no*".

Esta enfermera lo que intenta explicarme es que determinados pacientes dentro de la unidad desarrollan un papel y se les da una identidad más allá de la de paciente. Identidad que no sólo es otorgada por el personal, sino dentro del mismo grupo de pacientes, donde cada uno ocupa un lugar, y donde en algunos casos se llegan a sentir identificados. Suceso que no ocurre fuera de la unidad, en el mundo exterior, donde las relaciones se limitan al entorno familiar con suerte, o no, o la soledad más absoluta en el peor de los casos. Si esas relaciones exteriores son las que generan la reactividad del paciente, indudablemente será más fácil que el paciente desee estar en un entorno donde no solo no hay conflictividad sino sentimiento de pertenencia e identidad. Una informante me indicaba lo siguiente:

"Hay pacientes que ingresan fundamentalmente por conflicto familiar. La cuestión está en que muchas veces el problema no está en el paciente sino en la familia, y es que hay familias muy patológicas. A veces pienso quién necesita más el ingreso, si el paciente o la familia entera".

Otros sistemas de relación son los "enamoramientos" y las "amistades exprés". En cuanto a los enamoramientos en la unidad decir que no es raro haber sido testigo de parejas que se han conocido en la unidad y han seguido su relación fuera de ella con más o menos éxito. Estos "enamoramientos", se deben a varias circunstancias. En primer lugar no hay diferenciación de sexos en la unidad, siendo los únicos lugares prohibidos de interacción las habitaciones y los cuartos de baño. En el resto de lugares de la unidad las interacciones, siempre que no tengan carácter sexual, están permitidas. En segundo lugar, al ser un espacio cerrado y de reducida dimensiones la interacción es más fácil y casi inevitable. En tercer lugar, algunos de los pacientes que ingresan tienen grandes dificultades de relaciones en un ambiente exterior, sobre todo a la hora de encontrar personas con quién mantenerlas o que tengan un perfil de problemas similar. En la unidad, en cambio, encuentran personas con problemas similares con las que no solo empatizan sino que además comparten experiencias. Recuerdo en cierta ocasión como un auxiliar llamaba la atención a un paciente que tenía echado el brazo por encima a otra paciente:

> "Vamos a ver Javier, no puedes ir así por los pasillos. Esto es un hospital y no el parque de tu pueblo. Si queréis ser amigos, mejor cuando salgáis de la unidad".

Por tanto, esta formación de lazos afectivos puede ser otro factor potenciador de ingresos. Se ha dado en más de una ocasión que un paciente ha querido ingresar, o lo ha conseguido, al enterarse que en la

unidad estaba ingresada alguna persona conocida. No es infrecuente que estos intentos de ingresos ocurran.

Por último, y referido a la relaciones entre pacientes, señalar que no siempre se da una interrelación de amistad, enamoramiento o compañerismo. En el lado opuesto están aquellos pacientes que no sólo no confraternizan sino que llegan al enfrentamiento. Aunque no es habitual, sí he sido testigo de peleas entre pacientes, llegando incluso a las agresiones físicas. Por tanto, la idea de que la unidad es un lugar armónico en cuanto a relaciones entre pacientes no siempre es así. Existen otro tipo de pacientes, y que se suelen caracterizar por no ser reingresadores, que se aíslan del medio desde el ingreso. Intentan permanecer ajenos a la unidad, intentando interaccionar lo mínimo posible con el resto de pacientes. Suelen ser personas que han tenido un problema puntual, y la gravedad del caso han hecho que ingresen.

Por tanto se podría extraer una serie de características de estas relaciones entre pacientes como son:

1. Hay pacientes que encuentran en la unidad un medio donde sus posibilidades de interrelación son mayores que las que encuentra en su ambiente social habitual.
2. Algunos pacientes encuentras satisfactorias estas interacciones porque debido a ellas consiguen tener una identidad propia que no consiguen tener fuera de de ellas.
3. Este tipo de interacciones hace que en algunos casos los pacientes se sientan comprendidos por personas que considera como *iguales.*
4. En la unidad se suele dar el fenómeno de *unión entre iguales,* creándose grupos que en ocasiones planifican futuros compartidos fuera de la unidad.
5. Estas planificaciones de futuro suelen verse truncadas en el exterior, una vez abandonado *el mundo virtual* que supone la

unidad. Las distancias y horarios fuera de ella, en la vida cotidiana de cada uno de ellos, hacen que las relaciones se diluyan.

6. En ocasiones la unidad se convierte, o por lo menos se intenta, en un punto de encuentro de pacientes que han sido dado de alta, y quieren de nuevo volver al mundo *virtual* de las relaciones afectivas.

De nuevo, y en algunos pacientes, la unidad se convierte en factor potenciador de reingresos de pacientes.

6.2.3.3.5 De las relaciones entre trabajadores y pacientes

Si hay algo que defina esta relación es la imposición de unos objetivos por parte del grupo controlador sobre el grupo controlado. Objetivos que pretenden el beneficio del controlado con su consentimiento o sin él. Puede sonar extraño que alguien no quiera beneficiarse de las acciones de otros, pero como ya escribí en su momento, no todos los pacientes consideran necesitar ayuda. Antes estas situaciones, la acción de la sociedad es buscar el bien común, entendiendo este como el bien del individuo y el bien de la sociedad a la que pertenece. Esta legisla incluso en contra de la voluntad individual de la persona con el fin de beneficiarla. En España existe la Ley de enjuiciamiento civil; y el ingreso del paciente contra su voluntad se denomina *internamiento no voluntario por razón de un trastorno psíquico*, quedando encuadrado dentro del artículo 763 de dicha Ley. Este internamiento de un paciente contra su voluntad puede cambiar las relaciones entre personal y paciente, puesto que el personal se convierte en "carcelero" y guarda del paciente.

Desde el punto de vista de los profesionales, aparte de los internamientos involuntarios, los cuales se aceptan por ser decisión judicial, en algunos casos consideran que el internamiento de una

persona joven en la unidad no llegará a cumplir sus objetivos, porque lo que se pretende es educar al paciente fuera de su ambiente. Una informante me comentaba lo siguiente:

> *"Yo creo que el establecimiento de normas con los pacientes está bien. Todas las personas necesitamos normas. A mí me sorprendió mucho cuando nos vinimos a la unidad, tan diferente a como estaba en el psiquiátrico, yo pensaba que no iban a ser capaza de adaptarse, por ejemplo, allí fumaban como carreteros, y al pasar aquí y no poder fumar…, se adaptaron muy bien, de un día para otro…Ahora bien, lo que no se puede pretender es que eduquemos a un paciente en la unidad. Vale que un chico que ha consumido drogas, y ha tenido una crisis de agresividad necesita algún sitio donde ir a pasar la crisis, no sé si aquí, pero bueno…, el caso es que si después de haber pasado esa crisis lo sigues manteniendo aquí, lo que está claro es que del aislamiento no se consigue nada ni se enseña nada. Yo creo que al contrario, se crea rabia y resentimiento, con derecho de venganza hacia el personal. Y así, tú explícales cuando tienen un comportamiento anormal, y le dices: a que te ato. Y el paciente te contesta: "pues vale, pero cuando me sueltes lo que me va a apetecer es darte dos ostias". El paciente con quien lo va a pagar es con quien le hace la acción directa. El paciente a quién ve la cara es al que le pone la contención. Para mí, que el aislamiento embrutece, lo que hay que enseñar es a un cambio de conducta. Hay que cambiar las conductas que son mal aplicadas, yo creo que los primeros años son cruciales en la educación… y nosotros aquí no somos educadores"*

Por tanto, este es un ejemplo de que no siempre la relación del paciente con el personal es de armonía y familiaridad.

Partiendo de la premisa de que relación entre empleados y pacientes se basa en las acciones que tienen los primeros sobre los segundos, indicar que estas van desde la modificación de conductas de los pacientes a través de los fármacos hasta la restricción total de movimientos del paciente, acción de la que hablaba en el anterior comentario mi informante. Para lo primero, es decir los fármacos, el psiquiatra debe conocer al paciente. ¿Pero esto es así? Un psiquiatra me comentaba lo siguiente:

> *"Creo que los pacientes durante las entrevistas no dan toda la información, e incluso llegan a mentir en algunas ocasiones. Según dicen las estadísticas en relación a la adherencia al tratamiento es mucho menor de lo que nosotros creemos. Así que si nos mienten en el tratamiento, que es muy importante, imagínate en el resto de cosas".*

Otra informante que no era psiquiatra veía la relación de estos con los pacientes:

> *"Yo creo que los psiquiatras tienen muy poco contacto con los pacientes, yo creo que en muchas ocasiones el paciente ingresa y luego se va de alta, y el psiquiatra no tiene el concepto de lo qué hace ni cómo está ese paciente. Yo creo que al psiquiatra no le llega la realidad de la unidad".*

Por tanto esta primera relación entre profesionales y pacientes pasa por un aspecto muy importante como es la confianza. Pero como he podido observar en algunos casos dicha confianza no es plena ya que por un lado el psiquiatra duda del paciente y el paciente duda del psiquiatra. Y así el primero actúa frente a lo que cree cierto del paciente, y este reacciona según sus propias convicciones. De ahí que muchas veces el instrumento para valorar si una relación entre paciente y psiquiatra es efectiva es simplemente saber si el paciente toma o no la medicación. Este simple gesto implica la confianza del paciente en el

psiquiatra, y no sólo por ejercer una acción que este le prescribe que realice, sino además por aguantar los efectos secundarios de esa medicación. Si dicha confianza no existe, el psiquiatra recurre a su posición de poder frente al paciente para que este haga la acción de medicarse aún en contra de su voluntad. Y es aquí donde aparece el segundo escalón de poder que es el personal de enfermería. El cual, tras la imposición de que el paciente debe tomar la medicación, realizará todas aquellas acciones que sean necesarias para conseguirlo. Yendo estas desde el convencimiento del paciente a través de la palabra, al uso de la fuerza. Con lo que la relación con el paciente puede ir desde la armonía que impone un sistema de poder en el que uno obedece o recomienda y el otro asume o acepta, hasta la imposición por la fuerza de una serie de condiciones. Esta imposición de la fuerza viene definida por la aplicación de la restricción de movimientos de una persona, es lo que en la unidad se le denomina contención mecánica. Será aplicada por el personal de enfermería, y por tanto será visto por el paciente como el objeto hostil contra su persona. Lo que significa que la relación con el personal no siempre tiene, a vista del paciente, un carácter agradable y de cooperación mutua.

Revisando el material de contención.

La relación entre paciente y personal puede estar en armonía, siempre y cuando se cumplan las expectativas de los últimos, o por el contrario estar en discrepancia. En esta segunda posición el personal usa los medios necesarios, basados en la experiencia y el conocimiento, para que el paciente vaya poco a poco cambiando de actitud. Es lo que se podría denominar un sometimiento de la voluntad del paciente para su propio beneficio. Tal vez los ésta descripción pueden hacer pensar que el uso de la fuerza es algo cotidiano en la unidad, pero esto no es así. He sido testigo que el empleo de la contención mecánica se usa como último recurso.

Lo expresado por los trabajadores y pacientes suele ser menos traumático que lo sufrido en la contención mecánica. Algunos de mis informantes me expresaban lo siguiente:

Enfermera

"*Aquí se intenta mantener una cierta distancia con el paciente, porque si no, no sabríamos lo que estamos haciendo. Lo que pasa es que hay pacientes que ingresan tanto, y desde hace tanto tiempo, que se les toma cierto cariño, y el trato con ellos no es lo mismo*".

Auxiliar

"Creo que a veces tratamos a los pacientes como si fueran conocidos. Les reñimos como si fueran nuestros hijos, y lo mejor o peor de todo es que algunos se hacen caso como si fuéramos sus madres. Y claro, no se trata de eso, sino de ser profesionales. Pero claro, hace tanto tiempo que los conocemos que nos tomamos ciertas confianzas"

Paciente

"Yo me hago caso de lo que me dicen, y sé que algunas veces me paso un poco de la raya y me riñen. Pero sé que lo hacen por mi bien. Si en mi casa estaban todo el día dándome voces, aquí porque me den alguna tampoco pasaría nada. Además, si a esta gente la veo casi más que a mi familia."

No es infrecuente ver a trabajadores que han traído de sus casas algunos "regalos" para los pacientes como caramelos, chicles, etc. Incluso compartir entre los pacientes dulces, bombones o regalos hechos por familiares al personal.

Podría concluir este apartado sacando una serie de conclusiones al respecto, como son:

1. Las relaciones entre personal y pacientes son totalmente diferentes según el grado de autoridad que ostente el personal. Incluso se llega a pensar que cuanto más alto es la autoridad

menos nivel de relación, que puede llegar incluso, a ojos de trabajadores de categoría profesional más baja, a una verdadera falta de relación terapéutica

2. El contacto directo entre pacientes y trabajadores, excluyendo a los psiquiatras, hace que se establezcan vínculos que a veces van más allá de la profesionalidad, y que en algunos casos los trabajadores denominan*: humanidad.*
3. El personal en ocasiones suple las carencias afectivas que muestran algunos pacientes, apareciendo cierto nivel de trato familiar.
4. Las relaciones entre ambos grupos se basan en la imposición de las normas de uno de ellos para, supuestamente, el beneficio del otro.

6.2.4 Relatos de vida. La voz oculta de los pacientes

A lo largo que avanzaba la investigación, y mi contacto con los pacientes era mayor, me di cuenta que era necesario incluir en esta tesis un apartado que diera voz en exclusiva a los pacientes. Por este motivo decidí hacerles entrevistas en profundidad con la intención de conocer un poco mejor sus vidas. No era mi intención hacer historias de vida, ya que hacer una historia de vida no es nada fácil, y tal y como señala Juan José Pujadas: "…*la meta más deseada y difícil de alcanzar es conseguir hallar las circunstancias que permitan realizar una buena historia de vida. Esto no es nada fácil, pues hay que conseguir no sólo un buen informante, que esté inmerso en el universo que estamos estudiando, y que tenga además una buena historia que contar. Se requiere, además, un relato que sea narrativamente interesante y que sea completo, lo que depende enteramente de las características del sujeto elegido: que sea brillante, genuino, sincero, que se explique con claridad e introduzca en su relato elementos amenos, que sea autocrítico y que sea constante y esté dispuesto a llegar hasta el*

final."(Pujadas, J.J. 1992). Mi intención era conocer el relato de pacientes desde que su vida era considerada dentro de la normalidad hasta que entró en el ciclo de reingresar en la unidad de agudos. Para mí, estos pacientes cumplían buena parte de los criterios citados por Pujadas, puesto que están inmersos en el universo que estudio, sus relatos son tristemente interesantes en la mayor parte de los casos, y sobre todo partían de la sinceridad de quien me lo contaba.

El total de relatos de vida que realicé fueron doce. En su momento me planteé hacer más pero me di cuenta de que los relatos me aportaban las experiencias de vida de personas únicas e independientes de los demás. Esto era diferente a los testimonios de pacientes entrevistados para la etnográfica que fueron casi todos los reingresadores que compartían el ingreso hospitalario en el momento de las entrevistas. Por tanto lo que pretendía era conocer su vida externa, su vida "normal", fuera de los muros de la institución. Era darle palabra en un lugar donde lo que imperan son los síntomas.

Para realizar el relato de vida le daba total libertad al entrevistado para que me contara lo que considerase importante en su vida, pero siempre y cuando fuera relacionado con lo que le hizo ingresar la primera vez. Lo que sí procuré fue recoger los testimonios de pacientes cuyas causas de ingresos y diagnósticos fueran diferentes.

Paso a continuación a dar la palabra a algunos de los pacientes:

Relato de vida de Juana:

¿Qué edad tienes?

"Tengo 27 años"

¿Hasta qué edad estudiaste?

"Hasta 2º de la ESO".

¿Has trabajado alguna vez?

"Sí, trabajé en una escuela taller. Era en jardinería en el Ayuntamiento pero me despidieron mientras estaba de

baja. Así que me metí en pleitos pero no gané nada, así que me quedé sin trabajo y sin dinero. Así que llevo en paro desde hace dos años. Y ahora mismo no cobro ningún tipo de paga ni ayuda económica. La casa donde vivo es el del banco. Quiero decir que es de las que ha expropiado el banco a una persona, y como no tengo recursos no me pueden echar de ella. Así que lo que he hecho ha sido buscarme unos compañeros de piso que no les cobro alquiler pero pagan la comida".

¿Y tu familia?

"No tengo ninguna relación con la familia, viven lejos. No veo a mis padres desde los 16 años. Porque como no cuidaban bien de mi me llevaron a un centro de acogida. Cuando salí de él a los 18 años me fui de feriante y allí conocí a mi pareja, y me vine a vivir a Mérida. Tuve dos hijos pero me fuel mal y me separé de mi pareja. Uno de mis hijos vive con mi suegro y otro con mi madre. Al de mi suegro lo veo cuando me toca en el punto de encuentro de familias de Mérida.

Mis padres no saben ni que he estado ingresada, ni que estoy diagnosticada de patología mental. No tengo ninguna relación con ellos, así que las decisiones de mi vida las he ido tomando yo".

¿Has tenido algún familiar con patología mental?¿

"Que yo sepa no, pero si mis padres no me supieron cuidar algo habría".

¿Qué tal te encuentras en la vivienda donde estás? ¿Echas algo en falta?

"Me gusta donde vivo, pero necesito dinero. No puedo pagar la luz así que la tengo enganchada. El día que se enteren me la cortan y no sé que voy a hacer".

¿Tienes algún apoyo fuera de esta unidad?

"No tengo ningún apoyo. Estoy sola en la vida".

¿Y tus compañeros de piso?

"Ellos hacen su vida, a penas los veo y en el piso paran poco. Casi no hablo con ellos, ni me relaciono. Lo único es que cuando hacen la comida me dejan algo para mí. Como, que ya es bastante. "

¿Y qué sueles hacer un día de diario en la calle?

"A penas salgo de casa. Estoy todo el día en casa viendo la tele o metida en la cama en mi habitación".

¿Te visita alguien en casa?

"No".

¿Y has pensado apuntarte a algún grupo como los que forma la iglesia, asociaciones, etc.?

"Yo no valgo para eso".

¿Has ido alguna vez de vacaciones?

"Cuando era pequeña, en el colegio ganamos un viaje a Benidorm. Creo que allí está mi hermana pero no tengo su teléfono".

¿Qué te gustaría hacer en tu tiempo libre?

"Me gustaría tener amigas con las que salir a pasear, o ir de fiesta. Pero no conozco a nadie".

¿Cuándo fue la primera vez que ingresaste en la unidad de salud mental o la primera vez que tuviste contacto con la psiquiatría?

"No lo recuerdo, pero la primera vez que ingresé en una unidad de psiquiatría fue aquí"

Con lo cual no hace mucho porque esta unidad lleva abierta hace dos años..

"Sí, más o menos".

¿Y qué tal tus relaciones dentro de la unidad?

"Aquí es más fácil conocer gente, incluso he hecho amistades, lo que pasa que cuando salgo a la calle me cuesta mantenerlas.

¿Y qué tal te encuentras aquí?

"Me siento bien. Aquí estoy recogida. Y me siento menos sola."

¿Has tenido problema con la justicia?

"Sí. Me han detenido dos veces por quebrantar órdenes de alejamiento".

¿Y a qué dedicas tu tiempo en la unidad?

"Aquí a veces me aburro. Lo que suelo hacer es ver la tele, pasear, comer, dormir. Hago amistades y hablo con ellas"

¿De qué estás diagnosticada?

"De trastorno límite de la personalidad".

¿Cómo ves tu futuro?

"Creo que me van a mandar a ingresar a la unidad de media estancia en el psiquiátrico. Y luego, no sé, ya veré".

Relato de vida a Andrés

¿Qué edad tienes?

"Tengo 35 años".

¿Hasta qué curso estudiaste?

"Me saqué el Graduado Escolar, y luego estudié hasta el 4º de la ESO, pero lo dejé porque discutí con mi familia, decían que no podía ir siempre con la misma ropa al colegio. Y además a mi no me gustaba estudiar. Así que con 14 años me metieron a trabajar de camarero. Y recuerdo que fue el mismo día de mi cumpleaños".

¿Ahí empezó tu vida laboral?

"Sí, pero no estaba dado de alta ni nada. Luego me quitaron de aquí, y me metieron a trabajar en un costurero cuando cumplí los 16 años. A los 18 me fui a la mili Y cuando la terminé me puse a trabajar con los albañiles de peón.

Aquí si estaba asegurado. Y a los 19 ó los 20 años aprendí bien, y me pasé a encofrador y con la ferralla".

A los 31 años dejé de trabajar porque empecé a tener problemas con el alcohol y la cocaína. Así que me ingresaron directamente en el Proyecto Hombre para quitarme de la droga. Me consiguió una plaza la trabajadora social de mi pueblo. Y lo hizo porque había intentado suicidarme poniendo el coche en mitad de las vías del tren. El día que me intenté suicidar, me había gastado 1800 euros con bebida y en las máquinas tragaperras".

¿Con quién vivías en aquellos días?

"Yo estaba casado. Me casé con 22 años. Y el día que me intenté suicidar me estaba separando de mi mujer".

¿Tienes hijos?

"Sí, tengo dos. Uno de 10 años y otro de 12 años. Y con ellos tengo buena relación, pero con mi ex mujer no".

¿Y qué tal te fue después de salir del Proyecto Hombre?

"Recuerdo que me dieron permiso para salir al bautizo de mi sobrina, y aquí recaí consumiendo alcohol y cocaína. Le quité dinero a mi hermano para comprarla. Discutí con mi hermano el mismo día del bautizo de su hija".

¿Qué sucedió?

"Pues que me habían desinflado las ruedas del coche para que no pudiese ir con él a comprar droga. Así que destrocé el coche".

¿Y en qué situación te encuentras ahora?

"Regular, o mal. Tengo una paga de pensionista. Tengo una paga de pensión absoluta, y me están intentando preparar una total. Pero de momento no llega. Son cuatro perras y no me llega para nada. Sólo para pasar un poco de pensión a mis hijos, y para pagar el coche que destrocé, todavía tenía

letras por pagar. Y lo más fuerte es que tengo el permiso de conducir retirado, no puedo conducir y no tengo coche. Y lo estoy pagando. Estoy pendiente de pasar un control de sanidad para ver si puedo volver a conducir".

¿Y dónde vives?

"Con mis padres. Gracias a ellos puedo comer".

¿Son ellos los únicos que te ayudan?

"Sí, porque tengo dos hermanos pero me llevo muy mal con ellos. Me gustaría arreglarme con ellos pero lo veo difícil".

¿Y cómo llevan tu familia tu enfermedad?

"Lo llevan muy mal. Yo creo que ya no confían en mí porque continuamente recaigo con el alcohol".

¿Quién toma las decisiones en casa?

"Las toma mi padre".

¿Te sientes apoyado por ellos?

"Por mi padre sí".

¿Qué tal te llevas con la gente de tu pueblo?

"La gente me mira mal por culpa de mis adicciones. Hay muchas habladurías. Cualquier cosa que hago en el pueblo, vaya donde vaya, la gente se lo dice a mi padre. Si me tomo una cerveza en un bar, la gente dice que ya estoy borracho. Con la gente mal, lo que pasa que en el pueblo he vivido desde chicho y me gusta mi pueblo. Y no me quiero ir de él".

¿Qué edad tienen tus padres?

"Tienen 73 y 74 años".

¿Y qué tal se encuentran tus padres?

"Mis padres están delicados de salud. Mi padre tiene los pulmones mal. Y mi madre el corazón".

¿Y qué sueles hacer en el pueblo?

"Me gusta mucho andar. A veces voy de pesca. Antes iba a cazar, pero tengo retirado el permiso de armas".

¿Además de dejar de cazar, ha tenido que dejar de hacer otra cosa que te entretuviera?

"He dejado de cazar. Antes jugaba al futbol sala pero ya no. Ya no me dejan conducir. Dejé mi matrimonio".

Bueno, si jugabas al futbol sala, imagino que tendrás amigos en el pueblo, ¿no?

"Me suelo llevar bien con la gente pero soy un hombre solitario. Aunque tengo amigos en el pueblo hace mucho que ya no salgo con ellos porque a penas salgo de casa. Si salgo de casa por las mañanas es a andar, pero lo que hago es comprar bebidas en una tienda que hay por encima de mi casa. El de la tienda me dice que no beba, pero…"

¿Y no te gustaría pertenecer a algún grupo, o hacer alguna actividad en el pueblo?

"*Antes jugaba al futbol sala, pero lo dejé…"*

¿Cuándo fue la última vez que fuiste de vacaciones?

"Una vez me fui de vacaciones a la playa con mi hermano cuando tenía 19 años. Y luego otra vez, me fui con mi mujer un fin de semana a la playa. Luego ya no he vuelto a ir a ningún sitio porque no tenía tiempo".

¿Cuándo fue la primera vez que tomaste contacto con la psiquiatría?

"Hace tres años que ingresé aquí. Me diagnosticaron de TLP (trastorno límite de la personalidad) y de alcoholismo, y de depresión, y yo que sé. Y desde entonces ya he ingresado cinco veces más".

¿Y qué tal en la unidad?

"Bien. Aquí es diferente. He llegado a tener amigos aquí dentro, incluso he seguido manteniendo contacto con un amigo de aquí, lo que pasa es que al irme al Proyecto Vida perdí el contacto con él".

¿Has ingresado en más dispositivos?

"Sí. He estado en el Proyecto Hombre de Córdoba, en el de Plasencia. En la Garrovilla. En Camino a la Vida. Y en proyecto hombre de Badajoz. Unas veces terminaba el programa y otras veces no. El programa que terminé en Badajoz al final me hizo ingresar en psiquiatría aquí en Mérida porque me intenté suicidar. Lo que hacía era que cuando me daban permiso en el proyecto e iba a casa seguía consumiendo alcohol".

¿Y cómo te sientes en la unidad?

"Me siento raro porque quiero estar con mi familia, pero de aquí me voy a las Casas Rojas de Llerena. La gente aquí me trata bien y con respeto. Pero en esta unidad siento recibo poca ayuda psiquiátrica. Vengo a ingresar para tranquilizarme y poder pensar".

¿Has tenido alguna vez problemas con la justicia?

"Sí. Tengo una orden de alejamiento de mi ex mujer y de mi suegra porque les dije que les iba pegar dos tiros.

Y otra vez agarré a un policía local del pueblo de cuello, y lo quieren meter vía judicial. Pero de esto todavía no ha salido el juicio. Así que no sé si tendré que ir a la cárcel".

¿A qué dedicas tu tiempo libre aquí en la unidad?

"A ver la tele. Y me llevo muy bien con una paciente. Hablamos de nuestras cosas".

¿Y de qué te han diagnosticado?

"De TLP con consumo de tóxicos".

¿Y qué drogas has consumido?

"Ahora alcohol. Pero antes de todo: hachís, éxtasis, cocaína, heroína, MDMA, speed".

¿Has ingresado en alguna planta diferente a la de psiquiatría?

"Sí. Y vi bastante diferencia con la de aquí, porque con las enfermeras casi no las veía. En cambio aquí hay más

familiaridad. Y aquí te relacionas con más pacientes, en cambio en la otra planta no sales de la habitación".

¿Qué te gustaría poder hacer en un futuro?

"No sé… dentro de 10 años me gustaría pagarle una carrera a mis hijos".

Relato de Jaime

¿Qué edad tienes?

"Tengo51 años".

¿Hasta qué curso estudiaste?

"Estudié la E.G.B, pero también me saqué el título de vigilante de seguridad".

¿Y trabajaste de vigilante?

"Sí, pero mi primer trabajo fue con 13 años descargando camiones de pescado que venían de Galicia, a esto me dediqué dos o tres años. A los 16 años me fui a la mili, y me reenganché durante cinco años, y estuve de cabo primero".

¿Y por qué lo dejaste?

"Es que yo con 13 años ya empecé a beber, porque era costumbre de todos los trabajadores de beber antes de ponerse a trabajar. Era un trabajo duro. Pero cuando estaba en la mili, empecé a beber mucho más, porque las maniobras me cansaban mucho. Así que dejé el ejército y me casé. A mi mujer no le gustaba la vida que llevaba en el ejército porque estaba mucho de juerga. Si fui hasta la academia de suboficiales pero lo que pasa es que no estudiaba ni me preparaba bien los exámenes así que suspendía. Lo que sí hice antes de salir del ejército fue sacarme el carné de camiones y todos los demás. Al dejar

el ejército estuve trabajando de portero en una discoteca, y me puse en contacto con un amigo y me saqué el título de vigilante. Estuve 20 años trabajando de vigilante de seguridad. Pero hace 4 años lo dejé con mi segunda mujer, porque me divorcié de la primera y me volví a casar. Lo dejamos por las depresiones que tenía. El trabajo también lo dejé pero me dejaron en el paro, bueno me despidieron porque empezaron a contratar a minusválidos".

¿Y ahora sigues sin trabajar?

"Me dieron una pensión de 365 euros de minusvalía por la cirrosis hepática que tengo".

¿Y cómo te defiendes para vivir con 365 euros al mes?

"Pues estoy viviendo en un piso que me cuesta 300 euros el alquiler. La luz me ayuda Cáritas a pagarla. El director del banco me ayuda de vez en cuando porque tengo 65 euros al mes para poder vivir".

¿Tiene familia?

"Sí, mi madre".

¿Y te ayuda?

"Sí, bueno a veces me da algo de dinero bajo cuerda, a pesar de que siempre estoy riñendo con ella.

¿Y cómo lleva tu familia tu enfermedad?"

No lo lleva bien, porque no aceptan que sea bebedor por las consecuencias la pagaba mi familia, los vómitos, las caídas, la sangre. Por lo menos no soy violento.

¿Pero vives con tu madre o con tu segunda mujer?

"No, yo vivo sólo. Me separé. Lo que pasa que a veces voy a ver a mi madre".

¿Vives solo? ¿No tienes nadie con quien te relaciones a demás de tu madre?

"Sí, vivo sólo… bueno es una historia muy rara. A mi casa se ha ido a vivir una compañera que conocí aquí en la unidad,

pero a mí con quién me gustaría vivir es con otra que conocí en el centro Padre San Cristobal, que la conocí antes de venir de la casa de la Misericordia de Alcuéscar. Aquí estuve porque me envió una psiquiatra de la unidad. Pero me tuve que ir de aquí porque discutí con un cura, y le insulté. Así que cuando dejé la Casa de la Misericordia me busqué una vivienda".

¿Entonces en tu casa vive una paciente que conociste aquí?

"Sí, cuando se fue de alta le di las llaves de mi casa para que se fuera a vivir allí hasta que a mí me dieran el alta".

¿Pero la conocías de antes?

"No, la conocí aquí hace unos días. Bueno, sé que era novia de otro paciente que ha ingresado aquí. Pero ahora no sé…"

¿Y tu familia te ayuda?

"Mi madre, pero muy poco".

¿Y con qué frecuencia tienes relaciones con tu familia?

"Muy poco. Los vi hace unas semanas, pero no saben que estoy aquí ingresado porque me da mucho corte. Me da vergüenza que sepan que estoy aquí. Mi padre murió de una cirrosis alcohólica. Esta planta es para gente diferente, a lo mejor no para mí."

¿Y a qué dedicas el tiempo libre en la unidad?

"Aquí a ver la tele y a hacer amigos,. Y amigas…es que yo soy muy mujeriego".

¿Has ido alguna vez de vacaciones?

"No, nunca he ido. Es que no me gusta salir de casa".

¿Cuándo fue la primera vez que tomaste contacto con la psiquiatría?

"En el año 1999 ingresé también por la bebida y por la depresión. Me separé de mi mujer y se llevó a mi hijo a

Madrid. Alguna vez la he visto, pero no tengo relación con ellos".

¿Y qué tal te encuentras en la unidad?

"Me considero un poco preso. No tengo movilidad en la unidad. No me dejan salir de la habitación porque me enamoro muy fácilmente".

¿Has hecho amistades en la unidad?

"Sí. Una de ellas es la que está viviendo en mi casa ahora".

¿Y qué tal con los trabajadores?

Muy bien. Los considero buena gente, y algunos de ellos los conozco de Mérida.

¿Has estado ingresado en otras unidades?

"Estuve en la Casa de la Misericordia de Alcuescar, y en el CEDEX de Cáceres".

¿Y has tenido problemas con la justicia?

"Sí, una vez. Robé unas máquinas tragaperras y me pillaron. Y me enviaron a la cárcel 4 años pero pasé sólo 2 porque tenía buena conducta. Luego no he tenido problemas, bueno, salvo las denuncias de mis ex mujeres por maltrato".

¿Y por qué reingresas?

"Siempre he tenido problemas con las mujeres. Soy un mujeriego. Las mujeres me quieren mucho al principio pero luego ya no. Me emborracho, me corto los brazos. Y me quiero suicidar".

¿Has estado ingresado en otras unidades?

"Sí, en traumatología. Me emborraché y me tiré. Me rompí la clavícula. En esas unidades hay más libertad. Esta unidad es muy aislada. Esto a veces es peor que una cárcel. No es porque te manden sino por el espacio".

¿Y tomas drogas?

"Solo alcohol. No tomo drogas porque cuando hacía la mili me fui al cine con una novia, me fumé un porro, me quedé dormido y no puede toquetearla".

¿Y qué piensas hacer en el futuro?

"Me gustaría empezar con Protección Civil y Cruz Roja. Una vez estuve en Protección Civil como jefe de grupo. Pero no sé".

Este paciente cuando se fue de alta a los pocos días de la entrevista, al llegar a su casa de alquiler, la amiga a la que le había dado las llaves no le dejó entrar. Le puso la ropa en la calle. El paciente golpeó la puerta. La chica llamó a la policía, que lo detuvo, y de nuevo lo trajo a la unidad de psiquiatría.

Relato de Joaquín

¿Qué edad tienes?

"Tengo 52 años".

¿Qué nivel de estudios has alcanzado?

"Hice hasta FP II especializándome en maquinarias y herramientas. Pero vamos, que estudié esto porque mis amigos se fueron a estudiar esto".

¿Y trabajaste de esto?

"No, luego me fui a la mili, y cuando vine me llamaron para la central nuclear de Valdecaballeros. Me cogieron en un puesto bastante bueno pero lo rechacé porque yo lo que quería trabajar era en el campo con mi padre. La verdad es que no fui un estudiante modelo porque no quería estudiar, a mí lo que me gustaba era el trabajo en el campo con mi padre. Mi padre tenía una explotación ganadera, y él era tratante de ganado. Con 8 años me puse a trabajar con él en el campo. Así que cuando terminé la mili, y les dije que no a los de Valdecaballeros, me fui al campo con mi padre.

Y como mi padre vio que yo trabajaba bien, ampliamos el negocio. Al final yo llevaba todo el negocio. Pero estaba todo el día liado con esto, así que mi mujer me dejó. Y de aquí viene todo. A partir de ese momento perdí el norte y empecé a beber bastante, y de esto hace ya 4 años. Y no me he recuperado. No soy capaz de despegarme del día a día. Yo era un tío muy feliz. Echo de menos esa vida.

Recuerdo que una vez coincidí en casa de mi suegra con mi mujer, y tuvimos una discusión, así que me denunció, y me puso una orden de alejamiento. Pero luego más tarde tuve otro problema con mi mujer, y es que mi cuñado, con el que me llevo bien me invitó a una romería en el pueblo, yo fui sin saber que mi mujer iba a estar allí, y cuando llegué me la encontré, y esta llamó a la Guardia Civil. Vinieron a buscarme y me dieron una paliza de miedo; me dijeron que "era una maricona que pega a las mujeres". Y yo no había hecho nada. Cuando salí del calabozo, contacté con un amigo que está en Escocia para que me buscara trabajo, y así irme lo más lejos de aquí. Cuando ya estaba allí, y fui a la empresa que me iba a contratar me dijeron que no lo podían hacer porque tenía problemas con la justicia en España. Y todo era por la denuncia de incumplimiento de la orden de alejamiento. Que yo ni siquiera sabía que la había incumplido. Así que no me contrataron y me tuve que venir otra vez a España. Después del gasto de dinero que tuve".

¿Tuviste hijos con tu mujer?

"Sí, tuvimos tres hijos, pero esto es otra historia triste. Una de ellas murió con 16 años de fibrosis quística. Mi otra hija ha cambiado del todo, ahora sólo me llama cuando necesita dinero. Y con el varón a penas tengo relación".

¿Y qué familia tienes?

"Tengo hermanos. Pero ninguno se quiso dedicar al campo. Mi hermana hizo filosofía inglesa. Y mi otro hermano se fue a Mallorca, pero aquí le abandonó su mujer, así que se vino al pueblo con su hijo. Pero los veo poco".

¿Y sigues trabajando en el campo?

"Que va, ahora no trabajo. Cuando murió mi padre, mis hermanos se plantearon vender el tema de la finca. Esto para mí fue otro palo. Mi madre se mantuvo al margen, así que vendimos la finca y repartimos el dinero entre los tres hermanos. Es el dinero de la venta lo que me da para vivir, lo que pasa es que el dinero se agota, y encima parte de él se lo di a mis hijos. Ahora busco trabajo de lo que sea. Ahora puedo vivir, pero sin demasiados gastos".

¿Recibes ayuda de tu familia?

"Algo por parte de mi hermano. Con mi hermana me llevo peor, y a penas tengo relación con ella".

¿Cómo acepta tu familia tu enfermedad mental?

"Mi madre es la que lo sufre pero se pone a cien y me irrita, porque ella piensa que esto lo hago por fastidiar a la gente. Ella no entiende como me siento. Llevo 4 años malos, con presión en el pecho. No me apetece ir a los sitios. Sigo bebiendo alcohol, el día que me siento mal me emborracho al máximo. Y me entran ganas de morir".

¿Vives con tu madre?

"Sí".

¿Algún familiar tuyo ha tenido problemas de salud mental?

"Sí, dos primos míos se suicidaron. Uno de ellos no lo sé, pero el otro se suicidó por estar con depresión".

¿Qué tal te encuentras en el pueblo? Vives en el pueblo, ¿no?

"No me gusta, porque llevaba 30 años sin vivir en mi pueblo. Vivo allí porque está mi madre, y no puedo alquilar nada porque me quedaría sin dinero".

Si tienes dificultades, ¿quién te echa una mano?

"A parte de mi hermano, tengo una cuñada (hermana de mi ex mujer) que siempre está pendiente de mí. Mi hermana nunca lo ha hecho".

¿Y tu madre?

"Mi madre hace lo que puede, porque está operada tres veces de la columna".

¿Te sientes ayudado por los demás?

"No. La gente ya se ha cansado de mí porque se piensan que estoy enfermo porque me da la gana".

¿En el pueblo a qué dedicas tu tiempo libre?

"Por las mañanas me iba a hacer un poco de deporte, o iba al casino a echar alguna partida. Pero ya no me gusta salir por el pueblo, porque no tengo ganas de nada. Además, dejé de hacer muchas cosas porque empecé a beber mucho. Hace dos o tres meses empecé a salir con una chica de..., pero cuando me empezó a hablar de planes de futuro corté la relación".

¿Has pensado pertenecer a alguna asociación o algo en lo que ocupar tu tiempo?

"Ahora lo que más necesito es tener un trabajo".

¿Cuándo fue la primera vez que tuviste contacto con la psiquiatría?

"Mi primer ingreso en psiquiatría fue hace 4 años, por una depresión. En el primer ingreso pedí el alta voluntaria. Pero tuve un accidente en el campo porque iba bebido. Me caí dentro de una chimenea y me quemé. No fui al médico hasta los 3 ó 4 días. Y al final me ingresaron en psiquiatría, y estuve 42 días".

¿Has creado amistades dentro de la unidad?

"He tenido afinidad con algunas personas pero luego no he conservado la relación. Ahora estoy conociendo aquí a una chica que no sé, tal vez. Estamos hablando…"

¿Qué opinas sobre la unidad?

"Los sentimientos son muy contradictorios, porque a veces me siento muy protegido pero otras veces me siento con ganas de irme y terminar con lo que tengo que hacer…

En uno de los anteriores ingresos, el médico me amenazó con enviarme a la UME. Me encerró en una habitación. Y otra cosa que me dolió mucho fue meterme en la consulta con otra paciente para que nos contáramos los problemas".

¿Y qué tal con las personas que trabajan en la unidad?

"Tengo buena relación, bueno he tenido algún rebote pero en general bien".

¿Has usado algún dispositivo a demás de la unidad de psiquiatría?

"Sí, he usado el CEDEX, y he estado en la finca CAPOTE hasta que creí que aquello no podía servirme para nada".

¿Has tenido problemas con la justicia?

"Estoy *pendiente del juicio de lo de la orden de alejamiento".*

¿Por qué reingresas en la unidad?

"Porque me siento mal, y me he intentado suicidar. Si no pudiera venir aquí lo que haría sería tirar de soga y me ahorcaría. Creo que esta unidad me podría ayudar pero creo que no lo hace porque los medicamentos no me hacen efecto. Creo que mi problema no está resuelto".

¿Y de qué estás diagnosticado?

"*De trastorno depresivo grave, y de cluster B".*

¿Qué piensas hacer en el futuro?

"*No lo sé…"*

Relato de Paola

¿Qué edad tienes?

"Tengo 46 años".

¿Qué nivel de estudios tienes?

"Llegué hasta 5º de E.G.B, pero lo tuve que dejar porque me fui a trabajar. Éramos 10 en casa, así que me fui a casas a cuidar niños y limpiar casas".

¿Y de eso has trabajado?

"Con 17 años me vine a Mérida a trabajar a casa de una enfermera, y con 20 años dejé de de cuidar casas y me fui a trabajar al campo a recoger aceitunas. Estuve dos años recogiendo aceitunas hasta que me casé. Y luego estuve trabajando en ayuda a domicilio pero dejé de trabajar cuando caí mala. Y esto fue cuando pedí un préstamo y me abalaron mi padre y mi madre. Me entró pánico porque no sabía si iba a poderlo pagar. Me vio un psiquiatra. Pero vamos, que ya padecía yo los nervios desde que tenía 22 años, y nos trataban a mi madre a mi hermana y a mí".

¿Tienes hijos?

"Si dos. Bueno tenía dos. La niña pequeña tenía problemas de microcefalia y falleció con 7 años. Y el otro, cuando tenía 9 años se le calló una pared encima y tuvo lesiones en los uréteres, y tuvimos que ir muchas veces a Madrid a que le hicieran operaciones. Pero ahora está bien".

¿Y ahora trabajas?

"No ahora no. Hago las cosas de casa. El que trabaja es mi marido".

¿Y tenéis medios económicos suficientes?

"Sí, no es para tener lujos pero los suficientes para vivir sin grandes dificultades".

¿Y qué tal te llevas con el resto de la familia?

"Cada uno va a lo suyo porque mis hermanos dicen que lo que tengo son tonterías, bueno menos dos de ellos que también tienen depresiones. Todos están independizados menos tres que están solteros. Y con mi madre y mi padre no puedo contar porque ella está muy enferma, y mi padre tiene demencia senil. Mi familia lo está llevando más o menos bien, pero el que lo está pasando mal es mi marido".

¿Te sientes apoyada por tu familia?

"Sí, por mi marido y mi hijo".

¿Qué tal te encuentras donde vives?

"Me encuentro bien, y la casa me gusta. No nos falta de nada. Lo que pasa es que cuando me empiezo a encontrar mal no tengo ganas de nada, y me meto en la cama y no salgo de ella".

¿En el pueblo haces algún tipo de actividad?

"No, nunca he hecho nada salvo trabajar y cuidar a mis hijos que les ha hecho mucha falta. Mi hija necesitaba mucha mi atención y nunca tuve tiempo para nada. Lo que cuando estoy bien solemos ir al campo".

¿Has ido alguna vez de vacaciones?

"No, nunca. Porque a mi marido no le gusta salir de vacaciones. Una vez me fui con mi hijo y su novia de excursión a Punta umbría, pero sólo fue una excursión de un día".

¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?

"Me gusta ver la tele y hacer las cosas de casa. Antes me gustaba ir al mercadillo pero ahora no porque la gente me pregunta como estoy, y es que son muy cotillas".

¿Qué tal tu estancia en la unidad?

"Ahora no me siento bien porque me siento muy agobiada y con mucha ansiedad, pero otras veces me encuentro más a gusto porque me siento vigilada y me da seguridad. Aquí

me siento segura pero esto no es como una segunda familia. Aquí si me entran ganas de hacerme daño, lo dices y te atienden. Me siento escuchada".

¿Has estado ingresada en otro sitio?

"Sí, en la UME, pero sólo estuve 4 ó 5 días porque vi cosas que no me gustaron. Había hombres tirados en el suelo tomando el sol, o sentados en los umbrales; y había mujeres acunando niños que eran muñecos. Así que pedí el alta voluntaria".

¿Qué tal tus relaciones con otros pacientes?

"Bien. Algunos me dan su teléfono pero cuando salgo de aquí no les llamo".

¿Y por qué reingresas?

"Porque me encuentro mal. Es como un círculo vicioso porque en cuanto te ves una "mijina" mal, te vienes aquí. Ahora mismo como estoy no quiero volver a venir, y si me pongo mala iré a algún psiquiatra privado. Pero esto sólo lo veo como una posibilidad".

¿Qué piensas en hacer en un futuro?

"Me gustaría cuidar de mi familia".

En las anteriores entrevistas he querido que los pacientes me contaran como ha sido su vida desde que dejaron sus estudios hasta que pasaron a una edad adulta, y de que dificultades han ido encontrando a lo largo de su vida. Como se puede comprobar, son vidas que han tenido sus complicaciones, pero que no son distintas a las que han podido tener otras personas que no han tomado la psiquiatría como posible vía de escape.

Cuando revisé los informes de alta, en algunos de los anteriores pacientes se hacía referencia a algunos de los problemas que a mí me contaron. Lógicamente, toda esta información que yo obtuve no podía

ir reflejada en el informe de alta sino que lo normal es que quede reflejada en las anamnesis de los historiales clínicos.

Estos relatos que he expuesto son de pacientes que a ojos del personal tienen una patología más social que mental. Pero la cuestión que hay que plantearse no es si la patología es social, sino si es una patología mental producto de una *infección social.*

6.2.2. Una pregunta sorpresa. ¿Por qué no ingresan los pacientes reingresadores?

Para finalizar el apartado que he dedicado a la etnografía, y por tanto al trabajo de campo, he creído necesario introducir un apartado dedicado a una pregunta que creí necesaria formular tras haber realizado varias entrevistas. Me di cuenta que muchos de mis informadores se centraban en intentar dar respuesta a qué factores eran potenciadores del reingreso de pacientes, pero pocos me hablaban de por qué dejaban de ingresar. Así que, casi al final de las entrevistas introduje una pregunta: ¿Por qué los pacientes dejan de ingresar? He aquí algunas de las respuestas:

Enfermera

> *"Pues me sorprende mucho que me hagas esta pregunta... la verdad es que nunca me lo había planteado, francamente. Es curioso, no lo había pensado así nunca. A lo mejor no ingresan porque encuentran un recurso fuera que antes no tenían."*

Psiquiatra

> *"Curiosamente no sabemos por qué uno deja de reingresar. Hay gente que deja de ingresar de repente, y otras veces no vuelve a ingresar hasta que no pasan 15 años... ¿Qué ha pasado? Yo tenía un profesor que decía:*

"Señores esto se cura con el médico, sin el médico y a pesar del médico".

Probablemente hay una serie de cosas que no conocemos, que den el éxito o el fracaso. A lo mejor ha influido que se ha echado novio, o a lo mejor es que como en el caso de …, su hijo ha estado en la cárcel durante un montón de tiempo, y ahora ha salido de ella, y le está haciendo la vida imposible, así que vuelve a ingresar. Son variables que no manejamos.

Mira, yo recuerdo, y siempre lo cuento como anécdota, que vi un paciente hace 20 años, y yo he visto a tres generaciones de una misma familia. Y el paciente me dijo: "Doctor hace 20 años usted me dijo algo que me cambió la vida...". A lo mejor fue una chorrada pero a él le valió.

Muchas veces no sabemos que tocamos. Muchas veces no sabemos para qué le vale el síntoma. Si había ganancias primarias o secundarias. Yo recuerdo un paciente que cuando ingresaba se quería morir, y al poco tiempo decía que si se podía ir a la peluquería.

Muchas veces no se puede hacer una lectura clara entre causa y efecto, o con ideas totalmente biologicista del síntoma, porque todo hay que contextualizarlo.

Enfermera

"Pues me llama mucho la atención la pregunta. Es que creo que hay muchos y múltiples factores que pueden influir. A lo mejor es un tema de juicio, es decir que hayan ido a la cárcel, o un elemento estabilizador en sus vidas como puede ser haber encontrado pareja, o haber encontrado un psiquiatra con el que conectan bien y

hacen un buen cumplimiento terapéutico. No sé no sabría decirte, es una cosa curiosa..."

Enfermera

"Yo creo que encuentran un medio controlador, es decir, vienen porque no son capaces de contenerse en el medio, o tienen miedo de hacerse daño o de hacer daño, etc..., aquí controlamos. Aquí te atamos, te pinchamos, y esa parte que vienes buscando luego la rechazan porque son los límites que no tienen fuera. Creo que son temporadas...

La visión en general de los trabajadores es que el paciente encuentra elementos estabilizadores fuera de la unidad de hospitalización que le ayudan a no ingresar, que pueden ir desde que el paciente haya encontrado pareja, se encuentre mejor atendido clínicamente, que haya estado en la cárcel o en lo peor de los casos que haya muerto.

Dado que este estudio de investigación ha durado más de cuatro años, esto me ha dado la oportunidad de conocer a muchos pacientes que reingresaron al principio del estudio y luego no habían vuelto a ingresar, y de forma esporádica, a finales de él. Incluso a madres e hijos que alternaban ingresos. Algunas de sus contestaciones fueron estas:

Entrevistador: Hola Carmen, ¿hacía mucho que no ingresabas? Hace por lo menos 4 años que no te veía por aquí. Dónde has estado.

Entrevistada: "*Pues al poco de salir de aquí me metieron en la cárcel por agresión. Me acusaron de violencia en el hogar. Y he estado presa hasta la semana pasada*".

Entrevistador: ¿Qué tal Josefa? Te iba a hacer una pregunta. Hace mucho que no viene tu hijo a ingresar, y antes estaba un día sí y otro también. ¿No le habrá pasado nada malo, no?.

Entrevistada: "No, que va. Está muy bien. En el último ingreso conoció aquí a la Rebeca, ¿no te acuerdas de ella?. Y cuando se fueron de alta se fueron a vivir juntos, y están muy bien. Mi hijo ahora está trabajando en el campo, recogiendo fruta. Y está contento. Yo no quiere venir por aquí. Pero mira, yo en cambio otra vez estoy aquí, y es que no gano para sufrimiento".

Entrevistador: Joaquín, ¿tú no eras muy amigo de Feliciano?, ¿no era de tu pueblo?. Hace mucho que no viene por aquí. ¿Dónde anda?

Entrevistado: ¿No te enteraste?, cogió una soga y se ahorcó. Yo no pensaba que iba a hacer eso, pero nunca se sabe. Como se te crucen los cables...

Entrevistador: Vaya cuanto lo siento. Era buena gente.

Entrevistado: Ya no veía salida... así que se quitó del medio.

Los comentarios de estos pacientes coinciden con lo referido con algunos de los trabajadores entrevistados, pero la cantidad de variables que pueden hacer que un paciente no ingrese pueden ser tantas como las que hacen que ingresen, pero esto debería ser tratado en futuras líneas de investigación.

VII. MARCO EMPÍRICO. EL REINGRESO DE PACIENTES MENTALES EN UNIDADES DE AGUDOS DE HOSPITALES GENERALES. UNA VISIÓN DESDE LA ESTADÍSTICA.

7.1 Introducción

Como ya adelantaba en uno de los apartados del punto 4 de esta tesis, el fenómeno del reingreso de pacientes con enfermedad mental es un fenómeno global estudiado casi siempre desde una única perspectiva, la cuantificación. Esta forma de estudiar este suceso tiene en cuenta variables ponderables que intentan vaticinar que posibilidades tiene un paciente, que cumpla unas características, de volver a ingresar. Suman variables, ven potencialidades e intentan predecir que va a suceder. Algunos de estos estudios son muy elaborados, trabajosos y con resultados que realmente sirven al propósito de la investigación. Pero la duda surge cuando la cuestión es no por qué reingresa un paciente, si por qué se da el fenómeno de reingreso. Y así, es fácil (relativamente) recopilar datos numéricos, someterlos a programas estadísticos y al final obtener unos resultados que predicen que va a suceder si una persona cumple una serie de criterios. El problema deriva cuando a este estudio numérico le faltan variables que también pueden influir en que un paciente reingrese o no. Y es que, a día de hoy, no creo que exista estudio (o al menos yo no lo he encontrado) que recoja todas las variables que puedan influir en un reingreso. Y esto se debe a que dicho fenómeno tiene un componente humano inmensurable, incuantificable e impredecible. Por lo cual la cuantificación del hecho estudiado se quedará en las pretensiones loables de saber por qué una persona necesita a lo largo de su vida unir su existencia a la de una planta hospitalaria de salud mental.

No obstante, no nos alarmemos, decía antes que los estudios de cuantificación del fenómeno de reingreso cumplen en algunos casos con una función predictora, y por tanto su utilidad es innegable. Por eso

en esta tesis me vi en la obligación de incluir una parte de cuantificación del fenómeno, y por tanto en la necesidad de buscar aquellas variables numéricas que puedan ayudar a conocer un poco mejor la situación del problema. Para ello no sólo utilicé variables que ya han sido incluidas en otros estudios, sino que añadía algunas nuevas. Más adelante describiré cuales son estas variables y el motivo de incluirlas en este estudio, pero ahora toca profundizar en la descripciones realizadas del fenómeno del reingreso de pacientes con enfermedad mental desde un punto cuantitativo.

7.2 El concepto de los datos visto por los números.

Quiero mostrar en este apartado algunas de las definiciones del paciente reingresador cuya calidad me han llamado la atención y en algunos casos he considerado de gran validez para mis propósitos.

En primer lugar destacar que en la actualidad, al menos en Extremadura, el concepto de paciente con enfermedad mental crónica ha cambiado de significado. Antes, el *concepto de cronicidad* estaba ligado al *internamiento psiquiátrico*, y ahora se vincula más con *el tratamiento en comunidad*. Es más, desde el cambio de nombre de los hospitales psiquiátricos de Plasencia y Mérida por el de centros socio-sanitarios se ha llevado una política más estricta sobre el internamiento de pacientes de forma indefinida. Ha sido esta medida humanizadora del trato al paciente con patología mental la que en algunos casos ha provocado ciertas circunstancias que han aumentado el número de reingresos en la unidad de hospitalización psiquiátrica. Y esta circunstancia puede haberse debido a que el cierre repentino de unidades de larga estancia no haya sido convenientemente acompañado de otras estructuras que atiendan las necesidades asistenciales de los pacientes. Así señala Linares que es frecuente para las personas que trabajan en una unidad de hospitalización psiquiátrica encontrarse con pacientes viejos conocidos. Achacando esta situación

a acontecimientos históricos como la desinstitucionalización en los años 60 (en Extremadura en el año 2000), el recorte drástico en el número de camas en los hospitales psiquiátricos, y por último a un número considerable de variables entre las que pueden citarse el recrudecimiento de patologías difíciles de tratar, abuso de sustancias, mal cumplimiento terapéutico, conductas violentas, etc. (Linares, I. 2002).

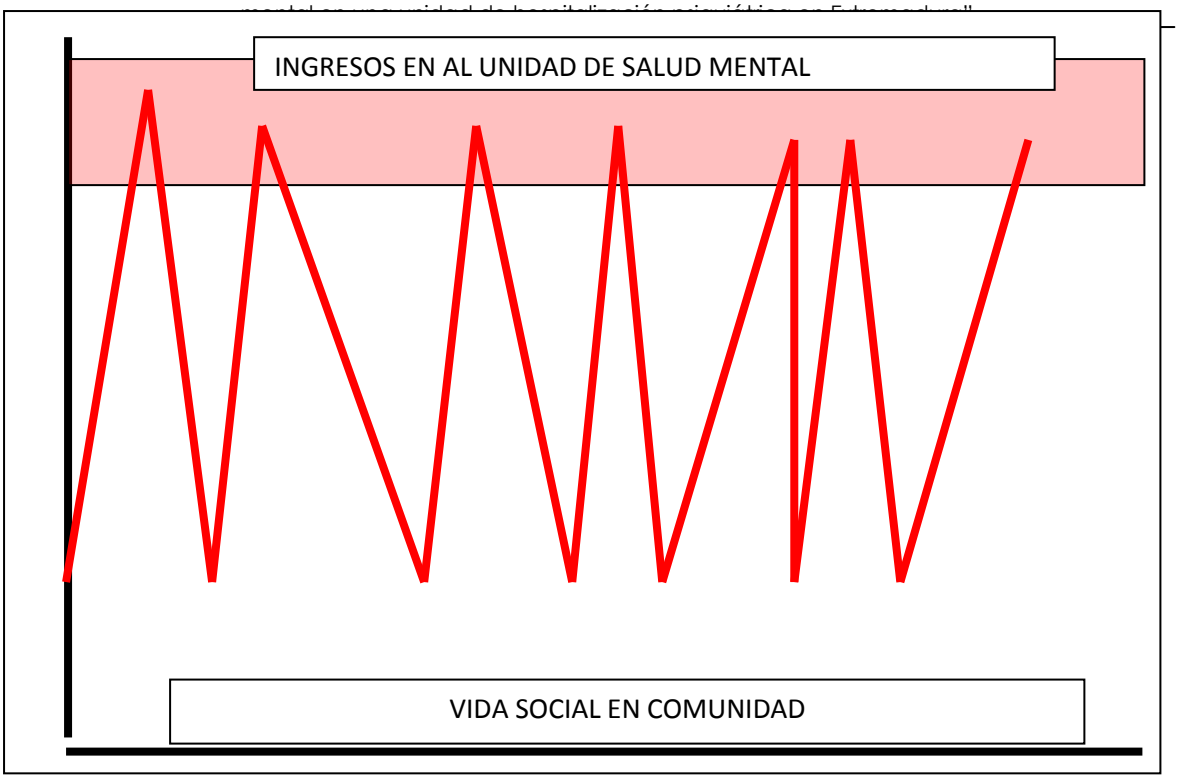
El paciente con patología mental crónica tiene incluida en su descripción el concepto de cronicidad. Para la conceptualización de esta cronicidad, atendiendo a la dinámica del propio trastorno mental, se ha de centrar la atención en el criterio de enfermedad, de incapacidad y del tiempo de duración de la enfermedad y de (o de) la incapacidad (Bachrach, 1988). A principio de los años 80 ya se empezaban a categorizar tipologías de pacientes crónicos con enfermedad mental atendiendo a criterios del tipo de demanda asistencial, tipo de problemática psicopatológica y conductual así como el nivel de adaptación y nivel socio-familiar (Sheets, J.L.1982).

La cuestión o duda surge a la hora de designar a una persona la característica de cronicidad. ¿Qué hace que una persona sea considerada crónica? ¿El seguir un tratamiento farmacológico de por vida, la hospitalización de forma continuada, la sintomatología, la utilización de determinados servicios sanitarios de forma repetida? Si tenemos en cuenta sólo uno de las anteriores condiciones (que puede llevar anexas las otras), y que en el caso que nos ocupa es la utilización de servicios de forma repetitiva, podemos encajar como crónico al paciente que reingresa de forma más o menos repetitiva en unidades de salud mental a lo largo de su vida. Pero, también es necesario señalar que estos pacientes crónicos asimismo han cambiado en su tipología. Y así, y debido al incremento de la edad de la población aparecen cronicidades en pacientes con trastornos ligados a la ancianidad como pueden ser: demencias y depresiones. Así como

nuevos pacientes crónicos de edad joven con trastornos de conductas ligados al consumo de alcohol y drogas (Hafner, H.1987).

Estos "viejos" y "nuevos" pacientes hacen que la reconceptualización de la atención al paciente con enfermedad mental sea necesaria, ya que por un lado, y en el caso de los "viejos pacientes", la tendencia es que a pesar del uso esporádico pero repetitivo de unidades de salud mental, la solución definitiva que se suele dar es el internamiento en residencias de ancianos con unidades de psicogeriatría. Pero por otro lado, y en el caso de los "pacientes jóvenes", y al estar en desuso el internamiento indefinido en hospitales psiquiátricos, el tratamiento se dé a nivel de comunidad. El problema surge cuando esta atención comunitaria no es suficiente y hace que el paciente ingrese una y otra vez en una unidad hospitalaria.

Por tanto el concepto de paciente crónico reingresador está unido a un tipo de paciente que suma internamientos en busca de una solución inmediata a un problema crónico. No obstante hay que quedar claro que en muchas ocasiones el paciente no busca solución a su problema crónico sino a aquellas manifestaciones agudas del mismo que le hacen incomodar a él o a su entorno próximo. Por tanto*, en el reingreso no se busca la cura sino atenuar sintomatología*. Esto podría quedar representado gráficamente de la siguiente forma.



En consecuencia, ¿cuál sería la definición correcta de paciente reingresador según la cuantificación de características del mismo? A esta pregunta resulta difícil dar una respuesta concreta y clara debido a la imposibilidad de unificar criterios. Así, Ada I. Ruiz señala: "*Existen importante problemas metodológicos que afectan las posibilidades de generalización de los resultados de estudio, y dificultan conocer el perfil de estos nuevos pacientes crónicos y los factores de riesgo que influyen es su devenir. Son fuentes de variabilidad importantes los criterios de definición utilizados por los autores que hacen referencia al número de hospitalizaciones y tiempo de observación, o al concepto de hospitalización que puede contemplar como equiparables la hospitalización total, la parcial en centro de día, o la hospitalización en un servicio de urgencias*" (Ruiz, I.A. 1992).

Existen casi tantas definiciones de reingresos como estudios de investigación hay, dado que cada uno de ellos va a dar más importancia como factor de ingreso a una determinada variable como puede ser el tiempo entres ingresos, la aparición nuevamente de

sintomatología, etc. Algunos autores consideran el reingreso como "*aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo o no que justificó el primer ingreso*" (Nuin, Mª.A. 2002*)*. Para otros autores el número de ingresos va a ser lo que defina al paciente reingresador; así la literatura considera a reingresadores múltiples a pacientes que tengan:

- Tres o más ingresos en un año (Surber, R.W. y cols.1986); (Vogel, S.1997); (Ruiz y cols. 2001).
- Tres o más ingresos en 18 meses (Casper, ES.1990)
- Tres o más ingresos en tres años (Kent, S. 1994).
- Cuatro o más ingresos en 5 años. (Lewis, T.1990).

Otros estudios intentan afinar la definición de reingresador estableciendo una diferenciación dependiendo de los períodos de ingreso y el tiempo de observación. Así, considera que existe el reingresador que tiene como mínimo cuatro ingresos y un período entre ingresos no superior a un cuarto del periodo de observación (30 meses en 10 años), y el reingresador que tiene como mínimo cuatro ingresos durante el primer cuarto de período de estudio (30 meses), incluyendo además la premisa de que para contabilizar un nuevo ingreso deberían haber pasado al menos 10 días del alta anterior (Kastrup M. 1987).

A los anteriores estudios hay que añadirle los que se centran en ver qué variable hacen característicos a los pacientes reingresadores, es decir qué variables pueden ser predictivas de reingresos hospitalarios. Podemos ver en la siguiente tabla algunas variables, así como los autores que las definen, tenidas en cuenta a la hora de considerarlas como factor facilitador de ingresos, citados por (Linares ,I. 2002):

VARIABLES	*AUTORES*
Estancia	Moon y Patton., 1965; Gorwitz y Mendel., 1966; Weinstein y cols., 1973; Altman y cols., 1973; LiebermanyWiitala, 1998; Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green ycols., 1988; Goodpastor y cols., 1991; Appleby y cols.,1993; Daniels y cols., 1998; Ruiz y cols., 2001
Sexo	Brenan y cols., 2000
Duración del tratamiento hospitalario	Applebay y cols., 1993
Involuntariedad del primer ingreso	Fenning y cols., 1999
Incumplimiento terapéutico	Green, 1988
Régimen ambulatorio involuntario	Zanni y cols, 1986; Swartz y cols., 1999
Variables asistenciales	Klinkenberg y cols., 1996; 1998 y 1999
Factores psíquicos y sociales	Vogel y Huguelet, 1997
Tasas de desempleo	Kammerling y O'Connor, 1993
Comportamiento violento y conductas temerarias	Rossi y cols., 1985; Surber y cols., 1987
Edad Edad joven	Woogh y cols., 1977; Carpenter y cols., 1985; Surber y cols.., 1987; Green, y cols., 1988; Applebyy cols., 1993; Haywood y cols., 1995; VogelyHuguelet, 1997; Oiesvold y cols., 2000; Galán ycols., 2001
Sexo Sexo femenino Sexo masculino	Carpenter y cols., 1985; Vogel y Huguelet, 1997; Daniels y cols., 1998
E. civil soltero, separado o divorciado	Franklin y cols., 1975; Galán y cols., 2001
Vivir solo y desempleo en no psicóticos	Oiesvold y cols., 2000
Situación laboral y fuente de ingresos: pensionista y desempleado	Franklin y cols., 1975; Galán y cols., 2001
Alto nivel de estudios disminuye el riesgo de rehospitalización	Figuerido y cols., 1997
Diagnóstico psiquiátrico: psicosis, trastornos afectivos,	Woogh y cols., 1977; Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green y cols., 1988; Lewis y cols., 1990; Goodpastor y cols., 1991; Kent y

trastornos por uso de sustancias	cols.,1994; Lyons y cols., 1997; Mercer y cols., 1999
Abuso de sustancias, sobre todo en comorbilidad	Franklin y cols., 1975; Carpenter y cols., 1985; Harris y cols., 1986; Surber y cols., 1987; Green, y cols., 1988; Kent y cols., 1994; Haywood y cols., 1995; Sullivan y cols., 1995; Vogel y Huguelet, 1997; Olfson y cols., 1999; Brenan y cols., 2000
Conducta depresiva o agitada al alta, inestabilidad en los días previos al alta	Monnelly, 1997; Mercer y cols., 1999
Ideación suicida	Kent y cols., 1994
Anorexia, síntomas psicóticos y riesgo de suicidio en pacientes con trastorno límite de personalidad	Hull y cols., 1996
Exacerbación de la patología de base (síntomas psicóticos)	Harris y cols., 1986
Diagnóstico en el Eje II	Séller y cols.,1986;Galán y cols.,2001
Número de ingresos previos	Franklin, 1975; Woogh, 1977; Geller, 1986; Surberycols., 1987; Appleby y cols., 1993; Figuerido y cols.,1997; Monnelly, 1997; Daniels y cols., 1998; Olfsonycols., 1999
Peligrosidad para sí mismo y paraotros	Kent y cols., 1994
Mayor gravedad de los síntomas	Lyons y cols., 1997
Mayor duración de la enfermedad	Vogel y Huguelet, 1997 ; Lyons y cols., 1997
Factores relacionados con las enfermedades físicas	Harris y cols., 1986; Surber y cols., 1987; Kent y cols.,1994
Prescripción antipsicóticos convencionales y atípicos (éstos negativamente)	Doering y cols., 1998; Olfson y cols., 1999; Conley y cols., 1999
Nula conciencia de enfermedad	Kent y cols., 1994
Abandono del tratamiento	Carpenter y cols., 1985; Surber y cols., 1987; Green y cols., 1988; Kent y cols., 1994; Sullivan y cols., 1995; Haywood y cols., 1995
Problemas conyugales y	Kent y cols., 1994

sociales	
Ajuste psicosocial; nivel de funcionamiento global bajo	Vogel y Huguelet, 1997; Mercer y cols., 1999
Alta voluntaria, abandono del hospital sin consentimiento	Carpenter y cols., 1985
Alta no deseada	Kinard, 1981
Escasa supervisión posterior	Solomon y cols., 1984 Mercer y cols., 1999; Galán y cols., 2001
Dificultades para autocuidado	Lyons y cols., 1997
Ausencia de soporte y compromiso familiar	Sullivan y cols., 1995; Olfson y cols., 1999; Galán y cols., 2001
Sistemas de apoyo social pobres	Kinard, 1981; Surber y cols., 1987; Mercer y cols., en 1999
Variables relacionadas con el sistema de asistencia y de apoyo comunitario	Green y cols, 1978; Caton, 1981; Peper y cols., 1981; Dickey y cols., 1981; Kinard, 1981; Harris y cols., 1986; Goodpasture y cols., 1991; Klinkenberg y cols., 1996; Klinkenberg 1998 y 1999
Arrestos e interacción sistema legal	Surber y cols., 1987
Tratamiento ambulatorio obligado	Zanni y cols., 1986; Hiday y cols., 1989

Como se puede observar en el esquema anterior el número de variables es tan extenso que tal vez la pregunta más adecuada al problema del reingreso no es saber por qué se reingresa sino por qué no se hace. Con tal número de variables que pueden afectar al reingreso se podría pensar que reingresar es algo bastante fácil.

Por último, y para finalizar este apartado creo que es necesario mostrar algunos estudios de investigación que muestran o intentan definir qué cualidades se repiten más en el paciente reingresador. Y lo creo necesario porque uno de mis objetivos es también intentar definir la tipología de paciente que reingresa en la zona estudiada. De nuevo y tal y como señala Linares la tipología de reingresador también ha sido motivo de estudio:

Autores	Material; método	Características
Franklin y cols, 1975	107 reingresadores vs 2849 ingresos	Solteros, separados, divorciados o casados con más problemas de pareja. Más problemas con la bebida y con el sistema legal. Menos actividades de ocio y valoradas como menos placenteras. Más contactos con la USM tras el alta.
Voineskos y cols, 1978	78 reingresadores vs 494 ingresos	Varones, jóvenes, solteros, separados o divorciados, en desempleo y con ayudas estatales, viven solos, con diagnósticos de esquizofrenia y trastornos orgánicos, van a las consultas e ingresan por iniciativa propia.
Carpenter y cols, 1985	113 reingresadores vs 113 controles	Más incumplimiento terapéutico y abuso desustancias, alteraciones de conducta e intentos autolíticos, mayor el número de ingresos previos y menor la estancia.
Kastrup, 1987(a)	12.737 pacientes de 1970-71, seguidos 10 años	Más jóvenes, solteros o divorciados, urbanitas, frecuentemente remitidos a cuidados ambulatorios y dados de alta a su domicilio. Diagnóstico de esquizofrenia, psicosis en demencias y psicosis orgánicas, personalidad y tus, bipolares, psicosis psicógenas y neurosis.
Surber y cols, 1987	35 de 99 reingresadores	Variabilidad diagnóstica del 40%, comportamiento violento o conducta temeraria, conductas autodestructivas, problemas médicos y abuso desustancias, así como otra serie de problemas de subsistencia
Chinchilla y cols, 2000	55 reingresadores vs 362 ingresos	Psicosis afectivas y esquizofrénicas, patología dual, comorbilidad e incumplimiento terapéutico.
Martín y cols, 2000	Ingresos/ reingresos de un año	Varón, 40 años, soltero, vive con familia de origen, nivel educacional básico, pensionista, acude a urgencias por iniciativa de los familiares, patología psiquiátrica crónica (psicosis y afectivos),de unos 12,5 años de evolución, incumplimiento, ingreso involuntario por riesgo autolítico y patología de base.

Galán y cols, 2001	64 reingresadores	Jóvenes, solteros, viven con familia de origen, pensionistas y desempleados, trastornos de personalidad más frecuente, conductas autolíticas, uso de otros dispositivos asistenciales, ingresos por iniciativa del propio paciente y envío tras el alta a otros dispositivos distintos a su CSM.

Mostrar las tipologías de estudios cuantitativos realizados, así como el intento de definir el prototipo de paciente con trastorno mental que es reingresador, me ha servido para cumplir varios objetivos:

- Conocer cómo han sido otras líneas de investigación cuantitativas respecto al fenómeno.
- Saber cuáles han sido los objetivos perseguidos por estos trabajos de investigación.
- Comparar qué variables han tenido en cuenta para predecir el fenómeno y definir a los individuos reingresadores.
- Elegir el número de pacientes que podrían servir de muestra para mi estudio de investigación, así como acotar el tiempo necesario para estudiar el fenómeno.

En apartados posteriores intentaré desvelar si existen muchas o pocas diferencias entre los estudios consultados y el que yo he realizado.

7.3 El objetivo de la cuantificación.

En esta tesis doctoral también hay un hueco para la cuantificación. Pero, ¿por qué la cuantificación de un fenómeno que estoy estudiando desde la base y lugar donde se produce? Como ya dije, mi deseo es el estudio del fenómeno desde el mayor número de puntos de vista posible. Esto me ayudará a conocer si el fenómeno se desarrolla siguiendo unas pautas de repetición estadísticas o si además se ve influenciado por otras variables imposibles de cuantificar.

La cuantificación va a buscar los hechos y causas de un fenómeno de manera objetiva y prestando poca atención a la subjetividad de los individuos. Esta sea tal vez una buena opción para evitar el sesgo de los sentimientos que indudablemente el antropólogo puede generar hacia la comunidad estudiada. Me ayudará a tener una perspectiva del problema desde una distancia en el que los sentimientos están menos a flor de piel. Además me dará la opción de hacer una medición precisa y sobre todo controlada. Y me dará la oportunidad de conocer "una realidad paralela" del fenómeno estudiado.

Por tanto, los objetivos que me marcaré en este apartado de la tesis dedicado a una cuantificación del fenómeno del reingreso hospitalario son:

- Definir un perfil clínico y socio-demográfico de los pacientes reingresadores.
- Conocer qué variables son más fácilmente cuantificables y cuáles no.
- Conocer las relaciones entre variables para descubrir la "fuerza" que tienen a la hora de influir en el reingreso.
- Identificar aquellas variables que pueden tener un "carácter predictivo" sobre qué pacientes tienen mayor riesgo de sufrir reingresos.

Soy consciente que a ojos de otros investigadores mis pretensiones con la cuantificación del fenómeno pueden quedarse cortas en objetivos, o no llegar a las metas conseguidas en otros estudios. Ya señalaba Pfeiffer en un estudio que realizó sobre investigaciones sobre el fenómeno de reingreso, que algunos estudios adolecían de una falta de información sobre la población examinada, una descripción inadecuada de los tratamientos tanto intrahospitalarios como

domiciliarios, falta de análisis doble ciego, recogida poco sistemática de los datos y empleo de estadísticas poco potentes (Pfeiffer, S.I.1990). En mi defensa puedo alegar que considero que se hace una adecuada descripción de la población examinada, incluyo dentro del estudio el tipo de tratamiento llevado por el paciente y he realizado una recogida sistemática de datos (cuantitativos) que me ha llevado casi un año. Respecto a la utilización del doble ciego, también he considerado hacerlo (aunque no con los resultados que yo esperaba) puesto que lo que he buscado ha sido unificar características frente a una variable común, el número de ingresos. Y por último, tampoco he creído necesario utilizar potentes análisis estadísticos para el estudio de las variables, aunque sí bastante completos, ya que convertiría el apartado de la cuantificación en la parte fundamental de esta tesis, o incluso en otra tesis. Y no debemos olvidar que esta tesis es un trabajo de antropología, en el que la cuantificación es necesaria y obligada pero no excluyente ni única.

Terminaré diciendo por tanto que este apartado está formado por un estudio que busca cumplir unos objetivos para dar respuesta a una serie de hipótesis:

- ¿Comparten características los pacientes que reingresan o su único punto en común es la acción de ingresar de forma repetida?
- ¿Existen características más repetidas según el número de reingresos de una persona ¿
- ¿Se puede predecir el reingreso de pacientes con patología mental?
- ¿Todo puede ser cuantificable?
- ¿Es el componente patológico o el componente socio demográfico el que puede llegar a definir mejor al paciente reingresador?

7.4 Estructura del estudio cuantificador. Material y método.

7.4.1. Selección de la muestra. De pacientes a números

La muestra de esta parte cuantitativa ha sido tomada de los pacientes que ingresan en la unidad de agudos de salud mental del hospital de Mérida. Esta unidad atiende los ingresos de pacientes agudos de las áreas de salud de Mérida y Don Benito-Villanueva, siendo la población del área de Mérida de 165.570 personas, y la de Don Benito-Villanueva de 142.117 personas; es decir, un total de 307.687.

La unidad fue abierta en febrero de 2011, aunque anteriormente estaba ubicada en el Centro Sociosanitario de Mérida dependiente del S.E.P.A.D. (Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia), que antes se le denominaban Hospital Psiquiátrico Adolfo Díaz Ambrona dependiente de la Diputación de Badajoz. El traslado de la unidad de psiquiatría al hospital del SES (Servicio Extremeño de Salud) se debió al cumplimiento de los objetivos marcados por el Plan de Salud Mental de Extremadura, y sobre todo en cumplimiento que hasta entonces había sido tomada como recomendación, de la legislación nacional que instaba a que las unidades de agudos de salud mental estuviesen ubicadas en hospitales generales de la red sanitaria. Cabe destacar que durante su ubicación en el Centro Sociosanitario el número de camas de ingreso era de 30, pero que al decidirse su traslado al hospital del SES el número bajó a 20. Esta reducción de camas pudo deberse a los proyectos futuros de apertura de una unidad de agudos en el hospital del SES de Don Benito-Villanueva (previsiones que a día de hoy aún no se han cumplido).

Los pacientes que pueden ser ingresados en esta unidad son:

- Pacientes que tienen residencia en las áreas de salud de Mérida y Don Benito-Villanueva.
- Pacientes que no tengan residencia en las áreas de salud señaladas, pero que su cuadro psiquiátrico sea tan agudo que

necesite hospitalización urgente para estabilización de síntomas y posterior traslado a su hospital de referencia.

- Pacientes con trastornos alimentarios con residencia en el área, pero tratados en la unidad de trastornos alimentarios de Badajoz.
- Pacientes infanto-juveniles con residencia en el área pero tratados en la Unidad Infanto Juvenil de Badajoz.
- Pacientes con internamiento crónico en centros con ubicación en las áreas de salud señaladas. Estos son residencias de ancianos, centros socio-sanitarios, centros de rehabilitación psicosocial , CAMP, etc.

El período que elegí para selección de la muestra fue desde el 1 de febrero de 2011, fecha en que se abrió la unidad, hasta el 31 de diciembre de 2014. El criterio para incluir al paciente como parte de la muestra representativa de reingreso fue el haber tenido al menos 3 ingresos durante el periodo señalado. La elección de 3 ingresos se debió a dos circunstancias:

1. Que otros estudios de investigación cuantitativos habían considerado los tres ingresos como un número de ingresos suficientemente representativo a la hora de diferenciar tipologías de reingresadores(Kent, S. 1994).
2. Y porqué dado que el período de tiempo era limitado a casi cuatro años, un número de ingresos de 3 significa una media de casi un ingreso al año. Aunque esta media no es real, ya que algunos reingresadores cumplen sus tres ingresos en un período corto de tiempo y otros lo prologan al total del período de estudio (circunstancia que tal vez nos ayude a diferenciar tipo de reingresadores).

Para la obtención de la información de las variables que asigné a este estudio cuantitativo (que más adelante detallaré) utilicé el sistema

JARA[17]. Los datos los fui obteniendo de los informes de alta que el psiquiatra da al paciente en el alta hospitalaria. Estos informes constan de varios apartados que me ayudaron a obtener la información que buscaba o al menos parte de ella:

- Pegatina donde vienen los datos socio-biográficos: Edad, sexo, y lugar de residencia.
- Motivo de ingreso
- Antecedentes: médico quirúrgicos, psiquiátricos, características sociales, situación social, estudios, etc.
- Tipo de tratamiento habitual
- Enfermedad actual
- Motivo de consulta
- Exploración al ingreso
- Evolución y comentarios
- Diagnósticos
- Tratamiento al alta recomendado
- Recomendaciones al alta.

Tengo que señalar que no todos los informes de alta contenían todos los apartados anteriores, ni todos contenían una información detallada. Por lo que la información total del paciente (en algunos casos imposible de sacar toda la información de las variables) era la suma de la lectura de todos los informes de alta que el paciente hubiera recibido. Esto me supuso la lectura de unos 1500 informe de alta en total.

Para el tratamiento de los datos obtenidos he usado el *IBM SPSS Statistics 19*.

[17]Sistemas de Información Sanitario del Servicio Extremeño de Salud. Es un Sistema de Información Sanitariaque pretende integrar los datos administrativos y clínicos en un sistema único, a través de una red que interconecta todos los recursos sanitarios públicos de Extremadura.

7.4.2 Variables a estudio

Como ya señalaba en apartados anteriores la elección de qué variables pueden ser más representativas a la hora de estudiar el fenómeno del reingreso hospitalario se puede convertir en una tarea altamente laboriosa. Sólo con una concienzuda lectura y revisión bibliográfica puede uno acercarse a conocer cuáles son las variables que nos van a ayudar a vislumbrar el problema.

Asegurar que en un estudio están recogidas todas las variables que de una forma u otra pueden influir en conocer el reingreso hospitalario sería una necedad. Como máximo, se puede llegar a hacer un estudio con un conjunto de variables más o menos influyentes, y siempre guiado por estudios previos. Así pues, las variables que yo he recogido para esta parte cuantitativa han sido las más repetidas en otros estudios de investigación, intentando además mezclar las existentes en estos.

Detallo a continuación cada una de las variables seleccionadas:

1. A nivel sociodemográfico:
    - *Edad*
    - *Sexo:* En esta variables se enmarca varón, mujer.
    - *Estado civil:* Se contemplan varios estados civiles (Soltero, casado, divorciado, separado, pareja de hecho, viudo, desconocido).
    - *Lugar de residencia:* Se distinguen dos posibilidades la rural o la urbana. Para diferenciar a ambas lo que he tenido en cuenta es la presencia de un hospital en la localidad. Por tanto he considerado como urbanas las localidades de Mérida, Don Benito-Villanueva y Almendralejo. El resto de localidades las he considerado como rurales sin tener en cuenta el total de la población ni la proximidad a un centro sanitario hospitalario.

- *Situación laboral:* Las posibles opciones que he considerado son trabajo estable, trabajo intermitente, paga por invalidez o incapacitación, paro, jubilado y desconocido. En el trabajo intermitente he incluido a aquellas personas que suelen trabajar de forma casi continuada pero que presentan períodos de paro. Estas personas suelen ser aquellas que alternan trabajos que pueden ser agrícolas, hostelería, jardinería, ayuntamientos, etc. En caso de las personas con paga por invalidez o incapacitación, he incluido a aquellos pacientes que bien no ha cotizado por trabajo o bien se les ha concedido una paga por minusvalía o incapacidad. Por último, he considerado en paro a aquellas personas que no trabajan, es decir aquellas personas que llevan sin actividad laboral desde el inicio del estudio de investigación (y que subsisten gracias a las ayudas de sus familiares) y a las personas que realizan únicamente tareas domésticas y sus ingresos provienen de sus cónyuges.
- *Ingresos económicos:* Aquí he contemplado la opción de si tienen o no ingresos económicos. Esta opción, aunque va ligada a la anterior variable, a veces queda indicada en los informes de alta pero no se referencia la situación laboral de la persona. Tal variable es difícil de estudiar, ya que no suele aparecer en los informes, pero sí suele aparecer la siguiente variable que está muy ligada a ella.
- *Recursos económicos:* En los informes de alta se suele indicar en algunas ocasiones si el paciente tienen o no recursos económicos suficientes. Señalando incluso como potenciador del ingreso hospitalario. Señalo en esta variable si el paciente tiene o no suficientes medios económicos.

- *Nivel de estudios:* Las posible opciones que aquí distingo son la de sin estudios, graduado escolar o E.S.O, Bachillerato, F.P. o universitario.
- *Competencias sociales:* Aquí consideré la capacidad del paciente de mantener buenas relaciones con otras personas a nivel comunitario, así como la capacidad de desenvolverse sin mayores problemas dentro de un ambiente social (realizar la compra, relaciones con el vecindario, círculo de amigos estable, uso de recursos de la comunidad, utilización adecuada de recursos sanitarios, etc.). Atribuí valores de buenas, medias o malas competencias sociales.
- *Estrés psicosocial:* En esta variable quiero mostrar si aparece estrés en el paciente a la hora de desarrollar sus competencias sociales.
- *Problemas con la justicia:* Considero en este apartado, no siempre señalado en los informes de alta, si la persona ha tenido en algún momento algún tipo de problema con la justicia relacionado con agresiones, drogas, denuncias familiares o estancias en la cárcel.
- *Relación con la familia:* En esta variable señalo las relaciones intrafamiliares desde un punto de vista aceptable hasta uno deficitario. Considerando el punto de vista aceptable como en el que el paciente se siente apoyado por la familia y existe un ambiente familiar de cordialidad, y considerando el punto deficitario en el que hay mal clima familiar, discusiones frecuentes, ruptura del núcleo familiar o conflictos de distinta índole.
- *Tipo de núcleo familiar:* Aquí las posibles opciones que he barajado han sido la de vivir con los padres, vivir en pareja (matrimonio, pareja de hecho, pareja), vivir solo, comparte piso con otras personas (no familiares) y vive en una

institución (centro residencial, centro socio-sanitario, pisos tutelados, etc.).

2. A nivel médico y psicológico:
    - *Abandono de tratamiento:* Considero en esta variable la opción que en ocasiones toma el paciente de no seguir las recomendaciones farmacológicas prescritas por su psiquiatra. El abandono del tratamiento puede ser bien por no tomar el tratamiento oral en su domicilio, o bien por dejar de ir a su centro médico de referencia para administrarse el inyectable pautado.
    - *Tipo de tratamiento al alta:* En psiquiatría los dos tipos de tratamiento que se suelen prescribir son el tratamiento oral (comprimidos o jarabes) o el tratamiento inyectable. Este último tiene la característica de ser tratamiento denominados "depot", cuya característica es la de ser un tratamiento de acción prolongada, es decir, el efecto del fármaco se alarga durante varios días, semanas o incluso meses.
    - *Conciencia de enfermedad:* Esta variable en psiquiatría suele ser de bastante importancia al ser de las pocas que se suelen dar en medicina. El paciente no es consciente de su problema o no reconoce que lo sufre. Se le da bastante importancia al ser una variable indispensable para prestar ayuda médica. Sin duda es más viable la mejora de la sintomatología en un paciente que la acepta que en uno que la niega.
    - *Consumo de tóxicos:* En ésta variable intento conocer qué población de la estudiada es consumidora de tóxicos. Este consumo puede exacerbar la sintomatología de un paciente y por tanto forzar su ingreso. Es otra de las variables que se suele considerar como importante a la hora de predecir el reingreso de un paciente.

- *Tipo de tóxico:* Una vez conocida la variable sobre si se consume o no tóxicos, se hace necesario saber cuál es consumido. Los tóxicos que he incluido son: cocaína, anfetaminas, barbitúricos, cannabioides y opiáceos.
- *Componente afectivo y característica del componente afectivo.* Aquí pretendo conocer si en el paciente destaca manifestaciones afectivas que pueden ir desde la hipertimia (*Trastorno del ánimo caracterizado por un exceso de la actividad acompañada habitualmente de cierta euforia, afectividad excesiva, verborrea, hiperfrenia y exaltación*), hipotimia (*Disminución anormal del tono afectivo. La respuesta emocional está disminuida y es inadecuada a la situación real del sujeto, que además presenta abatimiento, lenguaje inexpresivo y lentitud de movimientos, con pérdida de interés por todo lo que antes le producía satisfacción*) o distimia (*es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero que no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión)*.
- *Personalidad premórbida.* Entendiendo a la personalidad premórbida como personalidad[18] caracterizada por signos o síntomas precoces de un trastorno mental. Los defectos específicos pueden indicar si el trastorno progresará hacia una esquizofrenia, un trastorno bipolar o cualquier otro tipo de enfermedad. Consideré clasificarlas en tipos según DSM.-IV: Cluster Tipo A, Cluster Tipo B, Cluster tipo C y Mixta.[19]

[18]El término personalidad hace referencia al conjunto integrado y organizado de características de un individuo que caracterizan su peculiar ajuste al medio.

[19] El DSM-IV divide los 10 desordenes de personalidad en tres clusters, cada uno caracterizado por desordenes que fenomenológicamente son similares o cuyos criterios se sobreponen.

- *Cluster A*, trastornos excéntricos : T.P. esquizoide, esquizotípico y paranoide. Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

- *Comorbilidad :* En estas variables intento conocer si el paciente tiene asociadas otras patologías orgánicas además de la patología mental. Realicé una clasificación general debido al amplio abanico de patologías orgánicas existentes, seleccionando únicamente las más repetitivas. Entre estas destaqué, Hipertensión arterial (HTA), enfermedad cardiovascular o circulatoria, enfermedad osteoarticular, diabetes, dislipemias, obesidad, enfermedad respiratoria, hipotiroidismo, enfermedad renal, enfermedad infectocontagiosa, y otras.
- *Gesto autolítico.* En esta variable incluiré a todos aquellos pacientes que habían manifestado durante su ingreso la idea de hacerse daño con la intención de acabar con su vida, o al menos habían tenido la idea de llevarlo a cabo aunque no la hubieran realizado.
- *Diagnósticos al alta.* Aquí incluiré todos los diagnósticos que los psiquiatras han escrito en los informes de alta. Haré una transcripción tal y como aparecen en los informes de alta, por lo que puede que algunos no coincidan con los indicados en manuales diagnósticos de psiquiatría.
- *Tratamientos con ansiolíticos y tipos.* Aquí señalaré si el paciente tiene este tipo de tratamiento al alta y qué tipo de fármaco es el prescrito. Con los siguientes tratamientos farmacológicos haré lo mismo:
- *Tratamiento con antidepresivos*
- *Tratamiento con Neurolépticos*

- *Cluster B,* trastornos dramáticos : T.P. antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista. Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Este trastorno presenta con frecuencia *acting-out* (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.
- *Cluster C,* trastornos ansiosos : T.P. evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control. Los pacientes de los clusters A y C, a diferencia de los del cluster B, tienden a tener trastornos que están dirigidos hacia el interior.

- *Tratamiento con antiepilépticos*
- *Eutimizantes*
- *Deprivativos del alcohol*
- *Hipnóticos sedantes*

3. A nivel estructural
    - *Número de ingresos* .Indicaré cuantos ingresos han tenido los pacientes durante el período de estudio.
    - *Hora de ingreso.* Aquí no quiero marcar la hora precisa de ingreso sino la franja horaria del mismo, es decir, saber si se producen más ingresos por la mañana, por la tarde o por la noche, para conocer si esta situación puede considerarse como factor influyente a la hora de ingresar.
    - *Número de días de estancia.* Saber cuál es el número total de días que ingresan los pacientes reingresadores nos puede dar una idea del coste que supone el fenómeno estudiado.

7.5 Tipo de estudio. Resultados estadísticos.

Las variables obtenidas han sido sometidas tanto a la estadística descriptiva en una descripción porcentual de las variables independientes, como a la estadística comparativa a través de tablas de contingencia en la que utilizaremos la correlación y la regresión lineal.

En el caso del estudio descriptivo la selección del grupo de estudio la he realizado en razón al número de ingresos, considerando y definiendo como reingresador al que tienen al menos tres ingresos en el tiempo de estudio (3 años y 10 meses). Es por tanto también un estudio de incidencia al describir una serie de variables en una población determinada la cual he seguido a lo largo del tiempo.

En el caso de la estadística comparativa utilizaremos un análisis con tablas de contingencia con la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson para la comparación de variables cualitativas. Y la T de student para aquellos datos cuantitativos comparados con variables cualitativas con dos opciones de respuesta, y el Anova de un factor para las de tres opciones de respuesta. Una vez realizadas estas comprobaciones estadísticas, realizaré una regresión binaria logística y una regresión lineal usando el factor de corrección de Bonferroni que consiste en la técnica estadística que ajusta el nivel de significación en relación al número de pruebas estadísticas realizadas simultáneamente sobre un conjunto de datos. El nivel de significación para cada prueba se calcula dividiendo el error global de tipo I entre el número de pruebas a realizar.

Es además un estudio transversal, porque a pesar de ser un estudio con una duración determinada y prolongada, lo que mide no es la evolución de las variables a lo largo del tiempo sino la presencia de las mismas relacionadas con un hecho común. Siendo además *un estudio de tipo observacional* en el que mi actitud no es ejercer control sobre el grupo estudiado sino que me limito observar, medir y analizar determinadas variables.

Estaba dentro de mis intenciones añadir al estudio descriptivo de la población reingresadora una comparación entre dicha población y una muestra de pacientes con un único ingreso. De forma inicial, y de forma azarosa seleccioné 30 informes de alta de pacientes con un único ingreso, pero me di cuenta que los informes de pacientes con un ingreso no eran tan completos como los ofrecidos por los reingresadores. Es decir no ofrecían tanta información como la que se podía obtener de los reingresadores. A pesar de ello lo sometí a la estadística pero los resultados, por falta de datos no eran muy concluyentes. Por este motivo deseché la opción de comparar la muestra multireingresadora con la de un único ingreso.

7.5.1 Resultados.

El número de ingresos que se produjeron durante el período de estudio fue de:

PERIODO DE INGRESOS	TOTAL DE INGRESOS
1/2/2011 AL 31/12/2011	640
1/1/2012 AL 31/12/2012	693
1/1/2013 AL 31/12/2013	682
1/1/2014 AL 31/12/2014	643
	TOTAL INGRESOS: **2658**

Tabla 1. Periodos de ingresos y total de ingresos producidos por periodo.

Una vez revisado cada uno de los ingresos en los listados impresos año por año, así como el número de pacientes que protagonizaron dichos ingresos, pude comprobar que algunos pacientes que habían tenido un ingreso en un año podían haber tenido otro o más ingresos en años posteriores. De esta forma fui calculando el número de reingresadores totales que había habido durante el período establecido. Teniendo en cuenta que el criterio de inclusión era haber tenido al menos 3 ingresos durante ese período. No he incluido en esta tabla a aquellos reingresadores que no fui capaz de localizar en el sistema JARA, que sumaron un total de 10. La distribución de reingresadores quedó como la siguiente tabla indica:

Nº DE INGRESOS	Nº DE PACIENTES	%	TOTAL INGRESOS	%
3 INGRESOS	96	44,0	288	26,1
4 INGRESOS	42	19,3	168	15,2
5 INGRESOS	16	7,3	80	7,2
6 INGRESOS	15	6,9	90	8,1
7 INGRESOS	12	5,5	84	7,6
8 INGRESOS	12	5,5	96	8,7

9 INGRESOS	7	3,2	63	5,7
10 INGRESOS	6	2,8	60	5,4
11 INGRESOS	5	2,3	55	5,0
12 INGRESOS	3	1,4	36	3,3
15 INGRESOS	1	0,5	15	1,4
19 INGRESOS	1	0,5	19	1,7
21 INGRESOS	1	0,5	21	1,9
30 INGRESOS	1	0,5	30	2,7
TOTAL	218		1105	

Tabla 2. Número de pacientes por cada número de ingresos y total de ingresos protagonizados.

La media de ingresos por pacientes es de unos 5.06.

El número de pacientes con uno y dos ingresos fueron los siguientes:

Nº DE INGRESOS	Nº DE PACIENTES	%	INGRESOS	%
1 INGRESO	980	78,9	980	65,2
2 INGRESOS	262	21,1	524	34,8
TOTAL	1242		1504	

Tabla 3. Número de pacientes con uno y dos ingresos, y total de ingresos protagonizados.

El número total de pacientes así como el total de ingresos, una vez restados los no encontrados en JARA, que se produjeron fueron:

Nª TOTAL DE PACIENTE QUE CURSARON INGRESO	TOTAL DE INGRESOS PRODUCIDOS EN PLANTA
1460	2609

Tabla 4. Número total de pacientes con ingresos y total de los ingresos que se produjeron en planta de psiquiatría.

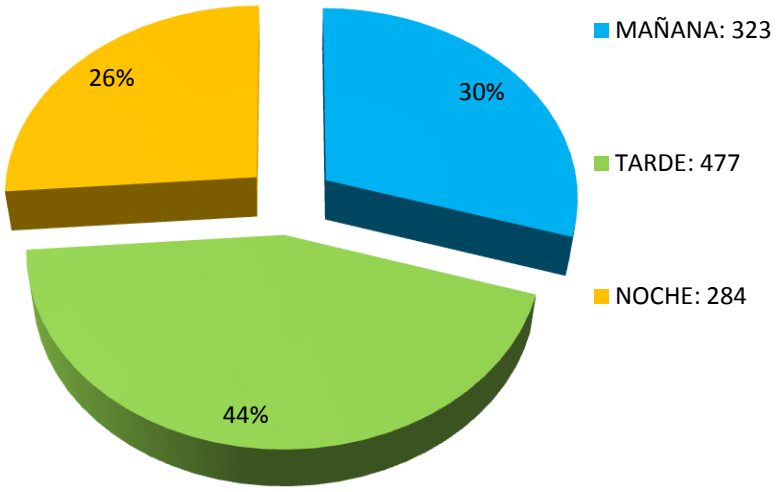
La diferencia de 47 ingresos, entre los 2658 ingresos que señalo en tabla 1 y los 2609 de la tabla 4, corresponden a los ingresos protagonizados por los 10 reingresadores que no fui capaz de encontrar

en el sistema JARA. Pero dado que es un número reducido no influyen ni en la muestra ni en los resultados.

Con los datos anteriores puedo ir señalando varias características, como son: que el número total de la muestra es de 218 pacientes (N=218), lo que supone que el total de pacientes considerados como reingresadores en este estudio supone un 14,9% del total de los pacientes que ingresan, que son un total de 1460. Y del total de ingresos producidos en la planta, con un total de 2609, los reingresadores son protagonistas de un 42.3% del total de los ingresos. Este dato es muy significativo, porque indica que el 14,9% de los pacientes que ingresan son causantes de la casi la mitad de los ingresos producidos en planta durante el período estudiado.

Decir que el total de días de ingresos o número de estancias protagonizadas por los reingresadores las he calculado contando el número de días entre la fecha de ingreso y la fecha de alta. Dado el número tan elevado de días y de pacientes el valor ha sido difícil de calcular con exactitud, pero este se aproxima a los 9300 días totales de estancia de los pacientes en el período de estudio.

Es interesante por último saber el número de ingresos producidos en la tres franjas horarias en las que se divide la jornada laboral del hospital, es decir durante la mañana, la tarde y la noche. El número de ingresos desde urgencias por tramo horario es como se muestra en el siguiente diagrama:



Resulta llamativo que la mayor parte de los ingresos, un 70% se producen en el horario de tarde -noche coincidiendo con la presencia de los psiquiatras de guardia.

7.5.1.1 Estudio descriptivo

Comenzando por los datos descriptivos la distribución de las edades del grupo de reingresadores según la siguiente tabla:

RANGO DE EDAD	Edades	n	%
	13	2	,9
	14	1	,5
	15	1	,5
DE 13 A 20 AÑOS	19	1	,5
	20	3	1,4
Total rango		**8**	**3,8**
DE 21 A 25 AÑOS	21	2	,9
	22	6	2,8
	23	2	,9
	24	8	3,7
	25	6	2,8
Total rango		**24**	**11.1**
DE 26 A 30 AÑOS	26	4	1,8

	27	5	2,3
	28	2	,9
	29	4	1.8
	30	5	2.3
Total rango		**20**	**9.1**
DE 31 A 40 AÑOS	31	5	2,3
	32	6	2,8
	33	6	2,8
	34	5	2,3
	35	11	5,0
	36	5	2,3
	37	2	,9
	38	7	3,2
	39	1	,5
	40	9	4,1
Total rango		**57**	**26,2**
DE 41 A 50 AÑOS	41	5	2,3
	42	6	2,8
	43	6	2,8
	44	7	3,2
	45	7	3,2
	46	6	2,8
	47	10	4,6
	48	4	1,8
	49	5	2,3
Total rango		**56**	**25,8**
DE 51 A 60 AÑOS	51	12	5,5
	52	4	1,8
	53	9	4,1
	54	4	1,8
	56	4	1,8
	57	1	,5
	58	1	,5
	59	1	,5
	60	1	,5
Total rango		**37**	**17,0**
DE 61 A 80 AÑOS	63	4	1,8
	64	2	,9
	65	1	,5
	66	2	,9

	68	2	,9
	71	3	1,4
	73	1	,5
	77	1	,5
Total rango		**16**	**7.4**
	Total	**218**	**100**[20]

Tabla 5. Distribución de número de pacientes por franja de edad.

Como se puede observar el 51,8% de los ingresos se concentran en el rango de edad comprendido entre 31 y los 50 años, siendo la edad media de ingreso de 40,5 años con una desviación típica de 12,9.

En cuanto a los valores de las variables cualitativas encontramos los siguientes resultados según variables sociodemográficas y clínicas. En el caso de las variables sociodemográficas los resultados son los siguientes:

SEXO	n	%
HOMBRE	125	57,3
MUJER	93	42,7
ESTADO CIVIL		
SOLTERO/A	115	52,8
CASADO/A//PAREJA DE HECHO	47	21,6
DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	37	17,0
VIUDO/A	15	6,9
LUGAR DE RESIDENCIA		
RURAL	107	49,1
URBANO	111	50,9
SITUACIÓN LABORAL		
EN ACTIVO	37	17,0
PARO	53	24,3
PAGA POR JUBILACIÓN, INVALIDEZ O INCAMPACITACIÓN	75	34,4
CUIDA DEL HOGAR	15	6,9
INGRESOS ECONÓMICOS		
SI	92	42,2
NO	28	12,8

[20] El sumatorio de % en esta tabla ha redondeado al alza los decimales al ser pasados los datos del programa SPSS al Word. Este redondeo hace que la suma de las casillas en negritas de un resultado de 100,4, es cual es resultado de dicho redondeo.

RECURSOS ECONÓMICOS		
SUFICIENTES	59	27,1
INSUFICIENTES	48	22,0
NIVEL DE ESTUDIOS		
SIN ESTUDIOS	19	8,7
GRADUADO ESCOLAR/ ESO	55	25,2
BACHILLERATO	7	3,2
FP	7	3,2
UNIVERSITARIOS	7	3,2
COMPETENCIAS SOCIALES		
BUENAS	88	40,4
MEDIAS	98	45,0
MALAS	28	12,8
ESTRÉS PSICOSOCIAL		
ACEPTABLES	107	49,1
DEFICITARIAS	106	48,6
PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		
SI	35	16,1
NO	177	81,2
TIPO NUCLEO FAMILIAR		
VIVE CON SUS PADRES	84	38,2
VIVE CON SU PROPIA FAMILIA	54	24,8
VIVE SOLO	41	18,8
COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	8	3,7
VIVE EN UNA INSTITUCION	13	6,0
VIVE CON SUS HIIJOS	6	2,8
VIVE A MEDIAS ENTRE INSTITUCIÓN Y FAMILA	6	2,8
TRANSEUNTE	2	0,9

Tabla 6. Variables sociodemográficas

En los anteriores datos sociobiográficos se puede observar que los hombres son más reingresadores que las mujeres (hasta un 14,6% más). Existe un predominio de solteros entre los reingresadores, con un 52,8% de la población total; no existiendo una diferencia destacable en lo que a pertenencia a un núcleo rural o urbano se refiere. Destaca que un 34,4 % de los reingresadores tienen algún tipo de minusvalía, incapacitación o invalidez. En cuanto a los ingresos económicos como a los recursos económicos no es destacable la muestra, ya que existen casi el mismo número de datos válidos que perdidos (de los que no se

ha podido obtener información). Sucede casi los mismo en lo referente a estudios, aunque cabe destacar que de los datos válidos el 25, 2% tienen el graduado escolar. Respecto a las competencias sociales destacar que un 57,8% de los pacientes reingresadores presentas unas competencias medias o malas. Respecto al estrés psicosocial no parece indicativo de diferencias, porque se produce en casi el mismo porcentaje. Y por último destacar que los pacientes reingresadores no presentan en su mayoría problemas judiciales, tan sólo el 16,1%. Y casi el 40% vive con sus padres.

A continuación mostraré los resultados descriptivos por frecuencia referentes a las variables clínicas de los pacientes:

ABANDONO DE TRATAMIENTO	n	%
SI	103	47,2
NO	113	51,8
TIPO DE TRATAMIENTO AL ALTA		
ORAL	145	66,5
ORAL E INYECTABLE	72	33,0
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		
SI	145	66,5
NO	71	32,6
CONSUMO DE TÓXICOS		
SI	103	47,2
NO	110	50,5
COMPONENTE AFECTIVO		
SI	131	60,1
NO	85	39,0
CARACTERÍSTICAS DEL COMPONENTE AFECTIVO		
HIPERTIMIA	5	2,3
HIPOTIMIA	65	29,8
DISTIMIA	52	23,9
ESQUIZOAFECTIVO	10	4,6
COMORBILIDAD		
SI	136	62,4
NO	82	37,6
GESTOS AUTÓLITCOS		
SI	109	50,0
NO	109	50,0

PERSONALIDAD PREMÓRBIDA		
TIPO A	25	11,5
TIPO B	92	42,2
TIPO C	28	12,8
MIXTA	15	6,9
NO DEFINIDA	29	13,3
CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS		
SI	212	97,2
NO	6	2,8
CONSUMO DE ANTIDEPRESIVOS		
SI	159	72,19
NO	59	27,1
CONSUMO DE NEUROLÉTICOS		
SI	187	85,8
NO	31	14,2
CONSUMO DE ANTIEPILÉTICOS		
SI	79	36,2
NO	139	63,8
CONSUMO DE EUTIMIZANTES		
SI	111	50,9
NO	107	49,1
CONSUMO DE DEPRIVATIVOS DEL ALCOHOL		
SI	9	4,1
NO	209	95,9
HIPNÓTIVOS SEDANTES		
SI	144	66,1
NO	74	33,9

Tabla 7. Variables clínicas

En las variables clínicas se puede observar que un 47,2% de los pacientes abandonan el tratamiento. La mitad de los pacientes son consumidores de tóxicos entre los que destacan el alcohol, el cannabis y la cocaína. El 60,1 % de los reingresadores tienen un componente afectivo que en la mayor parte causa con hipotimia o distimia siendo entre la suma de los dos el 53,7 % de los casos. Un gran número de pacientes, llegando al 62,4%, presentan alguna patología somática que se suma al trastorno mental. La ideación o la tentativa suicida está presente en un 50% de la población sometida a estudio. Destaca

también que de los 218 pacientes que forman parte de la muestra, 189 presentan un personalidad premórbida, es decir un 86,7%; siendo la personalidad más frecuente la Tipo B. Por último señalar que el consumo de medicación es habitual en casi la totalidad de la muestra, siendo los fármacos más consumidos los ansiolíticos, los neurolépticos y los hipnóticos sedantes.

Considero importante además señalar otras características asociadas a los reingresadores, como son el tipo de tóxicos que consumen principalmente, los tipos de patologías de tipo somáticas que sufren además de la patología mental y los principales diagnósticos que tienen al alta.

Siendo consumidores del tóxicos el 47,2% de los reingresadores, y no consumidores el 50,5%.

En cuanto al tipo de tóxico:

TIPO DE TÓXICO CONSUMIDO	**n**	**%**
ALCOHOL	79	36
CANNABIOIDES	58	27
COCAINA	49	22
OPIACEOS	25	11
ANFETAMINA	9	4

Tabla 8. Frecuencia del tóxico consumido

Se puede observar que el principal tóxico que consumen es el alcohol, con un 36% ,seguido de cerca de los cannabioides con un 27% y la cocaína con un 22%.

En cuanto al número de pacientes que además de la patología mental padecen otra u otras patologías somáticas, se puede observar en la siguiente tabla el número de pacientes que padecen de una a seis de estas patologías:

Patologías padecidas	n	%
UNA	124	56,9

DOS	56	25,7
TRES	24	11,0
CUATRO	7	3,2
CINCO	5	2,3
SEIS	2	0,9

Tabla 9. Número de patologías padecidas por número de pacientes.

La tipología de patologías somáticas padecidas se distribuye como a continuación detallo:

PATOLOGÍA ASOCIADA	n	%
OTRAS	37	17,0
DISLIPEMIA	32	14,7
ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR	35	16,1
OBESIDAD	20	9,2
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR O CIRCULATORIA	19	8,7
HIPOTIROIDISMO	19	8,7
ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA	16	7,3
HIPERTENSION ARTERIAL	14	6,4
DIABETES	12	5,5
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	9	4,1
ENFERMEDAD RENAL	5	2,3

Tabla 10. Tipo de patología asociada.

Entre los principales diagnósticos asociados a los pacientes una vez son dados de alta, indicar que en primer lugar mostraré el número de diagnósticos que son asignados por paciente, es decir que un mismo paciente puede tener asociados uno o más diagnósticos. Aclaro que la trascripción de los diagnósticos es tal y como aparece en los informes de altas revisados para estudio de investigación, y hago esta aclaración debido a que a algún clínico que pudiera leer esta tesis le resultará muy llamativo ver agitación psicomotriz en diagnósticos médicos.

NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS	n	%
UNO	218	100
DOS	140	64,2
TRES	55	25,2
CUATRO	12	5,5

CINCO	1	0,5

Tabla 11. Cantidad de diagnósticos psiquiátricos al alta por paciente.

Se puede observar que hay 140 pacientes que tiene dos diagnósticos al alta, y 55 pacientes que tienen tres diagnósticos al alta. Estos diagnósticos son:

DIAGNÓSTICO AL ALTA	n	%
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	98	23,1
TRASTORNO DEPRESIVO/DISTIMICO	82	19,3
ABUSO DE TOXICOS	40	9,4
DEPENDENCIA ALCOHOLICA	27	6,4
ESQUIZOFRENIA	24	5,7
RETRASO MENTAL LEVE,GRAVE O PROFUNDO	20	4,7
TRASTORNO BIPOLAR	19	4,5
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	15	3,5
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	14	3,3
TRASTORNO DE ANSIEDAD	14	3,3
TRASTORNO PSICÓTICO	14	3,3
TRASTORNO ADAPTATIVO	10	2,4
TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO	7	1,7
TRASTORNO PSICOTICO INDUCIDO POR TÓXICOS	7	1,7
TRASTORNO DELIRANTE	7	1,7
TRASTORNO ADAPTATIVO	7	1,7
GESTO AUTOLÍTICO	4	0,9
TRASTORNO CONVERSIVO	2	0,5
TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD	2	0,5
DEMENCIA	2	0,5
FUGA DISOCIATIVA	2	0,5
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	2	0,5
SINDROME GILES DE LA TOURETTE	1	0,2
DEPRESIÓN PSICÓTICA	1	0,2
TRASTORNO CICLOTÍMICO	1	0,2
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE ORIGEN ORGÁNICO	1	0,2
SINDROME DE KLEIN LEVIN	1	0,2

Tabla 12. Diagnóstico al alta por número de pacientes.

En la anterior tabla se puede observar que la gran mayoría de los diagnósticos asignados a los pacientes son los de *trastornos depresivos, trastornos de la personalidad y consumo de tóxicos.*

7.5.1.2 Estudio comparativo

En las siguientes tablas mostraré los resultados obtenidos en la comparación de las variables que he considerado más reveladoras para este estudio. Como ya indiqué en la metodología he sometido las variables a la prueba Chi-cuadrado (X^2) para ver si existe asociación entre ellas y he considerado un $p<0.005$ para considerar como positivas dicha asociación.

A. Variable sexo:

VARIABLE SEXO		HOMBRE		MUJER		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		125	57.3	93	42.7		
Estado Civil	SOLTERO/A	85	68	30	32,2	32,1	0.001
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	14	11,2	33	35,4		
	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	16	12,8	21	22,5		
	VIUDO/A	6	4,8	9	9,6		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	11	8,8	8	8,6	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	33	26,4	22	23,6		
	BACHILLERATO	4	3,2	3	3,2		
	FP	6	4,8	1	1,0		
	UNIVERSITARIO	5	4	2	2,1		

Tabla A.1. Características sociobiográficas comparadas con sexo

VARIABLE SEXO		HOMBRE		MUJER		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		125	57.3	93	42.7		
Situación laboral	EN ACTIVO	18	14,4	19	20,4	21.48	0.001
	PARO	32	25,6	21	22,5		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ	52	41,6	23	24,7		

	O INCAPACITACIÓN						
	CUIDA DEL HOGAR	1	0,8	14	15,0		
Ingresos económicos	SI	58	46,4	34	36,5	n. s.	n. s.
	NO	17	13,6	11	11,8		
Recursos económicos	SUFICIENTES	35	28	24	25,8	n. s.	n. s.
	INSUFICIENTES	29	23,2	19	20,4		

Tabla A.II. Características económicas y laborales comparadas con sexo.

VARIABLE SEXO		HOMBRE		MUJER		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		125	57.3	93	42.7		
Competencias sociales	BUENAS	43	34,4	45	48,3	n. s.	n. s.
	MEDIAS	61	48,8	37	39,7		
	MALAS	19	15,2	9	9,6		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	65	52	42	45,1	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	56	44,8	50	53,7		
Lugar de residencia	RURAL	62	49,6	45	48,3	n. s.	n. s.
	URBANA	63	50,4	48	51,6		
Problemas con la justicia	SI	32	25,6	3	3,2	20.19	0.001
	NO	89	71,2	88	94,6		
Relación con la familia	BUENA	14	11,2	22	23,6	n. s.	n. s.
	ACEPTABLE	33	26,4	13	13,9		
	DEFICIATARIA	75	60	57	61,2		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	65	52	19	20,4	4.08	0.001
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	15	12	39	41,9		
	VIVE SOLO	22	17,6	19	20,4		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	3	2,4	5	5,3		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	9	7,2	4	4,3		
	VIVE CON SUS HIJOS	1	0,8	5	5,3		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	4	3,2	2	2,1		
	TRANSEUNTE	2	1,6	0	0		

Tabla A.III. Características respecto al entorno socio-familiar comparadas con sexo.

VARIABLE SEXO	HOMBRE		MUJER		X^2	p.
	n=	%=	n=	%=		
	125	57.3	93	42.7		

Conciencia de enfermedad	SI	73	58,4	72	77,4	8.99	0.002
	NO	51	40,8	20	21,5		
Consumo de tóxicos	SI	79	63,2	24	25,8	30.7	0.001
	NO	43	34,4	67	72,0		
Componente afectivo	SI	63	50,4	68	73,1	11.81	0.001
	NO	61	48,8	24	25,8		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	4	3,2	1	1,07	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	34	27,2	31	33,3		
	DISTIMIA	18	14,4	34	36,5		
	ESQUIZOAFECTIVO	7	5,6	3	3,2		
Comorbilidad	SI	76	60,8	60	64,5	n. s.	n. s.
	NO	49	39,2	33	35,4		
Gestos autolíticos	SI	57	45,6	52	55,9	n. s.	n. s.
	NO	68	54,4	41	44,0		
Personalidad premórbida	TIPO A	19	15,2	6	6,4	n. s.	n. s.
	TIPO B	55	44	37	39,7		
	TIPO C	11	8,8	17	18,2		
	MIXTA	8	6,4	7	7,5		
	NO DEFININA	19	15,2	10	10,7		

Tabla A.IV. Características clínicas comparadas con sexo.

VARIABLE SEXO		HOMBRE		MUJER		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		125	57.3	93	42.7		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	74	59,2	71	76,3	6.65	0.007
	INYECTABLE	50	40	22	23,6		
Consumo de ansiolíticos	SI	121	96,8	91	97,8	n. s.	n. s.
	NO	4	3,2	2	2,1		
Consumo de antidepresivos	SI	80	64	79	84,9	11.85	0.001
	NO	45	36	14	15,0		
Consumo de neurolépticos	SI	108	86,4	79	84,9	n. s.	n. s.
	NO	17	13,6	14	15,0		
Consumo de hipnóticos sedantes	SI	83	66,4	61	65,5	n. s.	n. s.
	NO	42	33,6	32	34,4		
Abandono terapéutico	SI	72	57,6	31	33,3	12.57	0.001
	NO	52	41,6	61	65,5		

Tabla A.V. Características farmacológicas comparadas con el sexo.

Según las tablas anteriores se puede observar que el paciente reingresador, es varón en comparación con la mujer, suele estar soltero, con peores competencias sociales además de tener más problemas con la justicia, y suelen depender de una paga del estado. Suelen abandonar más el tratamiento y aunque casi no hay diferencia con el sexo femenino, en el hombre se suele usar más el tratamiento inyectable. Suelen vivir con los padres, y las relaciones familiares son peores, además de tener peor conciencia de enfermedad. El tipo de personalidad premórbida suele ser de tipo A y B.

En cuanto a la mujer suele tener un mayor componente afectivo sobre todo de tipo distímico, y su personalidad premórbida suele ser de tipo B y C.

B. Variable relación con la familia:

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA		BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		X^2	p.
		n=36	%=16.5	n=46	%=21.1	n=132	%=60.6		
Estado Civil	SOLTERO/A	9	25,0	27	58,7	76	57,6	39,64	0.001
	CASADO/A/ PAREJA DE HECHO	22	61,1	6	13,0	19	14,4		
	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	2	5,6	10	21,7	25	18,9		
	VIUDO/A	3	8,3	3	6,5	9	6,8		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	3	8,3	4	8,7	11	8,3	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	9	25,0	12	26,1	34	25,8		
	BACHILLERATO	3	8,3	0	-	4	3,0		
	FP	1	2,8	2	4,3	4	3,0		
	UNIVERSITARIO	1	2,8	2	4,3	4	3,0		

Tabla B.1. Características sociobiográficas comparadas con la variable relación con la familia.

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA	BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		X^2	p.
	n=36	%=16.5	n=46	%=21.1	n=132	%=60.6		

Situación laboral	EN ACTIVO	8	22,2	11	23,9	18	13,6	n. s.	n. s.
	PARO	10	27,8	9	19,6	34	25,8		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	8	22,2	15	32,6	49	37,1		
	CUIDA DEL HOGAR	6	16,7	4	8,7	5	3,8		
Ingresos económicos	SI	15	41,7	20	43,5	55	41,7	n. s.	n. s.
	NO	3	8,3	6	13,0	19	14,4		
Recursos económicos	SUFICIENTES	17	47,2	13	28,3	26	19,7	11,593	0,003
	INSUFICIENTES	3	8,3	9	19,6	36	27,3		

Tabla B.2. Características económicas-laborales comparadas con la variable relación con la familia.

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA		BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		X^2	p.
		n=36	%=16.5	n=46	%=21.1	n=132	%=60.6		
Competencias sociales	BUENAS	23	63,9	23	50,0	42	31,8	14,022	0,007
	MEDIAS	10	27,8	19	41,3	68	51,5		
	MALAS	3	8,3	3	6,5	19	14,4		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	19	52,8	28	60,9	56	42,4	n. s.	n.s
	DEFICIATARIO	17	47,2	18	39,1	71	53,8		
Lugar de residencia	RURAL	19	52,8	24	52,2	61	46,2	n. s.	n. s.
	URBANA	17	47,2	22	47,8	71	53,8		
Problemas con la justicia	SI	3	8,3	3	6,5	29	22,0	n.s	n.s
	NO	33	91,7	41	89,1	99	75,0		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	10	27,8	25	54,3	49	37,1	38,639	0.001
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	22	61,1	7	15,2	25	18,9		
	VIVE SOLO	1	2,8	8	17,4	32	24,2		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	0	-	1	2,2	7	5,3		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	2	5,6	2	4,3	6	4,5		
	VIVE CON SUS HIJOS	1	2,8	2	4,3	3	2,3		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y	0	-	1	2,2	5	3,8		

	LA FAMILIA								
	TRANSEUNTE	0	-	0	-	2	1,5		

Tabla B.3. Características del entorno socio-familiar comparadas con la variable relación con la familia.

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA		BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		X^2	p.
		n=36	%=16.5	n=46	%=21.1	n=132	%=60.6		
Conciencia de enfermedad	SI	31	86,1	32	69,6	78	59,1	n. s.	n. s.
	NO	5	13,9	14	30,4	52	39,4		
Consumo de tóxicos	SI	5	13,9	23	50,0	74	56,1	19,631	0.001
	NO	29	80,6	23	50,0	55	41,7		
Componente afectivo	SI	26	72,2	32	69,6	73	55,3	n. s.	n. s.
	NO	10	27,8	14	30,4	57	43,2		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	0	-	3	6,5	2	1,5	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	7	19,4	17	37,0	41	31,1		
	DISTIMIA	19	52,8	9	19,6	24	18,2		
	ESQUIZOAFECTIVO	0	-	3	6,5	7	5,3		
Coomorbilidad	SI	23	63,9	31	67,4	81	61,4	n. s.	n. s.
	NO	13	36,1	15	32,6	51	38,6		
Gestos autolíticos	SI	17	47,2	24	52,2	66	50,0	n. s.	n. s.
	NO	19	52,8	22	47,8	66	50,0		
Personalidad premórbida	TIPO A	1	2,8	7	15,2	16	12,1	25,157	0,001
	TIPO B	7	19,4	21	45,7	64	48,5		
	TIPO C	11	30,6	5	10,9	12	9,1		
	MIXTA	3	8,3	1	2,2	11	8,3		
	NO DEFININA	7	19,4	8	17,4	12	9,1		

Tabla B.4. Características clínicas comparadas con la variable relación con la familia.

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA		BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		X^2	p.
		n=36	%=16.5	n=46	%=21.1	n=132	%=60.6		
Abandono terapéutico	SI	6	16,7	20	43,5	76	57,6	20,233	0,001
	NO	30	83,3	26	56,5	54	40,9		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	31	86,1	33	71,7	79	59,8	n. s.	n. s.
	INYECTABLE	5	13,9	13	28,3	52	39,4		

Consumo de ansiolíticos	SI	33	91,7	46	100,	129	97,7	n. s.	n. s.
	NO	3	8,3	0	-	3	2,3		
Consumo de antidepresivos	SI	29	80,6	33	71,7	96	72,7	n. s.	n. s.
	NO	7	19,4	13	28,3	36	27,3		
Consumo de hipnóticos sedantes	SI	25	69,4	30	65,2	88	66,7	n. s.	n. s.
	NO	11	30,6	16	34,8	44	33,3		

Tabla B.5. Características farmacológicas comparadas con la variable relación con la familia.

En las anteriores tablas se puede observar que aquellos pacientes que son reingresadores y que tienen una relación deficitaria con su familia suelen ser solteros con pocos recursos económicos y que protagonizan un mayor número de abandonos terapéuticos. Siendo los pacientes que viven solos o con sus padres los que mayores relaciones deficitarias tienen, a lo que se le suma unas competencias sociales malas. Además, suelen ser consumidores de tóxicos, y presentan algún tipo de personalidad premórbida, siendo la más característica la Tipo B.

C. Conciencia de enfermedad:

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		SI		NO		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		145	66.5	71	32.6		
Estado Civil	SOLTERO/A	65	44,8	50	70,4	13,376	0,004
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	37	25,5	9	12,7		
	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	28	19,3	9	12,7		
	VIUDO/A	13	9,0	2	2,8		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	11	7,6	8	11,3	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	40	27,6	15	21,1		
	BACHILLERATO	3	2,1	4	5,6		
	FP	3	2,1	4	5,6		
	UNIVERSITARIO	4	2,8	3	4,2		

Tabla C.1. Características sociobiográficas comparada con conciencia de enfermedad.

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		SI		NO		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		145	66.5	71	32.6		
Situación laboral	EN ACTIVO	26	17,9	11	15,5	n. s.	n. s.
	PARO	31	21,4	22	31,0		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	53	36,6	22	31,0		
	CUIDA DEL HOGAR	13	9,0	2	2,8		
Ingresos económicos	SI	65	44,8	27	38,0	n. s.	n. s.
	NO	16	11,0	12	16,9		
Recursos económicos	SUFICIENTES	44	30,3	15	21,1	n. s.	n. s.
	INSUFICIENTES	33	22,8	15	21,1		

Tabla C.2. Características económicas-laborales comparadas con conciencia de enfermedad.

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		SI		NO		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		145	66.5	71	32.6		
Competencias sociales	BUENAS	67	46,2	20	28,2	n. s.	n. s.
	MEDIAS	61	42,1	37	52,1		
	MALAS	14	9,7	14	19,7		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	70	48,3	37	52,1	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	73	50,3	32	45,1		
Lugar de residencia	RURAL	77	53,1	28	39,4	n. s.	n. s.
	URBANA	68	46,9	43	60,6		
Problemas con la justicia	SI	17	11,7	18	25,4	n. s.	n. s.
	NO	125	86,2	51	71,8		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	47	32,4	37	52,1	n. s.	n. s.
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	44	30,3	9	12,7		
	VIVE SOLO	31	21,4	10	14,1		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	7	4,8	1	1,4		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	8	5,5	5	7,0		
	VIVE CON SUS HIJOS	4	2,8	2	2,8		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	3	2,1	3	4,2		

TRANSEUNTE	0	0,0	2	2,8	

Tabla C.3. Características del entorno socio-familiar comparadas con conciencia de enfermedad.

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		SI		NO		X^2	p.
		n= 145	%= 66.5	n= 71	%= 32.6		
Consumo de tóxicos	SI	58	40,0	45	63,4	10,03	0,001
	NO	83	57,2	25	35,2		
Componente afectivo	SI	108	74,5	22	31,0	37,50	0.001
	NO	36	24,8	48	67,6		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	4	2,8	1	1,4	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	48	33,1	16	22,5		
	DISTIMIA	47	32,4	5	7,0		
	ESQUIZOAFECTIVO	8	5,5	2	2,8		
Coomorbilidad	SI	95	65,5	40	56,3	n. s.	n. s.
	NO	50	34,5	31	43,7		
Gestos autolíticos	SI	81	55,9	27	38,0	n. s.	n. s.
	NO	64	44,1	44	62,0		
Personalidad premórbida	TIPO A	14	9,7	11	15,5	n. s.	n. s.
	TIPO B	56	38,6	35	49,3		
	TIPO C	26	17,9	2	2,8		
	MIXTA	8	5,5	7	9,9		
	NO DEFININA	21	14,5	8	11,3		

Tabla C.4.Características clínicas comparadas con conciencia de enfermedad.

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD		SI		NO		X^2	p.
		n= 145	%= 66.5	n= 71	%= 32.6		
Abandono terapéutico	SI	41	28,3	62	87,3	65,99	0.001
	NO	103	71,0	9	12,7		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	110	75,9	33	46,5	17,48	0.001
	INYECTABLE	35	24,1	37	52,1		
Consumo de ansiolíticos	SI	140	96,6	70	98,6	n. s.	n. s.
	NO	5	3,4	1	1,4		
Consumo de antidepresivos	SI	117	80,7	41	57,7	12,77	0.001
	NO	28	19,3	30	42,3		
Consumo de	SI	118	81,4	67	94,4	n. s.	n. s.

neurolépticos	NO	27	18,6	4	5,6		
Consumo de hipnóticos sedantes	SI	95	65,5	47	66,2	n. s.	n. s.
	NO	50	34,5	24	33,8		

Tabla C.5. Características farmacológicas comparadas con conciencia de enfermedad.

Los pacientes reingresadores que tienen menor conciencia de enfermedad son los solteros, con un alto abandono del tratamiento cuando este es oral. A lo que se le suma que aquellos pacientes que no tienen conciencia de enfermedad son consumidores habituales de tóxicos, y suelen ser pacientes que son tratados con antipsicóticos.

D. Problemas con la justicia:

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		SI		NO		X^2	p.
		n= 35	%= 16.1	n= 177	%= 81.2		
Estado Civil	SOLTERO/A	65	44,8	50	70,4	13,376	0,004
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	37	25,5	9	12,7		
	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	28	19,3	9	12,7		
	VIUDO/A	13	9,0	2	2,8		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	2	5,7	17	9,6	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	11	31,4	42	23,7		
	BACHILLERATO	0	0,0	7	4,0		
	FP	1	2,9	6	3,4		
	UNIVERSITARIO	0	0,0	7	4,0		

Tabla D.1. Características sociobiográficas comparadas con problemas con la justicia.

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		SI		NO		X^2	p.
		n= 35	%= 16.1	n= 177	%= 81.2		
Situación laboral	EN ACTIVO	7	20,0	30	16,9	n. s.	n. s.
	PARO	14	40,0	37	20,9		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	8	22,9	67	37,9		
	CUIDA DEL HOGAR	0	0,0	15	8,5		
Ingresos	SI	12	34,3	80	45,2	n. s.	n. s.

económicos	NO	7	20,0	20	11,3		
Recursos económicos	SUFICIENTES	6	17,1	53	29,9	n. s.	n. s.
	INSUFICIENTES	11	31,4	35	19,8		

Tabla D.2. Características económicas-laborales comparadas con problemas con la justicia.

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		SI		NO		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		35	16.1	177	81.2		
Competencias sociales	BUENAS	10	28,6	76	42,9	n. s.	n. s.
	MEDIAS	19	54,3	77	43,5		
	MALAS	5	14,3	23	13,0		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	16	45,7	89	50,3	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	17	48,6	87	49,2		
Lugar de residencia	RURAL	11	31,4	92	52,0	n. s.	n. s.
	URBANA	24	68,6	85	48,0		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	17	48,6	65	36,7	n. s.	n. s.
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	7	20,0	47	26,6		
	VIVE SOLO	7	20,0	32	18,1		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	0	0,0	7	4,0		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	1	2,9	12	6,8		
	VIVE CON SUS HIJOS	0	0,0	6	3,4		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	1	2,9	5	2,8		
	TRANSEUNTE	2	5,7	0	0,0		

Tabla D.3. Características del entorno socio-familiar comparadas con problemas con la justicia.

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		SI		NO		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		35	16.1	177	81.2		
Consumo de tóxicos	SI	31	88,6	67	37,9	28,72	0.001
	NO	4	11,4	105	59,3		
Componente afectivo	SI	17	48,6	110	62,1	n. s.	n. s.
	NO	17	48,6	66	37,3		
Características del componente	HIPERTIMIA	1	2,9	4	2,3	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	14	40,0	47	26,6		
	DISTIMIA	1	2,9	51	28,8		

afectivo	ESQUIZOAFECTIVO	2	5,7	8	4,5		
Coomorbilidad	SI	19	54,3	115	65,0	n. s.	n. s.
	NO	16	45,7	62	35,0		
Gestos autolíticos	SI	19	54,3	87	49,2	n. s.	n. s.
	NO	16	45,7	90	50,8		
Personalidad premórbida	TIPO A	2	5,7	23	13,0	n. s.	n. s.
	TIPO B	22	62,9	67	37,9		
	TIPO C	1	2,9	26	14,7		
	MIXTA	5	14,3	10	5,6		
	NO DEFININA	3	8,6	26	14,7		

Tabla D.4. Características clínicas comparadas con problemas con la justicia.

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA		SI		NO		X^2	p.
		n= 35	%= 16.1	n= 177	%= 81.2		
Abandono terapéutico	SI	27	77,1	72	40,7	15,61	0.001
	NO	8	22,9	105	59,3		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	18	51,4	122	68,9	n. s.	n. s.
	INYECTABLE	17	48,6	54	30,5		
Consumo de ansiolíticos	SI	34	97,1	172	97,2	n. s.	n. s.
	NO	1	2,9	5	2,8		
Consumo de antidepresivos	SI	25	71,4	130	73,4	n. s.	n. s.
	NO	10	28,6	47	26,6		
Consumo de hipnóticos sedantes	SI	21	60,0	118	66,7	n. s.	n. s.
	NO	14	40,0	59	33,3		

Tabla D. 5. Características farmacológicas comparadas con problemas con la justicia.

Aunque los pacientes reingresadores nos suelen tener problemas con las justicia, aquellos que los tienen se caracterizan por vivir en un entorno urbano, con una situación laboral caracterizada por el paro y con recursos económicos insuficientes. Tienen altas tasas de abandono de tratamiento y suelen consumir tóxicos.

E. Variable tipo de personalidad premórbida:

Debido a que los principales tipos de personalidad premórbida que aparecen en el descriptivo son las Tipo A, B y C, será con ellas con las que realice las tablas de contingencia con el resto de variables.

VARIABLE PREMÓRBIDA	PERSONALIDAD	TIPO A		TIPO B		TIPO C		X^2	p.
		n= 25	%= 11.5	n= 92	%= 42.2	n= 28	%= 12.8		
Estado Civil	SOLTERO/A	21	84,0	45	48,9	12	42,9	n. s.	n. s.
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	2	8,0	20	21,7	10	35,7		
	DIVORCIADO/A //SEPARADO/A	2	8,0	19	20,7	5	17,9		
	VIUDO/A	0	0,0	7	7,6	0	0,0		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	2	8,0	6	6,5	2	7,1	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	4	16,0	29	31,5	8	28,6		
	BACHILLERATO	2	8,0	2	2,2	1	3,6		
	FP	0	0,0	2	2,2	1	3,6		
	UNIVERSITARIO	2	8,0	1	1,1	2	7,1		

Tabla E. 1 Características sociobiográficas comparadas con la variable de personalidad premórbida.

VARIABLE PREMÓRBIDA	PERSONALIDAD	TIPO A		TIPO B		TIPO C		X^2	p.
		n= 25	%= 11.5	n= 92	%= 42.2	n= 28	%= 12.8		
Situación laboral	EN ACTIVO	1	4,0	17	18,5	7	25,0	n. s.	n. s.
	PARO	5	20,0	28	30,4	7	25,0		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	12	48,0	28	30,4	5	17,9		
	CUIDA DEL HOGAR	0	0,0	6	6,5	5	17,9		
Ingresos económicos	SI	11	44,0	39	42,4	10	35,7	n. s.	n. s.
	NO	4	16,0	14	15,2	3	10,7		
Recursos económicos	SUFICIENTES	7	28,0	21	22,8	8	28,6	n. s.	n. s.
	INSUFICIENTES	3	12,0	28	30,4	5	17,9		

Tabla E.2. Características económica-laborales comparadas con la variable de personalidad premórbida.

VARIABLE PREMÓRBIDA	PERSONALIDAD	TIPO A		TIPO B		TIPO C		X^2	p.
		n= 25	%= 11.5	n= 92	%= 42.2	n= 28	%= 12.8		
Competencias sociales	BUENAS	9	36.0	39	42,4	15	53,6	29,9	0,001
	MEDIAS	10	40,0	47	51,6	10	35,7		

	MALAS	6	24,0	5	5,4	2	7,1		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	14	56,0	40	43,5	12	42,9	n. s.	n. s.
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	2	8,0	25	27,2	10	35,7		
	VIVE SOLO	5	20,0	16	17,4	2	7,1		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	0	0,0	3	3,3	3	10,7		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	3	12,0	2	2,2	0	0,0		
	VIVE CON SUS HIJOS	0	0,0	1	1,1	1	3,6		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	1	4,0	2	2,2	0	0,0		
	TRANSEUNTE	0	0,0	1	1,1	0	0,0		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	17	68,0	40	43,5	15	53,6	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	8	32,0	50	54,3	13	46,4		
Lugar de residencia	RURAL	14	56,0	44	47,8	15	53,6	n. s.	n. s.
	URBANA	11	44,0	48	52,2	13	46,4		

Tabla E. 3. Características del entorno socio-familiar comparadas con la variable de personalidad premórbida.

VARIABLE PREMÓRBIDA	PERSONALIDAD	TIPO A		TIPO B		TIPO C		X^2	p.
		n= 25	%= 11.5	n= 92	%= 42.2	n= 28	%= 12.8		
Consumo de tóxicos	SI	13	52,0	63	68,5	5	17,9	33,65	0.001
	NO	12	48,0	26	28,3	22	78,6		
Componente afectivo	SI	10	40,0	62	67,4	26	92,9	20,17	0.001
	NO	15	60,0	29	31,5	2	7,1		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	0	0,0	4	4,3	0	0,0	89,76	0.001
	HIPOTIMIA	1	4,0	38	41,3	8	28,6		
	DISTIMIA	1	4,0	21	22,8	17	60,7		
	ESQUIZOAFECTIVO	8	32,0	1	1,1	0	0,0		
Coomorbilidad	SI	14	56,0	54	58,7	19	67,9	n. s.	n. s.
	NO	11	44,0	38	41,3	9	32,1		
Gestos autolíticos	SI	6	24,0	68	73,9	13	46,4	34,80	0.001
	NO	19	76,0	24	26,1	15	53,6		

Tabla E. 4. Características clínicas comparadas con la variable de personalidad premórbida.

VARIABLE PREMÓRBIDA	PERSONALIDAD	TIPO A		TIPO B		TIPO C		X^2	p.
		n= 25	%= 11.5	n= 92	%= 42.2	n= 28	%= 12.8		
Abandono terapéutico	SI	18	72,0	54	58,7	6	21,4	26,57	0.001
	NO	7	28,0	38	41,3	22	78,6		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	6	24,0	63	68,5	25	89,3	28,44	0.001
	INYECTABLE	19	76,0	28	30,4	3	10,7		
Consumo de ansiolíticos	SI	25	100	91	98,9	28	100	n. s.	n. s.
	NO	0	0,0	1	1,1	0	0,0		
Consumo de antidepresivos	SI	8	32,0	80	87,0	26	92,9	43,10	0.001
	NO	17	68,0	12	13,0	2	7,1		

Tabla E.5. Características farmacológicas comparadas con la variable de personalidad premórbida.

El tipo de personalidad premórbida que más se caracteriza en el trastorno Tipo B, y como relaciones significativas cabe destacar que tienden más al abandono de tratamiento, aunque curiosamente predomina en la prescripción el tratamiento oral por parte de los psiquiatras. Tiene asociado además un consumo de tóxicos acompañado de un componente afectivo que suele ser hipotímico y distímico en los Tipo B. También existe una relación entre el componente de personalidad y los gestos autolíticos, casi triplicando los que tienen dichos intentos autolíticos a los que no los tienen en lo tipo B. Destacando que el ratio en los Tipo A es a la inversa, es decir son más lo que no han tenido ideas o tentativas de suicidio que los que lo han tenido. Destaca también el alto consumo de antidepresivos del Tipo B y C en comparación con el tipo A.

F. Variable abandono de tratamiento

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO		SI		NO		X^2	p.
		n= 103	%= 47.2	n= 113	%= 51.8		
Estado Civil	SOLTERO/A	62	60,2	52	46,0	n. s.	n. s.
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	14	13,6	33	29,2		

	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	18	17,5	19	16,8		
	VIUDO/A	7	6,8	8	7,1		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	8	7,8	11	10,7	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	26	25,2	29	28,2		
	BACHILLERATO	5	4,9	2	1,9		
	FP	2	1,9	5	4,9		
	UNIVERSITARIO	5	4,9	2	1,9		

Tabla F.1. Características sociobiográficas comparadas con variable de abandono de tratamiento.

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO		SI		NO		X^2	p.
		n= 103	%= 47.2	n= 113	%= 51.8		
Situación laboral	EN ACTIVO	15	14,6	22	19,5	n. s.	n. s.
	PARO	30	29,1	23	20,4		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	35	34,0	40	35,4		
	CUIDA DEL HOGAR	3	2,9	12	10,6		
Ingresos económicos	SI	40	38,8	52	46,0	n. s.	n. s.
	NO	17	16,5	11	9,7		
Recursos económicos	SUFICIENTES	16	15,5	43	38,1	15,082	0.001
	INSUFICIENTES	31	30,1	17	15,0		

Tabla F.2.Características económicas-laborales comparadas con variable de abandono de tratamiento.

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO		SI		NO		X^2	p.
		n= 103	%= 47.2	n= 113	%= 51.8		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	43	41,7	64	56,6	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	57	55,3	49	43,4		
Lugar de residencia	RURAL	45	43,7	61	54,0	n. s.	n. s.
	URBANA	58	56,3	52	46,0		
Relación con la familia	BUENA	6	1,0	30	0,9	23.233	0.001
	ACEPTABLE	20	1,0	26	0,9		
	DEFICIATARIA	76	1,0	54	0,9		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	48	46,6	36	31,9	n. s.	n. s.
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	16	15,5	38	33,6		
	VIVE SOLO	22	21,4	18	15,9		
	COMPARTE PISO CON	4	3,9	4	3,5		

OTRAS PERSONAS				
VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	3	2,9	10	8,8
VIVE CON SUS HIJOS	2	1,9	4	3,5
VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	3	2,9	3	2,7
TRANSEUNTE	2	1,9	0	0,0

Tabla F.3. Características del entorno socio-familiar comparadas con variable de abandono de tratamiento.

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO		SI		NO		X^2	p.
		n= 103	%= 47.2	n= 113	%= 51.8		
Consumo de tóxicos	SI	69	67,0	33	29,2	29,469	0.001
	NO	33	32,0	76	67,3		
Componente afectivo	SI	49	47,6	81	71,7	12,004	0.001
	NO	52	50,5	32	28,3		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	2	1,9	3	2,7	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	31	30,1	33	29,2		
	DISTIMIA	11	10,7	41	36,3		
	ESQUIZOAFECTIVO	6	5,8	4	3,5		
Coomorbilidad	SI	60	58,3	76	67,3	n. s.	n. s.
	NO	43	41,7	37	32,7		
Gestos autolíticos	SI	49	47,6	60	53,1	n. s.	n. s.
	NO	54	52,4	53	46,9		

Tabla F.4. Características clínicas comparadas con variable de abandono de tratamiento.

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO		SI		NO		X^2	p.
		n= 103	%= 47.2	n= 113	%= 51.8		
Tipo de tratamiento al alta	ORAL	50	48,5	93	82,3	26,659	0.001
	INYECTABLE	52	50,5	20	17,7		
Consumo de ansiolíticos	SI	101	98,1	109	96,5	n. s.	n. s.
	NO	2	1,9	4	3,5		
Consumo de antidepresivos	SI	65	63,1	94	83,2	n. s.	n. s.
	NO	38	36,9	19	16,8		
Consumo de neurolépticos	SI	94	91,3	91	80,5	n. s.	n. s.
	NO	9	8,7	22	19,5		
Consumo de	SI	68	66,0	75	66,4	n. s.	n. s.

hipnóticos sedantes	NO	35	34,0	38	33,6		

Tabla F.5. Características familiares comparadas con variable de abandono de tratamiento.

Antes de mostrar los resultados de la anterior tabla indicar que la n elevada en los tratamientos inyectables se debe a que dado que el paciente tiene historial de abandono terapéutico el psiquiatra opta por prescribir tratamiento inyectable.

Existe relación entre el abandono de tratamiento y los recursos económicos insuficientes. Estos pacientes reingresadores van a tener relacionado un consumo de tóxicos, y existe un componente afectivo con tendencia a la hipotimia por lo que es característico el mayor consumo de antidepresivos.

G. Variable tipo de tratamiento

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO		ORAL		ORAL E INYECTABLE		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		145	66.5	72	33		
Estado Civil	SOLTERO/A	61	42,1	54	81,8	19,79	0.001
	CASADO/A//PAREJA DE HECHO	39	26,9	8	12,1		
	DIVORCIADO/A//SEPARADO/A	30	20,7	7	10,6		
	VIUDO/A	12	8,3	3	4,5		
Nivel de estudios	SIN ESTUDIOS	12	8,3	7	10,6	n. s.	n. s.
	GRADUADO ESCOLAR/ESO	37	25,5	18	27,3		
	BACHILLERATO	2	1,4	5	7,6		
	FP	4	2,8	3	4,5		
	UNIVERSITARIO	4	2,8	3	4,5		

Tabla G.1. Características sociobiográficas comparadas con variable del tipo de tratamiento.

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO		ORAL		ORAL E INYECTABLE		X^2	p.
		n=	%=	n=	%=		
		145	66.5	72	33		
Situación	EN ACTIVO	27	18,6	10	15,2	n. s.	n. s.

laboral	PARO	35	24,1	18	27,3		
	PAGA POR JUBILACIÓN,INVALIDEZ O INCAPACITACIÓN	46	31,7	29	43,9		
	CUIDA DEL HOGAR	12	8,3	3	4,5		
Ingresos económicos	SI	60	41,4	32	48,5	n. s.	n. s.
	NO	19	13,1	9	13,6		
Recursos económicos	SUFICIENTES	40	27,6	19	28,8	n. s.	n. s.
	INSUFICIENTES	31	21,4	17	25,8		

Tabla G.2. Características económica-laborales comparadas con variable del tipo de tratamiento.

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO		ORAL		ORAL E INYECTABLE		X^2	p.
		n= 145	%= 66.5	n= 72	%= 33		
Lugar de residencia	RURAL	75	51,7	32	48,5	n. s.	n. s.
	URBANA	70	48,3	40	60,6		
Competencias sociales	BUENAS	70	0,7	18	1,5	15.0	0.001
	MEDIAS	59	0,7	38	1,5		
	MALAS	12	0,7	16	1,5		
Estrés psicosocial	ACEPTABLE	68	46,9	39	59,1	n. s.	n. s.
	DEFICIATARIO	74	51,0	31	47,0		
Tipo de núcleo familiar	VIVE CON SUS PADRES	48	33,1	36	54,5	n. s.	n. s.
	VIVE CON SU PROPIA FAMILA	46	31,7	8	12,1		
	VIVE SOLO	28	19,3	13	19,7		
	COMPARTE PISO CON OTRAS PERSONAS	6	4,1	2	3,0		
	VIVE EN UNA INSTITUCIÓN	5	3,4	8	12,1		
	VIVE CON SUS HIJOS	5	3,4	1	1,5		
	VIVE A MEDIAS ENTRE UNA INSTITUCIÓN Y LA FAMILIA	3	2,1	3	4,5		
	TRANSEUNTE		0,7		1,5		

Tabla G.3. Características del entorno socio-laboral comparadas con variable del tipo de tratamiento.

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO		ORAL		ORAL E INYECTABLE		X^2	p.
		n= 145	%= 66.5	n= 72	%= 33		
Consumo de tóxicos	SI	61	42,1	41	62,1	n. s.	n. s.
	NO	81	55,9	29	43,9		
Componente afectivo	SI	108	74,5	22	33,3	38,53	0.001
	NO	36	24,8	49	74,2		
Características del componente afectivo	HIPERTIMIA	4	2,8	1	1,5	n. s.	n. s.
	HIPOTIMIA	54	37,2	10	15,2		
	DISTIMIA	43	29,7	9	13,6		
	ESQUIZOAFECTIVO	6	4,1	4	6,1		
Coomorbilidad	SI	95	65,5	40	60,6	n. s.	n. s.
	NO	50	34,5	32	48,5		
Gestos autolíticos	SI	83	57,2	25	37,9	9,75	0.001
	NO	62	42,8	47	71,2		

Tabla G. 4. Características clínicas comparadas con variable del tipo de tratamiento.

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO		ORAL		ORAL E INYECTABLE		X^2	p.
		n= 145	%= 66.5	n= 72	%= 33		
Consumo de ansiolíticos	SI	140	96,6	71	107,6	n. s.	n. s.
	NO	5	3,4	1	1,5		
Consumo de antidepresivos	SI	124	85,5	34	51,5	35,64	0.001
	NO	21	14,5	38	57,6		
Consumo de neurolépticos	SI	116	80,0	71	107,6	13,98	0.001
	NO	29	20,0	1	1,5		
Consumo de hipnóticos sedantes	SI	47	32,4	32	48,5	n. s.	n. s.
	NO	98	67,6	40	60,6		

Tabla G.5. Características farmacológicas comparadas con variable del tipo de tratamiento.

Los pacientes con tratamiento oral e inyectable suelen ser pacientes solteros, con competencias sociales malas y con un menor componente afectivo. Tiene un menor número de gestos autolíticos.

En cuanto a la comparación de las variables cuantitativas edad, número de ingresos y número de visitas a urgencias, con las variables cualitativas los resultados fueron los siguientes.

H. Variable sexo

VARIABLE SEXO	HOMBRE		MUJER		t	p
	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	39,02	11,64	42,65	14,23	-2,0	0,047
Nº DE INGRESOS	5	3,19	5,16	3,44	-0,35	0,725
ASISTENCIA EN URGENCIAS	8,54	7,78	10,17	9,89	-1,31	0,189

Tabla H.1. Tabla de sexo comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

I. Variable relación con la familia

VARIABLE RELACIÓN CON LA FAMILIA	BUENA		ACEPTABLE		DEFICITARIA		F	p
	x̄	SX	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	46,08	14,43	40,33	11,48	39,20	12,59	4,17	0,017
Nº DE INGRESOS	4,94	2,78	4,83	2,43	5,23	3,71	0,29	0,748
ASISTENCIA EN URGENCIAS	7,44	5,96	7,67	5,01	10,35	10,27	2,54	0,081

Tabla I.1. Tabla de relación con la familia comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

J. Variable conciencia de enfermedad

VARIABLE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	SI		NO		t	p
	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	43,40	13,29	34,80	10,14	5.26	0.0001
Nº DE INGRESOS	4,88	2,98	5,46	3,89	-1,11	0.226
ASISTENCIA EN URGENCIAS	9,67	9,45	8.52	7,20	0.98	0.36

Tabla J.1. Tabla de conciencia de enfermedad comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

K. Variable problemas con la justicia

VARIABLE PROBLEMAS CON LA JUSTICIA	SI		NO		t	p
	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	34,31	9,29	41,75	13,34	-3,99	0,0001
Nº DE INGRESOS	41,75	13.48	4,90	2,77	1,11	0,098
ASISTENCIA EN URGENCIAS	11,14	11,59	8,73	7,99	1,17	0,135

Tabla K.1. Tabla de problemas con la justicia comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

L. Variable personalidad premórbida

VARIABLE PERSONALIDAD PREMÓRBIDA	TIPO A		TIPO B		TIPO C		MIXTA		NO DEFINIDA		F	p
	x̄	SX	x̄	SX	x̄	SX	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	39	12,6	38,2	10,9	44,8	11,5	37,4	11,9	40,9	15,8	1,8	0,12
Nº DE INGRESOS	4	1,9	5,9	4,2	5,1	2,6	5	2	4,7	2,4	1,9	0,10
ASISTENCIA EN URGENCIAS	5	3,4	11,2	9,6	8,2	6	10,8	10,2	7	3,3	4,1	0,003

Tabla L.1. Tabla de personalidad premórbida comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

M. Variable abandono de tratamiento

VARIABLE ABANDONO DE TRATAMIENTO	SI		NO		t	p
	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	38,29	11,29	42,56	14,03	-2,47	0,014
Nº DE INGRESOS	5,17	3,69	5,01	2,93	0,34	0,733
ASISTENCIA EN URGENCIAS	9,15	8,82	9,34	8,77	-0,15	0,874

Tabla M.1. Tabla de abandono de tratamiento comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

N. Variable tipo de tratamiento al alta.

VARIABLE TIPO DE TRATAMIENTO AL ALTA	ORAL		ORAL E INYECTABLE		t	p
	x̄	SX	x̄	SX		
EDAD	42,75	12,59	36,08	12,51	3,68	0,0001
Nº DE INGRESOS	4,74	2,51	5,75	4,43	-1,78	0,077
ASISTENCIA EN URGENCIAS	9,52	8,97	8,58	8,39	0,76	0,458

Tabla N.1. Tabla de tipo de tratamiento al alta comparada con edad, número de ingresos y número de veces asistencias en urgencias.

Respecto a los datos anteriores se puede observar que existe una menor conciencia de enfermedad en la población más joven, al igual que se tienen mayor número de problemas con la justicia a esta edad. En cuanto a la asistencia al servicio de urgencias suele ser más

frecuentes en personalidades tipo B y Mixta. Respecto al tratamiento inyectable suele ser más prescrito en una población más joven.

Una vez realizadas las tablas de contingencia abordé una regresión binaria logística con la variable sexo, cuyos resultados una vez analizados con el programa SPSS fueron los siguientes:

	Exp. (B) Odd Ratio	I.C. 95%	p
Problemas con la justicia	0,13	0,04-0,46	0,002
Relación con la familia	0,4	0,18-0,84	0,001
Tratamiento	2,4	1,2-4,80	0,01
Consumo de tóxicos	0,27	0,14-0,51	0,0001

Tabla Ñ. Resultados regresión binaria con la variable sexo.

En los datos se puede observar que el reingresador varón va asociado a más problemas con la justicia, con unas malas relaciones familiares, con un uso mayor de tratamientos depot y un mayor consumo de tóxicos.

Realicé además una regresión lineal de las variables pero los resultados no dieron nada significativo, por lo que no he considerado necesario mostrarlo en resultados.

Para finalizar este apartado de resultados indicar la agrupación de variables clínicas en el paciente reingresador se ha obtenido tras la realización de un análisis factorial en el que se han agrupado las variables clínicas y sociodemográficas de mi estudio. Dicho análisis, explica el 60% de la varianza, siendo los factores agrupados:

Factor 1: Variables asistenciales (21%).

Factor 2: Variables sociodemográficas (41%).

Factor 3: Variables antropométricas (60%)

En la tabla aparecen recogidos los valores superiores a 0,40 para los distintos factores analizados.

BLOQUE ASISTENCIAL	BLOQUE SOCIOFAMILIAR	BLOQUE ANTROPOMÉTRICO
Nº de ingresos	Relaciones familiares	Tratamiento al alta

Nº de urgencias	Tipo de tratamiento Consumo de tóxicos Problemas con la justicia	Conciencia de enfermedad Edad

7.6 Discusión y una posible interpretación.

En primer lugar señalar que al tratarse de un estudio que ha ido obteniendo la información directamente de los informes de alta entregados a los pacientes, la recopilación de datos ha sido extremadamente compleja y laboriosa. Si bien los datos sobre el número total de pacientes ingresados en un año son fácilmente obtenibles (únicos datos obtenidos informáticamente), no lo son todos los demás datos referidos a pacientes, ya que para acceder a ellos ha sido necesario leer cada uno de esos informes de alta. A esto hay que sumarle que algunos datos sobre situaciones iniciales del paciente fueron cambiando a lo largo del período del estudio. A pesar de estos dos inconvenientes puedo asegurar que todos los datos expuestos en este estudio han sido tratados como la mayor exactitud posible intentando con ello mostrar la realidad que los números pueden ofrecer.

Hacer constar que una vez revisados los datos estadísticos, llama la atención que los reingresadores suponen casi un 15% de los pacientes que ingresan en la unidad, que a primera vista parece un número muy reducido pero que si se tienen en cuenta el protagonismo del total de los ingresos que cursan, se acercan a casi la mitad de ellos. Esto supone que el uso de la unidad por parte de los reingresadores es muy elevado, lo cual conlleva agregado un gasto hospitalario alto si se tiene en cuenta el uso que se le da, porque es poner un recurso para la atención de una pequeña parte de la población. Resultado incluso superiores a los encontrados en otros estudios (Linares I, 2002).

En cuanto a la **edad** de ingreso suele producirse en unos rangos que están ligados con una población joven y en edad de planificación

de futuro tanto laboral como familiar. Datos que coinciden con otros estudios (Christian, M. 2013; Figueroa, R. 2004; Monnelly, E.P. 1997). El dato que indica qué más del 60% de la población reingresadora está comprendida entre los 20 y los 50 años puede ser indicativo de que los principales trastornos psiquiátricos se empiezan a detectar a edades tempranas, y que es el comienzo de la vivencia de los distintos conflictos socio-laborales. Pero llama la atención que el 50% de los reingresadores se sitúen entre los 31 y 50 años, cuando se supone una mayor adaptación al medio así como a los distintos tratamientos psiquiátricos. No obstante este estudio de investigación coincide con los estudios realizados por Weinstein y cols. , en los que señala como principal rango de ingreso entre los 16 y 64 años (Weinstein, A.S.1973).

En cuanto al **sexo** decir que existe un mayor número de reingresadores masculinos, aunque la diferencia entre ambos sexos no es muy elevada; siendo esta es de un 15%. Tal diferencia de sexo es más notable en otros estudios (Chuan-Hsiung, L. 2010). Dicha diferencia se atribuye a que las probabilidades de mayor agitación en las descompensaciones sean más elevadas en los varones. En este estudio no hemos observado gran diferencia tal y como se ha mostrado en otros (Christian, M. 2013).

He observado un alto porcentaje de reingresadores cuyo **estado civil** es la soltería, aunque resulta llamativo que de cerca, con un 21,6 %, le sigan los casados o con pareja de hecho, cuando lo señalado en otros estudios es que el mayor número de reingresadores sean lo solteros, divorciados o separados (Voineskos, G. 1978; Franklin, J.L.,1975).

En cuanto a los datos referidos al **lugar de residencia** no existe una diferencia entre pacientes que vivan en zonas rurales y urbanas. Lo cual es llamativo, puesto que se supone que dada la extensión geográfica de las dos áreas de salud que dependen de la unidad de agudos de donde se han obtenido los datos, el acceso por parte de los pacientes

que viven en zonas rurales sería más difícil y podría ser motivo para dificultar o hacer desistir la asistencia a centros sanitarios. Se podría pensar que tal vez los cuadros psicopatológicos en las zonas rurales son más graves y necesitan a priori ingreso hospitalario, pero a tenor de los datos obtenidos no existen diferencias muy notables. Al haber sido sometidos a análisis con el programa informático SPPS y no dar una correlación significativa entre tipo de patología y medio donde se vive no considero útil el exponer los resultados, pero creo que es necesario señalar que en los grupos mayoritarios de diagnósticos al alta destaca la diferencia en los trastornos límite de personalidad entre la zona urbana y la rural con una diferencia superior al 20% en la primera.

Respecto a la **situación laboral** de los pacientes reingresadores sólo un 17% están trabajando frente al casi 65% que no lo hace, cobra algún tipo de paga o cuida del hogar. Estos resultados de desempleo son similares a los encontrados en otros estudios (Gigantesco, A. 2009; Jianyi, C. 2011).Y aunque un 42% de los pacientes de los que se ha podido obtener información sobre este dato (sólo un poco más de la mitad de la muestra total hacía referencia a su situación económica) manifiesta tener ingresos económicos, luego se produce una equiparación entre los que dicen que sus recursos económicos son suficientes e insuficientes. Esto podría deberse a que muchos de aquellos pacientes que manifiestan tener una paga por jubilación, invalidez o incapacitación, y por tanto ingresos económicos, también manifiestan que dicha paga es insuficiente y por tanto consideren su situación como de recursos económicos bajos.

Respecto a los **estudios cursados,** la mayoría tiene estudios primarios lo cual puede coincidir con dos factores, el primero por el sistema de estudios de la Ley General de Educación de 1970[21] que obligaba a cursar los ocho cursos de educación general básica, y en

[21] Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa.

segundo lugar porque le edad de la población coincide con el período de aplicación de dicha ley. Los niveles básicos o bajos de estudios en reingresadores coinciden con los resultados de otros estudios (Lay, B. 2006).

Señalar que en cuanto a las **competencias sociales** las medias y malas superan a las buenas, por lo que la interacción deficitaria con el medio va a ser una característica de algunos pacientes reingresadores, aunque dicha interacción no tiene que ser interpretada como conflictiva, que suele ser uno de los pensamientos estigmatizadores más comunes, sino de falta de satisfacción con el medio. Respecto a este aspecto indicar que otros estudios destacan las dificultades de relación de los pacientes reingresadores con otras personas, lo que puede influir a la hora de desarrollar unas competencias sociales adecuadas (Caycedo, M.L. 2011). Se puede observar que la gran mayoría de los pacientes reingresadores no han tenido ningún tipo de problema con la justicia.

Por último, y en referencia a los **datos sociobiográficos**, indicar que un alto porcentaje de los reingresadores viven con sus padres. Esto puede coincidir con el alto porcentaje de solteros, en paro o con pagas de diferentes tipos que hay en los reingresadores.

Las anteriores características coinciden con los estudios realizados por Galán y col. en el 2001, en el que las características de los reingresadores eran ser jóvenes, solteros que vivían con su familia y percibían algún tipo de subsidio o se encontraban en paro. A lo que había que sumarle un diagnóstico de trastorno de personalidad y con conductas autolíticas.

En cuanto a los resultados estadísticos de las **características clínicas** de los pacientes reingresadores apuntar que a pesar de lo indicado en otros estudios, en los que se señala que existen altos porcentajes de abandono de tratamiento (Kane, J.M. 1985; Gaebel, W.

1985), en el caso de nuestra muestra existe una similitud entre los que lo abandonan y no lo hacen. No obstante, un porcentaje cercano al 50% de los pacientes reingresadores abandonan el tratamiento, siendo este un dato preocupante. A pesar de este dato el tratamiento elegido por los psiquiatras en las altas suele ser el oral frente al inyectable, siendo tal vez este un motivo de la poca adherencia al tratamiento. Este dato de similitud entre pacientes reingresadores se repite en cuanto al consumo de tóxicos, siendo significativo también el alto número de pacientes consumidores de tóxicos (47,2%), siendo sus preferencias el alcohol (36%), el cannabis(27%) y la cocaína(22%), características similares señaladas en otros estudios sobre el consumo de tóxicos (Surber, R.W. 1986; Goodpastor, W.A,1991).

Señalar que más de la mitad de los pacientes reingresadores padecen, además de la patología mental que causó su ingreso, alguna **patología somática** asociada que pueden ir desde más leves o crónicas, como las dislipemias o hipotiroidismo, a patologías más graves o agudas, como enfermedades respiratorias o cardiovasculares (Caycedo, M.L. 2011). Lo que puede suponer que la salud del paciente no sólo se vea agravada por la sintomatología psiquiátrica, sino que además se le sume la somática. Esto puede suponer para el paciente un mayor consumo de fármacos para la estabilización de los dos componentes de enfermedad, lo que puede llevar no sólo a un mayor descontrol por parte del paciente en la toma de los medicamentos, sino en mayor posibilidad de interacción entre los mismos. Sobre todo teniendo en cuenta que el 97% de los reingresadores toma algún tipo de ansiolítico, un 85% toman o han tomado algún neuroléptico, un 72% toman algún tipo de antidepresivo y un 66% toman hipnótico sedantes.

Un dato que resulta llamativo es que al menos un 64% de los pacientes con reingresos han sido **diagnosticados con al menos dos diagnósticos.** Esto se puede deber a que a la hora de emitir un diagnóstico el psiquiatra utiliza varios de ellos a lo largo de la evolución

temporal del paciente, además de que se suele usar el diagnóstico de trastorno de personalidad, consumo de tóxicos o trastorno de ansiedad como diagnóstico asociado a otros. De estos diagnósticos individuales o usados de forma conjunta, cabe destacar el trastorno depresivo-distímico, el trastorno de personalidad y el abuso de tóxicos (Lin, C.H. 2009; Olfson, M. 1999; Donat, D.C. 2004). El trastorno psicótico y la esquizofrenia representan en conjunto un volumen que se aproxima al de consumo de tóxicos, pero dejan de ser los trastornos más comunes como reingresadores a diferencia de lo resultados en otros estudios en los que se enfatiza en las reagudizaciones psicóticas (Harris, M .1986).

Respecto al **componente afectivo**, y esto puede coincidir con el alto número de pacientes que toman ansiolíticos y antidepresivos, un 52% de los pacientes tienen un estado de ánimo triste o deprimido que puede ir desde períodos agudos a períodos más prolongados o crónicos. Junto con el estado de ánimo es destacable el alto número de pacientes que son diagnosticados, tanto en diagnóstico principal como en asociados, de trastorno de personalidad; siendo el más representativo el tipo B (Olfson, M. 1999; Shannon, L. 2013).

Es necesario hacer mención a que la mayoría de los ingresos se producen durante **los turnos** de la tarde y la noche. Esta concentración puede deberse a varios motivos. El primero es que el paciente que se encuentra mal por la mañana puede en última instancia acercarse a su psiquiatra de referencia en su centro de salud, pero si es por la tarde no le queda más opción que ir a urgencias. En segundo lugar puede deberse a que la mayoría de los psiquiatras que hacen guardia por la tarde son ajenos a la unidad de hospitalización, es decir sólo hacen guardias. Esto puede influir en que el control del ingreso sea selectivo. Y en tercer lugar que aquellos pacientes que acuden a urgencias por la noche suelen tener mayores posibilidades de ingreso, ya que el psiquiatra que está de guardia puede estar más cansado por la noche y por tanto se "complique" menos a la hora de hacer el ingreso. A esto

se le añade que un paciente que acude a urgencias de noche suele ser un cuadro más grave, y por tanto más percibido por el paciente, y menos tolerable por parte de la familia o grupo de apoyo.

En cuanto a las relaciones existentes entre variables calculadas a través de las tablas y contingencia y usando el estadístico Chi cuadrado señalar que la edad joven suele relacionarse más con los trastorno de personalidad, sobre todo con el tipo B. Esto puede hacer que los reingresadores de estas características tengan más conflictos en el ambiente socio-familiar y sus conductas disruptivas les lleven a tener más problemas con la justicia. Estas formas de comportamiento hacen que también el número de veces que acuden a los servicios de urgencias sea igualmente mayor que el resto de la muestra. Dada esta impulsividad, el psiquiatra suele creer más conveniente el uso de medicación inyectable para un mejor cumplimiento terapéutico, si bien se trata de una medicación tal vez no específica para su patología y sintomatología, pues esta medicación suele estar más indicada para patologías que cursan con algún tipo de psicosis.

A modo de conclusión se puede decir que la muestra sometida a este estudio va a significarse porque el enfermo reingresador es más grave clínicamente y con más deficiencias sociales. De forma descriptiva se podría concluir que el paciente reingresador suele ser soltero, con una situación laboral complicada que se caracteriza por el paro o por la incapacidad laboral, suelen tener pobres competencias sociales y viven con sus padres debido a la falta de independencia económica y laboral; la mayoría han sido diagnosticados de más de una patología mental a lo que se le suma un alto componente afectivo y trastornos de la personalidad.

VIII. CONCLUSIONES. APORTACIONES. RESULTADOS

A continuación presentaré las que considero las principales conclusiones y aportaciones de esta tesis doctoral. Mi pretensión, y así he intentado que haya sido la tónica durante toda la investigación, es que estas conclusiones les sean familiares a las personas que han formado parte de él, y al menos coincidan con sus perspectivas. Y de esta forma poder hacer partícipes, así como darle una perspectiva nueva, a los ajenos a él.

Considero que es posible hacer *etnografía dentro de la propia comunidad* en contra de lo que opinan otros autores al respecto. Esta tesis demuestra que en determinadas zonas de estudio, sobre todo si tienen un carácter cerrado, el pertenecer a la comunidad de estudio te facilita el acceso a ella. Si esto no fuera así no sólo el acceso sería complicado sino que además se le añadiría la complejidad del aprendizaje de aquellos códigos y comportamientos que le son propios. Esta tesis puede servir de guía a otros investigadores que quieran penetrar en el conocimiento de estas *organizaciones cerradas* como son los hospitales. Desde un principio marco los pasos que hay que seguir para poder acceder a la estructura tanto física como burocrática. Ya advierto que no es tarea sencilla. Ojalá hubiera dispuesto de una guía de acceso como la que ofrezco, esto me hubiera evitado una gran número de dificultades, y seguramente hubiera economizado tiempos.

Mis esfuerzos y energías en los comienzos de esta tesis doctoral los centré en primer lugar en comprender *la diferenciación entre lo normal y lo anormal*. Intentar hacer una definición categórica de dichos términos nos puede llevar a cometer un error, debido sobre todo al componente subjetivo que poseen. La concepción que cada uno de nosotros tenemos de lo que es normal o anormal no parte de nosotros sino de lo impuesto por el grupo al que pertenecemos; se trata por tanto

de un proceso de culturización. Si esto lo trasladamos a la salud, y más concretamente a la salud mental, puedo afirmar que la consideración o no de una desviación de la conducta también es creado por un proceso de culturización. Fenómeno que indudablemente puede ser abordado por la antropología de la salud como una rama más de la antropología social. La unión entre esta rama científica, y otra como es la medicina o la enfermería, podrán dar respuesta a algunos interrogantes que por separado no podrían.

Otra de mis pretensiones ha sido la de conocer la evolución del término *Institución Total* desde que fue formulado por Erwing Goffman hasta nuestra actualidad. He podido comprobar que este término tal vez puede seguir siendo aplicado en algunas instituciones cerradas, pero no ha tenido continuidad o no puede seguir usándose en otras como es el caso de la que he investigado. Es más, algunas de las definiciones que hace sobre este tipo de instituciones ya casi no se pueden aplicar el lugar donde la creó, el hospital psiquiátrico. Y aunque no ha sido mi unidad de análisis, si ha entrado dentro de mi unidad de observación, y puedo afirmar que el término ha quedado anacrónico si su intención es aplicarlo en la actualidad. Al menos en mi ámbito de estudio. Esta actualidad se caracteriza por una apertura a la sociedad en la búsqueda de una solución a las patologías mentales, que comienza con un intento de *desestigmatizar la salud mental*, socializar los cuidados de los pacientes que la padecen y eliminar los centros de internamiento donde eran ingresados y muchas veces olvidados. Ahora bien, considero que el término de Institución Total ha derivado o se ha transformado en otro concepto que he denominado *organización total;* Cuyas características son la existencia de dos grupos claramente diferenciados, al igual que en el primer término, aunque no sucede lo mismo con los objetivos que persiguen, que en general son los mismos, la normalización de la vida social y la recuperación de la salud. La diferenciación de los grupos en la organización total va a venir definida

por la especialización de uno de ellos con el único fin de tratar o cuidar al otro. Se atenúa el sentimiento de poder que se otorgaba a uno de los grupos en el término más antiguo. Por tanto, no se trataría de poder considerando la hegemonía de un grupo sobre el otro, sino la búsqueda de la diferenciación para la especialización, en la que cada miembro busca o realiza una acción específica dentro de él. Lo cual supone un aporte a la totalidad de las acciones. Otra de las diferencias es que mientras que en un grupo las acciones de coordinación y dirección no van unidas a la racionalidad, sino a la obediencia, la rutina y a veces el castigo, en el otro esto no es así, ya que va en contra de los principios éticos y legales de nuestro tiempo. Además, en la nueva organización total cada uno de los actores que en ella empiezan su andadura son conocedores desde un principio de la finalidad de la organización a la que van a pertenecer de forma continuada o temporal, hecho que no sucedía en la Institución Total. Y por último indicar que la organización total no pretende ser cerrada en el tiempo y el espacio, sino que partiendo de un espacio cerrado pretende la apertura hacia el exterior.

Para finalizar, en cuanto a este tipo de instituciones, tengo que añadir que desde mi perspectiva la creación de estas organizaciones totales no ha acabado con el concepto de Institución Total en cuanto a la salud mental se refiere. Y esto es debido a que, aunque como estructuras físicas sí están llegando a su fin, no lo están haciendo en cuanto a la atención al paciente con patología mental, puesto que lo que se ha hecho ha sido conceptualmente derruir los muros de los psiquiátricos pero levantar otros nuevos muros virtuales en los que los pacientes continúan encerrados. Y de esta forma, muchos de ellos, y sobre todo los pacientes reingresadores siguen *encerrados en libertad*, dado que su vida se va construyendo dentro de las organizaciones totales, y de esta forma pasan gran parte de su vida pululando de unas organizaciones totales a otras. De esta forma, cuando no están ingresados en la unidad de agudos de psiquiatría, pasan a unidades de

media estancia, rehabilitación, etc. Lo que antes se concentraba en una única institución ahora se dispersa en varias colocadas teóricamente en un ambiente más social.

Uno de los aspectos que he tratado en esta tesis doctoral ha sido descubrir a través de la revisión bibliográfica como se ha estudiado el fenómeno de *la puerta giratoria o el reingreso de pacientes con patología mental*. Tras dicha revisión he podido comprobar que casi todos los estudios realizados sobre el tema han sido abordados desde una perspectiva cuantitativa. Esto, y desde mi punto de vista, ha supuesto *un estudio realizado con pacientes pero sin presencia de ellos*. Y así, consideré necesario desde un principio que había que abordar el tema desde un punto más cercano tanto al tiempo como al lugar donde se producen los hechos investigados. Y como no, conocer el aspecto más humano del fenómeno. Esta forma de abordar el reingreso me ha dado la oportunidad de conocer in situ, y a través del trabajo de campo, otras variables que en reducidas ocasiones, por no decir ninguna, eran tenidas en cuenta en otros estudios de investigación. Variables como las características propias del funcionamiento de la unidad de ingreso, los profesionales que intervienen en los ingresos, y otros factores humanos que son de transcendental importancia (miedos, emociones, empatías, formación, compañerismo, etc.).

Los datos cuantitativos nos ofrecen una descripción de la población reingresadora cuyas características principales son:

a. Aproximadamente el 15% de los pacientes que ingresan en la unidad son reingresadores.

b. Aunque parezca una cantidad reducida no lo es si nos fijamos en que los ingresos protagonizados por estos pacientes suponen casi la mitad de los ingresos que se producen en la planta de hospitalización.

c. La edad de ingreso suele ser joven, aunque llama la atención que casi el 50% de los pacientes reingresadores pertenecen a un rango de edad en el que se les supone una mejor adaptación al medio por encontrarse en edades donde las situaciones de crisis de cambio son menores.

d. Destaca la soltería como estado civil predominante en los reingresadores, lo cual puede apoyar la conclusión de que son pacientes que dependen de un entorno familiar, pero a la vez el que pueden surgir conflictos de relación causados con cansancio familiar, comportamientos no tolerados o conflictos por falta de independencia.

e. Existe un alto índice de reingresadores que tienen una situación laboral inactiva, que va desde estar en paro hasta estar cobrando algún tipo de paga por parte de la administración. Este tipo de paga, que suele ser de baja cuantía, suele ser en cierta medida otro impedimento más para la independencia de muchos pacientes, los cuales suelen manifestar que sus recursos económicos son bajos.

f. Suelen ser pacientes que tienen unas competencias sociales medias o malas, lo cual puede generar en ellos una insatisfacción con el medio social donde viven.

g. La mitad de los reingresadores tienen mala adherencia al tratamiento, pero llama la atención que el tratamiento que se les suele prescribir al alta sigue siendo oral cuyo control a la hora de saber si se toma o no es más difícil que el inyectable.

h. La mitad de los pacientes reingresadores son consumidores del algún tóxico, estando entre sus preferencias el alcohol, el cannabis y la cocaína.

i. Son pacientes, al menos más de la mitad, que además de padecer una patología mental, sufren algún tipo de patología somática. Y además, casi el 70% tienen al menos dos diagnósticos psiquiátricos. Siendo los más destacados los trastornos de personalidad, el trastorno depresivo-distímico y el abuso de tóxicos. Resultados muy significativos al apoyar la conclusión de un cambio de ciclo en el que se ha pasado de patologías relacionadas con las psicosis o los trastornos bipolares a trastornos más relacionados con problemas de personalidad.

j. El consumo de fármacos en estos pacientes es algo habitual, destacando sobre todo un porcentaje elevado de pacientes que toman ansiolíticos.

k. La mayoría de los ingresos se producen en los turnos de la tarde y la noche.

l. Señalar en las tablas de contingencia que el reingresador suele ser joven, con un diagnóstico relacionado con trastorno de la personalidad, preferentemente tipo B, que vive con la familia, y en ocasiones y por sus comportamientos disruptivos tiene más problemas con la familia; siendo, además pacientes muy hiperfrecuentadores de los servicios de urgencias.

Estas características de los pacientes reingresadores sirven para potenciar algunas de las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, demostrando de esta forma la complementariedad entre las técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación.

He podido observar que en los profesionales existe la idea de que se ha producido un cambio de ciclo desde no hace más de 25 años hasta la actualidad en lo que a patologías mentales se refiere. Desde su perspectiva el cambio de patologías ha ido desde cuadros patológicos relacionados con psicosis, trastornos bipolares y adicciones al alcohol,

hasta patologías más relacionadas con la personalidad de los individuos y los problemas sociales, y que han sido forjadas en un ambiente social que también ha cambiado. Este cambio de ciclo es conceptualizado por la confluencia de varios factores, como:

a. Se han creado nuevos fármacos que han atenuado la sintomatología que hacía que muchos pacientes presentaran un comportamiento disruptivo en un *ambiente* social. Estos nuevos fármacos no sólo han reducido la sintomatología propia de la enfermedad sino la sintomatología provocada por los propios fármacos. Ha *ayudado a socializar conductas.*

b. La aparición de *nuevas patologías* puede que se haya debido a la génesis de nuevos problemas o dinámicas sociales, como pueden ser la eliminación de los ritos de paso, la infantilización de la sociedad e incluso una postura más relajada a la hora de fomentar comportamientos responsables en algunos individuos. Si a ello se le suma la situación socioeconómica actual, en la que muchos jóvenes no acceden a la independencia familiar hasta edades muy elevadas, esto genera un caldo de cultivo para muchos de ellos que puede desembocar en el padecimiento de *patologías más relacionadas con aspectos sociales que orgánicos.*

c. El cambio de ciclo ha venido además marcado por *una psiquiatrización de muchos problemas que antes no eran considerados como patológicos.* Esta nueva postura de la psiquiatría tal vez se ha debido a dos motivos. En primer lugar la propia dinámica social en la que se intenta dar soluciones a todo, o de forma pasiva o de forma activa. Y así, en el caso de la psiquiatría, se le han ido cediendo problemas que otras ciencias no han sido capaz de resolver, con lo que en una sociedad donde impera lo físico, lo mensurable y lo tangible, se escapa lo que no se puede medir y por tanto se trata como extraño. En estas extrañezas, y

desviaciones de la norma es donde se van aglutinando los problemas que hoy en día muchos profesionales consideran como *sociopatologías.*

En cuanto a los factores actuales que favorecen el reingreso de pacientes con patología mental según lo observado en esta investigación, o así ha sido comunicado por los informantes durante este trabajo de investigación destacan:

a. Que el número de camas de la unidad no se corresponde con el ratio de población que aconsejan parámetros nacionales e internacionales. Esta insuficiencia de camas hace que en ocasiones se fuercen altas de pacientes que aún no han alcanzado unos niveles óptimos de salud, y de esta forma retomar su dinámica de vida diaria.

b. *El cambio de modelo familiar y sociocultural ha generado una problemática en la atención a determinadas patologías mentales* que antes no existía. Y de esta forma la incorporación de la mujer al mercado laboral, con el consiguiente abandono del rol de cuidadora de pacientes en el ámbito familiar, la desaparición de los grupos familiares tradicionales, compuestos no sólo por la familia principal sino por parentescos de segundo y tercer grado, y que en su conjunto eran prestadores de cuidados, así como el cambio del modelo de vivienda tradicional amplia donde existía la convivencia de varias generaciones, ha generado nuevas situaciones en las que la atención en casa al paciente con patología mental sea imposible, y por tanto haya sido necesaria la creación de nuevos recursos que suplan esa función.

c. *La disminución del estigma sobre la patología mental* ha tenido un efecto consumista en la población, lo que ha podido disminuir el reparo y la vergüenza de acudir a un servicio donde se dispensen diagnósticos y tratamientos psiquiátricos, y por lo tanto se ha

producido un engrosamiento de la población diagnosticada de trastorno mental.

d. La terapéutica seguida en la unidad de estudios hace que el paciente sea tratado casi exclusivamente *desde una perspectiva biologicista,* es decir centrado en el tratamiento farmacológico. Es por tanto, y sobre todo en aquellos pacientes considerados *sociales,* una forma de tratamiento desactualizada, ya que usan los mecanismos tradicionales de tratamiento con problemas y patologías actuales que necesitan algo más que eso. Se le suma que en el sistema de altas hospitalarias no existe una opción intermedia, como pueden ser los pases temporales de adaptación al medio, por lo que el paciente pasa de un espacio cerrado y controlado a un espacio abierto que el propio paciente tienen que controlar, lo cual puede provocar una situación de estrés que haga que el paciente vuelva a ingresar.

e. Es importante, para conocer el fenómeno del reingreso no sólo tener en cuenta los factores que afectan al paciente sino además conocer el factor humano que acompaña al psiquiatra que realiza los ingresos. Y por lo tanto conocer sus miedos, sus experiencias, su historia profesional, y sobre todo su opinión. Y esto sólo se puede hacer desde el trabajo de campo etnográfico.

No obstante tengo que decir que no sólo existen factores que favorecen el ingreso, sino que también algunos que lo reducen, como son:

a. La mejoría en los diagnósticos diferenciales han hecho que determinadas patologías hayan sido encuadradas en el grupo médico que le pertenece, y de esta forma se han podido descartar patologías neurológicas que antes eran tratadas como psiquiátricas.

b. El aumento de dispositivos de atención primaria, así como la creación de centros asistenciales dentro de la comunidad han posibilitado que muchos pacientes adquieran una dinámica ligada a la sociedad y no fuera de ella. No obstante, se echan en falta estructuras intermedias como hospitales de día en los que los pacientes puedan hacer una vida intermedia entre sus necesidades asistenciales y su vida social y familiar.

A modo de conclusión hago constar que he podido observar la transformación y el cambio que ha sufrido la forma de cuidar y tratar al paciente con patología mental, el cambio en las sintomatologías de las consideradas nuevas patologías, las cuales son consideradas con una perspectiva social más que clínica; y sobre todo *comprender el fenómeno del reingreso hospitalario desde una perspectiva que obliga al investigador a estar donde se produce el fenómeno, a "estar allí"*.

Resultados

En la unidad de estudio los pacientes reingresadores suponen casi la mitad de los pacientes que ingresan en la unidad, lo que puede ser significativo de que se está produciendo un fallo a nivel asistencial, comunitario o por parte de la administración.

Los resultados a nivel cuantitativo no muestran grandes diferencias con otros estudios recientes, pero sí lo hacen frente a estudios más alejados en el tiempo. Estas diferencias vienen marcadas, entre otras, por el aumento de ingresos de los trastornos de personalidad y las patologías con un alto componente de problemática social.

A diferencia de otros estudios, esta investigación ha añadido nuevas variables que considero favorecedoras del reingreso. Tales han sido: las características de la propia unidad, las percepciones y sentimientos de

los pacientes en ella y hacia ella, y el componente humano de las personas que trabajan en la misma.

Los trabajadores dan gran importancia a dos variables como favorecedoras del reingreso, incluso más que a las tradicionalmente estudiadas. Estas son: La adaptación y dependencia que crea el paciente hacia la unidad de ingreso, y las características del psiquiatra que decide el ingreso.

Se continúa pensando que es necesaria la existencia de estructuras cerradas para albergar a algunos pacientes con patología mental. Y aunque se ha potenciado la asistencia en comunidad, se siguen manteniendo las estructuras totalizadoras. Muestra de ello es el ciclo continuo y rotacional de un número de pacientes que de forma periódica pasan parte de sus vidas ligados a estas estructuras.

Se ha pasado de un modelo de internamiento y de forma indefinida en un único centro, el hospital psiquiátrico, a un modelo de internamiento en distintas instituciones de forma periódica. Se ha pasado de la *Institución Total* a la *Organización Total.*

Las *historias de vida* contadas por las personas ingresadas de forma repetida en la unidad de agudos, pueden dar gran información de la génesis de algunos de los problemas que presentan, sobre todo en la temática social. No se centrarían únicamente en la clínica y sintomatología, sino en las experiencias de vida y pertenencia al grupo social.

La asistencia clínica que se presta en la unidad de estudio está basada en un modelo asistencial antiguo, el cual se centra más en la sintomatología clínica que la adaptación que en la adaptación al medio del paciente. Lo cual no va a depender únicamente del factor humano sino también de los recursos disponibles para afrontarla.

IX. LINEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Durante la realización la tesis he observado que han ido surgiendo interrogantes que al no ser cuerpo de este estudio de investigación no he centrado mi atención en ellos, pero que sin duda pueden abrir nuevas líneas de investigación futuras. Estas pueden ser:

1. Realizar un estudio de investigación desde la antropología social y cultural del trastorno límite de personalidad como fenómeno que cada día preocupa más en la atención psiquiátrica.
2. Realizar un estudio de similares características al elaborado en esta tesis doctoral, pero en las distintas unidades de hospitalización de Extremadura para comprobar similitudes o diferencias entre los resultados encontrados.
3. Realizar estudios de investigación sobre el fenómeno del reingreso pero en el exterior de la unidad de hospitalización para conocer aquellas variables que hacen que el paciente no reingrese.
4. Profundizar en la realización de *historias de vida* de pacientes con patología mental para de esta forma darles voz y puedan así expresar sus preocupaciones e inquietudes, además de entender qué procesos vitales les han llevado a estar ligados a los sistemas sociales que se encargan de la salud mental de la población.

X. FUENTES

Realizar un estudio etnográfico en una comunidad abierta puede proporcionarnos la posibilidad de tener acceso a diferentes lugares en los que recabar información sobre lo que vamos a investigar, y así, en el caso de las fuentes escritas, pueden existir registros de documentos en registros civiles, libros parroquiales, juzgados, etc. En cambio, en una comunidad cerrada los puntos donde acceder a determinadas fuentes es mucho más limitado, aunque no por ello dejan de existir.

Para esta tesis doctoral he usado dos tipos de fuentes de información: Fuentes orales y fuentes escritas

- Fuentes orales: Han sido las que me han proporcionado la información desde una perspectiva personal y basada en la experiencia. En estas fuentes orales tengo que distinguir dos grupos, uno el de los pacientes, y el otro el de los profesionales. Y aunque sus puntos de vista sobre el problema estudiado es diferente, al unirlos se ha podido dar una visión conjunta. La forma de obtener la información de estas fuentes ha sido mediante entrevistas estructuradas, semiestructuradas, conversaciones, charlas de pasillo, etc. La forma de registrarlas ha sido, en el caso de los profesionales, a través de la grabación de audio, y en de los pacientes tomando notas volanderas en el cuaderno de notas, o en folios DIN A-4.

  Otro tipo de fuente oral, que podría llegar a ser considerada secundaria pero no por ello menos importante al no estar vinculadas directamente con el objeto de estudio, han sido aquella que me ha proporcionado la información necesaria para poder tener acceso a datos relacionados con temas estadísticos y trámites relacionados con el acceso al trabajo de campo. Sus aportaciones han estado ligadas a informaciones sobre a qué

personas dirigirme, dónde conseguir determinada información o qué trámites debía realizar para conseguir algún documento.

- Fuentes escritas: Han sido obtenidas de los *historiales clínicos* de los pacientes, y más concretamente de *los informes de alta de psiquiatría*. La forma de acceder a las fuentes escritas ha sido el sistema informático JARA el sistema que usa el Servicio Extremeño de Salud para la gestión clínica y administrativa de pacientes.

  El acceso a estas fuentes, como ya señalé con anterioridad, conlleva una serie de autorizaciones y consentimientos especiales debido a la privacidad que existe sobre los datos personales de los pacientes. Una vez superadas estas trabas de acceso, y una vez con el informe de alta del paciente delante, se puede observar como la distribución de la información en el mismo es siempre similar en todos ellos. De esta forma aparecen en él los datos de filiación así como los datos clínicos. Hay que señalar que la cantidad de información contenida en estos informes no es siempre es la misma, dependiendo esto del psiquiatra que lo realice.

  Otra de las fuentes escritas que consulté dentro de la unidad de hospitalización fue el libro de registro de los auxiliares de enfermería. A veces se le considera como una fuente secundaria de información clínica pero en él quedan reflejados registros muy importantes sobre la objetividad y subjetividad de los comportamientos de muchos pacientes, y como son considerados por parte del personal.

  Por último, otra fuente escrita de la que obtuve información sobre la cotidianeidad del día a día en la unidad fue de un cuaderno de notas que tiene el personal de enfermería en el que anotan anécdotas, frases, insultos o situaciones especiales. En él queda plasmada la *normalidad* de las conductas *anormales*. Adjunto algunas imágenes de este cuaderno en los anexos.

XI. GLOSARIO

ANTIPSICÓTICO: Es un fármaco que comúnmente, aunque no exclusivamente, es usado para el tratamiento de las psicosis. Los neurolépticos ejercen modificaciones fundamentalmente en el cerebro y pueden servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones, y generalmente —en dosis terapéuticas— no presentan efectos hipnóticos. Se han desarrollado varias generaciones de neurolépticos, la primera la de los *antipsicóticos típicos*, descubiertos en los cincuenta. La segunda generación constituye un grupo de antipsicóticos, de descubrimiento más reciente y de mayor uso en la actualidad. Ambos tipos de medicamentos, los típicos y los atípicos, tienden a bloquear los receptores de la vía de la dopamina en el cerebro. Algunos efectos colaterales incluyen la ganancia de peso, agranulocitosis ,discinesia y acatisia tardía.

CIE: La CIE-10 define a la enfermedad excluyendo todo aquello que, aun que conlleva un riesgo o vulnerabilidad para padecer un trastorno, no es en sí mismo un trastorno. Por otro lado, excluye de la definición de enfermedad la discapacidad que produce ya que considera que ésta depende del soporte social y las características ambientales que varían de un país a otro De los 21 capítulos de la CIE-10, el capítulo V sobre trastornos mentales y del comportamiento salió a la luz en 1992 en su versión definitiva. Este instrumento fue el fruto de un amplio consenso de los profesionales de la psiquiatría de todo el mundo realizado bajo los auspicios de la OMS (Organización Mundial de la Salud. CIE-10 Capítulo V: Pautas diagnósticas y de actuación ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Ginebra: OMS; 1998.

CONTENCIÓN MECÁNICA: La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.

CURAS INSULÍNICAS: La insulinoterapia o cura de Sakel consistía en inyectar dosis suficientes de insulina al paciente, induciendo un coma que aliviara los síntomas de la esquizofrenia. La vía de administración podía ser la subcutánea o la intravenosa. Las dosis podían oscilar entre 24 y 300 U. Cuando el enfermo había estado en coma durante media o una hora se interrumpía administrándole, por una sonda introducida por la nariz, té azucarado o leche azucarada. En ocasiones se conseguía despertarle más fácilmente mediante la administración de suero glucosado por vía intravenosa.

DSM: DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y contiene descripciones,

síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Estos criterios de diagnóstico proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de la salud) que tratan a pacientes con dichos trastornos, estableciendo claramente los criterios que los definen y ayudando a asegurar que el diagnóstico sea preciso y consistente.
En general, el DSM es el sistema de clasificación de trastornos mentales con mayor aceptación, tanto para el diagnóstico clínico como para la investigación y la docencia y es importante tener presente que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

EJES DE CLASIFICACIÓN EN EL DSM:

Eje I	Trastornos clínicos Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

ELECTROSHOCK: Se administraba un voltaje de entre 80 a 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios durante 2 décimas de segundo, midiendo previamente la resistencia de la calota craneal del sujeto en ohmios, y ajustaban el voltaje para provocar una convulsión tónico-clónica generalizada. Las sesiones se realizaban en días alternos y la duración del tratamiento no superaba las 20 sesiones. Actualmente se realizan bajo cuidados espaciales de anestesia, quirófano y otros controles médicos.

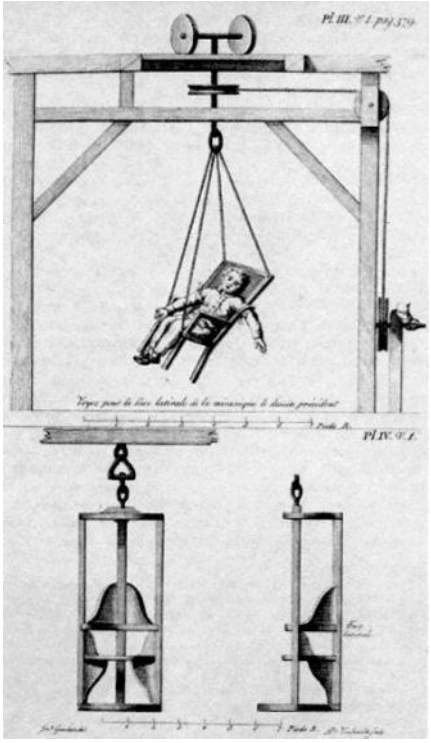
GANANCIA: Enfermar no siempre es algo malo; por lo menos, no tan malo como muchos suponemos. A veces, estar enfermo trae de la mano un conjunto de beneficios que no existen cuando estamos sanos. Uno de los beneficios más conocidos que aporta la enfermedad es el incremento en la atención y cariño que recibimos durante el proceso convaleciente. En estos casos, la enfermedad se convierte en un estado al que aspiramos, que mantenemos y del que evitamos salir. Esta es la ganancia secundaria de la enfermedad. Una actitud que puede ser más o menos consciente, más o menos inconsciente, pero que es el *corolario lógico a una situación personal*. Esta es la sencilla pero potente explicación del por qué, en muchas ocasiones caemos enfermos, por qué se prolonga una enfermedad o por qué evitamos cualquier situación que insinúe una mínima mejoría: simplemente, nos sentimos mejor así.

INYECCIONES DE AGUARRÁS Y TREMENTINA: Se basaba en la inyección de esencia de trementina ("aguarrás") dando lugar a un "absceso de fijación. Se inyectaban 1 o 2 c.c. en la región glútea o en la cara externa del muslo,

que producía una reacción local en la zona de la inyección con dolor, enrojecimiento, y formación de pus. El enfermo reaccionaba con una subida de la temperatura corporal de 39 grados o más y quedaba postrado en la cama con impotencia funcional y dolor intenso del miembro inyectado. En 3, 4 o 5 días desaparecía la fiebre y se absorbía el absceso. Este tipo de terapia estaba indicada en los casos de agitación psicomotriz.

JUDIALIZACIÓN DE LA VIDA MÉDICA: La creación de leyes en defensa de los derechos de los pacientes hace que los médico tengan cierto temor a las consecuencias de sus actos, y esto provoca en algunos casos la realización de prácticas clínicas defensivas, en las que el médico se asegura que sus acciones no tendrán repercusiones legales para él.

LA SILLA GIRATORIA DE ERASMUS DARWIN: Erasmus Darwin, (1731–1802) sugirió que el sueño era la mejor cura para las enfermedades. Erasmus descubrió que girando es más fácil inducir el sueño, así creó una enorme silla giratoria donde recostaba a sus pacientes, hasta que quedasen dormidos. Lamentablemente esta terapia no fue muy popular hasta la llegada de Benjamín Rush, pensaba que girar rápidamente descongestionaba el cerebro aliviando la enfermedad mental



PSIQUIATRIZAR: calificar como enfermedad psíquica aspectos que son normales en las diversas culturas existentes, aspectos que son propios de la condición humana, por ejemplo, calificar la tristeza como sentimiento normal de la vida humana, de depresión o, lo que es peor, incluir la tristeza dentro de un continuum que iría desde la tristeza más normal en la condición humana hasta la más grave de las depresiones.

SIGNO: los signos clínicos designan la o las manifestaciones visibles u objetivas que un profesional de la salud detecta cuando se examina a un paciente. El signo da sentido al diagnóstico que se emite después de sus observaciones y que permite aplicar el tratamiento adecuado. Hay dos tipos de signos clínicos: los signos clínicos positivos y los signos clínicos negativos. En el primer caso, la manifestación del signo es un factor significativo que permite el diagnóstico de una enfermedad. En la segundo, hablamos de signo negativo cuando la ausencia de este signo se revela como significativa.

SINTOMA: Síntoma es, en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad. El término síntoma no se debe confundir con el término signo, ya que este último es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas. Ejemplos de síntomas son: la distermia o sensación de tener un trastorno de la temperatura corporal (sensación de fiebre, escalofrío), el mareo, la náusea, el dolor, la somnolencia, etc.

TRANSINSTITUCIONALIZACIÓN: Es el fenómeno que surge cuando no se puede dar una respuesta definitiva a un paciente y este pasa de unas instituciones a otras. Se crea un círculo de ingresos en diferentes centros que normalmente suelen formar parte de la misma red de atención.

TRATAMIENTOS DEPOT: Es un tipo de tratamiento de acción prolongada, es decir una vez administrado el fármaco en el organismo su efecto es duradero en el tiempo.

UME: En consonancia con el decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de Extremadura, las Unidades de Media Estancia [UME] son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve [UHB] y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas. Son dispositivos específicos y especializados, que comparten características de las UHB y las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria [URH]. Sus características físicas son semejantes a las de las unidades de Hospitalización Breve, sin embargo, no son una mera extensión de las UHB, sino el dispositivo de elección cuando se precise un abordaje intensivo clínico y rehabilitador.

URH: En consonancia con el decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud

mental en la comunidad autónoma de Extremadura, las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria [URH] son definidos como dispositivos hospitalarios destinados a pacientes con trastornos mentales graves en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada, que permita un abordaje terapéutico más a largo plazo, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias y proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan visto afectadas.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Bibliografía del marco teórico sobre el tema investigado.

ABELLA, D. (1963): *Què cal saber d'higiene mental*. Barcelona: Barcino.

AGUADO, J.C; Portal,M.A. (1991): "Tiempo, espacio e identidad social". *Alteridade*. Nº:1 (2): Pp. 31-41.

ALLPORT, G. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. New Haven, Conn: Yale University Press.

ARIMANY MANSO, J.(2007) "La medicina defensiva: un peligroso boomerang. Humanitas". *Humanidades Médicas. Nº 12.*

BACARLETT, M.L, LECHUGA, A.M. (2009): "Canguilhem y Foucault: de la normalidad a la normalización". *Ludus Vitalis*, vol XVII, num.31.Pp. 65-85. Barcelona: Herder.

BEERS, C.W.(1937): *A mind that found itself*. New York: Doubleday, Draw & Co.

BENEDICT, R. (1934): "La antropología y el anormal", en *Journal of General Psychology*, 10(2), Pp. 59-82.

BERCOVITZ RODRIGUEZ-CANO, R. (1980): "Psiquiatría y Derecho". En: Manual de Psiquiatría: J. L. González de Rivera, A. Vela y J. Arana (eds.). Madrid; Karpos. Pp.1239-1255.

BOURDEAU,M.(2008): "La posteridad sociológica de Auguste Comte: Lo normal y lo patológico en Durkheim". *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. Nº 16, Pp. 43-58.

CANGUILHEM, G. (2005): *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

CANGUILHEM, G. (1978) Lo normal y lo patológico. Siglo XXI, México, 2ª Edición. Pp. 137-177.

CAVALLI, A. (1996): "Instituzione". *En Enciclopedia del les cienzes social*. Roma, Istituto della Enciclopedia fondata da Giovanni Treccani, vol. V, pp. 122-134.

CERTCOV, D.(1985): *Psicopatología general dialéctica*. Ediciones Nueva Visión, 1ª. ed. Buenos Aires, Argentina.

CLEMENTE, M.(2012): "Papel de las ciencias sociales y del comportamiento en la ley" .*Psicología Política*, Nº 44, 87-107. Universidad de la Coruña.

CLEMMER, D. (1940)*: The prisión community*. Chrystopher Publishing House. Boston.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2007a): " Cultura, sociedad y psiquiatras en España". *Frenia*, Vol. 7, Fascículo 1, Pp. 7-24.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2007b): "Locura, quejas y malestares: cultura, sociedad y salud mental en España". *Trabajo social y salud*, Nº. 56, Pp. 69-110.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2003a): "Cultura y salud: de la negación al regreso de la cultura en medicina". Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia. Nº. 19, 2003, Pp.. 111-131.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2003b): "Estado del bienestar y culturas organizacionales". *Trabajo social y salud*,, Nº. 46, Pp. 9-29.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2002): "Antropologia i salut. Etnografia, compromis i activisme". *Revista d'etnologia de Catalunya*. Nº. 20, Pp. 92-105.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2000a): "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas: una revisión conceptual". *Trabajo social y salud*, Nº. 35, Pp. 151-172.

COMELLES ESTEBAN J. M. (2000b): "Antropología, psiquiatría i medicina: de les topografies mèdiques al constructivisme". *L' Avenç: Revista de història i cultura*, Nº 195, Pp. 46-50.

COMELLES ESTEBAN J. M.; ERKOREKA BARRENA, A. y PERDIGUERO GIL, E. (2000c): "Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000)". *Medicina y cultura : estudios entre la antropología y la medicina,* 2000, Pp. 353-446.

COMELLES ESTEBAN J. M. (1995): "La sacralización de la práctica hospitalaria: del despliegue tecnológico a la institucionalización del milagro". *Malaltia i cultura,* 1995, Pp.. 179-206.

COMELLES ESTEBAN J. M.; MARTIN GONZÁLEZ, E y ARNAU OLIVÉ, M. (1993): "El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital

de Valls". *Dynamis: Acta hispánica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Nº. 13,Pp. 201-234.

COMELLES ESTEBAN J. M. ; ANDREU I TOMAS A.; FERRÚS BATISTE J. y PARÍS S.: "Aproximación a un modelo sobre antropología de la asistencia en Cataluña". *Arxiu d'etnografia de Catalunya: revista d' antropología social*, Nº. 1, 1982, págs. 13-29.

COSTA I MOLINARI, J.M. (1994). *Manual de psiquiatría*. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

CURADO GARCÍA, B. (2003): "Hospitales en Mérida". *Revista de estudios extremeños.* Vol. 59, Nº 1, Pp. 427-445.

DELGADO BUENO, S.; GONZÁLEZ DE RIVERA y REVUELTA, J. L.(1988): "Aspectos Legales de los Internamientos Psiquiátricos". *Psiquis.* Vol. IX/88 . Pp. 300-313.

DESVIAT, M.(1990*): Epistemología y práctica psiquiátrica*. Ed. AEN. Madrid.

DOMÉNECH, M.; TIRADO,F.; TRAVESET, S.; VITORES, A. (1999):"La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones". *Educación Social* Núm. 12 Pp, 20 –32.

DOMÉNECH, E.(1991): *Introducción a la historia de la Psicopatología.* Barcelona. Edit. PPU.

DOUGHERTY, M.C. y TRIPP-RÉIMER, T. (1985): "The interface of nursing and anthropology". *Ann. Rev. Anthropol*.14. Pp. 219-241.

DSM-IV-TR: MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (En papel) MICHAEL B. FIRST. MASSON, 2001.

FOUCAULT, M. (2006) :*Los Anormales.* Texto del Informe del curso de 1974-1975 dictado por Michel Foucault en el College de France, Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

FOUCAULT, M. (2004)[1964]: *Historia de la locura en la época clásica, I*. Argentina: Fondo de cultura económica.

FOUCAULT, M. (1997). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (1978): *Vigilar y castigar*. Siglo XXI. Madrid.

FUENTENEBRO, F.; VÁZQUEZ, C. (1990): *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (2 Vols.). Madrid: McGraw-Hill.

GALLINO, L. (1993): "Istituzione", . En *Dizionario di sociología*. Turín, Utet, Pp. 387-390.

GARCIA, J. L.(1976): Antropología del territorio. Taller de ediciones Josefina Betancor, Madrid.

GIROLA, I.(1997). "El individualismo según Durkheim". *Rev. Sociológica.* Año 12, Nº 14. Filosofía y sociología política.

GOFFMAN, E. (1970): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Amorrortu, Buenos Aires.

GOLDENBERG, M.; LUBCHANSKY, I.L. (1990): "Salud mental". En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública*. Tomo I. Pp. 293-323. Buenos Aires: El Ateneo.

GONZÁLEZ DE CHAVEZ, M.(1980): "Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales". En *La transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. EM-AEN. Madrid.

GONZALEZ DE RIVERA, J. L. (1998): "Evolución histórica de la Psiquiatría". *Psiquis*; 19(5): 183-200. *Pp. 6-16.*

GONZÁLEZ M. (2013): "El síntoma en la clínica psicoanalítica". *Imaz Revista Itinerario*. Año 7, N°14.

GONZALO FREIRE,S; GONZÁLEZ VAREA, J; CUIXART ALFARO, I; JAÉN TOSCA, C.; GONZÁLEZ DE LA CERDA, A. MONTESINOS OLIVER, S.(2012): "Enculturación, sanidad y crisis económica mundial". En Psiquiatria.com .http://hdl.handle.net/10401/5439.

GUADARRAMA, L., ESCOBAR, A., ZHANG, L. .(2006): "Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión". *Revista de la Facultad Médica de la UNAM*, 49(2), Pp. 66 – 72.

GUIMÓN, J. (1982): "Definiciones de la Psiquiatría", *Psiquis*. ·,1-4.

HARRÉ, R.; LAMB, R. (1992): *Diccionario de psicología social y de la personalidad*. Paidós. Barcelona.

HEIDTMANN VAGHETTI H.; COELHO DE SOUZA PADILHA M. I.; CAMARGO MAIA A.R. (2006): "O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudio da cultura das organizaciones hospitalares". *Cuad. Adm.* Bogotá (Colombia), 19 (32): Pp.179-194.

IPARRAGUIRRE, G., ARDENGHI, S.(2011): "Tiempo y temporalidad desde la Antropología y la Física" . *Revista de Antropología Experimental* Nº 11. Texto 18: Pp. 251-260.

KORCHIN, S. J. (1976): *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and com*munity. Basic Books.(New York).

LAFRAMBOISE, H.L. (1973): "Health policy: breaking the problem down into more manageable segments". *Can. Med. Assoc J*. Nº108 (3): 388-391.

LALONDE, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario. Canadá: Information.

LEÓN RUBIO, J.M; MEDINA, S.; CANTERO, F.J.; HERRERA, I.; RUEDA, S. y GARCÍA, M.J.(2000): "Un programa de preparación psicosocial para la cirugía : diseño, aplicación y evaluación". En FERNÁNDEZ, J.; HERRERO J.; BRAVO A. (Ed.) *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva.

LINARES, J.L. (1981). "Psiquiatría preventiva i salut mental". En D. Abella (Dir.). *Psiquiatría fondamental.*. Barcelona: Edicions 62. Pp. 639-651.

LLUCH CANUT, Mª T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. Tesis Doctoral. UNIVERSIDAD DE BARCELONA División de Ciencias de la Salud Facultad de Psicología Barcelona.

MAESTRO ITURRIAGA B.(2012): Sociología de las relaciones humanas. La relación médico paciente.[Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad;

MASLOW, A. H. (1961):"Existential psychology: what's in it for us?" En *R. May Esistential Psicchologs*. New York: Random House.

MEDINA, M.(2008): " La ciencia cognitiva y el estudio de la mente" . *Revista IIPS*I. Facultad de psicología. UNMSM. VOL. 11 – Nº 1 .Pp. 183 – 198.

MESA, P.J. (1986): *El marco teórico de la psicopatología*. Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios. Sevilla.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma* Psiquiátrica. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica.

MONNET, J. (2002): "La ciudad como OSSI (Objeto socio-espacial identificable). Las categorías de la experiencia y del conocimiento del espacio urbano". *Revista Virajes*. Universidad de Caldas. Manizales. Colombia. 2002.

MORO, L. (1996): "Aportaciones de la antropología psicosocial al estudio de la personalidad desde la cultura". *Ars Breis*. Pp. 61-81.

MURPHY, J.M. (1976): "Psychiatric labeling in cross cultural perspective". Science , Nº 4231. Vol. 191, Pp.1019-1027.

OBERGK. K.(1960): "Cultural Shock: Adjustment to New Cultural Environments". *Practical Anthro*pology. Nº7: Pp.177-182.

PAGE, J.D. (1982): *Manual de psicopatología*. Barcelona: Paidos (Original de 1971).

PASTEUR, L., (1946): *Memorias de Luis Pasteur.* Conmemoración del bicentenario de la muerte de Pasteur. México, D.F.: Sociedad Mexicana de Historia Natural.

PEIRÓ. J.M.(1990): *Organizaciones: nuevas perspectivas psicosociológicas.* PPU. Barcelona.

PÉRTEGA DÍAZ S. y PITA FERNÁNDEZ S. (2001): *La distribución normal*. Cad. Aten Primaria; 8: 268-274.

PICHOT, P. (1997): "El concepto de cronicidad". En GUTIÉRREZ M., EZCURRA J. y PICHOT P. (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría*. Barcelona: Rubes Ediciones en Neurociencias. Pp. 21-40.

QUIJANO DE ARANA, S.D.(1993): *La psicología social en las organizaciones: Fundamentos*. PPU. Barcelona.

QUITMANN, H. (1985): *Psicología humanística: Conceptos fundamentales y trasfondo filosófico*. Barcelona. Herder.

RAMSHORN, M. (1983): "Servicios de Salud mental". En HABER J., LEACH M.,. SCHUDY S.M y SIDELEAU B.F. (Eds.), *Psiquiatría. Texto básico*. Barcelona: Salvat. pp. 9-16.

RIESGO, I. (1993):"La gestión diaria del hospital". *Gestión Hospitalaria*. Nº:100. Pp. 33-39.

RIGOL, A. (1991): "Historia de las ideas en Psiquiatría". En Rigol A. y Ugalde M. (Eds.): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona: Salvat. Pp. 1-10.

RIGOL, A.; GARRIGA, X. (1991): "Salud Mental en el Sistema Global de Salud". En RIGOL, A. y UGALDE, M. (Eds.): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Barcelona: Salvat. Pp. 93-119.

RODRIGUEZ CARBALLEIRA, A. (1992): *EL lavado de cerebro*. Barcelona, Bouxareu Universitaria.

RODRIGUEZ, J. (1986): "El impacto psicológico de la hospitalización. Análisis y Modificación de Conducta" Norteamérica, Vol.12, nº33, Pp. 421-439.

ROGERS, C(1961). *El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica*. Buenos Aires. Paidós.

ROSENHAN D.L. (1973): "Sane e insane places". Science 19: Vol. 179. no. 4070, pp. 250 – 258.

ROSENHAN,D.L.; SELIGMAN,M.E.P.(1984): *Abnormal psychology*. New York: Norton.

SCHARFETTER, CH. (1977): *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata. (Original de 1976).

SCHEFF. T. J. (1971): *Being Metally Ill.* A sociológical theory.

SERRES, M. (1994): *Atlas.* Cátedra. Madrid. Pág. 82.

SEVA, A. (1983): *Salud Mental Evolutiva*. Zaragoza: Pórtico.

SPROCK, J.; BLASHFIELD, R.K.(1984): "Classification and nosology". En M. HERSEN, A.E.; KAZDIN, A.S.; Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook.* New York: Pergamon.

SYKES GRESHAM, M. (1958): *The society o captives*. Priceton, Priceton University Press.

SZAZS, T.(1976): *El Mito de la Enfermedad Mental*. S.A. Amorrortu. Buenos Aires.

SZASZ, T.(1974*): La fabricación de la locura*. Edit. Kairos.

TENA TAMAYO C y SÁNCHEZ GONZÁLEZ, J.M.(2005): "Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva". *Medigraphic Artemeni Isínaea Ginecología Obstetricia.* Méjico. Nº 73. Pp. 553-559.

VALLEJO, J. (1998): *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

VÁSQUEZ ROCCA A.(2011):"Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la razón psiquiátrica". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas.* Universidad complutense de Madrid.

VEGA, C.; BAÑON GONZÁLEZ, R.M y FAJARDO AGUSTIN, A. (2010) "Internamientos psiquiátricos. Aspectos médico legales". *Revista Atención Primaria*. Vol. *42*. *Núm. 03*.

VILLEGAS BESORA ,M (1986):"La psicología humanista: Historia, concepto y método". *Anuario de Psicología*. Núm. 34.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1951). *Mental health: report on the second session of the Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.

ZIMBARDO, P.G. (1984):"Mind Control in "1984": Orwell´s Political Fiction becomes a psychological reality of modern times". En STANSKY, P (Ed):. Standford (C.A). Standford University Press.

2. *Bibliografía sobre etnografía y metodología de la investigación.*

AGUIRRE BAZTAN, A (1995a): "La empresa". En : AGUIRRE, A. y RODRÍGUEZ, A. (Eds.)(1995). *Patios abiertos y patios cerrados*. Marcombo, Barcelona 141-57.

AGUIRRE BAZTAN, A (1995b): "La institución como grupo cultural". En: AGUIRRE, A. y RODRÍGUEZ, A. (Eds.)(1995). *Patios abiertos y patios cerrados*. Marcombo, Barcelona. Pp. 13-32.

AGUIRRE BAZTÁN, A. (1995c) "Etnografía", en AGUIRRE BAZTÁN, A. (ed.): *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Antropología. Nº 17. Páginas 3 – 20. Editorial Boixareu Universitaria. Marcombo, s. a. Barcelona.

AGUIRRE BAZTAN A.(1995d): "La empresa". En AGUIRRE BÁZTAN, A. *Patios Abiertos y Patios cerrados*. Psicología cultural de las instituciones. Ed. Boixereu Universitaria. Marcombo. Pp. 141-57.

AGUIRRE BAZTAN, A.(1994):" La cultura de empresa." *Rev. Anthropológica*. 15-16. Pp.15-56.

AGUIRRE CAUHÉ, S. (1995): "Entrevistas y cuestionarios", en AGUIRRE BAZTÁN, A. (ed.): *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Antropología. Nº 17. Páginas 171-180. Editorial Boixareu Universitaria. Marcombo, s. a. Barcelona.

ÁLVAREZ PEDROSIÁN, E. (2009): *Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público.* Editorial: CSIC-Udelar. Montevideo. Uruguay.

AMARAL MÁRCIA A.(1997): "Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo asistencial". *Rev. Saúde Pública.* Vol. 31 Nº. 3. São Paulo.

ANGELL, B.; COOKE; A.; KOVAC, K. (2005): "First person accounts of stigma" . En CORRIGAN P. W. (Ed.): *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (Vol. 69-98). Washington D.C.: American Psychological Association.

ANGUERA ARGILAGA, M. T. (1995): "La observación participante", en AGUIRRE BAZTÁN, A. (ed.): *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Antropología. Nº 17. Páginas 73 – 84. Editorial Boixareu Universitaria. Marcombo, s. a. Barcelona.

ANTA FÉLEZ, J. L. (2011): "Espacio, tiempo y encuentro. Etnografía del lugar universitario". *Gazeta de Antropología*. Nº 27. 2.

ANTA FÉLEZ, J. L. (1999): "Un paseo por la institución total". VIII Congreso de Antropología, Vol. 5, 1999 (Nuevos movimientos religiosos, iglesias y sectas: simposio V). Pp. 93-104

ANTA FÉLEZ, J. L. (1990): *Cantina, Carita y Cocina. Estudio antropológico de soldados y cuarteles.* Madrid: Siglo XXI.

AUGÉ, M. (1996). *El sentido de los otros*. EDIT. Paidós Básica. Pp. 95-108.

AUGÉ M. (1993): *Los "no lugares" espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad* . Barcelona: Gedisa.

BÁEZ y PEREZ DE TUDELA, J. (2007): *Investigación cualitativa*. Esic. Edit. Madrid. Pp. 117-118.

BECKER, H. K.(1970): *Research and the individual: Human Studies*. Boston. Little Brown. (Citado en TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1994): *Introducción a los métodos cualitativos en investigación.la búsqueda de significados)*. «Paidós Básica» nº 37. Ediciones Paidós Ibérica, s. a. Barcelona.

BECKER, H.S.(1967): Whose side are we on?. *Social Problems*,14. Pp. 239-247.Citado en TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R. (1994): *Introducción a los métodos cualitativos en investigación.la búsqueda de significados*. «Paidós Básica» nº 37. Ediciones Paidós Ibérica, s. a. Barcelona.

CASAS RIVERA, R. (1989): "Indicaciones de ingresos psiquiátricos". *R.A.E.N. Vol. IX. N. 031. Pp. 605-611.*

CASAS RIVERA, R.; GARCIA BERNARDO, E.(1987): "Primer contacto con la institución en una Unidad de Hospitalización Breve". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* Nº 25, Pp. 288-294.

CRIVOS, M. (1988): "Estudio antropológico de una sala de hospital". *Medicina y Sociedad. Revista sobre Organización y Financiación de la Salud*; año XI, vol. 11, no. 5-6. Pp. 127-137.

CRUZ, M.A., REYES, M.J. & CORNEJO, M. (2012): *Conocimiento situado y el problema de la subjetividad del investigador/a*. Cinta de Moebio, 45, 253-274.

DEL RINCÓN, D., ARNAL, J., LATORRE, A., SANS, A. (1995): *Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales.* Madrid: Dykinson.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (2005): *The Sage Handbook of Qualitative Research.* London, Inglaterra: Sage.

DENZIN,N. K. (1989): Interpretative biography. London: Sage

DÍAZ IGLESIAS, S. (2006): "Hacer etnografía en la propia comunidad: problemas de expectativas, atribuciones y responsabilidades", *Revista de Antropología Experimenta*l. Universidad de Jaén, 5: 2-11.

DOUGLAS, J. D (1976): *Investigative Social Research: Individual and Team Field Research*. Beverly Hills. Calif. Sage Publications.

DURKHEIM, E. (1995): *Las formas elementales de la vida religiosa*. Méjico. Ediciones Coyoacán. [1912].

DURKHEIM, E. (1995): *El suicidio*. Akal. Madrid. [1897].

EVANS-PRITCHARD, E. E. (1940). *The Nuer. A description of the modes os livelihood and political institutions of a nilotic people*. Oxford. Oxford University Press.

FOUCAULT, M. (2008): "Topologías". Fractal N° 48, , Año XII, volumen XII. Pp. 39-40.

GEERTZ, C. (1996):*El antropólogo como autor*. «Paidós Studio» nº 73. Ediciones Paidós Ibérica, s. a. Barcelona.

GOETZ, J. P.; M. D. LECOMPTE (1988): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, Morata. Citado en ÁLVAREZ ÁLVAREZ, C. (2008): "La etnografía como modelo de investigación en educación". *Gazeta de Antropología*, 24 (1), artículo 10.

GOFFMAN, E. (1981): *La presentación de la persona en la vida cotidiana.* Amorrortu editores. Primera edición en castellano. Pp 13-28.

GOFFMAN, E (1970): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.

GOOFMAN, E. (1957): "On some convergences of sociology and psichatry: a sociologist´s view". *Psychiatry*. Nº 20: Pp. 201-201.

GONZÁLEZ, J.; HERNÁNDEZ, Z. (2003): *Paradigmas Emergentes y Métodos de Investigación en el Campo de la Orientación.* Extraído el 22 de septiembre de 2014 desde http: www.geocities.com/seminarioytrabajodegrado/Zulay2.html.

GOULDNER, A.(1970): *The coming crisis of Western sociology*. Nueva York. Basis Book.

GUASCH, O. (1997): *Observación participante*. Colección Cuadernos Metodológicos, N20. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid.

GUBER, R. (2011): *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. «Mínima». Siglo Veintiuno, editores. Madrid.

GUBER, R. (2004): *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Ed. Paidós. Buenos aires.

HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P(1994): *Métodos de investigación*. Paidos Basica. Pp. 13.

HARRIS, M. (1978*): El desarrollo de la teoría antropológica.* editorial Siglo XXI. Madrid.

HOEYER, K.; DAHLAGER,L. y LYNÖE, N. (2005): "Conflicting notions of research ethics. The mutual challenging traditions of social scientists and medical researchers". *Social Sciencie and Medicine*. 61: 1741-1749.

HOLY, L.(1984): "Theorhy, Melhodology and Research Process" *in* R. F. Ellen (org.), *Ethnographic research*. Londres. Academic Press.

JONES, G.R. (1983): *Life History Methodology*, citado en G. Morgan (1983). *Beyond Method*. London:Sage,147-159.

JUNQUERA RUBIO, C. (1995): "Los informantes", en AGUIRRE BAZTÁN, A.(ed.): *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Antropología. Nº 17. Páginas 135-150. Editorial Boixareu Universitaria. Marcombo, s. a. Barcelona.

KAPLAN, D.; MANNERS, R. A. (1996): "Antropología: métodos y problemas en la formulación de teorías", en H. M. Velasco, *Lecturas de antropología social y cultural* . Madrid: Cuadernos de la UNED. Cap. 1: Pp. 15-50.

KLUCKHOHN, C. (1945): The personal document in Anthropological science. (Citado por PUJADAS, J.M (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en Ciencias Sociales*.) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

KOTARBA, J.A. (1980): "Discovering amorphous social experience: The case of chronic pain", en W. B Shaffir, R. A. Stebbins, y A Turowetz (comps.), *Fieldwork Experiencie: Qualitative Approaches to Social Researchs*. Nueva York. St. Martin´Press, pag. 57-67.

KROTZ, E. (1991): "Viaje, trabajo de campo y conocimiento antropológico", en *Alteridades*. Número 1 (I). Pp. 50 - 57. Departamento de Antropología. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades. México, DF.

LANGNESS, L.L.(1965). *The Life History in Anthropological Science*. New York: Holt, Rinehart &Winston.

LEACH, E. (1976), *Culture and Communication: The Logic by which Symbols are connected*. Cambridge University Press, Cambridge. (Citado en LAWRENCE RODERICK J. (1993): "Análisis antropológico del interior de las viviendas"(. Temes de Disseny, Pp. 65-74.

LEAL RUBIO, J. (1995): "El manicomio". En AGUIRRE, A. y RODRÍGUEZ, A. (Eds.)(1995). *Patios abiertos y patios cerrados*. Marcombo, Barcelona. Pag. 53-69.

LÉVI-STRAUSS, C. (1953): "The notion de structure en etnologie". En Anthropologie Structurale, Paris, Plon, Pp. 303-351. (Citado en Silvano, F.(2001): *Antropología do Espaco, uma introducao*).Ed. Celta.

LISÓN TOLOSANA, C. (2007a): "Preliminar", en LISÓN TOLOSANA (Ed.): *Introducción a la antropología social y cultural*. Akal. Madrid.

LISÓN TOLOSANA, C. (2007b): "Ciencia y razón antropológica", en LISÓN TOLOSANA (Ed.): *Introducción a la antropología social y cultural*. Akal. Madrid, Pp. 591-613.

LISÓN TOLOSANA, C. (2000): "La entrevista en el trabajo de campo", en *Revista de Antropología Social*. Nº9. Pp.105-126. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Antropología Social. Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense. Madrid.

LISÓN TOLOSANA, C. (1998): "Trabajo de campo" en LISÓN TOLOSANA, C (coord.): *Antropología: horizontes teóricos*. Serie Cultura y Sociedad. Editorial Comares. Peligros (Granada).

LÓPEZ COIRA, M.(1998): "Institución penitenciaria y subcultura carcelaria: un conflicto no resuelto". *Ponencia presentada en las Segundas Jornadas de Antropología de Madrid*. Asociación Madrileña de Antropología.

LOUDON, J. (1990): "Orden religioso y trastorno mental" . En WOLF E. R.; CLYDE M.; otros. *Antropología social de las sociedades complejas*. Compilación de Michael Banton. Editorial Alianza Universidad. Pp. 82-107

LUCCA, N. y BERRÍOS, R. (2003). *Investigación cualitativa, fundamentos, diseños y estrategias.* Colombia: Ediciones S. M.

MANZANOS BILBAO, C. (1991): "El sistema de dominación carcelario y sus efectos desocializadores" . En Bergalli R: Sociology of penal control within the framework of the sociology of law. Pp. 195-232.

MARCOS ARÉVALO J. (2008): "El observador y lo exótico cotidiano. Unidades de análisis y el estudio de nuestra cambiante y plural realidad sociocultural", *Gazeta de Antropología*, 24 (2), artículo 53.

MARCOS ARÉVALO, J.(1984): El *hacinamiento, la marginación y la pena de muerte. (La cárcel de Badajoz en el siglo XIX). Grafisur. Diputación Provincial de Badajoz. Los Santos de Maimona.*

MILLS, C.W. (1959): *The sociological imagination*. Londres. Oxford University Press.

MORENO NAVARRO, I. (1975): "La investigación antropológica en España", Primera Reunión de Antropólogos. Sevilla, Universidad de Sevilla: 325-339.

MORENO NAVARRO, I. (1972) "El trabajo de campo etnológico en España y el problema de la elección de la comunidad", *Revista Étnica*, 3: 165-182.

MOYA I OLLÉ, J. (1999): "La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales", en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, vol XIX, nº 72, pp. 693-702.

MUÑOZ RONDA, F.(2008): "La imagen física de las enfermeras y su influencia en la dinámica de las instituciones sanitarias. *Tempus vitalis: Revista Electrónica Internacional para el cuidado del paciente crítico,* Vol. 8, Nº. 1, Pp. 12 .

MURILLO. J. y Martínez C. (2010): "Investigación etnográfica .Métodos de Investigación Educativa en Ed. Especial". 3º Ed, Pp. 4-5, 1.

NEILA MUÑOZ, C. (2015): "Una etnografía sobre los ritos de paso del ciclo de la vida en tres comunidades de Extremadura: Alcántara, Brozas y Villa del Rey". Inédita. Tesis Doctoral inédita. Departamento de Psicología y Antropología Cáceres. Universidad de Extremadura.

PEACOCK, J. L. (1989): *El enfoque de la antropología. Luz intensa, foco difuso*. Herder. Barcelona. Pp.78-79.

PEACOCK, J. L. (2005): *La lente antropológica*. Ciencias Sociales: Antropología. El libro de Bolsillo. Alianza Editorial, s. a. Madrid.

PRAT I CARÓS, J. (1997): *El estigma del extraño. Un ensayo antropológico sobre sectas religiosas*. Edit. Ariel. Barcelona

PRIETO OREJA, J. (2010). "El Hospital Psiquiátrico: más allá de las relaciones profesionales. Reflexiones desde la etnografía". ETNICEX. Núm. 1, Pp. 67-73.

PUJADAS, J.M (1992): *El método biográfico: el uso de las historias de vida en Ciencias Sociales*. Madrid. Pp. 45-51.Centro de Investigaciones Sociológicas.

RAMIREZ.D.E. (2003): "Reflexiones sobre los paradigmas cuantitativo y cualitativo en la investigación social aplicados a las ciencias administrativas". Rev. *Estudios en Ciencias Administrativas*. Vol. 1, Nº1.

RAPAPORT, A. (1994): *Spatial Organization and the built environment* en INGOLD, Tim (Ed)

RHODES, L. A. (1991): Emptying *Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit* . Berkeley: University of California Press.

RICO BELTRÁN C., ANDINA DÍAZ E., BONET MANSO P.(2001): "Antropología en urgencias". *Rev. Cultura de Cuidados*. Año V-Nº 10. Pp.21-29.

ROBLEDO MARTIN, J. (2009): "Observación Participante: informantes claves y rol del investigador". *Nure Investigación,* Nº 42.Septiembre-Octubre.

Rodríguez Carballeira, A. (1995): "La institución como interacción". En Aguirre Baztán A.; Rodríguez Carballeira, A. *Patios abiertos y patios cerrados. Psicología cultural de las instituciones*. Ed. Marcombo. Barcelona. Pp.3-11.

RUBIO-ARDANAZ, J.A (2011): *Trayectorias del conocimiento antropológico. Correlatación, descripción e interpretación sociocultural.* Ed. Centros de Estudios Chinos Lu Xun.

SÁNCHEZ-CANDAMIO MÉNDEZ, M.(1995): "El hospital". En AGUIRRE BÁZTAN, A. *Patios Abiertos y Patios cerrados. Psicología cultural de las instituciones.* Ed. Boixereu Universitaria. Marcombo. Pp. 159-174.

SÁNCHEZ-CANDAMIO MÉNDEZ, M.(1995):"El hospital". En AGUIRRE, A. y RODRÍGUEZ, A. (Eds.)(1995): *Patios abiertos y patios cerrados. Psicología cultural de las instituciones.* Ed, Marcombo. Pp.159-174.

SANMARTÍN ARCE, R. (2003): *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Ariel. Barcelona.

SANMARTÍN ARCE, R. (2000): "La entrevista en el trabajo de campo", en *Revista de Antropología Social*. Nº 9. Págs. 105-126. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Antropología Social. Servicio de Publicaciones. Universidad Complutense. Madrid.

SANTANA TALAVERA, A. (2000): "Los métodos de la antropología". Revista *Ciencia y Mar* (Universidad del Mar, Oaxaca. México. Volumen IV Número 10.

SILVANO, F. (2001). *Antropologia do Espaco. Uma introducao*. Edit. Celta. Oeiras. Pp. 41-47.

STAKE, R. E. (2005): *Investigación con estudio de casos*. Madrid, Morata.

STOCKING, G. W. (2002): "Delimitando la antropología: reflexiones históricas acerca de las fronteras de una disciplina sin fronteras". *Revista de Antropología Social*. 11: 11-38.

TALBOTT, JA. (1981): "The chronic mentally ill". En ARIETI, S. (ed): *American handbook o Psichiatry. Vol. VII: Advances and new direccions*. New York: Basic Books, Inc,Publishers: Pp. 369-87.

TAYLOR, S. J y BOGDAN, R. (1984): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Ed. Paidos Básica. Barcelona. Pp. 37-45.

TAYLOR. E.B. (1979): *Primitive Culture*. Harper Toorch books, New York.

TORRADO, S. (1983): *La familia como unidad de análisis en censos y encuestas de hogares. Metodología actual y prospectiva en América Latina.* Buenos Aires. Ediciones CEUR.

TOSAL, B; BRIGIDI, S; HURTADO, I. (2013): *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto.* Publicaciones URV, Capítulo: "Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas en el trabajo etnográficos en hospitales", Editors: Oriol Romaní, pp.191-212.

VALLES, M. S. (2002): *Entrevistas cualitativas*. «Cuadernos Metodológicos» nº 32. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). Madrid.

VALVERDE, J. (1991): *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid. Ed. Popular.

VAN DER GEEST, S y FINKLER, K.(2004): *Hospital ethnography: introduction*. Social Sciencie and Medicine, 59.

VEZZOLI, R.; ARCHIATI, L.; BUIZZA, C.; PASQUALETTI, P.; ROSSI, G.; PIOLI, R. (2001): "Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town" . *European Psychiatry*, Nº16, Pp. 451-458.

WIND, G. (2008): "Negociated interactive observation: Doing fieldwok in hospital setting". *Antropology and Medicine*, 15: 79-89.

3. *Bibliografía sobre cuantificación del fenómeno de reingreso.*

AGRA, S.; BRENLLA, J.; BLANCO, J.(1996): "Factores asociados al reingreso de pacientes psiquiátricos". *AN. Psiquiatría.* Nº 12: Pp.149-155.

AGREST,M y col. (1993): "Factores asociados a las internaciones de los pacientes psiquiátricos". *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría.* Nº V. Pp. 167-175.

ALONSO MARTÍNEZ J.L.; LLORENTE DIEZ B.; ECHEGARAY AGARA M., URBIETA ECHEZARRETA M.A., GONZÁLEZ ARENCIBIA C.(2001): "Reingreso hospitalario en Medicina Interna". *AN. MED. INTERNA (Madrid)* Vol. 18, N.º 5, Pp. 248-254.

BACHRACH, L.L. (1988): "Definding chronic mental illness: a concept paper". *Hosp. Community Psychiatry* , Nº 39: Pp. 383-8.

BACHRACH,LL. (1984): "Asylum an chroncically ill psychiatric patients". *Am. J. Psychiatry*. Nº: 141. Pp. 975-978.

BAILLARGEON, J.; BINSWANGER, I.A.; V. PENN J, WILLIAMS, B. A.; J. MURRAY O.(2009): *Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. Am J Psychiatry;* Nº: 166:103–109.

BAREKATAIN, M., REZA, M. M., HASSANNEJAD, R., HOSSEINI, R. (2013): "Factors Associated with Readmission of Patients at a University Hospital Psychiatric Ward in Iran". *Hindawi Publishing Corporation Psychiatry Journal.*

BENBASSAT. J. y TARAGIN. M. (2000): "Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations". *Arch. Intern. Med.* Nº 24;160(8):Pp.1074-1081.

BEZERRA, *C. G.;DIMENSTEIN, M.* (2011): "O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica". *Mental,* Nº 9 (16), Pp. 303-326.

BONIN, J.P.; FOURNIER, L.; BLAIS, R.(2007): "Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada". *Psychiatr Serv;* Nº: *13* (7): Pp. 936–941.

BORUS, J.F.:(1981): "Desinstitutionalization of the chronically mentally ill". *New England Journal of Medicine,* 305. Pp. 339-342.

CASPER, E.S. y DONALDSON, B.(1990): "Subgroups in the population of frequent users of inpatient services". *Hosp Community Psychiatry*. Nº 41: Pp.189-91.

CAYCEDO, M.L.; HERRERA, S.; OFFIR-JIMÉNEZ, K.(2011): "Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental". *Rev. Cienc. Salud.* Nº: 9 (2): 141-158.

CHINMAN, M.J.; Weingarten, R.;STAYNER, D.; DAVIDSON, L.(2001)*:* "Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service". *Community Ment Health J;* Nº: 37(3): Pp. 215-29.

CHRISTIAN WEISS, M.; JAIME SANTANDER, T., IGOR AEDO, C. y XIMENA FUENTES, M.(2013): "Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica". *Rev. Chil. Neuro. psiquiatr.* Vol. 51.Nº:4. Santiago.

CHUAN-HSIUNG, L.; WEN-LING, CH.; CHIH-MING, L.; MING-DER, L.; MING-CHUNG, K.; CHUNG-YI, L.(2010): "Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan". *Clinics.* (Sao Paulo). Nº: 65 (5): Pp: 481-9.

CORRIGAN, J. M. y MARTIN, J. B. (1992)*:* "Identification of factors associated with hospital readmission and development of a predictive model". *Health Serv. Res;* 27(1): 81–101

DIXON, M.; ROBERTSON, E.;, GEORGE, M;, OYEBODE, F (1997): "Risk factors for acute psychiatric readmission". *Psychiatric Bulletin;* Nº: 21 (10): Pp: 600-3.

Estudio Transversal sobre Sanidad Penitenciaria - Junio de 1998. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

FIGUEROA, R.; HARMAN, J.; ENGBERG, J.,(2004): "Use of claims data to examine the impact of lenght of inpatient psychiatric stay on readmission rate". *Psychiatic Service*s. Nº 55 (5): 560-5.

FRANKLIN J.L.; KITTREDGE L.D.; THRASHER J.H. (1975): A survey of factors related to mental hospital readmissions. *Hospital Community Psychiatry*; N º 26: Pp. 749-756.

FRICK, U.; FRICK, H.; LANGGUTH, B.; LANDGREBE, M: HU¨ BNER-LIEBERMANN, B.; ET AL. (2013): "The Revolving Door Phenomenon Revisited: Time to Readmission in 17.415 Patients with 37'697 Hospitalisations at a German Psychiatric Hospital". *PLoS ONE* 8(10): e75612. doi:10.1371/journal.pone.0075612.

GAEBEL, W. y PIETZCKER, A.(1985): A one year outcome of schizophrenic patients.The interaction of chronicity and neuroleptic treatment. Pharmacopsychiatr. Nº 18: Pp. 235-239.

GALÁN Y COL. (2001) citado en Linares Vallejo, I. (2002): *Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría.* Tesis doctoral . Universidad de Valladolid.

GARCÍA-VALDECASAS, J.; VEGA, D.; VISPE, A;, RODRÍGUEZ, M;, GONZÁLEZ, C.(2004): "Estudio descriptivo de reingresos en una Unidad de Internamiento Breve en la zona sur de Gran Canaria". *Psiquiatria.com.* ; 8 (4).

GASTAL, F.L.; ANDREOLI, S.B.; QUINTANA, M.I.; ALMEIDA GAMEIRO, M.; LEITE S.O.; MCGRATH, J.(2000): "Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses". *Rev Saude Publica. Nº* :34(3): 280-285.

GELLER, J.L.; FISHER, W.H.; MCDERMEIT, M.; BROWN, J.M. (1998): "The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services". *Psychiatric Services, Nº :* 49 (3), Pp. 327–332.

GOLDMAN, H.H.; GATOZZI, A.A; TANBE, C.A. (1981): "Defining and counting the chronically mentally ill". *Hospital and Community Psychiatry,* Nº32, Pp. 22.

GOODPASTOR, W.A., HARE, B.K.(1991a): Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. Hosp Community Psychiatry; Nº 42: Pp. 85-87.

GOODPASTOR, W.A.; HARE, B.K. (1991B): "Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital". *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42: Pp.85-87.

GRINSHPOON, A.; ABRAMOWITZ, M.Z.; LERNER, Y.; ZILBER, N.(2007): "Re-hospitalization of first-in-life admitted schizophrenic patients before and after rehabilitation legislation: a comparison of twonational cohorts." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (5), 355–359.

GROSSMAN, L.S., HAYWOOD, T.W.(1993): "Medication noncompliance among state hospitalized psychiatric inpatients", En Proceedings of the 101 st Annual Meeting of the American psychological Association. Washington, DC, American Psychological Association.

GUDEMAN, J. E; SHORE, M.F.(1984): "Beyond desinstitutionalization. A new class of facilities for mentally ill". *NEW England Journal Medicine*. *N°*311.Pp. 832-836.

HAFNER, H.(1987): "Do will still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care" .*Acta Psychiatr Scand*. *N°*, 75: Pp.113-26.

HARRIS, M.; BERGMAN, HC. ; BACHRACH, L.L. (1986): "Psychiatric and no psychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population." *Hospital Community Psychiatry* ; N° 37: Pp. 630-631.

HAYWOOD T.W.; KRAVITZ, H.M.; GROSSMAN, L.S; CAVANAUGH, J.L. JR; DAVIS, J.M.; LEWIS, D.A.(1995): "Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders". *Am J Psychiatry*. *N°* 152 (6): Pp. 856-61.

HEGGESTAD, T. (2001): "Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission-effects of high patient turnover". *Acta Psychiatr Scand*; 103 (3): 196-202.

HOFMANN, W; GOUGLERIS, G.; PANZER, M.; TIGISER, E.; WARKEN, R.; ZIMMER, FP.(1992): "Multiple admissions to the psychiatric hospital--a study of the status of so-called "revolving door patients"". *Psychiatr Prax*.;19(6):217-24.

HUSTED, J.; JORGENS, A. (2000): "Best practices: population density as a factor in the rehospitalization of persons with serious and persistent mental illness". *Psychiatric Services,* 51 (5), 603–605.

JIMÉNEZ PUENTE A. (2001): *Análisis crítico de la tasa de reingresos como indicador de calidad de la asistencia hospitalaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga Facultad de Medicina Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Pp. 40-52.

JUVEN-WETZLER, A ; BAR-ZIV D.; CWIKEL-HAMZANY, S.; ABUDY, A. ; PEI, N.; ZOHAR, J.(2012): "A pilot study of the "Continuation of Care" model in "revolving-door" patients". *Eur Psychiatry*. Nº 27(4): 229-233.

KANE, J.M.(1985): "Compliance issues in outpatient treatment". J Clin Psychopharmacol, 5.

KASTRUP M.(1987): "Who become revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients". *Acta Psychiatric Scand.*1987; 76: 80- 88.

KASTRUP, M.(1987): "Who became revolving door patients? Findings from a nation-wide cohort of first time admitted psychiatric patients". *Acta Psychiatr Scand . Nº* 76(1):80-8.

KENT, S.; YELLOWLEES, P.(1994): "Psychiatric and social reasons for frequent rehospitalization". *Hospital Community Psychiatry* ; 45: 347-50.

KORKEILA, J.A.; LEHTINEN, V.; TUORI, T.; HELENIUS, H. (1998): "Patterns of psychiatric hospital service use in Finland: a national register study of hospital discharges in the early 1990s". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Nº: 33 (5), 218–223.

KUNZE, H.(1985): Rehabilitation an institutionalization in community care in West Germany. BR J Psichiatry. Nº:147. Pp.261-264.

LAY, B.; LAUBER, C.; RÃSSLER, W. (2006): "Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis". *European Psychiatry*, 21 (6), 401– 409.

LEWIS T.; JOYCE P.R.(1990): The new revolving-door patients: results for a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatric Scand.*1990; 82: 130-5.

LINARES VALLEJO, I. (2004): *Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría* .Tesis doctoral. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

LINARES VALLEJO, I.; HERNÁNDEZ HERRERO, H.; CASTRODEZA SANZ, J.J.; NEGUERUELA AZAROLA, E.; DE LA GÁNDARA MARTÍN, J.J (2002): "¿Cómo son los pacientes reingresadores? Un estudio descriptivo en psiquiatría de Hospital General ". *Anales de Psiquiatría (Madrid)*. Vol. 18. Nº 2, Pp. 78-86

LINARES, I.; HERNÁNDEZ, H.; CASTRODEZA, J.J.; NEGUERUELA, E.; DE LA GÁNDARA, J.J.(2002) "¿Cómo son los pacientes reingresados? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General". *Anales de Psiquiatría.* Nº 18(2):78-86.

LYONS, J.S.; O'MAHONEY, M.T.; MILLER, S.I.; NEME, J.; KABAT, J.; MILLER, F.(1997): "Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators". *American Journal of Psychiatry;* 154 (3): Pp. 337-40.

MACHADO, V. (2012): "Reinternação psiquiátrica no campo da Atenção Psicossocial: a perspectiva dos pacientes reinternantes". Tesis doctoral. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MACHADO, V.; DOS SANTOS, M.A.(2013): "Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica" . *Aletheia. Nº*:40, Pp.111-119.

MARION, J; GARCIA, J; OLLERO, J.(1996):" Duración de la estancia como factor de riesgo para la readmisión hospitalaria". *Todo hospital,* Nº 131, Pp. 45-50.

MINKOF,K.(1987): "Beyond deinstitutionalization: a new ideology for the postinstitutional era". *Rev. Hosp Community Psychiatry,* 38: 945-950.

MONNELLY, E.P. (1997): "Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission". Psychiatric Services; N º48 (12): Pp. 1584-6.

MYERS, D.H. (1997): "Mental health review tribunals: a follow-up of reviewed patients". *The British Journal of Psychiatry*, Nº: 170, Pp. 253–256.

NG C.G.; LOH H.S.; YEE H.A.; ZAINAL N.Z. (2012): "The Prevalence and Associated Factors of Psychiatric Early Readmission in a Teaching Hospital Malaysia". *Malasyan Journal of Psychiatry*. Vol 21, No 1.

NIEHAUS, D.J., et al. (2008): "Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients". *BMC Psychiatry*, 8, 44.

NUIN M. Á.; SALDAÑA M. L. y DE PEDRO M. T. (2002): "¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria?". Rev Calidad Asistencial ; Nº17(2): Pp.67-78

OYFFE I.; KURS R.; GELKOPF M.; MELAMED Y.; BLEICH A.(2009): "Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study". Croat Med J.; 50(6): Pp.575-82.

PARENTE, C.J.S., et al. (2007): "O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro". *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, Nº 11 (4), Pp. 381–386.

PFEIFFER S. I.(1990): "An analysis of methodology in follow-up studies of adult inpatient psychiatric treatment". *Hospital Community Psychiatry*1990; N °41: Pp. 1315-1321.

RAMOS,D.K.R; GUIMARES,J; ENDERS,B,C. (2011): "Análisis contextual de reingresos frecuentes del portador de trastorno mental". *Interface- Comunic., Saude, Educ*. V 15, N: 37. Pp. 519-527.

RIBEIRO,M.N. (1986): "Hospitalismo, síntoma de doenca institucional: contribuÇôe etnopsuiquiátricas". *Revista ABP*-APAL, 8 (4), Pp.144-147.

RUIZ RIPOLL, A. I. (1992): *Nueva cronicidad psiquiátrica hospitalaria el nuevo paciente de larga estancia y el paciente de puerta giratoria*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Psiquiatría. Pp. 8-12.

SAARENTO, O., et al. (1997): "Utilization of psychiatric in-patient care among new patients in a comprehensive community-care system: a 3-year follow-up study". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Nº 95 (2), Pp.132–139.

SÁNCHEZ PEDRAZA, R.; JARAMILLO GONZÁLEZ, L.E.; HERAZ, M.I (2013): "Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría". Biomédica. 33(2).Pp. 276-282.

SHADISH W.R.; LURIGIO A.J.; LEWIS D.A.(1989): "After deinstitucionalization: the present and future of mental health long-term care policy". J Social Issues; Nº 45: Pp. 1-15.

SHEETS, J.L.; PREVOST, J.A.; REIHMAN, J.(1982): "Young adult chronic patients: three hypothesized subgroups". *Hosp. Community Psychiatry*, N º 33:Pp.197-203

SONG, L.Y.; BIEGEL, D.E.; JOHNSEN, J.A.(1998): "Predictors of psychiatric rehospitalization for persons with serious and persistent mental illness". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, N º22 (2), Pp.155–166.

SULLIVAN, G., WELLS, K.B., MORGENSTERN H., LEAKE, B.(1995): "Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi". *Am J Psychiatry*; Nº:152 (12):Pp.1749-1756.

SURBER, R.W., WINKLER, E.L., MONTELEONE, M., HABASSY, B.E., GOLDFINGER, S.M., HOPKING, J.T. (1986): "Characteristics of high users of psychiatric in-patient services". *Hospital Community Psychiatry*; Nº 38: Pp.1112-1114.

SUZUKI, Y.; YASUMURA, S.; FUKAO, A.; OTANI, K. (2003): "Associated factors of rehospitalization among schizophrenic patients". *Psychiatry and Clinical Neurosciences,Nº* 57 (6), Pp. 555–561.

SWARTZ, M.S., et al. (2001): "A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina". PSYCHIATRIC SERVICES, Nº 52 (3), Pp. 325–329.

SWETT, C.(1995): "Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission". *Psychiatric Services* ; Nº46 (5): Pp. 482-485.

SYTEMA, S.; BURGESS, P.; TANSELLA, M.(2002): "Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, The Netherlands; Victoria, Australia; and South-Verona, Italy". Schizophr Bull. ;28(2): Pp. 273-81.

TORNICROFT, G.; BEBBINGTON, P. (1989): "Desinstitutionalition: from hospital clousure to servicie development". *Br Journal Psychiatry*. N °155. Pp. 739.753.

VASUDEVA, S., NARENDRA KUMAR, M.S, CHANDRA SEKHAR, K.(2009): "Duration of first admission and its relation to the readmission rate in a psychiatry hospital." *Indian J. Psychiatry*; Nº 51 (4): Pp.280-284

VOGEL, S.; HUGUELET, P. (1997): "Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital". Acta Psychiatric Scand; Nº 95: Pp. 244-253.

VOINESKOS, G.; DENAULT, S.(1978): "Recurrent psychiatric hospitalization". *Can Med Assoc J*. Nº: 118: Pp. 247-250.

WARNKE I, RÖSSLER W, HERWIG U. (2011): "Does psychopathology at admission predict the length of inpatient stay in psychiatry? Implications for financing psychiatric services". *BMC Psychiatry*, 11:120.

WILLIAMSON, A.; JOHNSON PAUL CD.; MULLEN, K.; WILSON, P.(2012): "The disappearance of the "revolving door" patient in Scottish general practice: successful policies". BMC Family Practice, 13:95

YUSSUF, A.D.; KURANGA, S.A.; BALOGUN, O.R.; AJIBOYE, P.O.; ISSA, BA ; ADEGUNLOYE,O.;PARAKOYI,M.T.(2008):"Predictors of psychiatric readmissions to the psychiatric unit of a tertiary health facility in a Nigerian city - a 5-year study". *Afr. J. Psychiatry.*;11: Pp.187-190.

ZHANG J.; HARVEY C.; ANDREW C. (2011): "Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study". *Aust N Z J Psychiatry*; Nº 45 (7): Pp. 578-85.

XIII. ANEXOS

1. Boletines Oficiales de la provincial de Badajoz que hacían referencia a creación y funcionamiento del hospital de dementes de Mérida.

Núm. 10. Lúnes 23 de Enero de 1843. 9 *ctos.*

BOLETIN OFICIAL de la Provincia de Badajoz.

Se publica los Lunes, Miércoles y Sábados de cada semana.
Precio de suscripcion, 16 reales al mes, franco de porte.
Se suscribe en Badajoz, casa de D. Gerónimo Orduña: Llerena, D. Jacinto Alvarez: Mérida, D. Diego Martinez: Serena, D. Lorenzo Calderon: Jerez de los Caballeros, D. Manuel Guerrero.

ARTICULO DE OFICIO.

GOBIERNO POLITICO DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ.

Circular número 10.

La junta municipal de beneficencia de Mérida, me ha remitido para su exámen y aprobacion el siguiente.

Reglamento privisional que la junta municipal de beneficencia de esta ciudad y su partido, asociada al ayuntamiento constitucional de la misma, forma, segun órden del señor gefe político de esta provincia, su fecha 28 de setiembre último, para el régimen interior administrativo y económico de la casa hospitalária de dementes situada en el edificio del ex-convento titulado de Jesus, designado por dicho señor gefe político para tan piadoso objeto.

Artículo 1.° Se establece en esta ciudad para toda su provincia una casa hospitalária de dementes situada en el edificio del ex-convento denominado de Jesus.

2.° En esta casa se admitirán los locos de ambos secsos de la provincia, segun los recursos y posibilidad que la misma goce.

3.° En referido establecimiento, las mugeres tendrán departamento distinto del de los hombres, y las estancias de los locos serán separadas segun el caracter y periodo de las dolencias que sufran, cuidando de que los dementes furiosos esten de tal manera asegurados que no puedan hacer daño á sus compañeros; partiendo del principio de causarles la menor incomodidad posible.

4.° El continuado encierro, la esesiva severidad en el trato, los golpes, grillos y cadenas, jamas se usarán sin consulta de facultativos.

5.° Se empleará á los locos en aquellos trabajos de mano mas proporcionados á las circunstancias de cada uno, con arreglo á los recursos de la casa y con dictámen de facultativos.

6.° Habrá un despensero que al mismo tiempo desempeñará las veces de portero, á cuyo cargo estará la parte económica del hospital y la gubernativa, sin relacion directa á la investigacion de los dementes.

7.° El cuidado de los dementes de uno y otro secso estará á cargo de dos ó mas personas del suyo respectivo, que á una honradez y providad conocida reunan la sensatez y humanidad indispensables y que bajo la inspeccion de la junta cuiden del aseo, ventilacion y limpieza de las jaulas, prestando á estos infelices cuantos socorros estén en su mano; pero con la condicion en todo tiempo de responder,

2

de la seguridad de los locos, y de que entre ellos reine la mayor armonía, impidiendo por todos conceptos los malos tratamientos que así mismo quieran hacerse como á sus semejantes.

8.° Todos los locos que tuvieren medios para poder subsistir, se les designará por la junta aquella cantidad con que al buen juicio de la misma hayan de contribuir.

9.° Si entre los comprendidos en el artículo anterior hubiese alguno que por su clase ó categoría quieran sus parientes distinguirlo sobre los demas, se le designará una habitacion separada para su mayor decencia y comodidad, abonando al establecimiento los gastos que ofrezca esta distincion, así como el alimento diario; pero todo á prudente juicio y discreccion de la junta.

10. Estará á cargo del portero el aseo y limpieza de la casa, ayudando á los encargados mas inmediatos de los dementes en el desempeño de la policía, de que va hecho mérito cuando la necesidad lo exija, compartiendo la responsabilidad con aquéllos si se verificase la fuga de alguno ó alguna, que se hará efectiva con la pérdida de sus destinos. Tambien es de su incumbencia el cuidado de abrir y cerrar las puertas del establecimiento á las horas que se les designe por los facultativos y el recoger y guardar las llaves, como tambien impedir las visitas y comunicacion con los dementes que á buen juicio de los facultativos deban estar de ella privados, sin escepcion de persona ni categorías.

11. En el mismo concepto habrá tambien un cocinero, á cuyo cuidado estará, bajo su responsabilidad, el condimento de toda clase de alimentos para los locos, cuya clasificacion será objeto especial del facultativo.

12. No se admitirá ningun demente sin que la justicia de su respectivo pueblo justifique ante el señor gefe político su estado de demencia y facultades para subsistir, á fin de que recaiga la órden de dicho señor para su admision ó negativa en caso contrario.

13. La esperiencia ha acreditado que las demencias que no datan de mas de un año, son susceptibles de curacion, y que á los comprendidos en este caso debe sujetarseles á un plan farmacéutico, dictado por los profesores que visiten el establecimiento, con cuyo motivo en las justificaciones que se hagan por las justicias para la admision de dementes, deberá espresarse la fecha que data la enfermedad, si es periódica ó contínua, con las causas que la produgeron; todo con el fin de que sirva de ilustracion á los facultativos que dirijan el plan y método curativo.

14. Los sirvientes de la casa, serán nombrados por la junta, con prévia aprobacion del señor gefe político.

15. La racion para cada demente consistirá en libra y media de pan, dos onzas de garbanzos en seco, una onza de tocino, cuatro de carne y una de arroz, alternando con otras clases de menestra que se distribuirá en esta forma: tercera parte de pan en sopa por la mañana con caldo del cocido; la otra tercera parte con el cocido y la otra tercera parte con el caldo que se separará del mismo cocido y tocino.

16. A cualquier demente de medianas facultades se dará por la mañana un par de huevos, á medio dia un cocido compuesto de cuatro onzas de garbanzos secos, dos de tocino, media libra de carne y un postre; y á la noche un guisado con la misma cantidad de carne y ensalada, igual cantidad de pan que á los pobres; abonando al establecimiento seis reales diarios.

17. La retribucion de los dementes ricos se determinarán por la junta segun la asistencia que sus parientes quieran proporcionarles.

18. La junta presentará sus cuentas al señor gefe político cada cuatro meses, para que examinándolas se sepa el estado de existencias del establecimiento y se sirva su señoría hacerlo público en el boletin oficial de la provincia.

19. Los individuos de la junta alternarán por semanas en la visita que diariamente han de hacer al hospital de de-

mentes, dando cuenta de las faltas que notaren para proceder á su inmediato remedio.

20. Si la junta advirtiere alguna falta en los dependientes del establecimiento, procurará, siendo leve, su enmienda por los medios que dicte la prudencia, y en el caso de reincidencia ó de grave entidad, procederá inmediatamente á removerlos, dando parte al señor gefe político por el inmediato correo.

21. Último: este reglamento provisional con los nombramientos que se hagan de las personas que han de servir en el establecimiento, se dirigirán al señor gefe político para que, si mereciese su aprobacion, se sirva circularlo en el boletin oficial, designando dia en que pueda procederse á la admision de dementes; prévios los requisitos establecidos y atendiendo á las habitaciones que ya se hallan dispuestas de que se hará mencion en oficio separado.

Se dá por concluido este reglamento con la condicion de reformarlo segun las circunstancias y posibilidad del establecimiento. Mérida 17 de diciembre de 1842. —C. P. L.—Vicente Calderon.—Antonio Galban, secretario.

Y aprobado por mí este reglamento con las modificaciones que se han creido convenientes, he dispuesto se inserte en el boletin oficial de esta provincia para conocimiento y gobierno de los habitantes de la misma. Badajoz 19 de enero de 1843.—Cayetano Cardero.

Circular número 11.

No habiendose presentado á mí por muchos de los que han sido alcaldes constitucionales de los pueblos de esta provincia en el año anterior, las cuentas que han debido rendir ya en la delegacion de este gobierno político para los documentos de seguridad pública, de los espendidos en el espresado año, ni presentado los sobrantes que de dichos documentos hayan tenido; asi como tampoco han verificado muchos de los alcaldes actuales el pedido de los que se necesiten en sus respectivos pueblos para la espendicion en el año actual, pues algunos se han contentado solo con pedir un número insignificante de pasaportes y pases sin hacer reclamacion de licencias para uso de escopetas, villares, posadas, tabernas y demas puestos públicos que por la ley deben tenerlas, he acordado para corregir estos y otros abusos que se notan en el indicado ramo las prevenciones siguientes.

1.ª Los alcaldes constitucionales de los pueblos de esta provincia, requerirán inmediatamente que reciban esta circular, á los que han sido en el año anterior en sus respectivos pueblos, para que les exhiban la carta de pago ó finiquito que manifieste haber liquidado sus cuentas en la delegacion principal del ramo y entregado los sobrantes de dichos documentos; y no habiendolo verificado les darán el improrogable término de quince dias para que lo realicen.

2.ª Si cumplido dicho término no lo hubiesen egecutado, me darán noticia sin pérdida de tiempo para que pase á verificarlo una comision con las dietas correspondientes que serán satisfechas por los morosos, con mas los procedimientos á que se hagan acreedores por su apatia ó inobediencia.

3.ª Los alcaldes actuales que no hayan formalizado los correspondientes pedidos de documentos ó los que hayan dejado de pedir licencias para uso de armas, caza, pesca, posadas, tabernas y demas puestos públicos, lo harán inmediatamente del número que legítimamente hayan de consumirse, pues no debe tolerar se exima del pago de ella, ninguno á quien por ley corresponda sacarla.

4.ª Al mismo tiempo cuidarán que en sus respectivas secretarías, se organice el despacho de estos documentos y particularmente el de pasaportes de un modo cómodo para los que vayan á sacarlos con el órden y exactitud que tan importante ramo necesita, cesando el abandono y abusos que se notan en varios pueblos en que por estar al cuidado de personas ineptas ó de una conducta reprensible se cometen demasías como el de dar pasaportes gratis cobrando la retribucion, bajo el criminal pretesto de no haber de estos, ya concediendo de aquellos á personas que deben pagarlos, bien fijando por lo general el tiempo de seis meses á toda clase de sugetos, infringiendo los reglamentos del ramo que solo conceden dicho tiempo á los trajineros de profesion, ya habilitando pasaportes cumplidos ó refrendandolos maquinalmente sin cuidarse de examinarlos y ver si están en regla ó han debido renovarse. En su consecuencia, las autoridades locales cumplirán puntualmente sin escusa ni pretesto, alguno cuantas prevenciones les quedan hechas, pues estoy decidido á hacer cesar el descuido y abandono con que en muchos pueblos se mira el ramo mas privilegiado de la administracion pública por ser el que garantiza al hombre de bien y hace descubrir el delincuente. Para el completo logro del objeto que me he propuesto, dispondré se gire una visita por persona competentemente autorizada, á fin de que inspeccione los registros que deben llevarse en las secretarías; asi como para que vea y verifique los puestos y casas públicas que hubiese en las poblaciones sin sacar la licencia; cuyos costos de comision serán satisfechos por aquellas autoridades municipales que por

descuido ó malicia se separan en algun tanto de lo prevenido en las disposiciones del ramo y esta circular, quedando ademas comunicadas con las rigorosas penas y multas que establecen para los contraventores el reglamento de proteccion y seguridad pública vigente. Badajoz 21 de enero de 1843. = Cayetano Cardero.

CAPITANIA GENERAL DE EXTREMADURA.

Estado Mayor.

El Excmo señor capitan general de este distrito con fecha 15 del actual ha recibido la real órden siguiente.

"Excmo señor. = El Regente del Reino, habiendo cesado los motivos que ocasionaron la circular de 24 de noviembre último en la cual se dispuso que todos los gefes y oficiales de los regimientos del ejército que se hallaban disfrutando licencia temporal, no siendo por causa de enfermedad, se incorporen inmediatamente á sus banderas; se ha servido mandar que quede sin efecto la espresada circular, pudiendo desde luego volver al modo de las licencias temporales los que las tenian concedidas. De órden de S. A. lo comunico á V. E. para su inteligencia y efectos correspondientes."

Lo que ha dispuesto S. E. se inserte en los boletines oficiales de este distrito para la publicidad correspondiente. Badajoz 20 de enero de 1843. = El comandante gefe de E. M. I., Ramon de Mascaró.

DIPUTACION PROVINCIAL DE BADAJOZ.

Circular.

Deseando la diputacion provincial evitar la desigualdad en las asignaciones de los secretarios de ayuntamiento, fijándolas sobre una base justa y equitativa, de tal modo que sean el premio del mayor ó menor trabajo que ofrezca su desempeño, no ha encontrado otra que la del número de vecinos de cada poblacion; por consiguiente para que en el año actual pueda llevarse á efecto este arreglo que rigorosamente exige la justicia: acordó prevenir á los ayuntamientos de la provincia, que en el improrrogable término de quince dias despues de recibida esta circular, remitan el padron vecinal que debe formarse todos los años en el mes de enero, con arreglo á lo prevenido en el artículo primero de la ordenanza de remplazo vigente. Los funcionarios á cuyo beneficio tiende esta medida, están en el caso de activar sus trabajos en el que por lo general tienen una parte muy principal, dedicando su esmero para que salga exacto, porque de este modo será proporcionado el prémio de sus tareas.

De acuerdo de la diputacion se circula á los ayuntamientos para su exacto cumplimiento. Badajoz 19 de enero de 1843. = C. P. = Cayetano Cardero = Nicolas Coronado, Srio.

INTENDENCIA DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ.

La junta superior de venta de bienes nacionales en circular de 13 del corriente me dice lo que copio.

"Transcurridos ya con esceso los dos meses prefijados por último término en el artículo segundo del decreto de S. A. el Regente del Reino de 26 de julio del año anterior, circulado en 30 del mismo, para que los ayuntamientos, diputaciones provinciales ú otras corporaciones públicas, soliciten edificios conventos para objetos de utilidad comun, ha acordado esta junta superior que no se admita ni dé curso á ninguna nueva solicitud de las espresadas corporaciones sobre peticion de conventos y que disponga V. S. lo conveniente, para que sin demora se proceda á la enagenacion de los mismos. Lo que comunico á V. S. para su inteligencia y cumplimiento."

Lo que se inserta en el boletin oficial para que circulando á todos los pueblos de la provincia de mi cargo, lo tengan entendido sus respectivos ayuntamientos constitucionales, y no acudan con solicitudes en el particular que como intempestivas serán desoidas. Badajoz 17 de enero de 1843. = P. O. D. S. I., Cabezas.

Ocurrencias.

En la tarde del dia 4 del corriente, habiendo entrado en una huerta Diego Vazquez Blanco, vecino del Valle de Santa Ana, bastante ciego, y como de edad de 44 á 46 años, se cayó en una noria, de cuyas resultas fué ahogado.

En el dia 14 lo fué igualmente Nicolas Ramos, vecino de Campanario, en un lago inmediato á la poblacion, sobre cuyo acontecimiento se instruyen diligencias.

El 16 fué capturado por una partida de nacionales de la villa de San Vicente, un jitano que se habia fugado del hospital de Cáceres, el cual se hallaba comprendido en un robo ejecutado en el inmediato reino de Portugal.

Badajoz: Imprenta del Boletin.

N.º 41. Lúnes 7 de Abril de 1851. (8 cuartos.)

SALE LOS LUNES, MIÉRCOLES Y VIERNES.

Se suscriben en Badajoz en la imprenta y librería de Guaxano Daneña, calle del Rastro; y en la misma pagarán los Ayuntamientos las suscriciones, por trimestres anticipados, á precio de contrata.

Suscriciones particulares.

En la Capital, llevado á casa de los suscritores, 10 reales cada mes, y 12 para los de fuera, franco el porte.

Las leyes y las disposiciones generales del Gobierno son obligatorias para cada capital de provincia desde que se publican oficialmente en ella; y desde cuatro dias despues para los demas pueblos de la misma provincia.—*Ley de 5 de Noviembre de 1837.*)

Las leyes, órdenes y anuncios que se manden publicar en los Boletines oficiales se han de remitir al Gefe político respectivo, por cuyo conducto se pasarán á los editores de los mencionados periódicos.—(*Real órden de 30 de Abril de 1837.*)

BOLETIN OFICIAL DE BADAJOZ.

ARTÍCULO DE OFICIO.

GOBIERNO DE PROVINCIA.
BADAJOZ.

Circular n.º 117.

Debiendo verificarse la obra de reparacion en el ex-Convento de Descalzos de la ciudad de Mérida, para que se trasladen al mismo los dementes que se hallan en el asilo de dicha ciudad, se invitan licitadores para el remate que ha de tener lugar el dia 28 del presente mes, bajo las condiciones y presupuesto que á continuacion se publican; advirtiéndose que el remate será simultáneo en esta ciudad y en Mérida, y que se ejecutará bajo pliego cerrado que los apetecedores á dicha obra pueden presentar, bien en el Gobierno de esta provincia, ó bien al Alcalde de la ciudad de Mérida, debiéndose sujetar para formar sus proposiciones al modelo que se estampa, tambien para la debida notoriedad. Badajoz 6 de Abril de 1851.=El Gobernador de la provincia, Agustin Alvarez Sotomayor.

PROSPECTO ó formulario que formo yo don José Lemus, maestro de obras arquitectónicas, autorizado por la real academia de las tres nobles artes de San Fernando, vecino de Badajoz, de lo que necesita reparar el edificio del convento de los Descalzos, con objeto de que sirva de casa de dementes, á saber:

PLANTA BAJA.	*Reales vellon.*
Por cuatro mil noventa y cinco pies cuadrados de suelo de cal en los corredores, bien bruñido, á 2 mrs. uno. . . .	240 30
Por veinte y cuatro puertas de entrada á las habitaciones con su herraje correspondiente de seis pies y dos tercios de altura y tres y dos tercios de anchura, á 130 rs. uno.	3120
Por la colocacion de estas á 4 rs. una. .	96
Por veinte y dos ventanas con sus rejas en los bastidores, teniendo estas de luz tres y una tercia de altura y dos y tercio pie, 115 rs. una.	2415
Por la colocacion de estas á 2 rs. una. . .	44
Por dos rastrillos de hierro á 284 rs. uno.	568
Por un rastrillo de madera.	200
Por la colocacion de este.	8
Por tres puertas alacenas con su herraje correspondiente, á 66 rs. cada una. .	198
Por colocar estas, á 4 rs. uno. . . .	12
Por abrir dos portados de entrada en el muro, á 18 rs. uno.	36
Por tapar cuatro nichos que están en el muro de la crugía del corredor, á 10 rs. uno.	40
Por descubrir doce arcos esféricos que están tapados en el patio para luz de las habitaciones, á 3 rs. uno.	36
Por el derribo de un trozo de muro de ciento veinte y seis pies cúbicos que se encuentran en la crugía que circunda el pátio.	20
Por mil ciento treinta y cuatro pies superficiales de tabique sencillo de ladrillo su construccion.	176
Por utilizar una habitacion que hoy es cocina.	30
Por dos enverjados de madera para la entrada del patio.	120
Por un balcon de seis pies de longitud y uno de vuelo.	180
Por cerrar la lleve de una bóveda del piso inferior á éste, demoler una cocina, quitar varios poyos que no sirven mas que para ocupar el edificio. . . .	50
Por los antepechos de siete ventanas. . .	30

	Reales vellon.
Por el relleno de cinco vanos.	35
Por dos enverjados de madera para la entrada, de dos hojas, con cerrojos y llaves.	240
Por un enverjado de madera en el corredor para cubrir seis arcos.	352
Por doce antepechos de la galería del patio á 4 rs. uno	48
Por el pavimento del patio, dos brocales á las cisternas, dos arcos encontrados de hierro, dos poleas, dos puertas tambien de hierro para cubrirlas con sus cerraduras y llaves.	396
Por el derribo de un muro que está en la iglesia y destapar la portada. . .	20
Por quedar las escaleras arregladas. . .	160
Por ocho mil ladrillos para lo ya indicado á 70 rs. el millar.	560
Por diez y siete cahices de cal con su arena correspondiente, á 72 rs. cada uno	1224
Por la colocacion de los tres rastrillos. .	20
Por los enverjados de madera del corredor, á 34 rs. uno.	270
Por la puerta principal, de la iglesia. .	640
Por deshacer un tambor de fortificacion que se encuentra enfrente del establecimiento, continuar el muro que tenia, haciendo dos escaleras de abajadas con sus guardalados en sus costados, y levantar el muro tres pies mas de altura, cubriéndolo con un caballete de ladrillo para defenderlo de las aguas. . . .	400
Por la reparacion del perímetro del corral, tapar las aspilleras y deshacer los banquetas y algunos trozos del caballete. .	508
Por la construccion de cuatro baños para los enfermos.	120
Por tres pares de puertas de nueve pies de longitud y seis de latitud, de dos hojas, dos exteriores para el corral y una interior, á 290 rs.	870
Por cinco pares de ventanas, dos para la pieza de baños, otra para luz de la escalera y las otras dos restantes para luz de la carbonera y depósito de leña con crucero de hierro á 115 una. . . .	575
Por la colocacion de estas ventanas y puertas	22
Por la limpieza del pozo que se halla en el grueso del muro de la habitacion con su brocal y puerta de hierro.	400
PLANTA PRINCIPAL.	
Por quinientos cuarenta pies cuadrados de soladó de cal á 2 mrs.	31 26
Por cuarenta y una puertas iguales á las de la planta baja á 130 rs.	5330
Por la colocacion de estas.	164
Por treinta y cinco ventanas con las mismas dimensiones que la planta baja, á 115 rs. una	4025
Por la colocacion de treinta y siete ventanas.	72
Por dos ventanas, altura de estas cuatro y cinco sestos pie, y ancho tres y un tercio á 130 rs.	260
Por quinientos setenta y seis pies superficiales de tabique sencillo.	144
Por hacer mayor el portado de la cocina que es muy pequeño.	22

	Reales vellon.
Por hacer el panderete y reparar algunos desculabros.	56
Por una alacena en la misma. . . .	14
Por cuatro mil ladrillos á 70 rs. el millar	280
Por quince cahices de cal, con su arena y conduccion, á 72 rs. cada uno. . .	1080
Por reformar el corredor dividiendo este con un tabique de ladrillo para luz de la cocina, que será la cuarta parte, cubriéndolo todo con teja y ladrillo por tabla, y un enverjado de madera para las divisiones del corredor, que queda para los dementes.	764
Por la construccion y materiales para treinta camas, á 26 rs. cada una. . . .	780
Por dos rastrillos de hierro para quitar la comunicacion cuando sea necesario de las dos plantas, á 350 rs. . . .	700
CUBIERTA DE TODO EL EDIFICIO.	
Por nueve mil setenta y dos pies superficiales de cubierta sobre las bóvedas, teniendo que aterraplenar estas hasta un pie de declivio y solar todo su aterrado con ladrillo y ademas una torta de cal segun reglas del arte para que no se calen las bóvedas, á medio real pie. . . .	4536
Por sesenta caños vedriados para verter las aguas fuera del muro, á 2 rs. uno . .	120
Por cinco mil pies de tejado sobrerelleno macizas sus canales, y sobrebruñidas sus boquillas, á un pie.	5000
Por ciento cuarenta y cuatro canales vedriados, á 1 real y cuartillo.	180
Por pintar las puertas, ventanas, rejas y enverjados de hierro y madera lo exterior al óleo, y lo interior al temple. . .	1800
Por el blanqueo de todo el edificio interior y exterior con dos manos, una de cal parda y otra de cal blanca, y tapar algunos agujeros de su fachada, incluso la cal	1850
Suma total. . .	41687 22

Nota. En el edificio que hoy existen los dementes se encuentran cuarenta y cuatro puertas completas para las habitaciones, á 120 rs. cada una. 5280

Ademas treinta y siete ventanas con sus rejas, á 100 rs. cada una. 3700

Total. 8980

Cuya cantidad de 8980 rs. puede rebajarse de los 41687 rs. 22 mrs., que su diferencia es el de 32707 rs. 22 mrs. Es cuanto puedo decir en obsequio de la verdad, y para que conste doy la presente que firmo en Mérida á 11 de febrero de 1851.—José Lemus.

Condiciones para la subasta.

1.ª El dia 28 del corriente á las dos de la tarde se abrirán los pliegos que contengan las proposiciones, tanto en esta Capital como en Mérida. En el primer punto lo verificará el señor Gobernador concurriendo al acto el señor

Secretario del Gobierno y demas personas que hayan hecho proposiciones. En Mérida lo ejecutará el Alcalde y asistirán asimismo el Srio. del Ayuntamiento, Director de la casa de dementes y las personas que tambien las hayan presentado.

2.ª La adjudicacion de la obra se hará por el señor Gobernador de la provincia á los tres dias de hecho el remate en favor de la persona que mas ventajas prometa.

3.ª No serán válidas las proposiciones que escedan de 32707 rs. y 22 mrs. que importa el presupuesto de la obra.

4.ª A los ocho dias de hecha la adjudicacion, deberá empezarse la obra y terminarse á los dos meses despues de principiada.

5.ª El rematante recibirá en tres plazos iguales, la cantidad en que se halla comprometido hacer la obra de reparación: el primero será al tercer dia de hecha la adjudicacion; el segundo á los cuarenta siguientes, y el otro despues que, concluida y reconocida por un arquitecto, resulte en buen estado.

6.ª Si practicado el reconocimiento no aparece la obra con la seguridad conveniente, queda sujeto el rematante hacer cuantas reparaciones sean necesarias, hasta que merezca la aprobacion del arquitecto.

7.ª Los derechos de reconocimiento como tambien los 300 rs. que importa la formacion del presupuesto son de cuenta del rematante, quien deberá satisfacerlos á la persona ó personas que los han devengado ó devenguen.

8.ª Asimismo pagará el importe del papel que se consuma en Mérida para la formacion del Espediente.

9.ª Existiendo en el edificio que hoy ocupan las dementes 44 puertas completas para las habitaciones, justipreciadas por el arquitecto á 120 rs. cada una, y 37 ventanas con sus rejas á 100 rs., cuyas partidas componen la de 8980, el rematante se obliga á quedarse con ellas, pudiendo destinarlas en el edificio cuya reparacion se vá á ejecutar.

10.ª Queda asimismo obligado el rematante hacer la obra con sujecion á lo establecido en el presupuesto y condiciones señaladas, y para la seguridad del contrato, sujeta todos sus bienes, y obligado tambien á presentar como fiador á persona de conocida providad y arraigo.

Modelo que se cita.

F de tal, vecino de . . . . se obliga ejecutar la obra de reparacion del ex-convento de Descalzos de la ciudad de Mèrida, en la cantidad de . . . (esta será en letra) sujetándose en un todo á lo establecido en el presupuesto y pliego de condiciones que he leido. [Aqui la fecha y la firma.]

2. Documentación sobre permisos y documentos para la Comisión de Bioética de Badajoz.

a. Consentimiento informado entregado a los pacientes.

INFORMACION PARA EL ENTREVISTADO

Proyecto: TESIS DOCTORAL.: " EL REINGRESO DE PACIENTES CON PATOLOGÍA MENTAL AGUDA EN UNIDADES DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA: REGRESO AL PRINCIPIO DE UN CÍRCULO. ¿ENMASCARAMIENTO DE UNA INSTUCIÓN TOTAL? UN ESTUDIO DESDE LA ANTROPOLOGÍA."

Paciente: **Paciente ID#:**

Centro: **Centro ID#:**

Investigador: JOSÉ PRIETO OREJA

LEA DETENIDAMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO Y ASEGÚRESE QUE ENTIENDE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. POR FAVOR SI ESTA DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, FIRME ESTE DOCUMENTO. POR SU FIRMA RECONOCE QUE HA SIDO INFORMADO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO, DE SUS REQUISITOS Y SUS RIESGOS Y QUE ACEPTA LIBREMENTE PARTICIPAR EN ÉL. UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO LE SERÁ ENTREGADA.

OBJETO DEL ESTUDIO.

Ha sido invitado/a a participar en un estudio de investigación dirigido **a conocer las causas de los reingresos en las unidades de agudos de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud**

PROCEDIMIENTOS Y DURACIÓN DEL ESTUDIO.

El único procedimiento al que será sometido/a será **a una entrevista**. La duración del proyecto será de **2 a 3** años, durante los cuales usted nos autoriza a **entrevistarle**. La muestra que cede será utilizada exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO.

Al finalizar el estudio se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki y la Ley 14/2007, de Investigación biomédica.

RIESGOS DERIVADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Los riesgos asociados para usted en esta investigación son mínimos ya que en él no será necesario la extracción de muestras u otros elementos biológicos, reduciéndose únicamente a una entrevista personal en la que tendrá que responder a una serie de preguntas.

BENEFICIOS.

La participación en el proyecto no será recompensada económicamente.

COSTES.

El coste de la documentación así como los análisis posteriores serán cubiertos por el proyecto. Su participación no le supondrá ningún coste.

El investigador principal, JOSÉ PRIETO OREJA, puede ser contactado en cualquier momento en el siguiente teléfono, 924381042, a fin de recabar información acerca del proyecto y en la siguiente dirección:

Departamento de PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA
Facultad de EDUCACIÓN
Av. DE ELVAS S/N
/06071Badajoz

En ningún caso su decisión de no participar en el proyecto le supondrá una rebaja en la calidad asistencial por parte de su médico.

CONFIDENCIALIDAD DE SU MUESTRA.

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de las muestras se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave de tal modo que no pueda relacionarse la muestra e información obtenida con la identidad del sujeto. Las muestras serán anonimizadas, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis ulterior.

El investigador principal del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos por los investigadores del proyecto. En los casos que corresponda, éstos informarán al responsable médico o a los afectados si creen que algún resultado del proyecto podría ser de su interés.

El investigador principal del proyecto se compromete a no utilizar las muestras para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar las muestras a otros posibles proyectos o equipos de investigación.

Para todo lo no previsto en este documento, se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE 274 de 15 de noviembre de 2002; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999; Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE 17 de 19 de enero de 2008), sobre investigación biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica; BOE 159 de 4 de julio de 2007) y cualquier otra que resultara aplicable.

Si fuese necesario el almacenamiento de las muestras para análisis ulteriores, tal como recoge la Ley 41/2007, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 9.3), el consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones que se lleven a cabo. Acción que podrá ser ejercitada por el paciente, por sus representantes, o por sus herederos si éste hubiera fallecido.

Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

Recibirá una copia de esta hoja de información y del consentimiento informado firmado por usted.

DECLARACIÓN DEL ENTREVISTADO

He sido informado por el personal relacionado con el proyecto mencionado:

- De las ventajas e inconvenientes de este procedimiento.
- Del fin para el que se utilizará mi entrevista
- He sido informado de que la información que doy serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.
- Que mi información será proporcionadas de forma anónima a los investigadores del proyecto.
- Que en cualquier momento puedo solicitar información genérica sobre los estudios para los que se han utilizado mi información.
- Que he comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Usted tiene derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento. Como se menciona anteriormente, en ningún caso su decisión de no participar en el proyecto le supondrá una rebaja en la calidad asistencial por parte de su médico.

Nombre:

Firma:

b. Autorizaciones del hospital.

Hospital de Mérida SES

GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

Dª. Mª LUZ ROMERO MARROQUÍN, con NIF Nº: 08821542-F, Directora Médico Asistencial del Área de Salud de Mérida y D. Benito- Vva. De la Serena,

AUTORIZA:

A que **D. JOSÉ PRIETO OREJA,** Enfermero de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Mérida, pueda realizar el estudio de investigación presentado ante esta Dirección Médica.

Y para que conste, a petición de la interesado, firmo la presente certificación en Mérida a diecinueve de julio de 2013.

LA DIRECTORA MÉDICO ASISTENCIAL

Gerencia del Área de Salud de Mérida
Dirección Médica
GOBIERNO DE EXTREMADURA

Fdo.: Mª Luz Romero Marroquín

Hospital de Mérida SES

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Merida 19 de julio de 2013

DE: COORDINADOR DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

A: DIRECTORA MEDICO ASISTENCIAL

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Considero que el estudio de investigación presentado por D. Jose Prieto Oreja, a realizar en esta unidad de psiquiatría, reune los requisitos minimos y la estructura académica básica como para poder ser autorizada su realización.

Hospital de Mérida SES
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
JUNTA DE EXTREMADURA

Fdo Alfredo de la Rubia Martínez

Polígono Nueva Ciudad, s/n. 06800 MÉRIDA

3. Algunos esquemas y bocetos realizados durante el trabajo de campo.

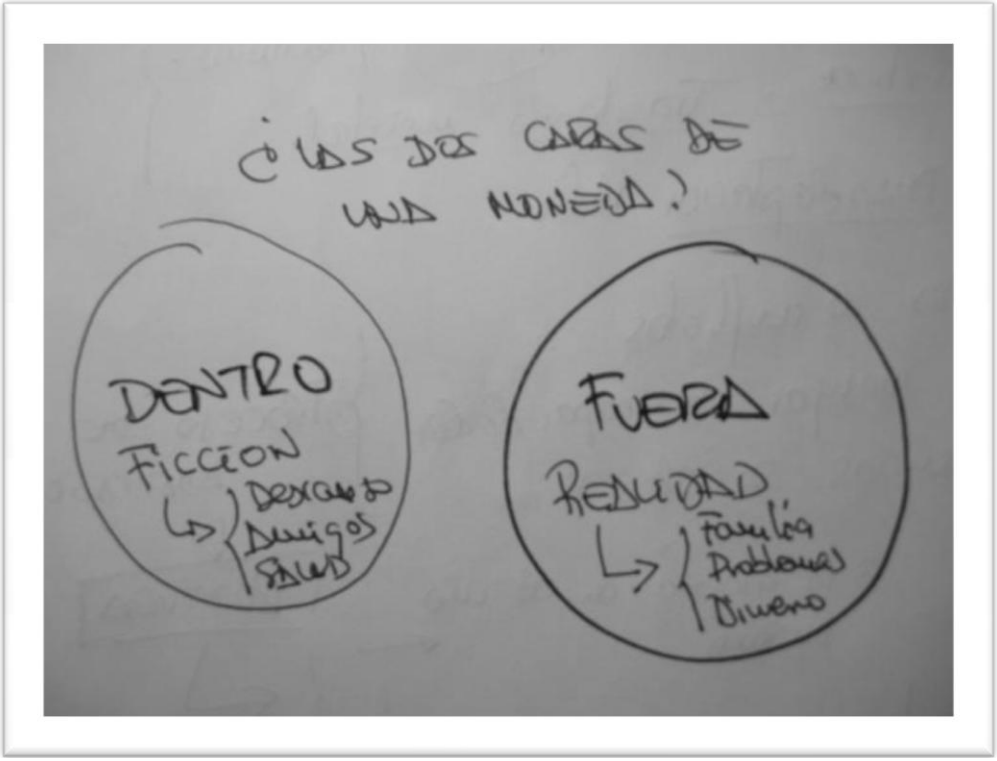


Imagen 1. El concepto de dentro y fuera relacionado con la realidad o la ficción de la vida social de la personal ingresada. Una visión desde el profesional.

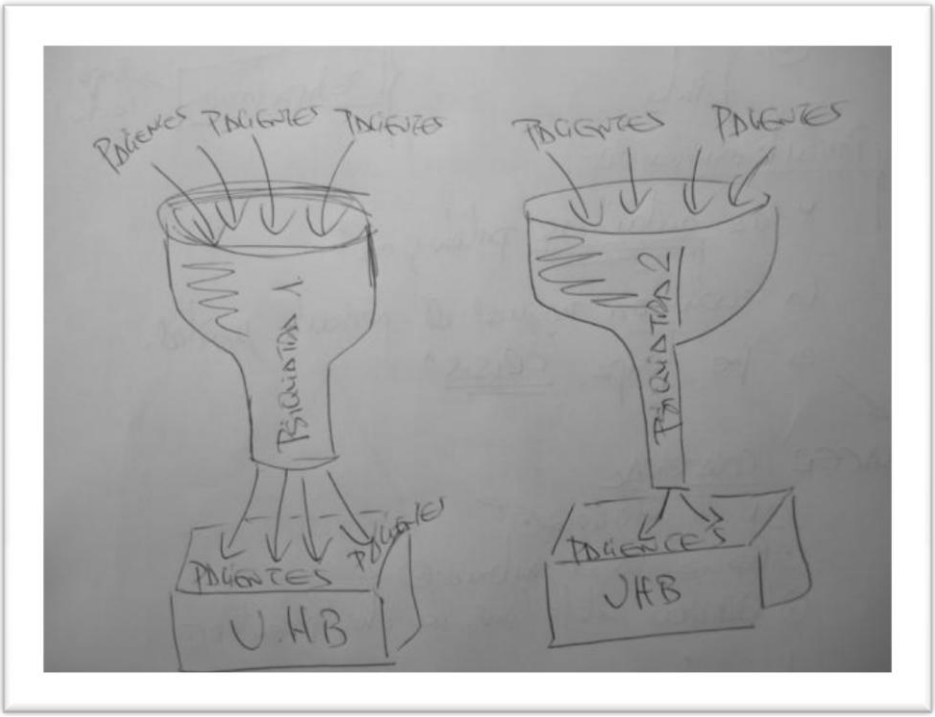


Imagen 2. La idea que existe entre el personal sobre que hay psiquiatras que ingresan más pacientes y otros menos. El psiquiatra como variable favorecedora del reingreso

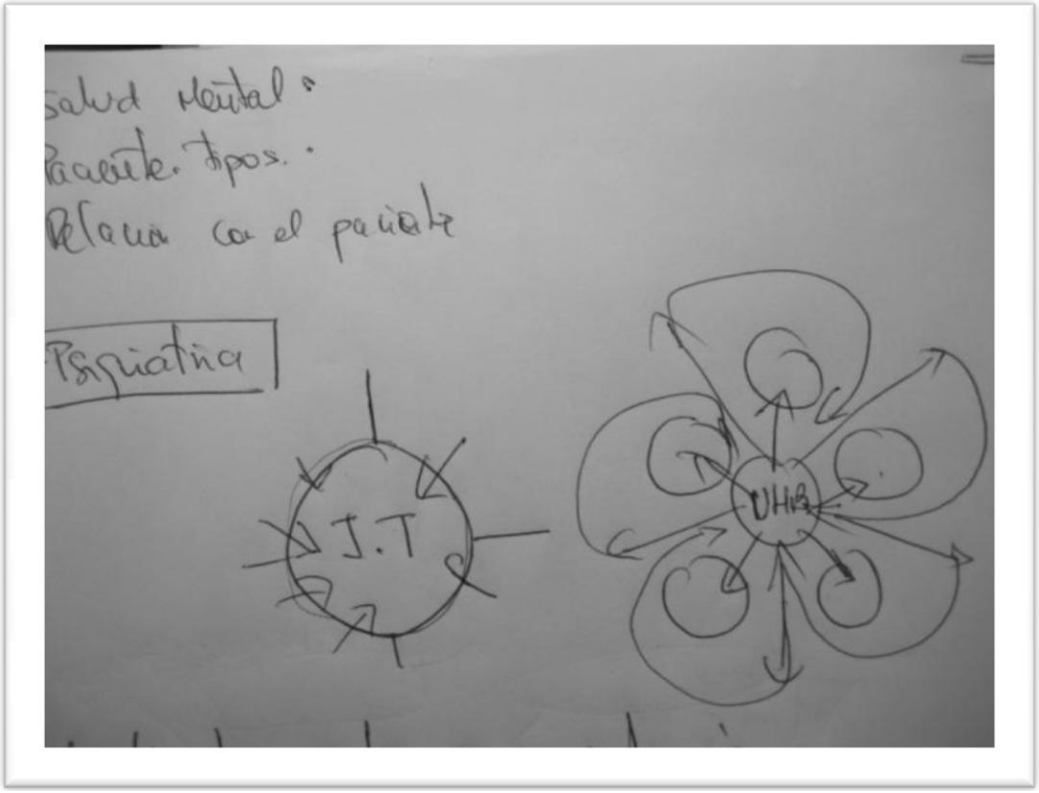


Imagen 3. La idea de que la UHB es el centro del fenómeno reingresador.

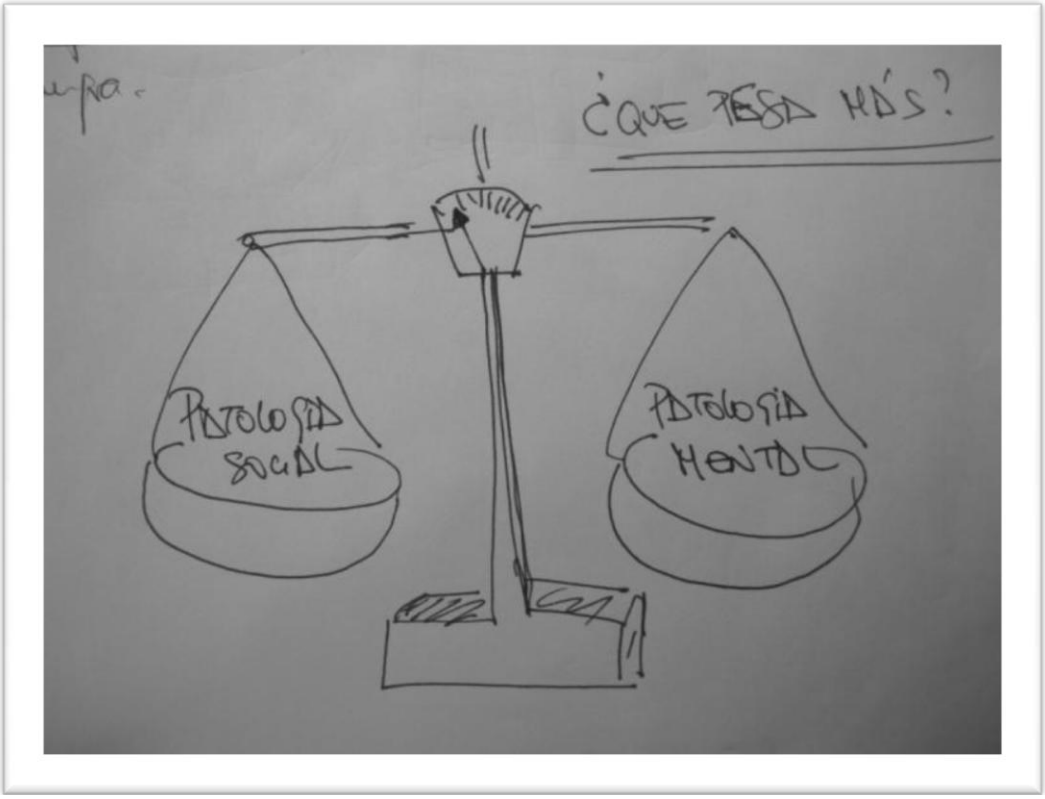


Imagen 4. ¿Qué pesan más, los problemas sociales o los problemas mentales en los reingresadores?

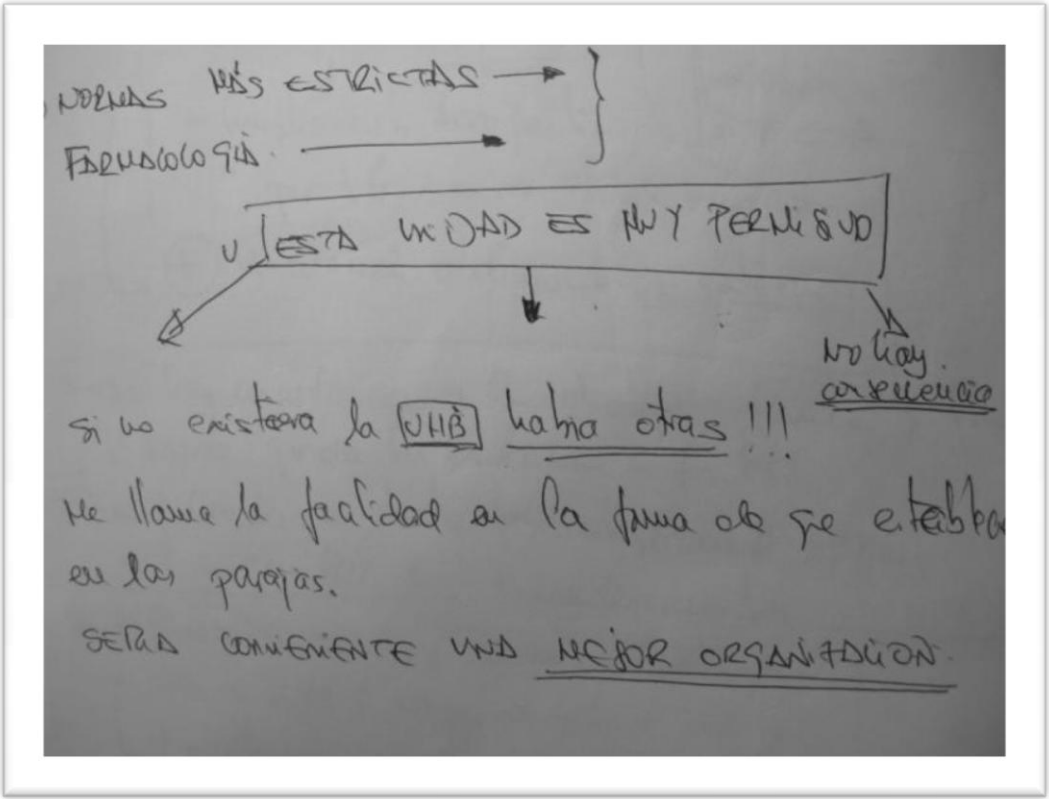


Imagen 5. La idea de la permisividad o falta de consecuencias en la unidades de UHB. Vigilar y castigar.

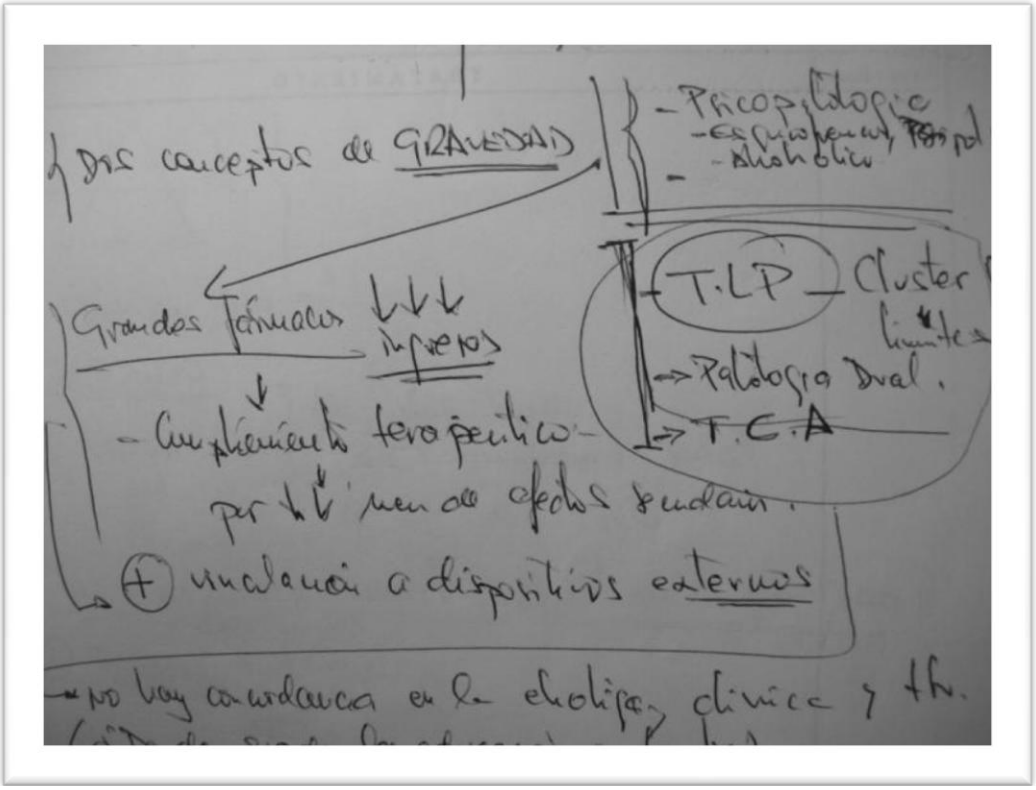


Imagen 6. Los trastornos del personalidad presentes durante todos los momentos del estudio.

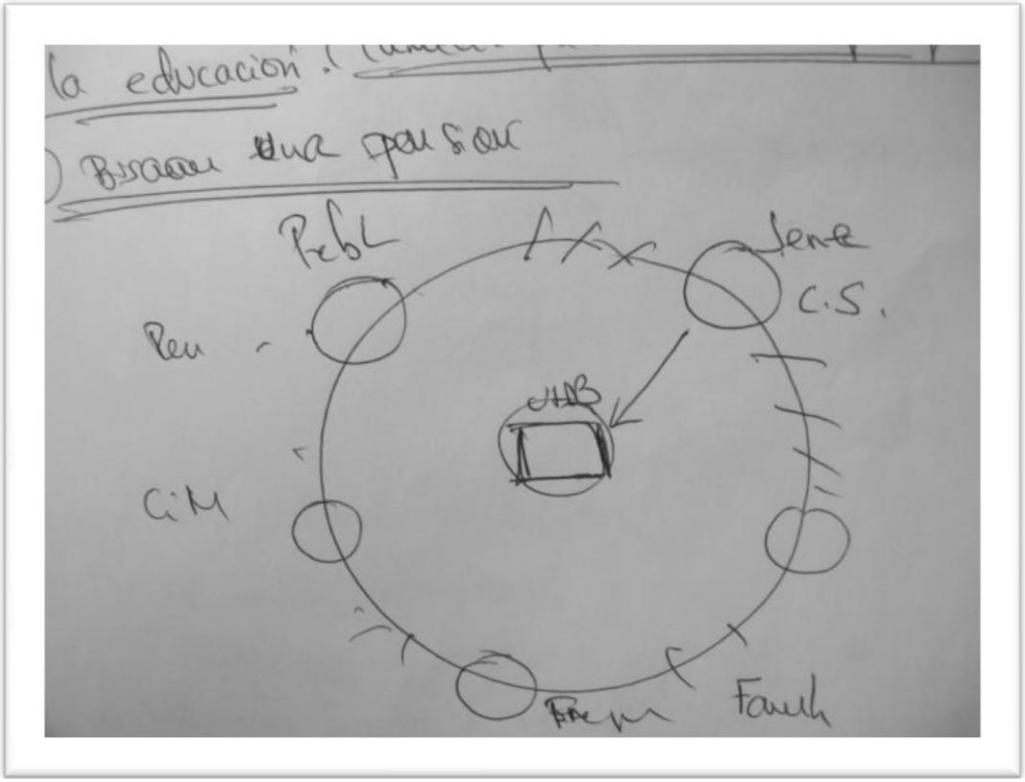


Imagen 7. El inicio de la idea de la Institución Total virtual.

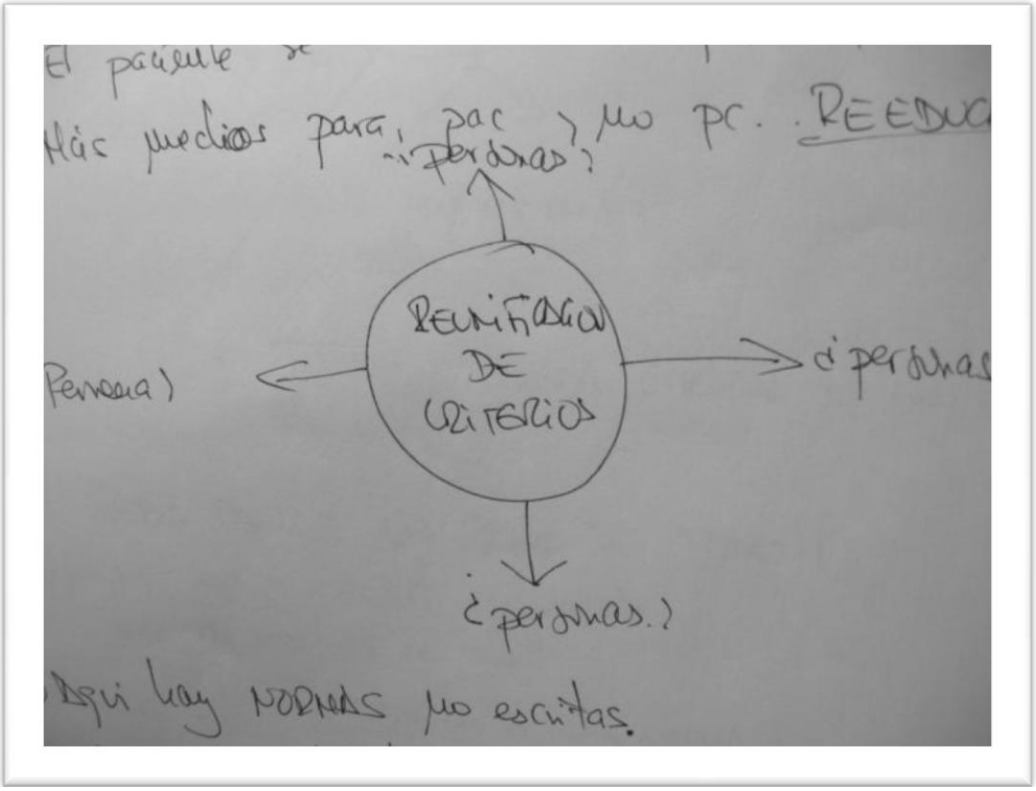


Imagen 8. El factor humano con variable de reingreso.

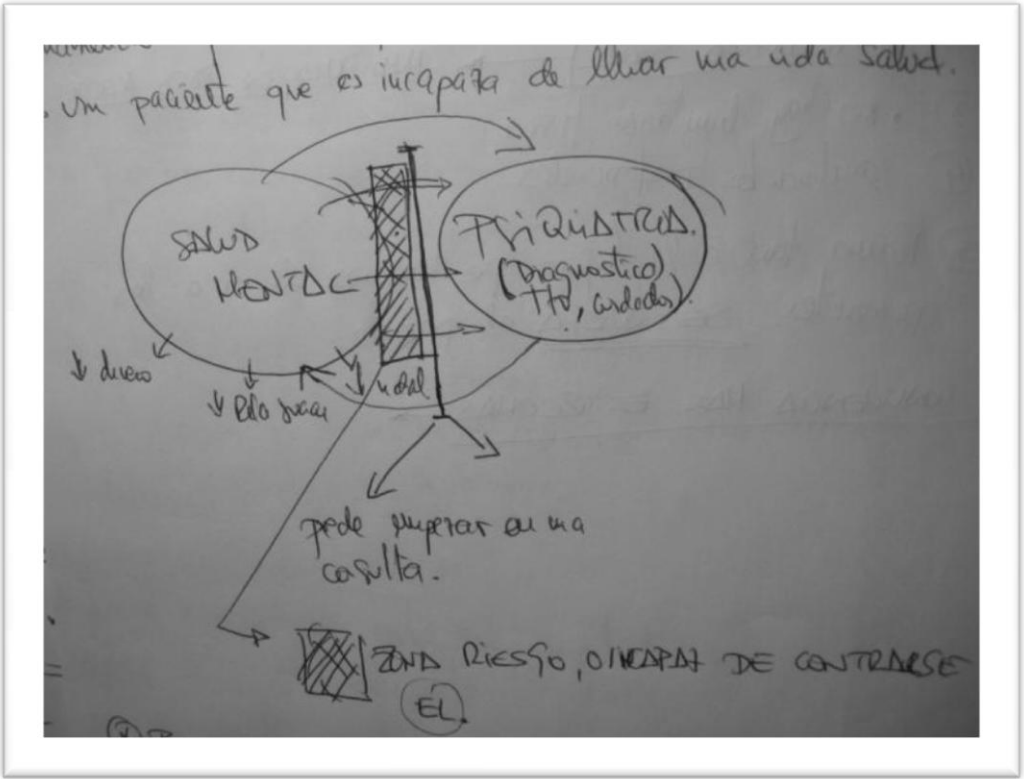


Imagen 9. La zona de riesgo de una persona. El paso de la Salud Mental a la Psiquiatría

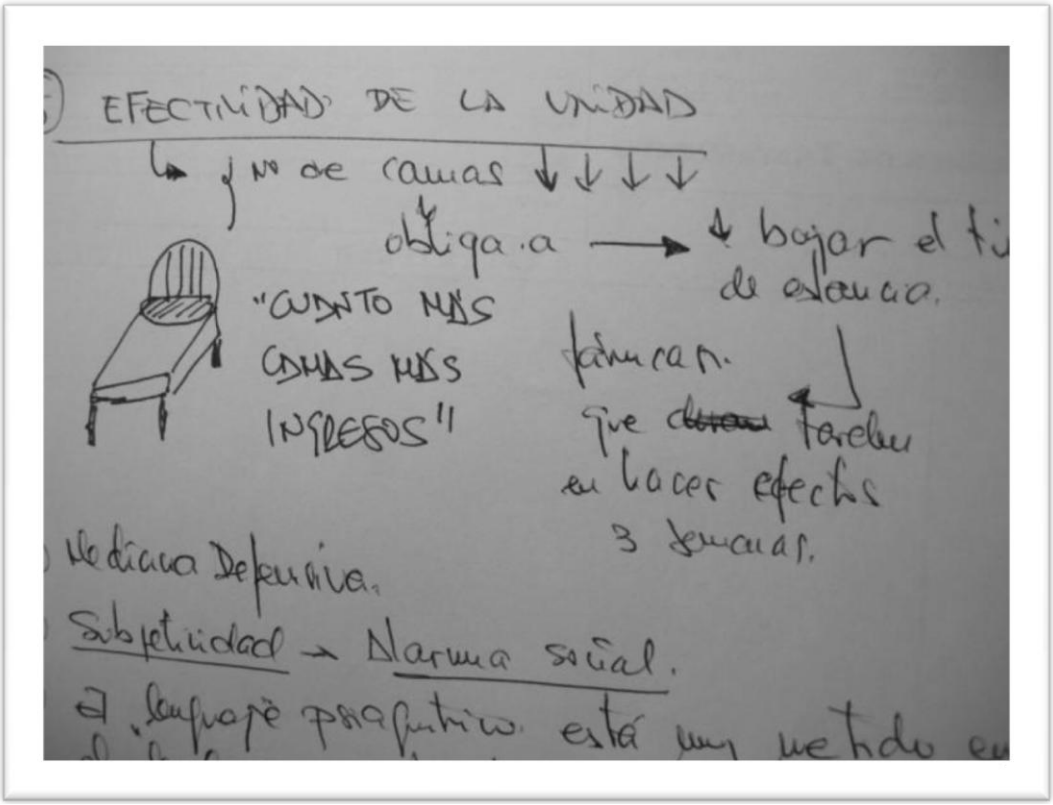
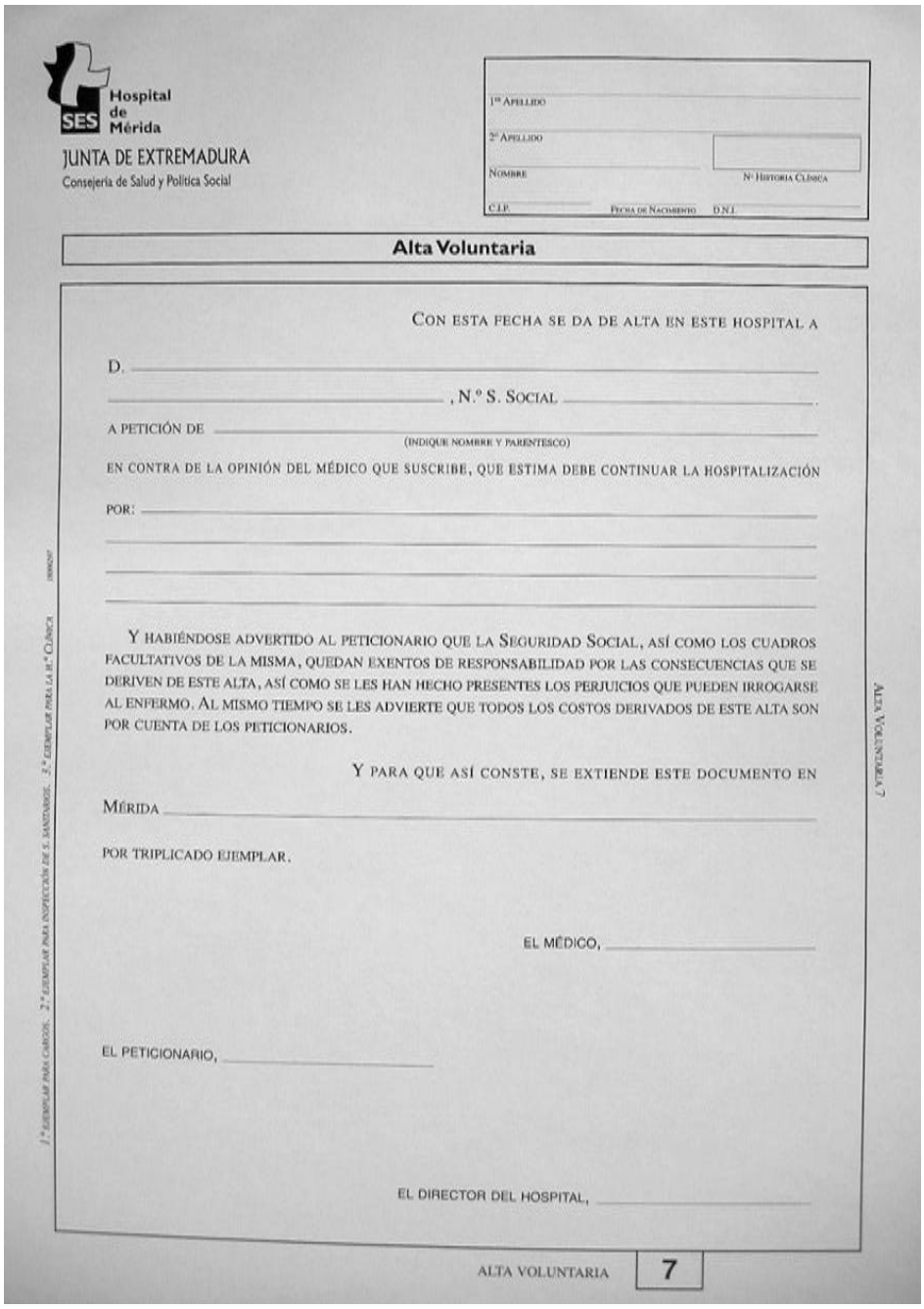


Imagen 10. La idea del fracaso. Cuanto más se ofrece más se consume.

4. Documentación clínica.

A continuación muestro distinta documentación que es usada en la unidad de hospitalización breve. Como se puede comprobar la burocracia documental es bastante amplia. Destacan documentos como el alta voluntaria, los permisos terapéuticos o los contratos terapéuticos con los pacientes. Estos documentos eran impensables en las *Instituciones Totales.* Aunque he de añadir que al menos en la unidad de estudio los dos últimos documentos que señalo no los he visto usar.



Hospital de Mérida
SES
JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Social

1.er Apellido
2.º Apellido
Nombre
N.º Historia Clínica
C.I.P.
Fecha de Nacimiento
D.N.I.

Alta Voluntaria

Con esta fecha se da de alta en este hospital a

D. _____

_____, N.º S. Social _____.

A petición de _____
(indique nombre y parentesco)

en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar la hospitalización

por: _____

Y habiéndose advertido al peticionario que la Seguridad Social, así como los cuadros facultativos de la misma, quedan exentos de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de este alta, así como se les han hecho presentes los perjuicios que pueden irrogarse al enfermo. Al mismo tiempo se les advierte que todos los costos derivados de este alta son por cuenta de los peticionarios.

Y para que así conste, se extiende este documento en

Mérida _____

por triplicado ejemplar.

El médico, _____

El peticionario, _____

El director del hospital, _____

1.º ejemplar para cargos. 2.º ejemplar para inspección de S. Sanitarios. 3.º ejemplar para la H.º Clínica

Alta Voluntaria 7

Alta Voluntaria 7

d de Hospitalización
eve de Psiquiatría

Auto de Internamiento nº:

Tengo el honor de poner en conocimiento de V.I que el paciente D./Dª. ……..
……ingresado en esta Unidad con carácter de Urgencia el ....., de …….. de ……., y del cual dimos cuenta a ese Juzgado para dar cumplimiento al Art, 763 de la Ley1/2000 de Enjuiciamiento Civil, ha sido dado de alta por …… en el día de la fecha, por el Dr,/Dra. …….. colegiado nº. ……

Mérida, ….., de ……, de ……

Fdo: Dr./Dra. ……Colegiado nº ……
Médico Especialista en Psiquiatría

ILMO. SR. JUEZ. JUZGADO DE 1ª. INSTANCIA Nº. …… ,
……"

Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO EN CENTROS DE INTERNAMIENTO

[redacted]

1. Apellidos y nombre
2. D.N.I. o Pasaporte
3. Domicilio actual
4. Municipio de residencia
5. Teléfonos
6. Fecha de nacimiento
7. Provincia de nacimiento
8. Edad
9. Sexo
10. Estado civil
11. Hijos
    11.1 Nº de hijos
    11.2 Tutela
12. Nivel de estudios
13. Situación laboral
14. Antecedentes penales
15. Situación judicial actual
16. Situación VIH
    16.1 Fecha de diagnóstico
17. ¿Diagnóstico de SIDA?
    17.1 Fecha de diagnóstico
    17.2 Categoría diagnóstica CDC
    17.3 Tratamiento actual
18. Patologías médicas asociadas al consumo
    18.1 Diagnóstico DSM-IV
19. Psicopatología asociada
    19.1 Diagnóstico DSM-IV
20. Droga consumida que motiva el ingreso
21. Vía de consumo actual
22. Otras drogas consumidas
23. Centro derivador
24. Fecha de acogida (Centro derivador)
25. Fecha de derivación
26. Último programa terapéutico seguido
27. Motivo de derivación
28. Centro notificador
29. Fecha de ingreso en C.T.
30. Fecha de alta (C.T.)
31. Motivo de alta (C.T.)
32. Tiempo de ingreso (C.T.)
33. Recorrido por otros centros de internamiento. Pueden repetirse hasta 4 veces. (Centro)
    33.1 Nombre del Centro
    33.2 Tiempo medio de internamiento
    33.3 Causa de alta
    33.4 Tiempo de abstinencia tras el alta

Ejemplar a remitir a la C.T.

SES
Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

D./Dª. ..... Psiquiatra de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Mérida, colegiado nº .....

COMUNICA QUE:

D./Dª. ..... de ..... años de edad, provisto del D.N.I nº ....., ingresado/a en esta Unidad con carácter voluntario/involuntario, desde el día ..... a las ..... horas, presenta un cuadro clínico de .....
que interfiere de forma severa con su capacidad de juicio y volitiva, pudiéndose derivar del mismo riesgos para sí mismo/a o para otros, además de interferir con el proceso de tratamiento, **por lo que precisa temporalmente la aplicación de contención mecánica**.

Lo que informo a V.I a los efectos oportunos.

Mérida, ... de ..... de .....

Fdo: Dr./Dra. .....

ILMO. SR. MAGISTRADO-JUEZ. JUZGADO DE 1ª. INSTANCIA Nº ..... . MÉRIDA.-

Gerencia Área de Salud de Mérida C/ Miguel Servet, s/n 06800 Mérida • Telf. 924 381 042

SES

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

D./Dª. ..... ingresado en esta Unidad de Psiquiatría desde el ..... de ..... pasado y cuyo ingreso urgente e involuntario le fue comunicado (Auto de Internamiento .....) según lo dispuesto por el Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, **SE HA FUGADO** de la misma en el día de la fecha a las ..... horas, no estando indicada, desde el punto de vista médico, la interrupción del tratamiento.

Mérida, ... de ..... de 201 ... .

Dr./Dra. .....
Médico Especialista en Psiquiatría

JUZGADO DE 1ª. INSTANCIA Nº. ..... DE . .....-

Gerencia Área de Salud de Mérida C/ Miguel Servet, s/n 06800 Mérida • Telf. 924 381 042

SES
Unidad de Hospitalización
Breve de Psiquiatría

Tengo el honor de poner en conocimiento de S.Sª. que el paciente D./Dª. ……
…… hospitalizado en esta Unidad de Psiquiatría, con carácter involuntario y de urgencia, desde el día ……, de …… y del que dimos cuenta a ese Juzgado (Auto de Internamiento ……) de conformidad con lo dispuesto en el Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, **HA SIDO TRASLADADO** a ……
en el día de la fecha a las …… horas por indicación o a petición de ……
…… .

Lo que pongo en su conocimiento a los efectos oportunos.

En Mérida, …… de …… de 201 … .

Firmado Dr./Dra. …… .. Nº. de colegiado ……
Médico Especialista en Psiquiatría

JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº. …… DE …… .-

Gerencia Área de Salud de Mérida C/ Miguel Servet, s/n 06800 Mérida • Telf. 924 381 042

Gerencia del Área de Salud de Mérida

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

5.3 REGISTRO PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

Sexo:
Nº de historia:
Fecha de ingreso:
Cama:

INFORMACIÓN A PACIENTE/FAMILIA

Se ha explicado la necesidad de contención a:
- ❑ Paciente.
- ❑ Familia.
- ❑ No ha sido posible en ninguno de los casos.

INDICACIÓN DE LA SUJECCIÓN

Fecha de la indicación:
Hora de la indicación:

Indicación de la contención (márquese la/s casilla/s correspondiente/s)
- ❑ Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas.
- ❑ Evitar disrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos.
- ❑ Evitar daños físicos significativos.
- ❑ Reducir estímulos sensoriales (aislamiento)
- ❑ Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínica y/o terapéutica.
- ❑ Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado.

Situación actual del paciente:
- ❑ Agitación psicomotriz severa
- ❑ Riesgo potencial de agresividad.
- ❑ Confusión/desorientación/delirium.
- ❑ Impulsividad suicida.
- ❑ Otra.

Nombre y firma del Médico responsable:

Nombre y firma del Enfermero responsable:

TIPO DE SUJECCIÓN

❑ Miembros superiores ❑ Miembros inferiores ❑ Cintura	❑ Completa ❑ Parcial ❑ Cruzada

MEDIOS UTILIZADOS PREVIAMENTE A LA CONTENCIÓN

❑ Intervenciones verbales ❑ Intervención con familiar ❑ Medicación oral	❑ Medicación parenteral ❑ Aislamiento sin contención ❑ Sin alternativas desde el principio

131

GERENCIA ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA c/ Miguel Servet, s/n • 06800 MÉRIDA
Telf. 924 381 042 / 924 381 000 Ext. 81616

Hospital de Mérida SES

GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Sociosanitaria

CONTRATO TERAPÉUTICO

PACIENTE

D./Dª. _____, me comprometo a no realizar actos autolesivos que conlleven riesgo vital para mi.
En caso de sentirme mal o no poder controlar el pensamiento suicida, acudiré de nuevo para solicitar ayuda Terapéutica.

Fdo: _____
(Paciente)

FAMILIA.

Habiendo sido informado de los riesgos que existe en relación a nuestra _____(hija, pareja, hermana....), nos comprometemos a una supervisión continuada de la misma en tanto en cuanto dure el proceso terapéutico.
En caso de imposibilidad de control domiciliario, consultaremos nuevamente en los Servicios de Urgencias

Fdo:_____
(Familiar responsable)

Mérida, _____ de _____ de 2014.-

INFORME DE DERIVACIÓN A LOS CRPS

FECHA DE DERIVACIÓN .....
FECHA PRIMER CONTACTO .....
ZONA DE SALUD ..... Nº HISTORIA .....
(NO RELLENAR)

1. ENTIDAD DERIVADORA.

EQUIPO S.M. ..... GESTOR DEL CASO .....

HORA DE CONTACTO ..... TELÉFONO DE CONTACTO .....

OTROS PROFESIONALES DE REFERENCIA .....

2. DATOS DE FILIACIÓN.

NOMBRE Y APELLIDOS .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... EDAD ..... DNI .....

DOMICILIO ..... Nº S.S. .....

TELÉFONO ..... U. DE CONVIVENCIA .....

OTROS DATOS RELEVANTES .....

3. DATOS FAMILIARES.

FAMILIAR RESPONSABLE .....

DOMICILIO .....

PARENTESCO/RELACIÓN ..... TELÉFONO .....

OTROS DATOS RELEVANTES .....

4. DATOS SOCIOLABORALES.

MINUSVALÍA	NO	SI	PORCENTAJE % .....
TRABAJO ACTUAL	NO	SI	.....
PRESATACIÓN ECONÓMICA	NO	SI	.....
INCAPACITACIÓN CIVIL	NO	SI	TUTOR .....

NIVEL ACADÉMICO .....

5. DATOS CLÍNICOS.

DIAGNÓSTICO ACTUAL

DSM IV-TR/ CIE 10 .....

EJE I .....

EJE II .....

EJE III .....

EJE IV .....

EJE V .....

FECHA PRIMER DIAGNÓSTICO .....

MEDICACIÓN ACTUAL	EFECTOS ADVERSOS
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

OTROS TRATAMIENTOS ACTUALES .....

.....

SINTOMATOLOGÍA ACTUAL .....

.....

.....

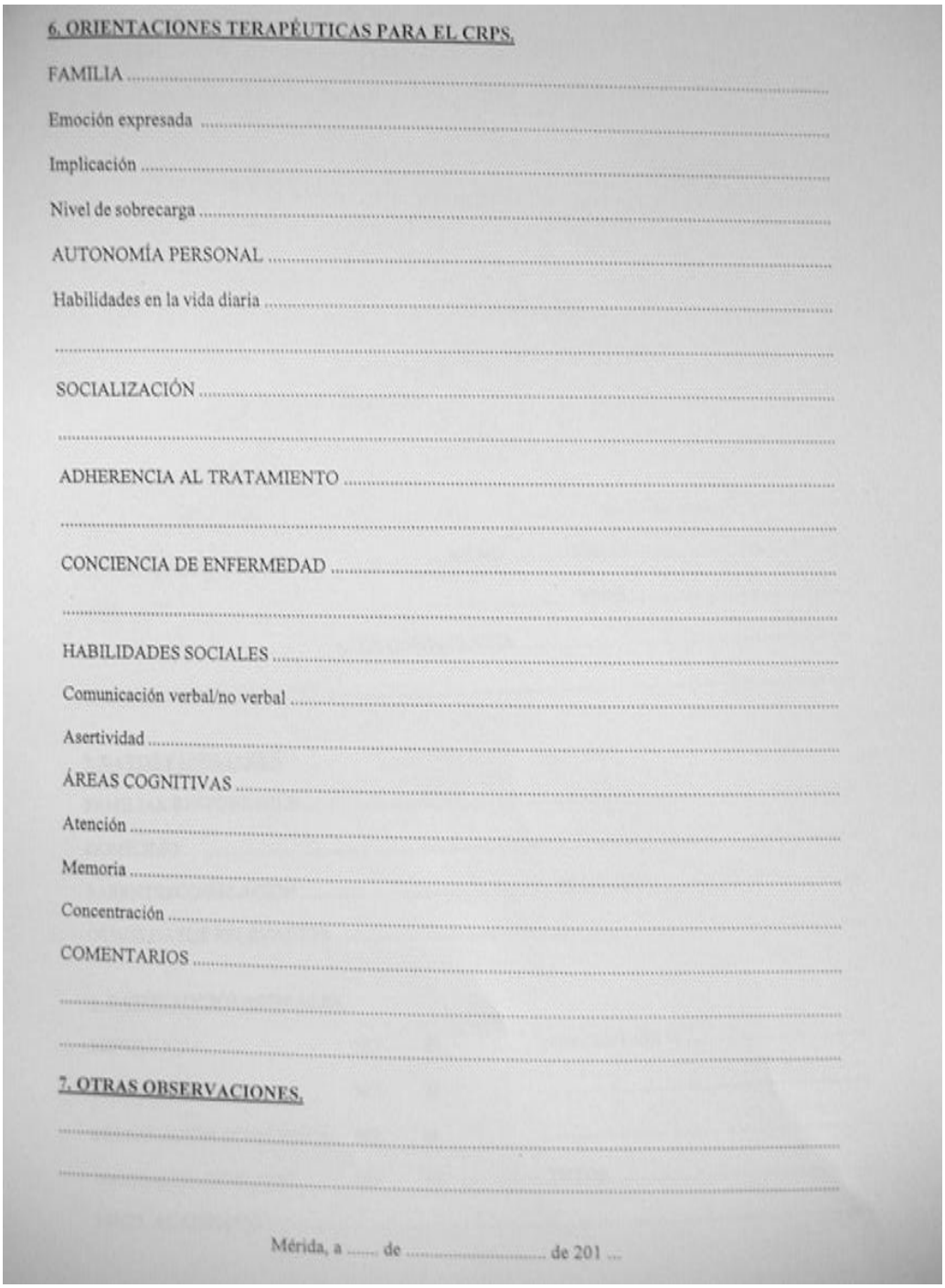
Nº INGRESOS ..... FECHA ÚLTIMO INGRESO .....

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS (episodios agresivos, consumo de drogas, problemas de manejo, ...)

.....

.....

.....



6. ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS PARA EL CRPS.

FAMILIA .....

Emoción expresada .....

Implicación .....

Nivel de sobrecarga .....

AUTONOMÍA PERSONAL .....

Habilidades en la vida diaria .....

.....

SOCIALIZACIÓN .....

.....

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....

.....

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD .....

.....

HABILIDADES SOCIALES .....

Comunicación verbal/no verbal .....

Asertividad .....

ÁREAS COGNITIVAS .....

Atención .....

Memoria .....

Concentración .....

COMENTARIOS .....

.....

.....

7. OTRAS OBSERVACIONES.

.....

.....

Mérida, a ..... de ..... de 201 ...

En los informes de derivación a otros centros es destacable la cantidad de información que se intenta registrar de los pacientes. Son historias biográficas comprimidas.

INFORME DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

ENTIDAD DERIVADORA .....

FECHA DE SOLICITUD .....

FECHA PRIMER CONTACTO .....

ÁREA DE SALUD ..... Nº HISTORIA .....

(NO RELLENAR)

1, DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR:

DNI: Nº SS: TFNO:

DOMICILIO:

2. PROCEDENCIA DEL PACIENTE

ENTIDAD DERIVADORA: ÁREA DE SALUD:

PSIQUIATRA:

OTROS PROFESIONALES DE REFERENCIA:

TELÉFONOS:

MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:

3. DATOS FAMILIARES

FAMILIAR RESPONSABLE .....

PARENTESCO/RELACIÓN ..... TELÉFONO .....

DOMICILIO .....

OTROS DATOS RELEVANTES.....

1

4. DATOS CLÍNICOS:

ANTECEDENTES PERSONALES:

- MÉDICOS

  Enfermedades de interés:

  Alergias medicamentosas:

- PSIQUIÁTRICOS

  Diagnósticos psiquiátricos previos:

  Antecedentes de consumo de sustancias:

  Reacciones adversas a medicamentos:

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES :

GENOGRAMA:

RESUMEN PSICOBIOGRÁFICO:

FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

INGRESOS PREVIOS (fecha, duración, diagnóstico):

ENFERMEDAD ACTUAL:

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS:

Extrahospitalarias:

Intrahospitalarias:

DIAGNÓSTICO (Multiaxial DSMIV-TR)

Eje I:

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

TRATAMIENTO ACTUAL:

RESUMEN DE TRATAMIENTOS PREVIOS Y EFICACIA DE LOS MISMOS:

DATOS PSICOLÓGICOS

PSICOMETRÍA:

- INTELIGENCIA:
- PERSONALIDAD:
- OTROS:

INTERVENCIONES Y TERAPÉUTICAS PSICOLÓGICAS:

5. DATOS SOCIOLABORALES

UNIDAD DE CONVIVENCIA

INCAPACIDAD CIVIL NO SÍ TUTOR: .....

MINUSVALÍA NO SÍ PORCENTAJE .....

TRABAJO ACTUAL NO SÍ SITUACIÓN LABORAL .....

PRESATACIÓN ECONÓMICA NO SÍ .....

NIVEL ACADÉMICO .....

6. OBJETIVOS Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

PARA EL TRATAMIENTO

- Resistencia al tratamiento farmacológico: .....

.....

- Intervención psicoterapéutica específica: .....

.....

- Otro (especificar): .....

.....

PARA LA REHABILITACIÓN

- Autonomía personal: .....

.....

- Integración social: .....

.....

- Conocimiento y manejo de la enfermedad: .....

.....

- Habilidades sociales: .....

.....

- Rehabilitación cognitiva: .....

.....

- Otras (especificar): .....

.....

INFORME DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Entidad derivadora		
Fecha de solicitud: / /	**URH – CÁCERES (Plasencia)**	
	URH – BADAJOZ (Mérida)	

1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	
DNI	Nº SS	TFNO
DOMICILIO		

2. PROCEDENCIA DEL PACIENTE

ENTIDAD DERIVADORA	ÁREA SALUD
GESTOR CLÍNICO DEL CASO	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA DERIVACIÓN	
OTROS PROFESIONALES DE REFERENCIA	
TELÉFONOS	
MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN	

3. DATOS FAMILIARES

FAMILIAR RESPONSABLE	
PARENTESCO	TELÉFONOS
DOMICILIO	
GENOGRAMA	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	

4. DATOS CLÍNICOS

ANTECEDENTES PERSONALES

- MÉDICOS
  - Enfermedades de interés
  - Alergias medicamentosas
- PSIQUIÁTRICOS
  - Diagnósticos psiquiátricos previos
  - Antecedentes de consumo de sustancias
  - Reacciones adversas a medicamentos

Servicio Extremeño de Salud

RESUMEN PSICOBIOGRÁFICO

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD

INGRESOS PREVIOS

ENFERMEDAD ACTUAL

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Extrahospitalarias / Intrahospitalarias

DIAGNÓSTICO - Multiaxial DSM IV-

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y REHABILITADORAS

TRATAMIENTO ACTUAL

RESUMEN DE TRATAMIENTO PREVIOS Y EFICACIA DE LOS MISMOS

INTERVENCIONES DESDE OTROS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN Y SUS RESULTADOS

DATOS PSICOLÓGICOS

PSICOMETRÍA

- Inteligencia
- Personalidad
- Otros

INTERVENCIONES Y TERAPÉUTICAS PSICOLÓGICAS

DATOS SOCIOLABORALES

UNIDAD DE CONVIVENCIA

INCAPACIDAD	☐ SI	☐ NO	TUTOR
MINUSVALÍA	☐ SI	☐ NO	PORCENTAJE
TRABAJO ACTUAL	☐ SI	☐ NO	SITUACIÓN LABORAL

Servicio Extremeño de Salud

NIVEL ACADÉMICO

PRESTACIONES ECONÓMICAS

5. OBJETIVOS Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

PARA LA REINSERCIÓN

- ☐ Reinserción en medio familiar
- ☐ Reinserción autónoma
- ☐ Reinserción en piso tutelado / autónomo
- ☐ Trasinstitucionalización
- ☐ Otros

PARA LA REHABILITACIÓN

- ☐ Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
- ☐ Conocimiento y manejo de la enfermedad
- ☐ Autonomía personal
- ☐ Habilidades e integración en medio social
- ☐ Rehabilitación cognitiva
- ☐ Otros (especificar)

6. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fecha:

Firmado:

Servicio Extremeño de Salud

SES
Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

D./Dª. ..... que ingresó voluntariamente en esta Unidad el día .... de ..... pasado se encuentra diagnosticado de ..... . Dado que en el día de la fecha ha sufrido un agravamiento de su proceso psicopatológico y desea solicitar ALTA VOLUNTARIA, no estando en condiciones idóneas para la misma, solicitamos de S.Sª. un ingreso no voluntario urgente, para dar cumplimiento a los dispuesto en el Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

Mérida, ..., de ..... de 201 ... .

Fdo. Dr./Dra. .....
Médico Especialista en Psiquiatría

JUZGADO DE 1ª. INSTANCIA Nº..... DE .....

Gerencia Área de Salud de Mérida C/ Miguel Servet, s/n 06800 Mérida • Telf. 924 381 042

SES
Unidad de Hospitalización
Breve de Psiquiatría

Tengo el honor de poner en conocimiento de V.I que con fecha .....
se procede al ingreso no voluntario y con carácter urgente en la Unidad de Psiquiatría
de este centro hospitalario del enfermo/a .....
nacido/a el .....en .....
de estado civil ....., hijo/a de ..... y de .....
y residente en .....,
por presentar un cuadro clínico de .....
.....

Lo que participo a V.I dando cumplimiento al Artº. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

Mérida, a ..... de ..... 201 .....

Fdo: El Director Gerente
(P.A. El médico-psiquiatra de guardia)

Fdo: Dr./Dra. .....

ILMO. SR. JUEZ. JUZGADO DE 1ª INSTANCIA Nº ..... DE .....

Gerencia Área de Salud ...

SES
Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

D. ……, mayor de edad, poseedor del D.NI. nº …… y domiciliado en c/. ……nº …. de …….. ., en uso de mis facultades y de mis derechos

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE:

1.- El ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, para seguir tratamiento especializado, a los efectos de cumplimiento del Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

2.- Las normas internas de la Unidad y del Hospital en que está ubicada.

Lo que firmo en Mérida, a …… de …… de 201 … .

FIRMA DEL PACIENTE

Hospital de Mérida
SES

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Orden de Ingreso y/o de Inclusión en Lista de Espera

DATOS PERSONALES

1º APELLIDO: ..... FECHA: .....

2º APELLIDO: ..... Nº HISTORIA [ ]

NOMBRE: ..... EDAD .....

DIRECCIÓN: ..... D.N.I.: .....

LOCALIDAD/PROVINCIA: ..... Nº S.S.: .....

TELÉFONO CONTACTO [ ] C.I.P.: .....

DATOS DEL INGRESO

❑ INGRESO URGENTE: ❑ DESDE URGENCIAS ❑ DESDE CONSULTAS

❑ INGRESO PREFERENTE: *(Si precisa, indicar plazo aproximado: .....días)*

❑ INCLUIR EN LISTA DE ESPERA

DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO: ..... CÓDIGO ❑❑❑ • ❑❑

PROCEDIMIENTO: ..... CÓDIGO ❑❑ • ❑❑

ANESTESIA: ❑ LOCAL ❑ GENERAL

FACULTATIVO: ..... SERVICIO: .....

FECHA Y FIRMA:

A CUMPLIMENTAR POR ADMISIÓN

SERVICIO ASIGNADO: .....

CAMA: .....

HORA: .....

FECHA: .....

FIRMA E ADMISIÓN:

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

PERMISO TERAPÉUTICO

PACIENTE

Nombre del paciente:

Nº. Historia Clínica

Fecha de inicio del permiso:

Fecha de finalización del permiso:

FAMILIAR RESPONSABLE

Nombre y apellidos:

DNI:

Grado de parentesco.

Firma del psiquiatra
Dr./Dra.

Firma del familiar responsable
D./Dª.

Mérida, ….. de …….. de 201 …

- La permanencia del paciente con sus familiares o personas responsables tiene un sentido terapéutico y es útil para comprobar el estado del paciente en su medio habitual.
- El paciente seguirá las recomendaciones terapéuticas: tratamiento farmacológico e indicaciones en cuanto al cuidado del enfermo fuera del hospital.
- En caso de producirse un empeoramiento durante el permiso los familiares contactarán con el psiquiatra responsable o en su defecto con el psiquiatra de guardia. Si fuese necesario reingresará directa e inmediatamente.

No lo he visto usar en el tiempo que ha durado la investigación.

Gerencia del Área de Salud de Mérida

JUNTA DE EXTREMADURA

5.4 REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA
Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:
Nº de historia:
Sexo:
Edad:
Fecha de ingreso:
Cama:

INFORMACIÓN A PACIENTE/FAMILIA

Se ha explicado la necesidad de la supervisión especial a :

- ❑ Paciente.
- ❑ Familia (útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo).
- ❑ No ha sido posible en ninguno de los casos.

INDICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Fecha de la indicación:
Hora de la indicación:
Nombre y firma del médico responsable:

Nombre y firma del enfermero responsable:

MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS

- ❑ Habitación de aislamiento/alta seguridad.
- ❑ Contención mecánica (activar protocolo).
- ❑ Ubicación en habitación cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa.
- ❑ Ubicación en habitación doble compartida.
- ❑ Revisión de habitación, mobiliario y pertenencias.
- ❑ Pauta específica de sedación farmacológica.
- ❑ Medicación siempre triturada.
- ❑ Periodos mínimos de observación directa cada minutos.
- ❑ Suspensión de salidas de la Unidad, excepto aquellas que realice bajo prescripción médica y siempre acompañado y supervisado por personal de la institución sanitaria.
- ❑ Suspensión de participar en actividades de rehabilitación/ocio/laborterapia otras.
- ❑ Suspensión de visitas.
- ❑ Otras medidas.

SUSPENSIÓN DE PROTOCOLO

Motivo de la suspensión:

Nombre y firma del médico responsable:

Nombre y firma del enfermero responsable:

OBSERVACIONES

134

Gerencia de Área de Salud de Mérida

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Anexo 6. Registro de comportamiento alimentario

Nº HC.....

NOMBRE .....

HABITACIÓN .....

REGISTRO DE COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

	INGESTA	RESTOS	RITUALES / COMENTARIOS	PURGAS	INCIDENCIAS	FIRMA
DESAYUNO						
ALMUERZO						
MERIENDA						
CENA						
RESOPÓN						

SES
Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

D/Dª. ..... ,
con D.N.I nº ..... y domiciliado en ....., provincia de ..... ,
calle (o plaza) ..... nº ..... piso ....., que ingresó con carácter voluntario en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de este Hospital el día ..... de ....., decide en el día de la fecha **SOLICITAR ALTA VOLUNTARIA (alta a petición propia)**.

El médico-psiquiatra que suscribe hace constar que el/la paciente no reúne en el momento actual la condición de incapaz o presunto incapaz, ni concurren en él circunstancias clínicas que hagan necesario la transformación de ingreso voluntario en no voluntario con carácter de urgencia, a los fines previstos en el Art. 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

Mérida. ..... de ..... de .....

Fdo: El paciente.
NOMBRE: .....

Fdo. El médico-psiquiatra.
Dr./Dra. .....

Gerencia Área de Salud de Mérida C/ Miguel Servet, s/n 06800 Mérida • Telf. 924 381 042

Hospital de Mérida

JUNTA DE EXTREMADURA.

U.de Documentación Clínica Y Archivo

SOLICITUD DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Mérida.....de.....del 2.014

D.....

D.N.I. Nº.....,en calidad de :.....

Solicita copia del Historial Clínico nº: .....perteneciente a

D.....

D.N.I. Nº: .....,Nº S.S.: .....

Los documentos solicitados son los que a continuación se relacionan:

-.....

-.....

-.....

-.....

-.....

El paciente está citado en:.....

.....

el día:.....Tfno. de contacto:.....

Observaciones:.....

.....

Fdo.:

RECIBÍ:

Fecha:.....

Hospital de Mérida
SES
Área de Enfermería

GOBIERNO DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Política Sociosanitaria

PACIENTE		ENFERMERA
Nombre	Apellidos	Nombre Apellidos
Fecha nacimiento	Edad	
Nº Tarjeta Sanitaria	C.I.P.	Servicio / Fecha

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Motivo de ingreso _____ Alergias _____

Procedencia: ☐ Urgencias ☐ Programado ☐ Traslado ☐ Otros

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Sistema respiratorio

☐ Sin alteración observada
☐ Disnea de esfuerzo
☐ Tos seca
☐ Tos productiva

Sistema circulatorio

☐ Sin alteración observada
☐ Entumecimiento
☐ Extremidades frías
☐ Edemas
☐ Dolor precordial
☐ Marcapasos

Observaciones _____

NECESIDAD DE NUTRICIÓN

☐ Sin alteración observada

dificultad

☐ Para la masticación
☐ Para la deglución
☐ Intolerancia a la ingesta
☐ Náuseas
☐ Prótesis
☐ Sonda
☐ Vómitos
☐ Alteración del peso ☐ Por exceso ☐ Por defecto
☐ Necesidad de ayuda
☐ Dieta especial ☐ N. enteral ☐ N. parenteral

Observaciones _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Urinaria

☐ Sin alteración observada
☐ Incontinencia ☐ Siempre ☐ Ocasional
☐ Retención
☐ Disuria
☐ Coluria
☐ Hematuria
☐ Sonda vesical tipo _____ nº _____ fecha _____

Intestinal

☐ Sin alteración observada
☐ Frecuencia
☐ Estreñimiento
☐ Diarrea
☐ Incontinencia ☐ Siempre ☐ Ocasional
☐ Acolia
☐ Rectorragia
☐ Melena
☐ Ostomia ☐ Se autocura ☐ Necesita ayuda

Observaciones _____

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

Actividad/movilidad

☐ Completamente independiente
☐ Requiere el uso de un equipo o dispositivo
☐ Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
☐ Dependiente

Estado de conciencia

Consciente ☐
☐ Desorientado ☐ Temporal ☐ Espacial
☐ Letárgico
☐ Inconsciente/comatoso

Observaciones _____

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Patrón de sueño _____ ☐ Sueño discontinuo ☐ Insomnio ☐ Necesita ayuda/medicación

Observaciones _____

NECESIDAD DE VESTIRSE/DESVESTIRSE

☐ Autónomo ☐ Mínima ayuda ☐ Ayuda parcial ☐ Ayuda total

Observaciones

NECESIDAD DE MANTENIMIENTO DE L A HOMEOSTASIS

☐ Sin alteración observada ☐ Hipertérmico tª ☐ Hiperglucémico ☐ Hiperlipémico
☐ Hipotérmico ☐ Hipoglucémico ☐ Hipolipémico ☐ Hiperuricémico

Observaciones

NECESIDAD DE HIGIENE

Higiene

☐ Autónomo
☐ Necesita ayuda ☐ Mínima ayuda ☐ Parcial ☐ Total
☐ Higiene general ☐ Correcta ☐ Incorrecta

Estado de la piel y mucosas

☐ Íntegra/hidratada ☐ Heridas
☐ Deshidratada ☐ Úlceras
☐ Ictericia
☐ Cianosis
☐ Palidez

Observaciones

NECESIDAD DE SEGURIDAD

☐ Capacidad de autoprotección conservada ☐ Riesgo de caída ☐ Riesgo de úlcera
☐ Riesgo de autolesión ☐ Riesgo de infección ☐ Dolor

Observaciones

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Lenguaje

☐ Sin alteración observada ☐ Mutismo
☐ Dificultad de comprensión ☐ Verborrea
☐ Dificultad de expresión ☐ Laringectomizado/intubado
☐ Utiliza otro idioma
☐ Lenguaje incoherente

Visión

☐ Sin alteración observada
☐ Deficiente
☐ Ceguera
☐ Prótesis

Oído

☐ Sin alteración observada
☐ Deficiente
☐ Sordo
☐ Prótesis

Observaciones

NECESIDAD DE OCIO

☐ Lectura ☐ Televisión ☐ Manualidades

Observaciones

NECESIDAD DE REALIZACIÓN PERSONAL

Situación laboral

☐ Trabaja
☐ En paro
☐ Jubilado
☐ Invalidez
☐ Estudiante

Estado anímico

☐ Tranquilo
☐ Triste
☐ Eufórico
☐ Ansioso
☐ Agresivo

Redes de apoyo

Vive sólo ☐ Sí ☐ No
Familia ☐ Sí ☐ No
Ayuda a domicilio ☐ Sí ☐ No

Observaciones

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo del ingreso ☐ Sí ☐ No Necesita información específica ☐ Sí ☐ No

Observaciones

PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD ☐ Sí ☐ No

MEDICACIÓN ACTUAL ☐ Sí ☐ No

Protocolo de Valoración en Cuidados e Úlceras por presión

GRUPO PATOLÓGICO

CARDIOLOGÍA	❑	RESPIRATORIO	❑	HEMATOLOGÍA	❑	DIGESTIVO	❑
NEUROLOGÍA	❑	TRAUMATOLOGÍA	❑	UROLOGÍA	❑	CIRUGÍA	❑
ORL	❑	GINECOLOGÍA	❑	M. INTERNA	❑	OTROS	❑

PRESENCIA DE ÚLCERA

SÍ ❑

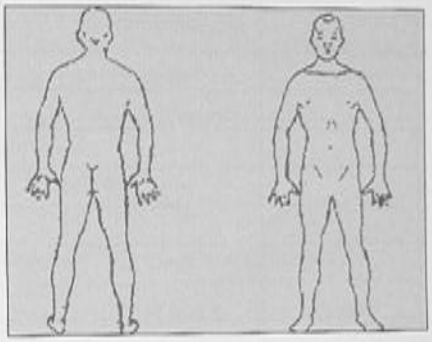
NO ❑

FECHA

LOCALIZACIÓN

ESTADIO

SEÑALE LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN



ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADIO I
Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de sustancia.

ESTADIO II
Erosión epidémica, y/o ampollas, y/o abrasión.

ESTADIO III
Afectación de la totalidad de la dermis y tejido subcutáneo con posible presencia de tejido necrótico.

ESTADIO IV
Destrucción del tejido subcutáneo, músculo, tendón e incluso hueso.

TABLA DE VALORACIÓN DE RIESGOS DE ÚLCERAS

	NIVEL DE CONCIENCIA	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Despierto y orientado	Continente	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Incontinencia ocasional	Ligeramente limitada	Ocasionalmente incompleta	Deambulación con ayuda
2	Letárgico	Incontinencia urinaria o fecal	Limitación importante	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3	Inconsciente comatoso	Incontinencia urinaria y fecal	Inmóvil	No ingesta oral	Inmóvil
puntos					

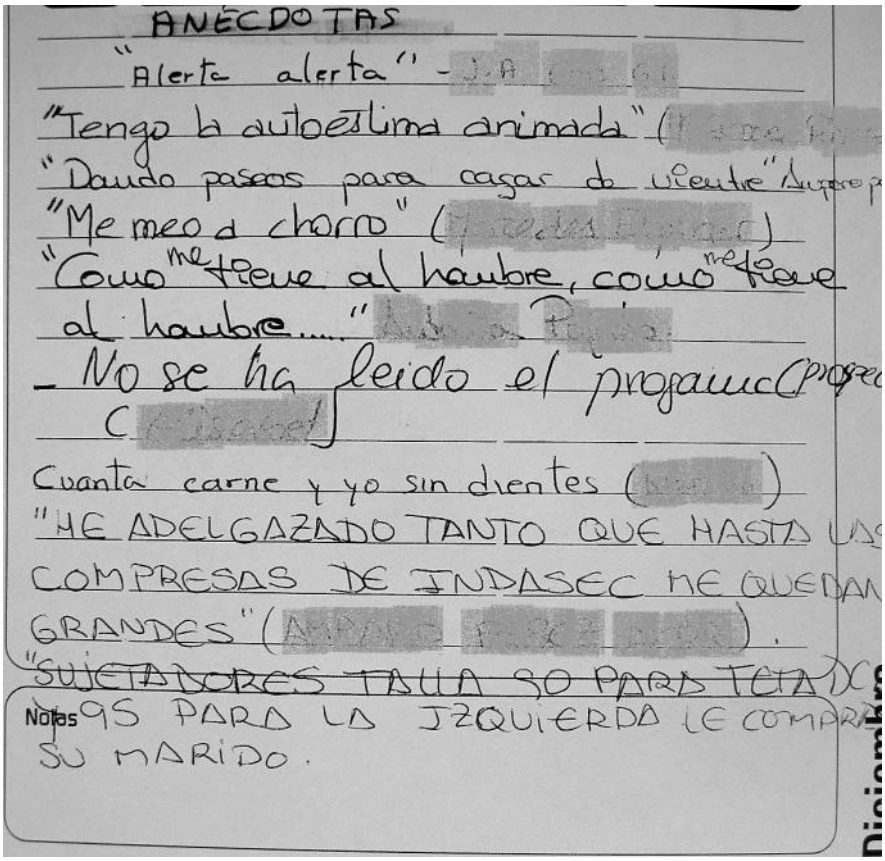
PUNTUACIÓN TOTAL:

❑ 0: sin riesgo ❑ 1-4: riesgo bajo ❑ 5-8: riesgo medio ❑ 9-15: riesgo alto

Enfermero/a (firma)

5. Otros documentos.

A continuación muestro algunas de las anotaciones que aparecen en un pequeño cuaderno de anécdotas que tiene el personal de enfermería. Es lo que denomino la normalización de lo anormal.


ANÉCDOTAS

"Alerta alerta" -

"Tengo la autoestima animada"

"Dando paseos para cagar de vicente"

"Me meo a chorro"

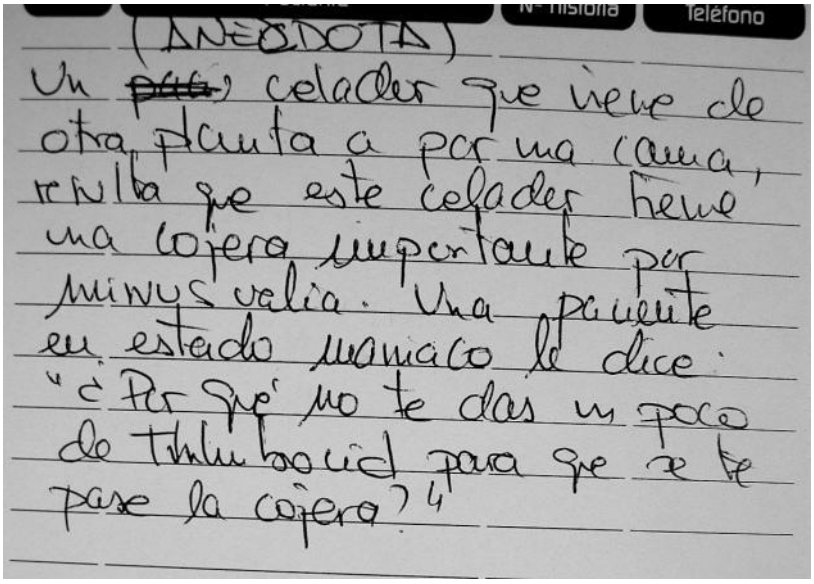
"Como me tiene al hambre, como me tiene al hambre...."

- No se ha leido el programa

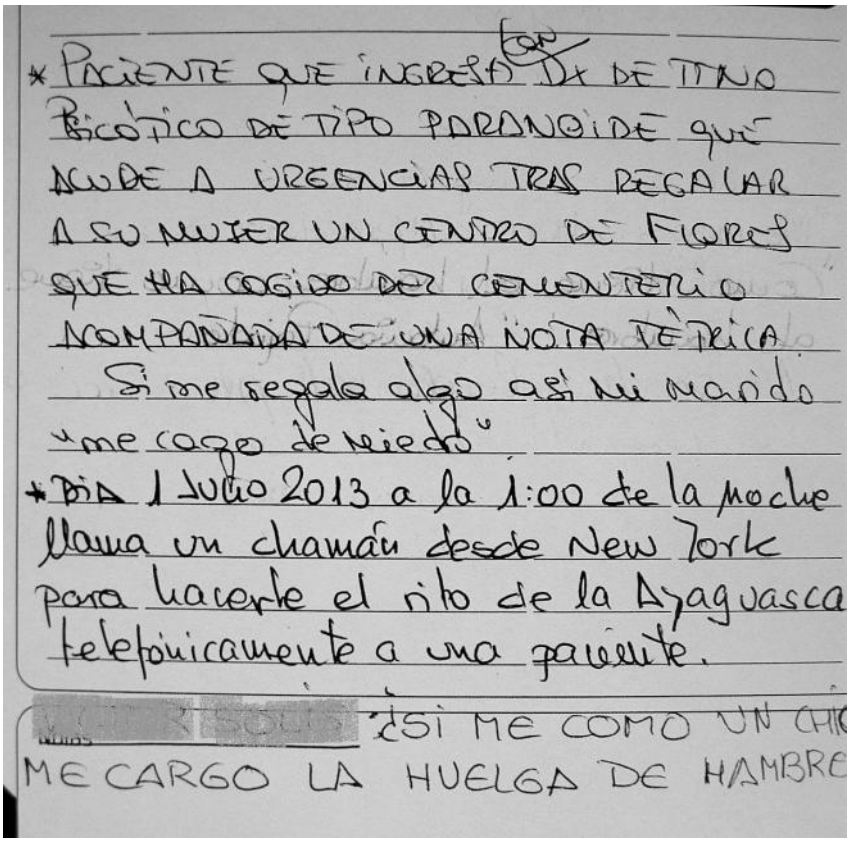
Cuanta carne y yo sin dientes

"ME ADELGAZADO TANTO QUE HASTA LAS COMPRESAS DE INDASEC ME QUEDAN GRANDES"

"SUJETADORES TALLA 90 PARA TETA DE 95 PARA LA IZQUIERDA LE COMPRA SU MARIDO.

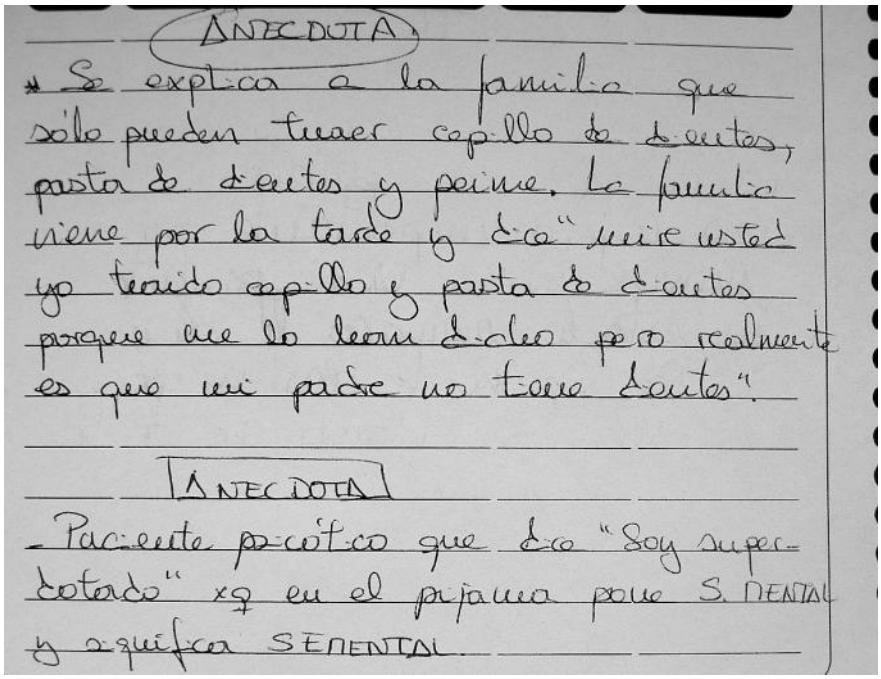

(ANÉCDOTA)

Un ~~pacie~~ celador que viene de otra planta a por una cama, resulta que este celador tiene una cojera importante por minusvalía. Una paciente en estado maníaco le dice: "¿Por qué no te das un poco de Trombocid para que se te pase la cojera?"



* PACIENTE QUE INGRESA CON DX DE TTNO PSICÓTICO DE TIPO PARANOIDE QUE ACUDE A URGENCIAS TRAS REGALAR A SU MUJER UN CENTRO DE FLORES QUE HA COGIDO DEL CEMENTERIO ACOMPAÑADA DE UNA NOTA TÉTRICA.
Si me regala algo así mi marido "me cago de miedo".
* DIA 1 JULIO 2013 a la 1:00 de la noche llama un chamán desde New York para hacerle el rito de la Ayaguasca telefónicamente a una paciente.

[redacted] ¿SI ME COMO UN CHI
ME CARGO LA HUELGA DE HAMBRE

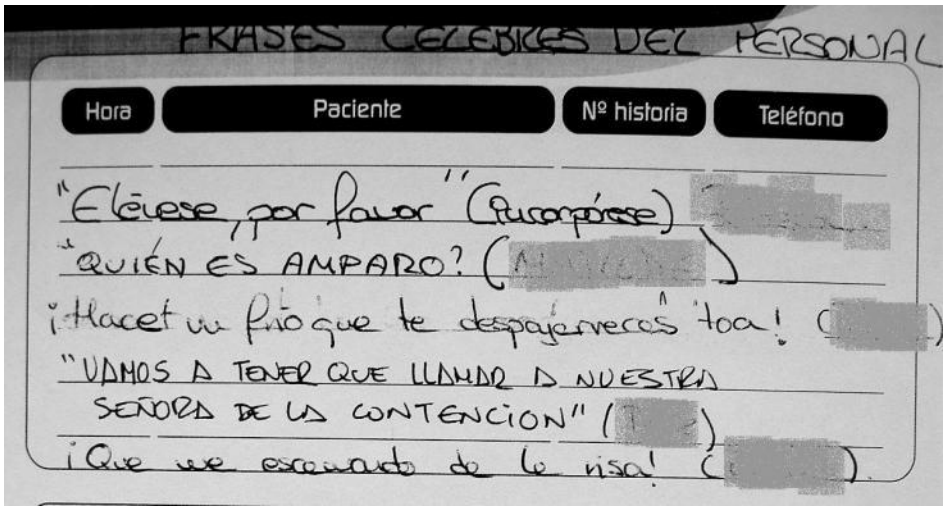


ANECDOTA

* Se explica a la familia que sólo pueden traer cepillo de dientes, pasta de dientes y peine. La familia viene por la tarde y dice "mire usted yo traido cepillo y pasta de dientes porque me lo han dicho pero realmente es que mi padre no tiene dientes".

ANECDOTA

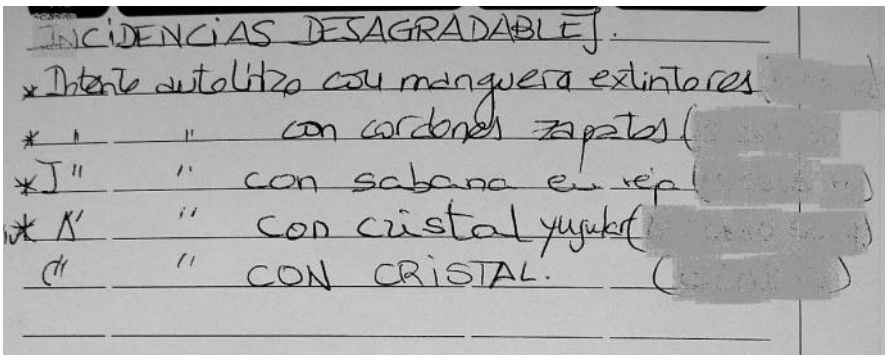
- Paciente psicótico que dice "Soy superdotado" xq en el pijama pone S. MENTAL y significa SENTENTAL.



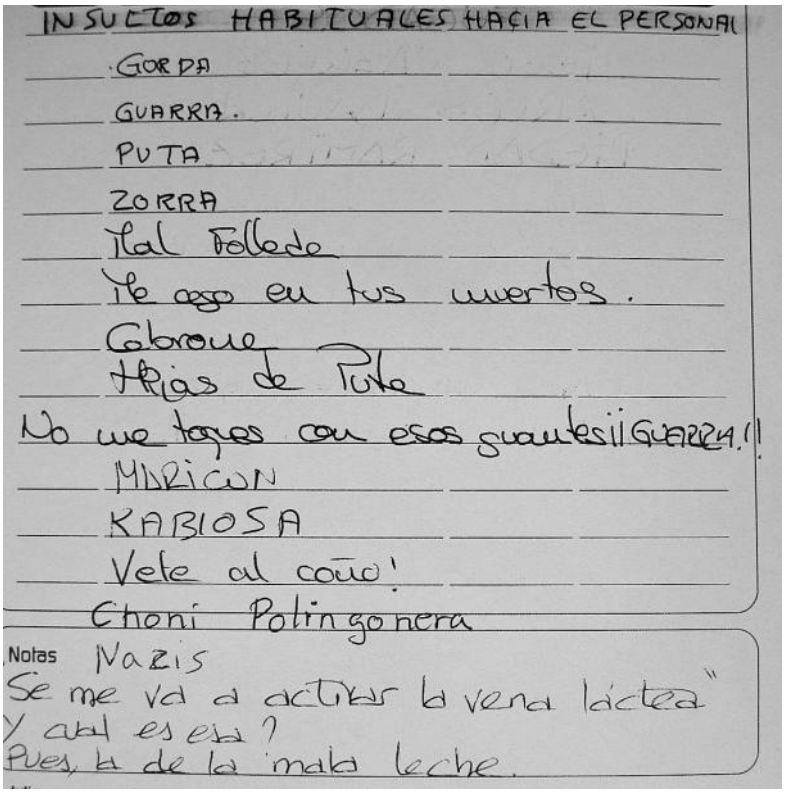
FRASES CELEBRES DEL PERSONAL

Hora | Paciente | Nº historia | Teléfono

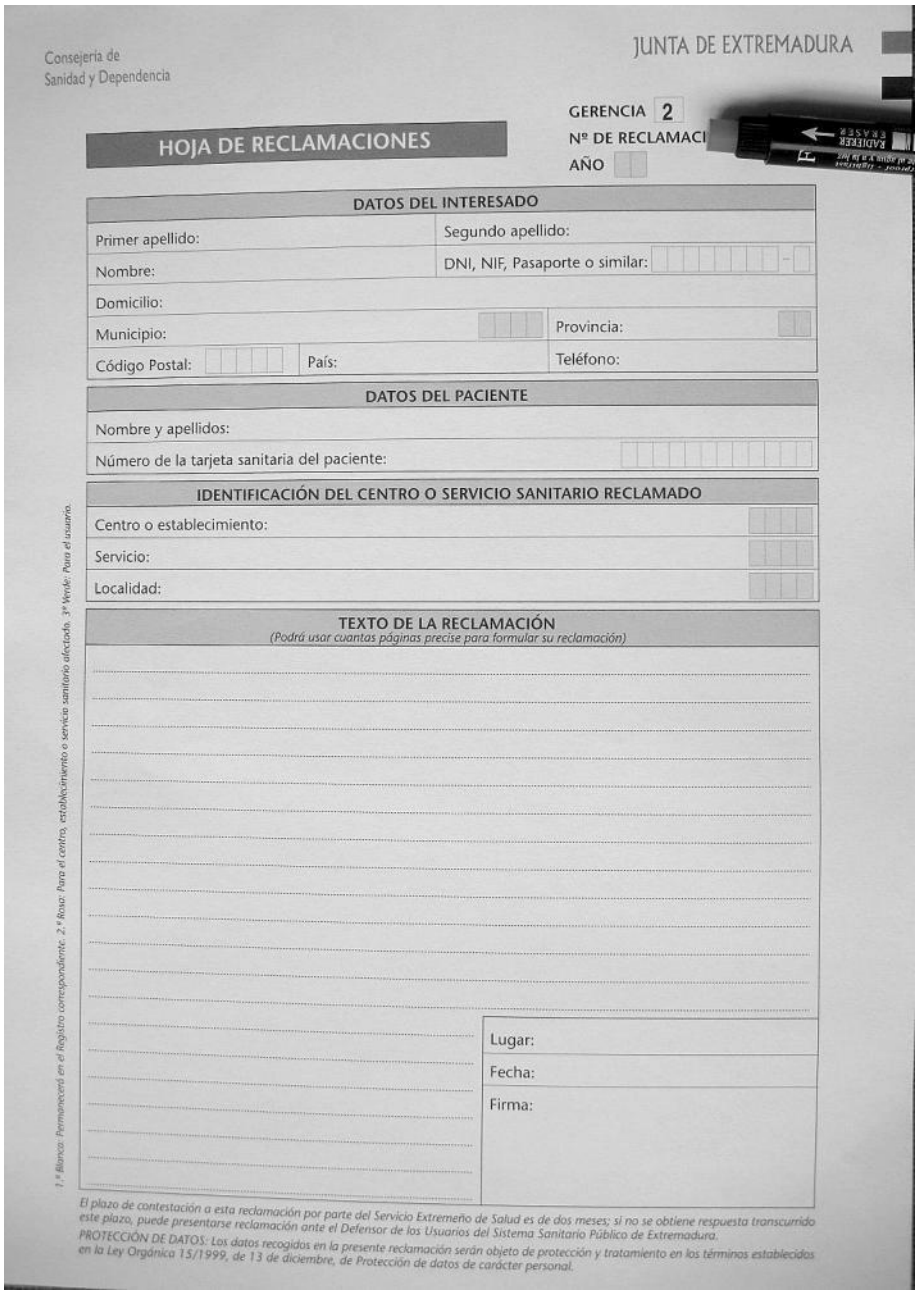
"Elévese, por favor" (Incorpórese) [redacted]
"QUIÉN ES AMPARO? ([redacted])
¡Hacet un frío que te despajarrecas toa! ([redacted])
"VAMOS A TENER QUE LLAMAR A NUESTRA SEÑORA DE LA CONTENCION" ([redacted])
¡Que me escamando de la risa! ([redacted]).



INCIDENCIAS DESAGRADABLES.
* Intento autolitzo con manguera extintores ([redacted])
* " " con cordones zapatos ([redacted])
* J" " con sabana en reja ([redacted])
* A" " con cristal yugular ([redacted])
C" " CON CRISTAL. ([redacted])



INSULTOS HABITUALES HACIA EL PERSONAL
GORDA
GUARRA.
PUTA
ZORRA
Mal Follada
Me cago en tus muertos.
Cabrone
Hijas de Puta
No me toques con esos guantes¡¡GUARRA!!
MARICON
RABIOSA
Vete al coño!
Choni Polingonera
Notas Nazis
Se me va a activar la vena láctea"
Y cual es esa?
Pues, la de la mala leche.



Consejería de
Sanidad y Dependencia

JUNTA DE EXTREMADURA

GERENCIA 2
Nº DE RECLAMACI
AÑO

HOJA DE RECLAMACIONES

DATOS DEL INTERESADO	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	DNI, NIF, Pasaporte o similar:
Domicilio:	
Municipio:	Provincia:
Código Postal: / País:	Teléfono:

DATOS DEL PACIENTE
Nombre y apellidos:
Número de la tarjeta sanitaria del paciente:

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO RECLAMADO
Centro o establecimiento:
Servicio:
Localidad:

TEXTO DE LA RECLAMACIÓN
(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su reclamación)

Lugar:
Fecha:
Firma:

1.º Blanco: Permanecerá en el Registro correspondiente. 2.º Rosa: Para el centro, establecimiento o servicio sanitario afectado. 3.º Verde: Para el usuario.

El plazo de contestación a esta reclamación por parte del Servicio Extremeño de Salud es de dos meses; si no se obtiene respuesta transcurrido este plazo, puede presentarse reclamación ante el Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos recogidos en la presente reclamación serán objeto de protección y tratamiento en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

Las hojas de reclamaciones es otro de los documentos que hace diferenciar las organizaciones totales de la Institución Total. Aunque también puedo decir que rara vez a un paciente se le da la opción de rellenar este tipo de formulario. Dejando esta oportunidad a los familiares. Parece ser que aquí *el cliente* no siempre lleva *la razón*.