Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco
Maestría en Medicina Social

Enfermería vs Internos en los Pabellones del Hospital Psiquiátrico Infantil

Tesis presentada por Marília Marina de Sales
Directora de tesis: Asa Cristina Laurell

Primavera/95
México

INDICE

Parte 1

Apuntes Iniciales.....1

El proceso salud-enfermedad.....6

El proceso de trabajo.....15

Los conceptos sobre la locura.....22

Los gestos hacia la locura.....35

La psiquiatría institucional mexicana.....46

La enfermería como práctica social.....57

Parte 2

El HPI.....75

Caracterización de la fuerza de trabajo.....80

El cotidiano de la enfermería en los pabellones.....95

Los problemas de trabajo.....108

Los testimonios.....126

Apuntes finales.....161

Bibliografía.....174

Apuntes Iniciales

La propuesta de esta investigación es la de observar la relación entre psiquiatría y "enfermedad mental" que toma cuerpo en una práctica social específica - la enfermería psiquiátrica- llevada a cabo en un lugar determinado - el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (HPI), buscando oír los dos grupos involucrados en esta práctica, es decir, las trabajadoras de enfermería de un lado y los internos, de otro. Aunque no se tenga la pretensión de discutir exhaustivamente esta relación, se intentará un acercamiento que quizás permita ciertos comentarios provisionales, a partir de la observación de algunos determinantes y mediaciones que impactan esta labor de forma que se vuelve, sobre todo, conflictiva y dañina. Los sujetos atrapados en este enfrentamiento, o bien, son responsables por ejecutar una práctica social específica, la enfermería psiquiátrica, o bien, son blanco de un cierto tipo de tratamiento que nuestra sociedad juzga adecuado para cierto tipo de "enfermo".

Intentando aprehender aspectos importantes de esta relación, se busca discutir las características particulares de la enfermería psiquiátrica de acuerdo a como es desarrollada en los pabellones del HPI, observando el cumplimiento de las actividades cotidianas, las percepciones y calificaciones que hacen las trabajadoras sobre su propia labor, las concepciones colectivas sobre el "enfermo mental" y las limitantes que generan dificultades particulares. Paralelamente, se busca también ofrecer un espacio de expresión del pensar y del sentir de los internos, garantizado a través del registro de la evaluación que hacen sobre la experiencia vivida al interior de los pabellones, abordando aspectos relativos a la rutina diaria, la dinámica establecida en la relaciones interpersonales y la evaluación del trato que ahí reciben.

La práctica de la enfermería en el HPI termina siendo sencillamente el resultado del desarrollo de un modelo y de una práctica médica que busca "recuperar" al sujeto en el ámbito de la vida social, es decir, su función y sus principios se basan en la necesidad de promover la adaptación de estos sujetos desviados según las normas y las reglas del orden social vigente. Así, las trabajadoras de enfermería son, en última instancia, los sujetos sociales encargados de traducir, en un lenguaje descifrable por todos los internos, lo que los psiquiatras y la sociedad en general espera de ellos, esto es, que retomen una conducta normal y acorde.

Este quehacer de la enfermería con los internos del HPI, que en una designación más técnica conforma su proceso laboral, está atravesada por contradicciones, conflictos y antagonismos que conllevan a una labor compleja y dañina y, para entenderla, es necesario contemplar distintas órdenes de determinación y mediaciones. Claro está que los determinantes dictados por el modo de producción capitalista impactan esta labor a partir de la división social y técnica del trabajo. Pero de este ámbito de determinación macro hacia la rutina de la jornada laboral en los pabellones del HPI, están interpuestas normas, reglamentos, procedimientos, mecanismos disciplinarios, condiciones objetivas de trabajo y valoraciones subjetivas que necesitan ser también consideradas.

Otra particularidad importante en el proceso laboral de las trabajadoras de enfermería del HPI estaría dada por su "objeto" de trabajo. Cuando en un proceso laboral un grupo de seres humanos pasa a ser el "objeto" de trabajo de otro grupo de seres humanos, que sobre aquel va desplegando sus acciones, ya está configurada de por si una relación compleja.

El interno del HPI, este "objeto" de trabajo de la enfermería, en que pese todos los intentos de descalificarlo, reduciéndolo a un "niño o adolescente pobre y loco", o de volverlo "cosa" médica, susceptible de intervención, individuo equivocado que perdió la condición de sujeto, es un ser humano y como tal va a reaccionar de distintas maneras en los enfrentamientos permanentes con las trabajadoras de enfermería. Es a partir de este entendimiento que se pone de relieve, en esta investigación, la necesidad de oír al "objeto" de trabajo de la enfermería, esto es, oír a los internos, porque no es suficiente rescatar sólo los testimonios, declaraciones y versiones que tienen las enfermeras sobre su quehacer.

Hay que garantizar la palabra de los sujetos a quienes está destinada la práctica de la enfermería psiquiátrica del HPI, pero no sólo para buscar más elementos que puedan servir como hechos explicativos para la complejidad del proceso laboral. Garantizar la palabra de los internos significa sobre todo respetar su condición de sujeto, que como tal dispensa intérpretes porque tiene el derecho de hablar por sí mismo, sin tener su discurso descalificado por aquellos que los llaman "enfermos mentales". Significa también tener acceso a la evaluación de una práctica hecha por aquellos que están más capacitados para hacerlo, porque son el blanco de esta práctica. Significa por fin oír el discurso del perdedor o del dominado, que en su riqueza, denuncia los expedientes mezquinos y espurios que nuestra sociedad utiliza para neutralizar a aquellos tachados de inútiles.

Este trabajo está organizado en dos partes. La primera está reservada a la discusión de categorías analíticas apuntadas como importantes para cumplir con los fines anteriormente señalados, y la segunda es lo que se podría llamar resultados de la investigación.

En la discusión del proceso salud-enfermedad se intenta hacer una breve recuperación de los principales planteamientos de la medicina positivista, para enseguida acercarse más detenidamente a las aportaciones hechas desde la medicina social, las cuales dan sustentación para abordar ciertos aspectos del tema propuesto. Son también los avances de la medicina social los que permiten la incorporación de la categoría proceso de trabajo con importante valor explicativo, debido a su condición de determinante del proceso salud-enfermedad colectivo. El análisis parte de la concepción marxista del trabajo e incorpora los planteamientos teóricos, metodológicos y técnicos de la medicina social, incluyendo la discusión del proceso laboral, cargas, desgaste y perfil patológico.

Para posibilitar la comprensión de lo que es la práctica psiquiátrica actual y su ejecución a través de la enfermería psiquiátrica en los pabellones del HPI, fue evidenciada la importancia

de hacer un recorrido histórico que permitiese recuperar las distintas formas de concepción sobre la locura, asi como el destino que los hombres han reservado a estos sujetos en las diferentes fases del desarrollo de la sociedad. La discusión de estas dos categorías, es decir, concepto de locura y práctica médica psiquiátrica, fue casi totalmente rescatada de Foucault. Esta elección, lejos de la pedantería y de la erudición, se debió a que los análisis del autor no sólo son consistentes y convincentes, sino que son fascinantes, y muestran que tan ridículos son los que intentan menospreciarlo con etiquetas de culturalista, historialista, formalista, estructuralista, etc.

Como complemento indispensable a la discusión de las dos categorías anteriormente mencionadas, fue añadida una breve recuperación de la trayectoria de la psiquiatría institucional en México, observando la evolución de esta práctica desde la entrada en escena del Estado mexicano como responsable de las acciones de salud mental, pasando por la creación y reforma de las estructuras manicomiales, hasta la conformación actual de la atención psiquiátrica incorporada en los distintos niveles de los servicios de salud.

La finalización del apartado, que contiene la presentación de categorías analíticas, incluyendo la discusión de la enfermería como práctica social, prescinde de cualquier justificación, puesto que son aspectos de esta práctica, el objeto central de la presente investigación. Por entender que la práctica de la enfermería actual, sólo puede ser comprendida, si se toma en cuenta su desarrollo histórico, es que nuevamente aquí, se intenta recuperar el surgimiento y la evolución de esta práctica, aunque hay que dejar señalada la limitación del análisis por no haber sido posible abarcar las particularidades de la enfermería mexicana.

La segunda parte de este estudio está destinada a rescatar las informaciones y datos recolectados, tratados de forma que pudo construirse una breve descripción del HPI, caracterizar la fuerza de trabajo, describir el proceso laboral desarrollado por las enfermeras, analizar los principales problemas que comprometen el quehacer, registrar los testimonios de los internos y de las enfermeras, finalizando con algunos apuntes que en otras partes, convencionalmente se llama discusión final o conclusiones.

En las fechas de recolección de datos e informaciones, que se dio entre noviembre de 1990 y febrero de 1991, el HPI disponía de 93 trabajadoras de enfermería, presentándose ocho casos perdidos. Un 59% de las 85 trabajadoras estaban codificadas como auxiliar de enfermería y más del 75% se encontraban distribuidas en los pabellones de internación entre los turnos matutino, vespertino, especial y velada.

Antes de exponer las técnicas empleadas para el levantamiento de la información, es de suma importancia aclarar que esta investigación fue propuesta inicialmente como un trabajo conjunto, y que la otra profesionista involucrada, además de integrante de la XIV generación de la MMS, era funcionaria de planta del HPI, ejerciendo funciones de trabajadora social. Esta fue la

condición decisiva para viabilizar la realización del estudio, puesto que el acceso a cualquier centro de trabajo, sea público o privado, suele ser por lo general bastante difícil y más aún, para aquellos que no son de nacionalidad mexicana.

Los instrumentos utilizados para la obtención de datos e informaciones incluyeron: encuesta de morbilidad, encuestas colectivas, instrumento para detección de problemas de trabajo, entrevistas colectivas, entrevistas individuales, material impreso del HPI y "diario de campo". La reformulación de los objetivos planteados inicialmente conllevó a la no inclusión del perfil patológico construido a partir de los datos de la encuesta de morbilidad y de las encuestas colectivas.

De nuevo hay que dejar subrayado que la recolección de datos, sobre todo de aquellos aprehendidos a través de la encuesta de morbilidad, de encuestas colectivas, del cuestionario autoaplicado para detección de problemas de trabajo, significó una cantidad bastante expresiva de información detectada. Además de esto, el universo de 93 trabajadoras, distribuidas en jornadas laborales en diferentes turnos, volvió aún más necesaria la intensificación de esfuerzos para cumplir con esta fase de la investigación y haberla cumplido en el período mencionado, sólo fue posible porque el trabajo fue compartido.

Las 85 trabajadoras de enfermería contestaron también un cuestionario autoaplicado que permitió organizar, en orden decreciente de importancia y de acuerdo a la elección del grupo, un total de 20 problemas relacionados al trabajo. Como en el instrumento estaba reservado un espacio para comentarios y sugerencias sobre las cuestiones señaladas como más graves por cada trabajadora, los resultados permitieron también una evaluación cualitativa de las dificultades que se presentan en la práctica de la enfermería en los pabellones del HPI.Con el objetivo de reconstruir el proceso laboral, y obedeciendo a los principios del Modelo Obrero, fueron realizadas dos encuestas colectivas, siendo una con trabajadoras del pabellón B, y otra con un grupo integrado por enfermeras de los pabellones C y D.

Fueron realizadas también dos entrevistas colectivas, una reuniendo cinco pasantes de enfermería y otra con la participación de ocho internos. La entrevista con las pasantes, así como fragmentos de la relatoría de una de ellas, fue incorporada en gran parte (Testimonio 3). La entrevista con los internos, realizada durante un período que estaba dedicado a la terapia ocupacional en el servicio de Hospital de Día, no fue transcrita, ni siquiera en parte, porque tanto los contenidos de las declaraciones como los temas abordados estaban bastante truncados. Quizás algunos internos no han querido hablar de forma deliberada porque la entrevista fue, más bien, impuesta. Quizá otros no han querido exponerse y algunos no podrían siquiera hablar, debido a los efectos colaterales de las drogas que les impedían articular las palabras. Pero lo interesante de esta entrevista fue el hecho de haber sido conducida por una adolescente que se encargó de proponer los temas y estimular la participación, aunque esto no haya sido acordado con anterioridad.

Otras dos entrevistas individuales fueron proporcionadas por los internos. En una de ellas, un joven de 17 años discutió el cotidiano del pabellón C, en donde estuvo recluso durante 34 días, revelando aspectos de la rutina diaria, así como de la relación entre los internos y entre éstos y las trabajadoras de enfermería (Testimonio 4). La segunda entrevista fue conducida en el sentido de apreciar la vida, gustos e intereses de una adolescente de 16 años que, bajo el diagnóstico de brote psicótico, estuvo confinada durante 15 días en el pabellón D, durante los cuales demostró una profunda capacidad de desciframiento del rol manicomial, adoptando inicialmente una conducta francamente rebelde y violenta, para después someterse callada y cooperativamente, llegando incluso a adelantar la fecha de alta (Testimonio 5).

Otra entrevista individual fue concedida por una enfermera que en 1991 acumulaba 19 años de antigüedad. Durante este período, estuvo adscrita en los diferentes pabellones y en distintas funciones, y paralelamente concluyó la licenciatura en enfermería. La entrevista pone al descubierto la dinámica cruel en los pabellones, la impotencia individual para proponer cambios en esta realidad, llevando a un profundo sentimiento de frustración y al alejamiento de los pabellones como la única estrategia posible. La enfermera pidió su transferencia para el servicio de Hospital de Día (Testimonio 2).

Como suele hacer periódicamente, el HPI organizó, en 1991, el curso de Introducción a la Psiquiatría Infantil, destinado a estudiantes de enfermería de nivel medio. El curso, con duración de 30 horas, incluyó una conferencia de la Coordinadora de Enseñanza de Enfermería del HPI y parte de los contenidos están expuestos en el Testimonio 1. Las aportaciones de esta enfermera especializada en psiquiatría son una contribución inestimable para evaluar como es calificado el interno del HPI por las enfermeras que de él se encargan.

Algunos documentos impresos sirvieron también como importante fuente de datos e informaciones que ayudaron en la comprensión de la estructura del hospital y de la labor de la enfermería. Estos documentos incluyeron una publicación sobre el HPI, comunicaciones internas, manuales de puestos, además del Programa Nacional de Salud Mental 1988/1992 y de las Normas Técnicas para prestación de servicios de Salud Mental, estos dos últimos pertenecientes a la SSA.

Por último, la utilización del "diario de campo" durante la permanencia en el interior del HPI fue de gran ayuda, porque permitió registrar cuestiones relevantes que no suelen ser aprehendidas a través de los instrumentos formales, pero que se revelan en platicas informales, en declaraciones espontáneas, en la observación aparentemente desinteresada de actos y comportamientos y asi mismo el asistir a escenas en donde no eras esperado como espectador.

El proceso salud-enfermedad

Las concepciones de los hombres frente a la salud-enfermedad han variado sustancialmente a lo largo del desarrollo humano, comportando percepciones distintas en un mismo momento o en momentos diferenciados de la historia. La definición de lo que sea la salud y la enfermedad va a estar en la dependencia del conocimiento que se logra producir y del interés de los que utilizan o no estos conocimientos para sostener o combatir un determinado orden social.

Hubo un tiempo, caracterizado por el fervor religioso que lograba dar cuenta de todos los fenómenos ocurridos entre los hombres, en donde la salud y la enfermedad se inscribian en la esfera del deseo divino. Del cielo venian las enfermedades y mientras unas eran maldecidas, otras podrían hasta ser bendecidas, conformando un sistema perfecto de premios y castigos. Hubo un tiempo también, marcado por serias restricciones técnicas y del conocimiento, en que el hombre atribuía la enfermedad a factores como emanaciones provenientes del medio ambiente putrefacto, que generaba miasmas que contaminaban el aire y éste a las personas. Pero desde mediados del siglo pasado, la medicina científica empieza a hacer importantes descubrimientos en las áreas de la microbiología, fisiología, patología, etc, dictando los contenidos que van sostener las percepciones dominantes sobre la salud y la enfermedad.

La primera gran teoría para explicar la enfermedad es la de la unicausalidad, reconceptualizada en microbios, bacterias y virus. La pretendida solidez científica de esta teoría se basa en el descubrimiento de un microorganismo, que la llevó a ser imbatible y tener un alto grado de convencimiento durante un largo tiempo. Sin embargo, cuando logra explicar la tuberculosis por la presencia del bacilo de Koch en el pulmón, o la difteria por la instalación del Corynebacterium diphteriae en las amígdalas, no puede explicar porque las sulfas y los antibióticos no consiguen extinguir la tuberculosis; porque hay portadores sanos; porque de la persistencia de la gravedad de las condiciones de salud de la población, a pesar de altas inversiones de presupuestos en servicios, etc.

Agotada la capacidad explicativa de la teoría unicausal, los científicos reorganizan el conocimiento y sobrevienen entonces las teorías de multicausalidad, intentando respuestas que la anterior no pudo dar. Ahora ya no es sólo un único factor que causa la enfermedad, sino que varios, interactuando conjuntamente para desencadenar determinado fenómeno. Dos de las célebres teorías hablan desde una vasta red de factores causales hasta la localización específica de estos factores, distribuidos entre agente, huésped y ambiente.

En el entendimiento de MacMahon, la complejidad de la cadena causal es de gran magnitud, que "sólo se muestran algunos de los componentes principales (...) que cada componente mostrado es en sí el resultado de una compleja genealogía de antecedentes [de donde se concluye que] las cadenas de causalidad representan sólo una fracción de la realidad y debe

considerarse toda la genealogía más propiamente como una red, que en su complejidad y origen queda más allá de nuestra comprensión".[1]
De todo esto se deduce que, para los defensores de la red de causalidad, el hombre jamás podrá establecer con precisión cuál es el exacto factor que causa la enfermedad, porque detrás de cada uno hay siempre una gama incontable de antecedentes. El objeto de estudio es la enfermedad de los grupos humanos y la identificación de los factores se da a través de asociaciones estadísticas y esto ya implica un error, porque la estadística permite solamente apuntar que determinado hecho no es azaroso, pero no permite una prueba causal.

Tal teoría, aunque pretenda ser más desarrollada que la unicausal por proponerse buscar varios factores, vuelve a reducirse, por cuanto lo social no es siquiera nombrado. El agnosticismo en que se fundamenta logra mantener indescifrable el secreto de los fenómenos y, en base a esto, sostiene la cómoda postura de intervenir solamente donde es posible. De esta manera, la búsqueda de causas sobre las cuales se pueden incidir medidas concretas y socialmente operacionalizables es de interés para manutención del orden vigente, por cuanto no amenaza tocar las estructuras. Su propuesta más arrolladora se limita a identificar un componente de la cadena causal sobre el cual se "puede" intervenir para ofrecer "posibilidades preventivas".

La epidemilogía positivista no para por ahí, alcanza mayores grados de refinamiento con la construcción de la tríada ecológica de Leavell/Clark. La historia natural de la enfermedad es definida por estos científicos como un "conjunto de processos interativos, compreendendo 'as inter-relações do agente, do suscetível e do meio-ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio-ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte".[2]

Se observa que es un intento de una explicación más razonable y sistematizada del proceso salud-enfermedad porque lo califica en cuanto una relación dinámica entre el agente-huésped-ambiente, y el rompimiento del equilibrio en cualquiera de estos elementos desencadenaría la aparición de la enfermedad. La primera equivocación de orden conceptual se refiere al entendimiento de enfermedad como sinónimo de desequilibrio, catástrofe y anormalidad y, por ende, de la salud en cuanto equilibrio, armonía y normalidad, llevando a una formulación ecológia de la salud-enfermedad. La tríada establece una confusión de mayor importancia al identificar lo que significa designaciones tales como huésped y ambiente. El huésped es entendido como el hombre, pero no como agente y producto social, sino como hombre meramente individual, biológico y estático al margen de su propia historia. El medio ambiente, "ou qualquer outro lugar", no pasa de una agregación de condiciones aisladas tales como vivienda, alimentación, escolaridad, ingreso, etc., vistos como atributos personales de cada hombre y no como características de los grupos humanos a partir de sus inserciones sociales. Y si falta historicidad a los conceptos de huésped y ambiente, el biológico permanece como algo

---

[1] MacMahon, Brian y Thomas F. Pugh. Principios y métodos de epidemiología, La Prensa Médica Mexicana, México, 1988, p. 21.
[2] Rouquayrol, M. Zélia. Epidemiologia & saúde. Medsi, Rio de Janeiro, 1987, pp. 3-4.

inmutable e intocable. La acumulación de deficiencias de la tríada de Leavell/Clark desemboca finalmente en la imposibilidad de jerarquizar el peso de las distintas variables, por cuanto todas están en el mismo plan, ya sea la patogenicidad del virus, las condiciones de la vivienda, los hábitos culturales, ingresos, etc, terminando por dar una visión mecanicista de causa/efecto a los problemas de salud.
Todavía está presente en la historia de la medicina la preocupación por superar la visión estrictamente biológica de la salud-enfermedad, inscribiéndola en la dimensión política, económica y social. Aún en el siglo XVIII, algunos médicos planteaban ya la necesidad de incluir lo social en el manejo de los problemas de salud, pero fue en el siglo XIX donde se logró una mejor sistematización de estos planteamientos.

En el seno del movimiento reformista alemán del siglo pasado, Rudolf Virchow formula tres principios básicos para la medicina social: ..."es misión del Estado entregar los medios, con base en las más amplias posibilidades, para mantener y promover la salud (...) no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar esas necesidades; el Estado debe de hacer más, debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud (...) *las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica.* (...) *y si se reconoce que las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad, entonces es lógico que se den los pasos conducentes a promover la salud y a combatir la enfermedad, y que las medidas que se adopten sean tanto sociales como médicas* (cursiva del autor)".[3]

La relación entre la salud y los procesos económicos y sociales es objeto también de formulaciones hechas por franceses e ingleses, sin embargo es en Alemania donde se logran mayores avances, pero con la derrota del movimiento reformista alemán, los planteamientos médico-sociales pierden espacio en la escena política. Con todo, desde la segunda mitad del siglo XIX y lo que va del XX una aparente preocupación en considerar lo "social" en las cuestiones de salud siguió siendo formulada por científicos de varios países, aunque no se haya logrado una explicación aceptable de lo que nombran como social. Sólo a partir de los años 60, se avanza en la formulación teórica, metodológica y técnica, aclarando la articulación de la salud con los demás procesos sociales.

En estos años, emerge en muchos países de Latinoamérica una corriente de pensamiento médico social que realiza una "profunda crítica a la teorización y a la práctica de la medicina dominante, marcando un punto de ruptura que niega las bases de sustentación teóricas y metodológicas de ésta. Dicha ruptura planteó a esta corriente crítica una multiplicidad de desafíos".[4]

---

[3] Rosen, George. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI Editores, México, 1985, pp. 81-84.
[4] Bravo, Cecilia Victoria Avedaño Y María Elena Ortega Hernández. Medicina social: consumo y salud-enfermedad, Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metyroplitana, México, 1990, pp. 7-8.

La ruptura con el pensamiento médico dominante surge como una respuesta a la incapacidad de éste de explicar y presentar soluciones a los graves problemas de salud de la población, a pesar de sus avances en la generación de conocimiento médico, que están inscritos en la concepción biologicista de la enfermedad, y de la práctica que este conocimiento sostiene. En los países industrializados, la medicina dominante no consigue ni explicar ni combatir a nivel colectivo los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos, que adquieren importancia cada vez mayor en la morbilidad y en la mortalidad. Por otra parte, persiste en los países dependientes la gran incidencia de enfermedades para las cuales la ciencia dispone de conocimiento y tecnología para combatirlas. La gravedad de los problemas de salud colectiva se registra a pesar de la expansión de la red de servicios de salud.

La nueva experiencia de la medicina social se ubica también en un movimiento mayor de extensión política, social e ideológica que emerge en todo el mundo capitalista a partir de los años 60. Aún antes de la crisis económica que se inicia en los 70, se cuestiona los objetivos del desarrollo económico y los avances de las ciencias en relación a la desigualdad en la distribución de la riqueza.

Se registra entonces "una nueva etapa de luchas sociales, que asume formas particulares en los diferentes países [luchas que] ...ponen en entredicho (...) el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras. [se busca una] ...comprensión diferente de los problemas más acordes con los intereses populares y capaz de dar origen a prácticas sociales nuevas. De esta manera las nuevas corrientes se inspiran en las luchas populares y se define, así, la base social sobre la cual se sustentan".[5] En este escenario de luchas más amplio, marcado por las protestas que denuncian la gravedad de los problemas que afectan a la gran mayoría de la población y por las propuestas de cambio sociales radicales, es que se inscriben los nuevos planteamientos de la corriente latinoamericana de medicina social.

Pero desde luego es señalado que no basta con denunciar la imposibilidad de la medicina clínica de presentar soluciones a los problemas de salud a nivel colectivo, sino que hay que sistematizar la nueva proposición, aclarando los contenidos teóricos que sirven de sustentación, además de su desdoblamiento en la práctica concreta. En este primer momento, tres tareas se imponen como prioritarias a la medicina social: la comprensión del carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad, la definición del objeto de estudio y la conceptualización de la determinación.

La construcción del objeto de estudio empieza por comprender la salud-enfermedad en cuanto un proceso único, interactuado con todos los demás que conforman la vida, librándose así de la visión dicotomizada que percibe la enfermedad como hecho que se contrapone a la salud. Para la medicina dominante, la enfermedad es a la vez un proceso estrictamente individual y biológico o, en el mejor de los casos, el resultado del desequilibrio entre

[5] Laurell, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social", en : Revista Latinoamericana de Salud, México, 1982, pp. 7-8.

agente/huésped/ambiente. El proceso salud-enfermedad debe de ser entendido como una totalidad y aunque comporte experiencias específicas es, en resumen, una manifestación de la vida.

Todavía cabe añadir, aunque sea una contribución desde afuera de la medicina social, que la salud-enfermedad se materializa finalmente en la corporeidad humana, y aunque ésta no sea solamente biológica, es necesario garantizar la percepción también a nivel individual. Al cuestionar la existencia de una demarcación positiva y general entre lo normal y lo patológico, Canguilhem sustenta que tratándose de normas biológicas es imprescindible remitirse al individuo, y concluye que "la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente. (...) El individuo es el juez de esta transformación [de lo normal en patológico] porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone".[6]

Aunque la salud y la enfermedad se manifiesten en el individuo, esto no conlleva a entenderlo como una entidad biológica aislada, destituido de toda forma de interacción con los demás individuos y con la sociedad en su conjunto, plan en donde garantiza su existencia material. Donnangelo alerta contra el peligro de hacer una lectura parcial y simplificada de las afirmaciones de Canguilhem, porque "recorrer, portanto, como faz Canguilhem, aos 'modos de andar a vida' como critérios para a normatividade, equivale também a ultrapassar a concepção do corpo anátomo-fisiológico como objeto ingênuo da prática médica, principiando a identificar neste corpo outra ordem de determinção. A normatividade de que fala Canguilhem é ainda, em um primeiro plano, uma normatividade biológica. Esse biológico não se confunde, todavia, com a redução do corpo a um conjunto de constantes estruturais-funcionais ...".[7]

El cuerpo adquiere historicidad en el proceso por el cual se proyecta como una extensión de sí mismo, a través de los instrumentos que elabora en su relación con la naturaleza, y de las acciones que despliega para apropiarse de ella.:"el hombre, incluso el hombre físico, no se limita a su organismo. Puesto que ha prolongado sus órganos mediante útiles, el hombre sólo considera a su cuerpo como el medio de todos los posibles medios de acción. (...) Por lo tanto, sólo se comprende bien en los medios ambientes propios al hombre, el mismo hombre se encuentra, en diferentes momentos, normal o anormal, teniendo los mismos órganos, si se comprende cómo la vitalidad orgánica se despliega en el hombre como plasticidad técnica y avidez por dominar el medio ambiente".[8]

En la búsqueda de definición de su objeto de estudio, la medicina social cuestiona las concepciones dominantes por cuanto sus proposiciones permiten solamente percibir la enfermedad como un proceso biológico, pero no alcanza explicar su dimensión social. Es así porque la medicina dominante maneja dos conceptos que "en el fondo no son discrepantes. El

---

[6] Canguilhem, Georges. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI Editores, México, 1986, p. 138.

[7] Donnangelo , Maria Cecília F. y Luiz Pereira. Saúde e sociedade. Duas Cidades, São Paulo, 1979, p. 24.

[8] Canguilhem, Georges. Lo normal y lo patológico... Op.cit. p. 153.

primero es el concepto médico clínico, que entiende a la enfermedad como un proceso biológico del individuo, y el segundo es el concepto ecológico, que ve a la enfermedad como resultado del desequilibrio en la interacción entre huésped y su ambiente. Este último concepto coincide con el primero, ya que una vez establecido el desequilibrio, la enfermedad se identifica igual que en el primer caso".[9]

Conviena aclarar que no se trata de desechar todos los conocimientos generados por la medicina dominante, si bien estos mismos conocimientos podrían ser aportados dentro de una perspectiva conceptual más amplia que no reduciera la enfermedad a un hecho estrictamente biológico e individual. Se trata más bien de señalar que solamente se puede intentar penetrar en la esencia del proceso salud-enfermedad, si se reconoce su carácter social y su determinación histórica, aunque se percibe que el proceso biológico tiene a la vez carácter natural. Pero "el marcado énfasis biologicista desde el cual se explica el proceso salud-enfermedad parcializa y oculta su verdadero carácter, esto es, el de ser simultáneamente un proceso biológico y social. Se ha naturalizado ese carácter biológico negándole a la biología humana su carácter social y, en este sentido, también se ha naturalizado a lo social. Así, lo social aparece como otro aspecto o manifestación de lo natural".[10]

El concepto mismo de salud-enfermedad tiene carácter histórico y social como lo demuestra Conti[11] al apuntar las fallas de la historia de la medicina sostenida por los positivistas, que no logra ir más allá de la descripción de una serie de sucesos de datos y hechos. En la descripción positivista no es siquiera apuntada la necesidad de definir lo que es la salud, puesto que ésta se presenta como un bien precioso que los hombres reconocieran desde siempre y de igual manera. Conti recupera las distintas percepciones desarrolladas a lo largo del tiempo sobre la salud, la enfermedad y la medicina, analizando la definición de enfermedad como sufrimiento y la salud como cenestesia; la enfermedad como diversidad y la salud como normalidad; y la enfermedad como disminución de la probabilidad de superviencia o de la propagación de la especie en un individuo específico. Conti pone en evidencia la relación entre los conceptos y situaciones históricas determinadas, dejando percibir que las definiciones van a estar impregnadas de una fuerte conotación ideológica, porque los intereses de las clases dominantes conllevan a la adopción de uno u otro concepto, impuesto siempre como si fuera compartido por toda la sociedad.

En la búsqueda de conformación de su objeto de estudio, la medicina social ha señalado también que es el colectivo la instancia privilegiada donde se puede aprehender mejor su carácter social y no en el individuo, porque "la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos".[12] De manera empírica, se puede así mismo aprehender las especificidades de los perfiles de

---

[9] Laurell, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso... Op. cit. p. 19.

[10] Bravo, Cecilia Victoria Avedaño y María Elena Ortega Hernández. Medicina social: consumo... Op. cit. p.14.

[11] Conti, Laura. Estructura social y medicina, en: Giovanni Berlinguer et alii. Medicina y sociedad, Fontanella, Barcelona, 1972, pp. 287-310.

[12] Laurell, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso.... Op. cit. p. 9.

mortalidad de los grupos humanos a partir de diferencias en el desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales establecidas, utilizando las estadísticas oficiales, aunque se sepa de las limitaciones de las mismas. Se observa que los perfiles pueden variar en una misma sociedad en momentos históricos distintos, en diferentes sociedades en un mismo momento y al interior de una sociedad de acuerdo a las clases sociales que la componen.

Una vez establecido que es en el colectivo desde donde se puede analizar con seguridad el carácter social del proceso salud-enfermedad, la tarea que se presenta es la definición de los criterios para constitución de estos grupos. Es evidente que no se trata de un grupo formado por un conjunto de individuos que tenga como denominador solamente sus características biológicas, porque lo que debe dar identidad común a este grupo es, en primer lugar, sus características sociales. Tampoco se trata de componer grupos con características sociales a partir de criterios que observen condiciones de vivienda, nivel de escolaridad, ingreso, etc., como lo hace el positivismo, llamándoles "factores" adscritos en la esfera de los atributos personales. "Es decir, la construcción del grupo significa contemplarlo en su carácter propiamente social, esto es, por el modo como se relaciona con el resto de los grupos en el proceso de trabajo de la sociedad".[13]

El nuevo objeto así construido requiere una teoría de lo social que pueda permitir explicar como lo biológico humano adquiere formas sociales, y el materialismo histórico es apuntado como la teoría que ofrece la capacidad de explicación científica de lo social una vez que: ..."sustenta que a produção material é a base sobre a qual se estabelece o modo de viver das pessoas, o que determina toda a vida da sociedade. (...) atribui carácter histórico aos fenômenos sociais, considerando-os suscetíveis de serem transformados pela ação humana. (...) tem como objeto de estudo a sociedade e as leis gerais de seu desenvolvimento".[14] A partir de ahí se presenta la compleja tarea de elegir las categorías del materialismo histórico que puedan explicar al nuevo objeto y permitir su aprehensión en la realidad concreta.

Otras dos cuestiones que necesitan ser aclaradas por la medicina social son las de deslindar la relación entre lo social y lo biológico y entre los procesos salud-enfermedad colectivo e individual. Para entender la relación de lo social con el biológico hay que desechar las concepciones de la medicina dominante que califica a lo biológico como ahistórico. El proceso biológico humano se vuelve social en el momento mismo en que no se puede establecer patrón de "normalidad" o "anormalidad", o como se les quiera llamar, si no es inscribiéndolo en el contexto de una situación histórica específica. Todavía, no se puede aprehender la historicidad de lo biológico humano a nivel celular, "sino a los niveles de integración mayores y, especialmente, al nivel de la complejidad que representa el cuerpo humano".[15] Con relación al proceso salud-enfermedad individual y colectivo hay que señalar que si bien los fenómenos ocurren en el cuerpo humano, esto es, a nivel individual, las condiciones que determinan la

---

[13] Idem p.21

[14] García, Juan César. Pensamento social em saúde na América Latina, Cortez Editora, São Paulo, 1989, p. 77.

[15] Laurell, Asa Cristina y Mariano Noriega. La salud en la fábrica - estudio sobre la industria siderúrgica en México, Ediciones Era, México, 1989, p. 66.

manifestación de ellos son creadas socialmente a través de las relaciones que los hombres establecen entre sí y con las cosas.

Para explicar como el proceso salud-enfermedad adquiere historicidad es necesario ir más allá de los hechos biológicos para demostrar como se articula con los demás procesos sociales. Esto remite a la discusión de la determinación. La visión dicotomizada de la salud-enfermedad le permite a la medicina dominante adoptar modelos explicativos que en verdad no explican cosa alguna. Las limitaciones de las teorías de multicausalidad incluyen desde el agnosticismo en que se basan, dejando claro la imposibliidad de penetrar en la esencia del fenómeno, hasta la no distinción entre lo biológico y lo social, tomados igualmente como factores de riesgo.

Al examinar la determinación del proceso salud-enfermedad, Breilh discute la complejidad del fenómeno que no se explica solamente a través de vínculos causales, "sino que es el producto de un complejo proceso de determinación con dimensiones diferentes que son explicadas por leyes dialécticas, causales, funcionales o de interacción y estadísticas o de probalidad".[16] Breilh enfatiza también la necesidad de reconocer los niveles colectivo e individual del proceso salud-enfermedad y explicarlo a partir de un marco de referencia de lo general, lo particular y lo individual, pero recuerda que como es también un proceso social, "el objeto general corresponde a las formas económicas-estructurales, en medio de las cuales ocurren procesos particulares de reproducción social, y como consecuencia, procesos epidemiológicos particulares en los que podemos ubicar a los procesos de los individuos".[17]

Por otra parte, Laurell señala que para entender la determinación del proceso salud-enfermedad hay que "contemplar la unidad de este (...) su carácter doble, biológico y social. Esto significa reconocer la especificidad de cada uno y al mismo tiempo analizar la relación que guardan entre sí, lo que implica encontrar las formulaciones teóricas y las categorías que nos permitan abordar su estudio científicamente".[18]

Aún cuando se pueda señalar la relación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad es necesario avanzar en el sentido de explicar el carácter de esta relación, es decir, como lo social se vuelve biológico en los procesos particulares que son a la vez biológicos y sociales. Aunque esta no sea una tarea que la medicina social presente como resuelta, algunas cuestiones ya se colocan como indudables. Una de ellas es que lo social y lo biológico tienen jerarquías distintas, se manifiestan en la realidad como un proceso único que requiere una metodología social y biológica para explicarlo. Además, el proceso biológico es en sí mismo un proceso social no sólo por ser socialmente determinado.

El otro aspecto que habría que explicar es la generación del proceso biológico material definido como enfermedad, que se constituye en uno de los momentos del proceso salud-enfermedad. El proceso salud-enfermedad colectivo se refiere a patrones sociales de desgaste y reproducción en

---

[16] Breilh, Jaime. Epidemiología: economía medicina y política, Fontamara, México, 1988, p. 139.
[17] Idem p. 183
[18] Laurell, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso... Op. cit. p. 23.

donde es generada la enfermedad, y ésta se explica a través del "perfil patológico que es una gama amplia de padecimientos específicos más o menos bien definidos". Es necesario deslindar los mecanismos a través de los cuales lo social se vuelve biológico en la generación de la enfermedad.

Aunque falta realizar los refinamientos teóricos sobre la determinación, "a nivel más general, la salud-enfermedad es el resultado de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es, la forma bajo la cual se apropia de ella y como en este proceso la transforma. Esta apropiación de la naturaleza es ante todo social, dado que es la producción de la vida material, y por eso determinado por el modo de producción, o bien de articulación de los diferentes modos de producción, bajo los cuales se lleva a cabo".[19] De esta manera, el proceso de trabajo es una categoría del materialismo histórico que permite el estudio del proceso salud-enfermedad porque es a través del trabajo que el hombre se apropia de la naturaleza y garantiza su existencia.

[19] Laurell, Asa Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social, Documento de discusión. mimeo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, p. 5.

El proceso de trabajo

En el intento de profundizar la comprensión del carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad colectivo, es planteado el concepto de nexo biopsíquico humano históricamente específico, entendido como "la expresión concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado".[1] Subyace en este concepto el principio fundamental de la historicidad de lo biológico y de lo psíquico humanos, pero esta historicidad sólo es aprehensible a través de la complejidad del cuerpo humano, y no en los niveles celulares. Y como no se trata tampoco de buscar las idiosincrasias de cada quien, y sí de construir una teoría general que pueda dar cuenta del proceso salud-enfermedad colectivo, la comprensión del nexo se apoya en la noción de los "estereotipos de adaptación" o de los "modos de andar por la vida".

Cuando se habla de adaptación para explicar como la biología humana adquiere historicidad, Laurell se apoya en R. Levins y aclara que se está refiriendo a un proceso que involucra "la capacidad del cuerpo de responder con plasticidad ante sus condiciones específicas de desarrollo, lo que se traduce en cambios específicos en los procesos corporales que se expresan como formas biológicas características".[2] La construción del nexo biopsíquico humano históricamente específico se apoya también en la premisa de la subsunción de lo biológico en lo social, aclarando que si bien los procesos adaptativos ocurren en los individuos, las condiciones determinantes son creadas socialmente.

Como ha sido señalado, el objeto de estudio de la medicina social es la salud-enfermedad de los grupos humanos construidos a partir de sus características sociales, y debido al entendimiento de que estas características son producidas a través de la inserción de estos grupos en los procesos de producción, el proceso de trabajo en el enfoque del materialismo histórico, surge como categoría central de análisis.

Es por esto que el estudio de la relación salud-trabajo se inscribe en los avances de la medicina social cuando trata de explicar la determinación y el carácter histórico y social del proceso salud-enfermedad colectivo. Aunque haya distintos aportes en lo que se refiere a la elección de categorías de análisis, la propuesta que señala al proceso de trabajo como central, lo entiende como la unidad entre el proceso de producción y el proceso de reproducción, pero aclara que si bien el segundo va a estar a grandes rasgos determinado por el primero, es necesario profundizar en el conocimiento del momento del consumo, porque el proceso salud-enfermedad sólo puede ser explicado en su totalidad si se logran establecer las mediaciones provenientes del consumo, así como la interrelación entre los dos momentos. Pero si las circunstancias actuales o el "estado del arte" no permite aún realizar esta totalización, esto de ninguna manera invalida o impide la exploración de la relación proceso de trabajo/proceso salud-enfermedad. No se trata tampoco de llevar a cabo una dilaceración intencionada y equivocada de la realidad, pero

[1] Laurell, Asa Cristina y Mariano Noriega. La salud en la fábrica - estudio sobre la industria siderúrgica en México, Ediciones ERA, México, 1989, p. 66.
[2] Ibidem

sí de buscar enterdenderla y explicarla utilizando los conocimientos producidos por la medicina social.
Por su parte, la medicina laboral tradicional se dedica también a evaluar los impactos del trabajo sobre la salud, pero lo hace de forma tan restringida que consigue reducir toda la complejidad de la relación salud-trabajo al examen de algunos "factores de riesgo" presentes en el ambiente de trabajo y siempre externos a la enfermedad. La medicina social invalida estas formulaciones e inscribe el proceso de trabajo en el marco del proceso de producción global, cuyos elementos esenciales sólo pueden ser explicados a partir del materialismo histórico.

Marx define el trabajo como una actividad esencialmente humana, desarrollada para atender las necesidades que se presentan frente a los hombres, y aunque adquiera características particulares en su ejecución, como consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción al interior de una formación social, todos los trabajos comparten una misma esencia: "el trabajo es, en primer lugar, un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza.(...) Al operar por medio de este movimiento sobre la naturaleza exterior a él y transformarla transforma a la vez su propia naturaleza (...) Concebimos al trabajo bajo una forma en la cual pertenece exclusivamente *al hombre* (cursiva del autor) (...) al consumarse el proceso de trabajo surge un resultado que antes del comienzo de aquel ya existía en la *imaginación del obrero*, o sea *idealmente* (cursiva del autor) (...) *el proceso de trabajo* (cursiva del autor) (...) es una actividad orientada a un fin (...) condición general del metabolismo entre el hombre y la naturaleza, eterna condición natural de la vida humana y por tanto independiente de toda forma de esa vida, y común, por el contrario, a todas as formas de sociedad".[3]

El proceso de trabajo es entonces la relación entre el hombre y la naturaleza, a través del cual el hombre pone en movimiento sus fuerzas naturales para transformar la naturaleza en bienes necesarios para su existencia, y en esta relación se transforma también a sí mismo. El trabajo es una actividad esencialmente humana porque el hombre es capaz de crear idealmente en su imaginación el objeto que será producto de su trabajo antes de que el mismo se realice. Para concretar el trabajo, el hombre orienta su voluntad hacia una finalidad y ésta se manifiesta como atención.

Es la relación de metabolismo que el hombre establece con la naturaleza a través del trabajo, transformándola y transformándose a sí mismo, es este movimiento que da la clave para entender la producción del carácter social del nexo biopsiquico humano, confiriéndole especificidad histórica, en razón de las características propias del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción instituidas en una formación social concreta.

La identificación de los patrones de desgaste-reproducción de los grupos humanos bajo el capitalismo sólo pueden ser entendidos a través del análisis de las características del proceso de

[3] Karl, Marx. El capital, Tomo I, Vol. I, Libro primero, Siglo XXI Editores, México, 1988, pp. 215-216-223.

producción en esta formación social. El proceso de produción capitalista encierra la unidad entre el proceso de trabajo y el proceso de valorización, y como la finalidad del capitalismo es la generación de plusvalor y de capital acumulable, el proceso de valorización termina por imponer su lógica al proceso de trabajo. Así éste ya no es sólo el medio a través del cual son producidos bienes o valores de uso, sino también un proceso de producción de valor y de valorización, pero el segundo nada más es la intensificación del primero.

Para lograr la obtención de plusvalor en el marco de la resistencia de los trabajadores a la explotación y de la competencia intercapitalista, el proceso de trabajo asume formas particulares impuestas por el proceso de valorización, y así áquel no es más que la materalización de éste, "tanto en lo que se refiere a su base técnica como a la organización y división del trabajo y sólo descifrable a partir del proceso de valorización".[4] La necesidad de observar el doble carácter del proceso de valorización no se reduce entonces al examen de los patrones tecnológicos adoptados, sino también al examen de la estrategia empleada por el capital para extracción de plusvalor en un momento histórico específico.

Las dos grandes etapas históricas del proceso de producción capitalista son las del predominio de la extracción de plusvalía absoluta y de plusvalía relativa y las diferencias se sitúan en como lograr la obtención de plusvalor a través del proceso de trabajo. En el capitalismo atrasado, caracterizado por la subsunción formal del trabajo al capital, la generación de plusvalia absoluta se da sobre todo por el uso extensivo de la fuerza de trabajo, mientras que en el capitalismo avanzado, en donde ocurre la subsunción real del trabajo al capital, la plusvalía es consecuencia básicamente del uso intensivo de la fuerza de trabajo. Una sociedad concreta comporta la existencia de las dos formas de extracción de plusvalor, aunque haya siempre el predominio de una, y los cambios son provocados por la lucha entre capital y trabajo y por la competencia intercapitalista.

De este modo, la importancia del estudio del proceso de trabajo es consecuencia de su condición de representar el medio para la realización del proceso de valorización, aunado al hecho de constituirse en local privilegiado del embate entre capital y trabajo, y en lo que se refiere a la salud-enfermedad colectiva es en donde son generados patrones específicos de desgaste-reproducción de los grupos humanos. "Resuelta, pues, necesario descomponerlo en sus elementos constitutivos a fin de analizarlos para luego volver a reconstruirlo como proceso global, rescatando su movimiento dinámico respecto a la salud obrera".[5]

Marx aclara que los elementos simples del proceso laboral son el trabajo mismo, su objeto y sus medios. Los objetos de trabajo son todas aquellas cosas que el hombre desliga de la naturaleza para usarlas en la creación de un nuevo producto. Si este objeto incorpora algún tipo de trabajo pretérito, pasa a ser denominado materia prima. Los medios de trabajo son cosas que el hombre interpone entre él y el objeto de trabajo y que le sirve como vehículo de su acción sobre el

---

[4] Laurell, Asa Cristina y Mariano Noriega. La salud en la fábrica... Op. cit. p. 69.

[5] Idem p. 70

objeto. Los medios de trabajo son resultantes de procesos estrictamente humanos y sus características ponen de relieve el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción. Las especificidades de las distintas formaciones históricas van a estar dadas no exactamente por lo que hace o produce, sino cómo lo hace y con qué lo hace.

En el movimiento de descomponer y volver a reconstruir el proceso laboral en sus elementos esenciales, hay que garantizar el análisis de sus vertientes técnica y social, además de identificar la relación entre los elementos. "Es preciso analizar no sólo las características físicas, químicas y mecánicas del objeto de trabajo sino también por qué y cómo llega a serlo, esto es, su vertiente social. De la misma manera, los instrumentos de trabajo o la tecnología deben ser comprendidos, por una parte, en lo que se refiere a su conformación técnica y, por la otra, como la materialización de una determinada relación entre capital y trabajo. El trabajo mismo, finalmente, tiene que ser entendido como procesos corporales pero también como expresión concreta de la relación de explotación a través de su organización y división".[6]

Para avanzar en la exploración del nexo biopsíquico humano historicamente específico de una colectividad, son propuestas dos categorías de análisis, esto es, las cargas laborales y el proceso de desgaste, capaces de dar cuenta del análisis del proceso laboral concreto y de sus repercusiones sobre la corporeidad humana.

Las cargas son elementos presentes en el proceso laboral que interactúan entre sí y con el cuerpo del trabajador generando desgaste. La intensidad o nivel que adquieren van a estar dictados por el proceso de valorización al imponer una manera específica de producir de acuerdo a la base técnica, objetos empleados, organización y división del trabajo, pero asociadas también a las relaciones de fuerza entre capital y trabajo, que tienen en los centros productivos un escenario privilegiado de lucha. Así, "el concepto de carga posibilita un análisis del proceso laboral que extrae y sintetiza los elementos que determinan importantemente el nexo biopsíquico de la colectividad obrera y le confieren a ésta un modo histórico específico de 'andar por la vida".[7]
En consecuencia de la necesidad de orden analítico, es posible descomponer las cargas y observarlas como elementos presuntamente aislados, pero en verdad cuando se vuelve a reconstruirlas, es necesario tener presente que en la realidad del proceso de trabajo, las cargas nteractúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador. De inicio, las cargas laborales pueden ser divididas en dos grandes grupos: aquellas que tienen materialidad propia y que existen al margen de la corporeidad humana y aquellas que sólo adquieren materialidad a través del cuerpo del trabajador. En el primer grupo están relacionadas las cargas físicas, químicas, biológicas y mecánicas y en el segundo, las cargas fisiológicas y psíquicas.

---

[6] Ibidem
[7] Idem p. 73

Las cargas físicas como el ruido, el calor, las vibraciones, la humedad, etc. tienen materialidad objetiva externa al cuerpo del trabajador, pero "al interactuar con él, sufren un cambio de calidad (...) y se convierten en procesos intracorporales complejos",[8] provocando alteraciones en los mecanismos fisiológicos humanos que pueden o no ser reversibles. Las cargas químicas, representadas por los polvos, humos, fibras, líquidos, etc., comparten con las cargas físicas la condición de tener materialidad propia y conllevar a efectos dañosos al interactuar con el cuerpo humano. De manera semejante, las cargas biológicas, que incluyen las bacterias, hongos, virus, parásitos, etc., son capaces de provocar cambios en los procesos corporales, aunque sean inocuas al margen del cuerpo humano. Las cargas mecánicas advienen de las características de los objetos y medios de trabajo empleados en los procesos laborales, que pueden producir ruptura de continuidad en el cuerpo, como las fracturas, las heridas, etc.

El segundo grupo de cargas, como ha sido señalado, no tienen existencia objetiva al margen del cuerpo humano, o sea, sólo puede manifestarse a través de él y, "una vez constatada la imposibilidad de conceptuar estas cargas si no es en relación con el cuerpo, su materialidad consiste, de nuevo, en procesos corporales transformados".[9] Las cargas fisiológicas reunen todas aquellas características del quehacer que someten al trabajador a esfuerzos físicos prolongados o a posiciones viciosas, como son la rotación de turnos, la manutención de una misma posición durante toda la jornada, los movimientos repetidos que utilizan algunas partes del cuerpo mientras otras permanecen sin ninguna actividad, etc. Las cargas psíquicas pueden ser subdivididas en aquellas que provocan sobrecarga psíquica, como la atención sostenida, la conciencia del trabajo peligroso, la supervisión estrecha, etc, y subcarga psíquica que advienen en consecuencia de la descalificación, parcelación, pérdida del control sobre el trabajo, etc.

Como fue señalado, la decomposición de las cargas responde a intereses analíticos pero para comprender todos sus impactos sobre la salud-enfermedad de los grupos humanos es necesario percibir que en el proceso laboral concreto, las cargas interactúan entre sí, incrementando y potencializando sus efectos sobre la corporeidad humana y desencadenando padecimientos múltiples que pueden impactar distintos sistemas del cuerpo. Es esta actuación conjunta y dinámica de las cargas lo que impone la necesidad de analizar el proceso laboral en el marco de la producción global.

Si bien es cierto que cualquier proceso laboral, independiente del modo de producción en donde sea ejecutado, trae en sí mismo la presencia de cargas laborales, el proceso de producción capitalista, al imponer la lógica del proceso de valorización al proceso laboral, produce cambios bastante importantes que dan una nueva dimensión a las cargas. En el capitalismo, todos los tipos de carga, la intensidad y el nivel que alcanzan en un quehacer concreto, son siempre resultantes de las características propias de la base técnica, de la organización y división del trabajo. El capitalismo consigue retirar del trabajo sus componentes placenteros cuando promueve la escisión entre el pensar y el hacer, cuando impone la parcelación al trabajo,

---

[8] Ibidem

[9] Idem p. 74

cuando adecúa la base técnica al fin primero de extracción de plusvalor, sometiendo a los trabajadores a jornadas que pueden conjugar tantas situaciones dañosas como son la monotonía, la peligrosidad, la vigilancia estrecha, los altos ritmos, la atención constante, las posiciones incómodas, la rotación de turnos, las altas o bajas temperaturas, la iluminación y ventilación deficientes, la humedad, la presencia de elementos químicos, biológicos, etc.

Entendidas las cargas como elementos presentes en el proceso laboral, que interactúan entre sí y con el cuerpo, provocando en este procesos de adaptación que se vuelven en desgaste, queda por discutir esta categoría de manera de explicar la constitución del nexo biopsiquico de los grupos humanos. El desgaste es entendido como la "pérdida de capacidad efectiva y/o potencial, biológica y psíquica".[10]

En este concepto están implícitos algunos presupuestos importantes que deben ser aclarados. El desgaste no se refiere exclusivamente a cuadros patológicos evidentes, reconocidos y nombrados por la medicina dominante, sino se refiere sobretodo a un conjunto de alteraciones negativas que ocurren en los procesos corporales en consecuencia de la interacción y acción de las cargas sobre el cuerpo. El desgaste se refiere tanto a la destrucción abrupta o lenta de órganos, como también al compromiso futuro en el desarrollo de las potencialidades psíquicas o biológicas que se vuelven limitadas, reducidas o destruidas. Por otra parte, no se puede relacionar el desgaste con el alejamiento de una condición ideal fijada de antemano, porque los procesos biopsíquicos son históricos en sí mismos y, por lo tanto, sujetos a cambios. Esto pone de relieve que los procesos de desgaste no son necesariamente irreversibles, sino que pueden ser alterados o corregidos, si ocurren modificaciones en las condiciones que los generan, o sea, si se eliminan las cargas que provocan los daños en el cuerpo.

En las formaciones capitalistas, al referirse al desgaste generado en el momento de la producción, es necesario considerar también el momento de la reprodución, porque es la combinación de estos dos momentos lo que define la constitución del nexo biopsíquico humano históricamente específico. El momento de la reproducción debería garantizar la recuperación o reposición de las capacidades biopsíquicas, porque el trabajo "bajo el capitalismo es trabajo enajenado e implica el uso deformado y deformador tanto del cuerpo como de las potencialidades psíquicas, se convierte en una actividad cuyo componente desgastante es mucho mayor que el de reposición y desarrollo de las capacidades".[11] El concepto de desgaste conlleva también al entendimiento de los procesos que ocurren en la colectividad y no en los individuos considerados aisladamente porque, si bien su manifestación se expresa a través de éstos, es la conformación a nivel colectivo lo que le da su verdadera dimensión. El desgaste no está vinculado a las idiosincrasias de cada quién, pero sí al conjunto de condiciones que forja una colectividad, "no es una fatalidad ciega sino devenir, y por tanto moldeado por la acción de la propia colectividad".[12]

---

[10] Idem p. 76
[11] Idem p. 77
[12] Idem p. 78

Una de las posibilidades de captar el impacto de las cargas sobre las condiciones de salud-enfermedad, o dicho de otra forma, de medir el desgaste sufrido por una colectividad involucrada en un mismo proceso laboral, es a través del perfil patológico, que "se constituye tomando en cuenta el tipo de patología y la frecuencia que determinado grupo exibe en un momento dado".[13] Aunque el perfil patológico sea construido a partir de los padecimientos y enfermedades presentadas individualmente, la sensibilidad del indicador se expresa por captar las características de la colectividad, sobrepasando la dimensión restricta del individuo. La construcción del perfil patológico como instrumento para aprehender la determinación del proceso de trabajo sobre la salud-enfermedad sólo es alcanzado si se analiza el proceso de producción de forma global, porque "ningún elemento aislado puede dar cuenta de cómo se constituye el proceso de desgaste de una colectividad obrera y cómo se expresa en su nexo biopsíquico, ya que sólo son comprensibles a partir del análisis de las relaciones entre el proceso de valorización, el proceso laboral y las cargas laborales en el marco de la correlación de fuerzas entre capital y trabajo".[14]

[13] Laurell, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social", en: Revista Latino-americana de salud, México, 1982, p. 9.
[14] Laurell, Asa Cristina y Mariano Noriega. La salud en la fábrica... Op. cit. p. 80.

Los conceptos sobre la locura

Cualquiera que sea la interpretación sobre la locura que se presenta como dominante en un cierto momento histórico, pueden coexistir con ella entendimientos particulares sostenidos por distintos modos de elaboración. Sin embargo, en algunos períodos de la historia, ciertos conceptos sobre la locura logran ser tan ampliamente aceptados que llevan a creer que todo el cuerpo social percibe la locura de una misma manera.

A ejemplo de lo que ocurre con el concepto más general de salud-enfermedad, las distintas perpecpciones sobre la locura se articulan bajo el dominio de aquella que aparentemente tiene mejor poder explicativo, y que ciertamente está vinculada a los productores de conocimiento integrantes de los estratos dominantes. Cuando grandes movimientos de la sociedad imprimen cambios en profundidad a los niveles político, económico y social, se efectúan nuevos reordenamientos, pero el concepto sobre la locura que se vuelve dominante no consigue extinguir a los demás, sino que los incorpora en otra organización interna.

Foucault aclara que "la conciencia de la locura, al menos en la cultura europea, nunca ha sido un hecho macizo, que forme un bloque y se metamorfosee como un conjunto homogéneo. Para la conciencia occidental, la locura surge simultáneamente en puntos múltiples, formando una constelación que se desplaza poco a poco, transforma su diseño y cuya figura oculta, quizás, el enigma de una verdad. Sentido siempre fracasado".[1]

Durante la Edad Media, el gran pavor social es representado por la lepra, calificada como encarnación del mal y suscitando esquemas de segregación y exclusión. Las enfermedades son, en su conjunto, manifestaciones de los designios divinos, pudiendo ser clasificadas como benditas o malditas, representando simultáneamente la cólera y la bondad de Dios. A través de las enfermedades son castigados aquellos que por maldad infrigieron las leyes divinas, pero las enfermedades representan también la benevolencia del padre que da al hijo la posibilidad de remisión de los pecados.

Los leprosos, sistématicamente expulsados de las ciudades y del convivio social, son motivados, además de esto, a no rebelarse en contra de la exclusión de que son víctimas, puesto que es a través de ella que podrán alcanzar la salvación y una posterior reintegración espiritual. La importancia de situar la lepra en la Edad Media se debe a los valores y a las imágenes que de ella hacia el hombre medieval reaparecerán, dos o tres siglos más tarde, siendo aplicados a la locura. La lepra deja de herencia a la locura la condición de representar el gran pavor social.

Pero el legado de la lepra a la locura no se hace de forma directa. Las enfermedades venéreas anteceden la locura en el derecho de herencia. En el fin de la Edad Media, la lepra desaparece de Europa como consecuencia de los esquemas de segregación y expulsión de los leprosos, y

---

[1] Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica I, FCE, México, 1990, p.257.

del rompimiento del contacto con los focos orientales a través del fin de las cruzadas. Durante el Renacimiento, los enfermos venéreos son los primeros herederos de los valores e imágenes constituidos sobre la figura del leproso, pero luego son incorporados al "mundo" de los demás enfermos, mezclados con éstos en los hospitales generales y reinvidicados como "cosa" médica que puede ser sometida a tratamiento.

El hombre medieval tiene una concepción mágica de la locura, asume una postura relativamente tolerante con respecto al loco, individualizado como personaje y no como enfermo mental. La locura está ligada al mal, al vicio, pero situada en el orden del error, de las ilusiones, de las trascendencias imaginarias. Forma parte de las quimeras del mundo y por esto el loco puede vagar con relativa libertad por el mundo cotidiano medieval.

Foucault invalida la aseveración de que el loco de la Edad Media era un "poseído", señalando tres equívocos principales, además de situar la posesión en la historia religiosa y no en la de la locura. La interpretación del loco en cuanto poseído "repousa num êrro de fato: que os loucos eram considerados possuídos; num preconceito inexato: que as pessoas definidas como possuídas eram doentes mentais; finalmente, num êrro de raciocínio: deduz-se que se os possuídos eram na verdade loucos, os loucos eram tratados realmente como possuídos".[2]

El movimiento social e ideológico del Renacimiento asesta un golpe de fuerza en contra de las concepciones medievales, invalidando la comprensión del hombre en cuanto imagen de Dios, y proponiendo el reconocimiento de la actividad humana sostenida por la fuerza de la razón, por la voluntad y por las nociones de bien y mal. Los renascentistas defienden también el fin de la propiedad privada, la igualdad entre los hombres y hacen nuevas lecturas sobre la libertad y la personalidad humanas.

La locura y el loco destacan en las producciones y discusiones de los filósofos, escritores y artistas renascentistas. El tema de la muerte es sustituido por el de la locura en la inquietud que surge con el fin de la Edad Media. En la literatura, la locura "es objeto de discursos, ella misma los pronuncia; cuando se le denuncia, se defiende y reinvidica una posición más cercana a la felicidad y a la verdad que la razón, más cercana a la razón que la misma razón".[3]

La fascinación que la locura ejerce sobre el hombre renascentista es construida a partir de sus concepciones panteistas y del entendimiento de la locura en cuanto saber. La identificación de la naturaleza con Dios, su espiritualización, dan una nueva dimensión a la animalidad, y es esta animalidad liberada en el hombre que va apropiarse de él y desvendar su verdad. "La animalidad ha escapado de la domesticación de los valores y símbolos humanos; es ahora ella la que fascina al hombre por su desorden, su furor, su riqueza en monstruosas imposibilidades, es

---

[2] Foucault, Michel. Doença mental e psicologia. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975, p. 75.

[3] Foucault, Michel. Historia de la locura... Op. cit. pp. 29-30.

ella la que revela la rabia oscura, la locura infecunda que existe en el corazón de los hombres".[4]

El hombre renascentista concibe la locura también como un saber, pero no aquel que pone a descubierto todos los misterios del mundo, sino lo que es circunscrito a la verdad de cada quien. El saber representado por las figuras fantásticas de la locura, construidas por los pintores del renacimiento, es un saber cerrado, denso, de difícil acceso. Los hombres racionales no saben de él más que una fracción,: solamente el loco logra descifralo por entero. El loco en cuanto detentor del saber, descalifica la ciencia, "pero si el saber es tan importante en el reino de la locura, no es porque ésta conserve aquellos secretos; es, al contrario, el castigo de una ciencia inútil y desordenada".[5]

En las producciones de los filósofos y escritores renascentistas, la locura deja de ser la manifestación espeluznante de las formas subterráneas del hombre, y asume una dimensión moral, expresada bajo la forma de sátira. La locura es una sutil relación del hombre consigo mismo que pone de manifiesto sus sueños, sus debilidades y sus ilusiones, representando por esto una tentativa de liberación del alma. Los desvios de conducta producen un rol de insanos, constituidos por ávaros, delatores, borrachos, ímpios, lascivos, adúlteros, mal intérpretes de las escrituras. etc.

Así, el Renacimiento presentó dos tipos de experiencia de la locura unidas en oposición. Una conciencia cósmica que anuncia el fantástico mundo del hombre guardado en secreto, y una experiencia crítica que desemboca en un universo enteramente moral. Pero, "las figuras de la visión cósmica y los movimientos de la reflexión moral, el elemento *trágico* (cursiva del autor) y el elemento *crítico* (cursiva del autor) en adelante, irán separándose cada vez, abriendo en la unidad profunda de la locura una brecha que nunca volverá a colmarse."[6] La visión trágica y cósmica de la locura va poco a poco perdiendo su poder explicativo, sin desaparecer del todo jamás, paralelamente al crecimiento del prestigio de la visión crítica, que sitúa la locura en el campo de las reglas de la naturaleza humana y de la verdad moral. Foucault alerta que las concepciones modernas sobre la locura, así como la experiencia en la Edad Clásica, asientan sus bases en las elaboraciones renascentistas y que, debido a esto, la locura no llega a ser una figura total, sino un conjunto desequilibrado y fragmentario porque, "bajo la conciencia crítica de la locura y sus formas filosóficas o científicas, morales o médicas, no ha dejado de velar una sorda conciencia trágica".[7]

Mientras que la conciencia trágica va perdiendo importancia en el campo explicativo de la locura, la conciencia crítica asume una posición de privilegio cada vez más acentuada. En este

---

[4] Idem p. 38
[5] Idem p. 43
[6] Idem p. 48
[7] Idem p. 51

proceso de dominio de la conciencia crítica, la locura va a estar definitivamente relacionada con la razón, en un movimiento dialéctico en donde una niega y fundamente a la otra, anunciando que "toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria".[8] La locura empieza a ser vista como una de las propias formas de razón, una manifestación de ésta, un momento, aunque difícil, en donde, en una victoria aparente, la razón triunfa.

Así, el clasismo ya encuentra a la locura en medio de las cosas y de las gentes. Pero si el movimiento renascentista permitió a la locura aparecer a la luz del día, el hombre clásico va reducirla al silencio, negando la existencia de una "razón irrazonable" y de un "razonable desatino". El siglo XVII inicia el gran encierro, instancia de significaciones económicas y morales en la cual la ociosidad ocupa el lugar maldito dejado por la lepra. El encierro revela una versión reciclada de los leprosarios en el contexto de la nueva orden burguesa. En estos lugares de exclusión, la locura establece nuevos parentescos con toda suerte de pobres ociosos y juntos representan el desorden y por esto deben ser excluídos. Con esto, "la locura pierde así aquella libertad imaginaria que la hacia desarrollarse todavía en los cielos del Renacimiento. No hacia aún mucho tiempo, se debatía en pleno día: era el Rey Lear, era Don Quijote. Pero en menos de medio siglo, se encontró recluida, y ya dentro de la fortaleza del confinamiento, ligada a la Razón, a las reglas de la moral y a sus noches monótonas".[9]

A partir del siglo XV, cuando empieza la acumulación originaria del capital, la teoría mercantilista considera que el lucro se realiza en la esfera de la circulación, siendo necesaria una gran población, atenderla en sus necesidades materiales esenciales y ponerla bajo control del Estado. A mediados del siglo XVI, la teoría del enriquecimiento por el comercio empieza a perder espacio económico y político al mismo tiempo en que crece la importancia del momento de la producción. Para que el comercio fuese progresivamente expandido, sería necesario que, paralelamente, hubiese también el incremento de la producción de mercancías. Este desplazamiento cambia el eje en donde se cree esta la principal fuente de aumento de la riqueza, pasando del comercio a la producción.

De este reordenamiento al nivel económico, emergen nuevos valores morales en el mundo burgués en proceso de constitución. El gran pecado ya no es la soberbia de la Edad Media, ni la avaricia del inicio del Renacimiento. La ociosidad se torna en la fuente de toda desgracia humana y el trabajo es apuntado como solución de todos los problemas sociales. Trabajo y pobreza están en la razón inversa uno del otro, y aquel es obligatorio para todos.

El Renacimiento ya había retirado de la miseria su positividad mística y la Edad Clásica asesta el golpe de misericordia. Riqueza y probreza tienen el mismo poder de Dios pero la pobreza tras el signo del descontentamiento divino y con eso invalida la caridad. El pobre ya no es

---

[8] Idem p. 53

[9] Idem p. 125

glorificado; él representa el gran obstáculo en la organización de la sociedad y por esto debe ser suprimido. La caridad que lo ayuda es, como él, desorden. La Iglesia se ve amenazada en sus principios por esta nueva lógica de la moral burguesa y para minimizar los perjucios promueve la división del mundo de la miseria. De un lado, los pobres buenos, pacientes y humildes; de otro, los pobres malos, enimigos del orden, borrachos e impúdicios. Pobres buenos y malos tendrán el encierro como destino:, los primeros a título de beneficio; los otros, a título de punición.

Hasta fines del siglo XVIII, el loco va estar incluido en una masa indiferenciada, perdiendo los delinamientos que la Edad Média y el Renascimiento de él establecieran en una cierta individualidad, delineamiento que permitió su reconocimiento y aislamento, aunque sin la participación de la medicina. La aproximación de la locura con el desorden, el crimen y el escándalo permite que, como estos, ella se transforme en tema de interés público y pueda ser juzgada por la sensibilidad popular en sus formas más o menos primitivas. La locura es también objeto de juzgamiento de una conciencia jurídica, mucho más meticulosa, resultante de elaboraciones forjadas en el decorrer de la Edad Media y del Renascimiento.

La conciencia popular remite a la "experiencia del individuo como ser social", orientándose para el apoyo de la exclusión del loco, basándose en formulaciones dicotómicas de naturaleza moral en los términos de "sí o no", "inofensivo o peligroso", "para ser encerrado o no". En contrapartida, la conciencia jurídica tiene sustentación en la "experiencia de la persona como sujeto de derecho", y realizando un análisis más depurado, se encarga de verificar la existencia del hecho de la locura, esquivándose de simulaciones y observando el grado y nivel de compromiso humano.

La sensibilidad a la locura que justifica la exclusión del insensato a través del encierro, se apoya en un orden moral que contiene defectos y perturbaciones como la del "gran mentiroso (...) el hombre más pleitista (...) hombre muy malvado y tramposo(...) hombre que pasa noches y días aturdiendo a las otras personas con sus canciones y proferiendo las blasfemias más horribles".[10] Locura y maldad están implicados recíprocamente y las explicaciones de orden psicológico no desculpan cosa alguna, por el contrario, agudizan las incriminaciones morales. Para el encierro no se hace necesario identificar la locura involuntaria de aquella que es simulada intencionalmente, ya que ambas valen lo mismo. En contrapartida, para la conciencia jurídica, la locura atinge esencialmente la razón, llevando a modificaciones en la voluntad, siendo esencial la distinción entre locura verdadera y locura simulada, pues la primera, al compromoter la voluntad, convierte en inocente al individuo.

Hasta el Renacimiento, la locura estuvo relacionada al mal a través de los poderes ocultos del mundo, pero la época clásica, al mismo tiempo en que inscribe la maldad en el campo de la

[10] Idem p. 211

opción individual, lanza la locura al rol de las reglas morales que conforman una cierta conciencia ética, a partir de la cual la locura es observada y juzgada.

La Edad Clásica ve también revelada en la locura la cara de la animalidad en el hombre, pero no en los términos en que el Renacimiento la inscribía, o sea, como indicio de la relación del hombre con los poderes ocultos de otro mundo, pero sí como manifestación del límite de la naturaleza humana, puesto que la locura anula lo humano en el hombre, dejando que la animalidad reine libremente. Para el clasismo, la animalidad insensibiliza y embrutece: "la solidez animal de la locura, y ese espesor que extrae del mundo ciego de la bestia, endurece al loco contra el hambre, el calor, el frío y el dolor. (...) Es inútil protegerlos; no hay necesidad ni de cubrirlos, ni de calentarlos."[11]

La locura entendida como el dominio de la animalidad en el hombre, elimina cualquier intento de inscribirla en el horizonte de las enfermedades y más que eso porque, en la medida que la locura desensibiliza, torna al hombre invulnerable en el mismo grado en que la naturaleza hizo con las bestias que pueden soportar altos niveles de privación y las peores intermperies. Por otro lado, esta animalidad también anuncia el peligro cuando la ferocidad y la imprevisibilidad de los animales se manifiestan en el loco a través de la salvajería y de los comportamientos violentos. La animalidad es negatividad, amenaza, furor y peligro.

Así como cualquier otro período histórico, la época clásica presentó distintas experiencias sobre la locura: aquella que justifica la exclusión a través del encierro y que remite la locura a la contra-naturaleza de la animalidad, y aquella que busca, a través del conocimiento, descifrar las verdades de la naturaleza, buscando reconocer la locura en donde ella se manifiesta y buscando revelar sus signos. En el clasismo, la locura estuvo rigorosamente dividida entre estas dos experiencias, desarrolladas de forma casi autónomas, sin interferencias recíprocas.

Mientras la conciencia práctica que legitima el encierro está interligada a concepciones políticas, jurídicas y económicas del individuo en la sociedad, la conciencia científica, que busca descifrar los secretos de la locura y "aun cuando reconozca la imposibilidad de curar, siempre está virtualmente comprometida en un sistema de operaciones que debería permitir borrar los síntomas o dominar las causas".[12]
La locura permanece silenciosa en el encierro, mezclada con otras formas de desatino, pero en el fin del siglo XVIII, ella retorna lentamente a recorrer su propio camino. A mediados de este siglo, un nuevo pavor colectivo surge de repente. Miedo del desatino en general y de la locura en particular. El miedo delante del desatino, formulado en términos médicos pero sustentado por un mito moral, habla de un mal, al mismo tiempo físico y moral, causado por el deterioro de las costumbres y por la decomposición de la carne. Este mal emana de las casas de encierro. La teoría de los vapores es utilizada para ayudar a sostener la tesis de que el mal es fermentado

---

[11] Idem p. 236

[12] Idem p. 272

en el interior de los hospitales, de las cárceles y de las casas de internamiento. Los vapores maléficos, exhalados por estos lugares viciados, contaminan el aire, difundiéndose por las ciudades, impregnando cuerpos y almas. El desatino que estuviera contenido en la distancia segura del internamiento, se presenta nuevamente en la forma de mal, haciéndose posible por un indicio imaginario de enfermedad. El pavor ancestral constituido en relación a la lepra y que permaneciera adormecido desde el fin de la Edad Media, surge nuevamente y transforma al desatino y a la locura en una nueva amenaza para el mundo: "la sinrazón está presente de nuevo; pero marcada ahora por un indicio imaginario de enfermedad que le da poderes terroríficos. Así pues, en lo fantástico y no en el rigor del pensamiento médico en donde la sinrazón afronta a la enfermedad y se aproxima a ella".[13]

Otro momento de este pavor colectivo se presenta ante el supuesto hecho del aumento extraordinario de la locura. El miedo de la locura y del desatino se refuerzan mutuamente. Aunque carece de una sustentación estadística decisiva, este nuevo miedo colectivo frente a la locura se explica también por otros hechos. Posiblemente, este miedo está asociado a una cierta cantidad de locos que logran escapar del encierro.O bien, las nuevas teorías sobre las "enfermedades de los nervios "son utilizadas para sostener este nuevo sentir. También, debido a la apertura sucesiva de casas exclusivas para los insensatos, a partir de mediados del siglo XVIII, contribuye para que la población concluya que la locura estuviese aumentando. Estos nuevos establecimientos tienen gran importancia al nivel de las recientes significaciones incorporadas al mundo de la locura.

A partir de esta experiencia, la locura es puesta como objeto de percepción y observase que "los locos ya no son aquellos cuya diferencia global y confusa con los otros se percibe de golpe; se hacen diferentes entre ellos, y uno de otro, ocultando mal, bajo la sinrazón que los engloba, el secreto de especies paradójicas".[14]

Empieza lo que se podría llamar de percepción asilar de la locura, haciendo surgir una clasificación más refinada que torna insuficiente las categorías hasta entonces utilizadas. Orientándose por los principios organizadores de vida y muerte, senso y no-senso, el mundo de la sinrazón es subdividida en nuevas agrupaciones que, aunque rudimentares, apuntan diferencias importantes. De un lado, el peligro de la muerte imanente en la locura permite la separación en dos polos, el del furor y el de la imbecibilidad. De otro lado, la locura es remetida a su propia experiencia con la razón en lo que puede comportar de senso y no-senso, designando el bloque de los insensatos y el de los alienados.

Paralelamente a esta experiencia de la locura en el encierro, seguida por una nueva exclusión para un lugar que será sólo suyo, la medicina de los siglos XVII y XVIII hace también sus esfuerzos para conocer el mundo de los insensatos, deslindar los síntomas de la locura y realizar

---

[13] Foucault, Michel. Historia da loucura en la época clásica II, FCE, México, 1992, p. 30.

[14] Idem p. 77

la cura. Las clasificaciones son hechas a partir de los principios sacados de la botánica, en el entendimiento que implica en la naturalización de la locura. La medicina de la era clásica sustituye el concepto de panacea por el de la cura, dando a este un sentido más ampliado y consistente.

Es importante refuerzar dos puntos en la relación entre medicina y locura en la era clásica. El primero dice respecto al descompaso entre teoría y práctica en el interior de la propia medicina; el segundo da cuenta de dos experiencias distintas que este momento comportó, o sea, la "percecpción asilar" y la "analítica médica". La primera emerge del encierro en donde es permitida a la locura hablar por sí misma; la segunda, realizada lejos del encierro, encuadra la locura entre tantas otras espécies naturales. "En tanto que se enriquece la percepción asilar, la medicina sigue siéndole extraña, y solo interviene de manera accidental y casi marginal [pero no se trata de un conflicto y sí de un] desgarramiento en la experiencia que hemos obtenidos, y que quizás obtenemos siempre, de la locura, desgarramiento que separa la locura considerada por nuestra ciencia como enfermedad mental de lo que puede revelar de sí misma en el espacio en que la ha alienado nuestra cultura".[15]
Nuevos conceptos sobre la locura estarán elaboradas hasta fines del siglo XVIII y por primera vez ella es situada en una perspectiva de la modernidad, con sus contenidos temporal, histórico y social. Hace mucho se cre en la relación de la locura con el mundo y a través de sucesivos movimientos, llegase a isolar un componente de este macrocosmo, que posteriormente será llamado de "medio", con el cual la locura establece vínculos importantes. Ella deja de ser una enfermedad de la naturaleza o del propio hombre para tornarse una enfermedad de la sociedad.

La locura pasa a ser mirada como resultante de las formas de organización de la sociedad, del nuevo estilo de vida que el hombre adopta, tornándose el precio que él debe pagar por volverse cada vez más civilizado: la locura es la contrapartida del progreso, es el devenir del hombre. En la búsqueda de causas de la locura, son apuntadas explicaciones económicas y políticas, en donde el derecho y la libertad para defensa de los intereses generan riquezas y progresos pero también dan origen a las perturbaciones nerviosas. Esta libertad movida a dinero es contraria a la libertad natural del hombre y es en neste "medio no natural, donde son favorecidos, amplificados y multiplicados los mecanismos psicológicos y fisiológicos de la locura".[16] Las creencias religiosas más severas, la preocupación excesiva con la salvación del alma y con la vida futura son apuntadas también como cuestión de fondo imaginario que torna más favorable el aparecimiento de las perturbaciones. Por su vez, la búsqueda de conocimiento tiene también su lado pernicioso porque, cuanto más abstrata y compleja for la ciencia, más desasosego trae al espíritu, provocando tensión al cerebro y desequilíbrio al cuerpo. La vida social intensa, las costumbres modernas, las reuniones nocturnas, los espetáculos de teatro, la lectura de romances, todos estos hábitos alteran la sensibilidad natural y con eso propicía el desarrollo de

[15] Idem pp. 83-85
[16] Idem p. 45

la locura. En resumen, "a medida que el medio constituido alrededor del hombre y para el hombre se vuelve más espeso y opaco, aumentan los riesgos de la locura".[17]

Sin embargo la relación que la locura establece con el "medio" es una experiencia breve, porque pronto ella va estar unida a una concepción estritamente social y moral en el mundo burgués en proceso de constitución. La locura deja de ser percibida como contrapartida de la historia y el devenir del hombre para situarse como estigma de una clase social que no se somete a la nueva orden burguesa. La miseria produce la locura y mientras aquella es la contradición necesaria para la manutención de las estructuras del nuevo orden, esta es, al mismo tiempo, un obstáculo para el desarrollo social armonioso y la amenaza más inmediata.

Cuando el médico de apropia del hospital psiquiátrico del siglo XIX, la locura tornase enfermedad objetivada cientificamente, siendo "percebida menos en relação ao erro que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre".[18]

Por primera vez, la locura se inscribe en la interioridad y deja de ser un fenómeno relativo al cuerpo y el alma, para tornar referida solamente a alma humana, su culpa y libertad. Pero la libertad de que se habla no es la libertad de mercado, sino la relación en cuanto naturaleza humana, el derecho del individuo de ler livre. "Libertad y razón tienen los mismos límites. Cuando la razón se ve lesionada, la libertad puede ser coartada; (...) La desaparición de la libertad, de consecuencia que antes era, se vuelve fundamento, secreto, esencia de la locura".[19]

Es a través de esta nueva lectura de la relación entre locura, liberdad y razón que la medicina sostiene la estrategia de aislamiento del loco en los asilos del sigo XIX. Ahí la locura será observada por la mirada científica del médico, este nuevo productor de la verdad, que tornará el hospital psiquiátrico "um lugar de diagnóstico e de classificações, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta". [20]

Sin embargo, el asilo no es solamente el lugar en donde la enfermedad se somete y se revela al médico, es también un lugar de cura. El médico toma para sí la tarea de restituir al enfermo una conducta acorde con patrones normales y aceptables. Y todas las técnicas que va utilizar tienen un carácter mixto de precaución social y estrategia médica, inscritas en una relación de dominación en donde, de un lado, está el enfermo mental, desposeído de todo y de cualquier derecho, y de otro, instalase el sobrepoder del médico. El asilo tornase una "espécie de instância

---

17 Idem p. 56

18 Foucault, Michel. Microfísica do poder, Graal, Rio de Janeiro, 1986, p. 121.

19 Foucault, Michel. Historia da loucura.. II, Op. cit. pp. 152-153.

20 Foucault, Michel. Microfísica do poder... Op. cit. p. 122.

históricas y sociales es hecha ignorando sus dimensiones objetivas, realizando un reducionismo que las inscriben en cuanto carácter etiológico psicologizado.

El tercer elemento apunta la supremacía de las causas morales, entendidas como hechos traumatizantes, responsables por realizar la ligación entre el nivel individual y el social, esto es, entre la sintomatología y la anomia social. La preponderancia de las causas morales hace el puente para el cuarto elemento, o sea, el tratamiento moral y, aunque ese pueda estar conyugado a la utilización de los medios físicos en el combate del desorden, estos "no pueden actuar jamás si no es a través de su reinterpretación moral".[24] El manicomio colocase como el quinto elemento del sistema, enunciado como local construido para ser terapéutico por ser totalmente controlado, en detrimento del medio natural, integrado por el medio familiar y social, que es por naturaleza anómico, por lo tanto, patógeno.

El movimiento alienista consigue imponerse y su coerencia deriva de la articulación de todos aquellos elementos desembocando finalmente en una síntesis práctica. Pero este sistema, además de las certezas, comporta también dudas y contradicciones y una de ellas es el resentirse de una dimensión propiamente "científica". Esto porque los "primeros alienistas nunca instituyeron una ruptura, ni siquiera guardaron una verdadera distancia respecto a la concepción social 'ordinaria' de la locura; por reiterar en sus nosografías la supremacía del orden al igual que impusieron en su tratamiento la autoridad del poder dominante, han estado desde el principio a la misma altura que las estrategias políticas conducentes a la perpetuación de ese orden".[25]

Los alienistas logran imponerse por un largo tiempo sobre aquellos que buscan un sustrato orgánico para la enfermedad mental, los cuales son acusados por su "obscurantismo metafísico" al especular sobre las causas ocultas de los fenómenos. Pero la polémica ya está instalada y las discusiones que se siguen apuntan para el agotamiento gradativo del poder explicativo de la corriente pineliana, en cuanto el organicismo es fortalecido hasta constituirse como dominante en fines del siglo XIX.

Los teóricos organicistas denuncian las investigaciones nosográficas, señalando que no se debe confundir los síntomas con la "naturaleza" en sí de la enfermedad mental. Opinan aun que la nosografía es un retroceso porque impide que se busque descobrir la verdadera localización de la enfermedad, o sea, su base orgánica. El descubrimiento de la parálisis cerebral contribuye para refuerzar la tesis organicista porque permite ilustrar la relación entre la presencia de un agente orgánico, el treponema palidum, y un conjunto de síntomas psíquicos y, cuando más tarde, se observa microscopicamente las alteraciones cerebrales producidas por el treponema, la tesis organicista parece estar definitivamente compruebada.

---

[24] Idem p. 129

[25] Idem p. 132

Cuando Morel introduce el concepto de degenerescencia, influye decisivamente en el futuro de la psiquiatría. Morel define las degenerescencias como desviaciones transmitidas hereditariamente, que pueden tener como causa las intoxicaciones de diversas naturalezas, las influencias del medio social, la hereditariedad, las enfermedades adquiridas y congenitas, etc, y que deven incidir sobre todos los descendientes hasta la extinción de la estirpe. Si hasta entonces las clasificaciones nosográficas de la enfermedad mental buscavan relacionar síntomas y signos, el concepto de degenerescencia introduce importantes cambios porque "la intelibilidad de la enfermedad ya no proviene del agrupamiento de los síntomas sino de la referencia a una causalidad oculta".[26] Buscase un sustrato orgánico para la locura, una lesión "especial y constitutiva" y la tesis de la degenerescencia contribuye significativamente para aproximar la psiquiatría del tronco común de la medicina general.

En el inicio del siglo XX, Kraepelin propone una extensa y minuciosa clasificación de las enfermedades mentales de modo a permitir encuadrar todo y cualquier rasgo, atributo o acción del pretenso enfermo en clases nosográficas coherentes e integradas. Por supuesto que esta clasificación prescinde totalmente de la subjetividad del insano, relacionando el sufrimiento psíquico a daños de origen cerebral ou glandular, esto es, a un sustrato orgánico. Y si enfermo y enfermedad aparecen como ininteligibles, este esfuerzo clasificatorio revelase un recurso decisivo porque es a partir de él que son establecidos los diagnósticos o, en otras palavras, promuevese el "etiquetamiento" con el cual los psiquiatras pretenden legitimar sus prácticas.

Entre otras iniciativas, Kraepelin sustitui las primitivas concepciones de manía, melancolía, insania alucinatoria, demencia primaria, demencia degenerativa, etc., y crea la definición de demencia precoz, subdividida en circular, agitada y periódica. Propone también la parafrenia, subdidivida en expansiva, sistemática, confanbulan y fantástica. Dando proseguimiento al trabajo de Kraepelin y aprimorando las condiciones para el etiquetamiento, Bleuler presenta el concepto de esquizofrenía, entendida como pérdida de contacto con la realidad en función de transtornos de la asociación y de la afectividad.

Aunque la psiquiatría positivista no tenga conseguido explicar las causas o la etiología de la enfermedad mental, las concepciones teóricas en que se fundamenta clasifican al enfermo mental en cuanto "objeto biológicamente perturbado; objeto de estudio a nivel psico-neurológico, sujeto despersonalizado en cuanto transgresor social; individuo que pierde su contractualidad social y que necesita ser custodiado por instituciones totalizadoras; 'objeto' que debe someterse a las reglas institucionales; 'sujeto' incomprensible, peligroso y de 'público escándalo".[27]

La psiquiatría positivista sigue dominante en la mayoría de los hospitales psiquiátricos, aunque tenga pasado por un proceso de "modernización", visando adecuar su práctica al momento

---

[26] Idem p. 285

[27] Martini, Claudio. El fin del manicomio, Ed. Nueva Sociología, México, 1983, p. 23.

actual. "Desde luego, otras corrientes de pensamiento se desarrollaran en los ultimos 70 años, corrientes que incluyen la fenomenología, el psicoanálisis, la antropología social, la psiquiatría interpersonal y relacional, la teoría de comunicación, para citar únicamente algunas, pero estas disciplinas se practicaron siempre (las excepciones son limitadísimas) en otras instancias y en otras estructuras, quedando marginales con respecto al manicomio, terreno privilegiado, ayer como hoy, del enfoque reducionista biologicista".[28]

[28] Idem p. 34

Los gestos hacia la locura

El destino del loco en los distintos momentos históricos, desde la relativa tolerancia de su presencia hasta su exclusión a través del encierro, acompañado o no de preocupación con la cura, estuvo siempre asociado a las diferentes concepciones sobre la locura que la sociedad occidental sostuvo durante las distintas fases de su evolución. De cualquier forma, la apropiación por la medicina del destino del loco es relativamente reciente, y fue necesario establecer importantes divisiones para que la experiencia del insano se volviera locura, enfermedad y enfermedad mental.

Para el hombre medieval, la locura era parte de las quimeras del mundo y por esto, el loco podía vagar con relativa libertad. Pero cuando la locura asumía formas o manifestaciones consideradas peligrosas, estaban justificados los castigos como la exclusión y la prisión. Así, la Edad Media tomaba algunos procedimientos para librar al conjunto social del insano indeseable, tal como la expulsión lejos de las ciudades, obligando a que vagara por el campo.

La Edad Media conoció también las casas de confinamiento, mantenidas por subvención oficial y por donativos, a las cuales eran llevados los insanos sin ninguna preocupación de cura, sino solamente, para liberar a las ciudades de su molesta presencia. De una manera general y de acuerdo con Foucault, es pertinente suponer que los locos no eran expulsados de modo sistemático, sino que solamente los extraños, "y que cada ciudad aceptaba encargarse exclusivamente de aquello que se contaban entre sus ciudadanos".[1]

Aunque la gran extensión de la locura existiera al margen de cualquier referencia médica, lo cierto es que la Edad Media manejó también una práctica restrictiva e inexpresiva, que relacionaba a la locura con la patología y demostraba preocupación de cura. Varios hospitales generales de la Edad Media destinaban camas exclusivas a los insanos, así como jaulas en donde eran encerrados los locos "furiosos", los "frenéticos" y los "melancólicos", que la medicina de la época juzgaba susceptibles de cura.

De cualquier manera, el loco era incluido en el batallón de los miserables y la Edad Media colocaba la miseria en el orden de lo sacro. El loco era sacralizado porque, "para la caridad medieval participaba de los oscuros poderes de la miseria. Acaso más que nadie, la exaltaba".[2] Es por esta condición que el loco tenía derecho a la piedad y a la ayuda de los demás y no por desprendimiento o humanismo, ya que el hombre medieval creía que, a través del ejercicio de la caridad, se garantizaba la salvación del alma y el acceso al reino de Dios.

---

1 Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica I, FCE, México, 1990, p. 23.

2 Idem p. 100

Durante el Renacimiento la locura deja de ser, de alguna forma, la manifestación de las perversiones sobrenaturales, y pasa a estar ligada no al otro mundo pero sí al mundo del hombre, con sus debilidades e ilusiones. El hombre renascentista libera las voces de la locura, que pasa a hablar por sí misma, a través de las obras de los artistas de la época.

En la literatura, los escritores crean naves, en donde figuras imaginarias realizan viajes fantásticos, pero la Nave de los Locos tuvo existencia real. En estos navíos, eran embarcados los locos de los cuales las ciudades deseaban librarse, y el destino era vagar de puerto en puerto, hasta que terminara el tiempo acordado para el confinamiento, o hasta que algún marinero decidiera libertarlos.

Durante el siglo XV, fueron abiertos en Europa los primeros hospitales destinados exclusivamente a los insanos y, el hecho de estar inicialmente localizados en España lleva a creer en la influencia de la medicina árabe. En estos hospitales, el tratamiento dispensado a los insanos estaba muy próximo a un cierto humanismo de la medicina árabe, que incluia en su terapéutica la música, la danza y los espectáculos. Estos matices de la medicina no se encontraban en las demás instituciones en funcionamiento en Europa, que eran exclusivas para los insanos o que se reservaban para ellos algunas enfermerías. Pero en el Renascimiento todas "estas prácticas são localizadas. A loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagen comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar".[3]

La singular hospitalidad que el Renacimiento dispensa al loco desaparece bruscamente a mediados del siglo XVII, y empieza la era del gran encierro. Cuando el hombre renascentista sustituye el tema de la muerte por el de la locura, aliada a la solicitud con que acoge el loco, avanza en el sentido de distinguir con más claridad a este personaje, pero esta sensibilidad que se esboza pierde todo su poder diferenciador en el encierro. "Diríase que, en medio de los asilos del siglo XVII, el loco se pierde entre la grisalla, hasta el punto que es difícil seguir su rastro, hasta el movimiento de reforma que precede en poco a la Revolución".[4] Las casas de encierro no eran exclusivas para los locos, sino que recluían todo un grupo humano que tenía como denominador común la incapacidad de insertarse, por su culpa o no, en el proceso de producción, circulación y acumulación de riquezas. Se revela así, la ligación en el origen del internamiento con la nueva reestructuración del espacio social, a través de la exclusión de aquellos que no quieren o no pueden tomar parte del nuevo orden social, fenómeno que ocurre sin ninguna participación de la medicina con sus ideales de tratamiento y curación.

Foucault alerta que "antes de tener el sentido medicinal que le atribuimos, o que al menos queremos concederle, el confinamiento ha sido una exigencia de algo muy distinto de la

---

[3] Foucault, Michel. Doença mental e psicologia, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1985, p. 78.

[4] Foucault, Michel. Historia de la locura... Op. cit. p. 190.

preocupación de la curación. Lo que lo ha hecho necesario, ha sido un imperativo de trabajo. Donde nuestra filantropía quisiera reconocer señales de benevolencia hacia la enfermedad, sólo encontramos la condenación de la ociosidad".[5]

Aunque con reticencia al inicio, toda la Iglesia termina por aprobar el gran encierro. Prolifera por Europa la apertura de casas correccionales y hospitales, lugares de asistencia y represión, a los cuales la nueva orden monárquica y burguesa confiere plenos poderes para decidir, juzgar y ejecutar. Las casas son abiertas por iniciativa del poder real, de las administraciones municipales, de las Iglesias católica y protestante, de las congregaciones religiosas, de las asociaciones de laicos, o sea, todos quieren internar.

En las casas de encierro son confinados, además de los locos, los mendigos, los viejos indigentes, los inválidos pobres, los desempleados, los homosexuales, los enfermos venéreos, los jóvenes que dilapidan los bienes de la familia, los alquimistas, los padres disipados, los eclesiásticos infractores, los suicidas, los libertinos, los desviados, "em resumo todos aquêles que, en relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de 'alteração".[6]

El imperativo del trabajo es valido también para el interior de las casas de encierro, porque luego se percibe como injusto distribuir por toda la sociedad el costo por la manutención de aquella pandilla, aunque al inicio se creía que el interno tenía derecho de ser abrigado y alimentado como contrapartida por la pérdida de la libertad individual. La inclusión del trabajo en el mundo del encierro tiene así un doble papel, esto es, el de cumplir con las nuevas normas de la moral burguesa que condena la ociosidad y, el de tornar productivos a aquellos que son excluidos, para que puedan contribuir también para el bienestar de todos. Estas características del encierro en la era clásica contribuyen para escamotear la existencia de altos niveles de desempleo, al mismo tiempo que controla, aunque artificialmente, el aumento exagerado de los precios, ya que los objetos ahí fabricados son lanzados a bajo precio en el mercado.

El internamiento es en verdad, un intento de calmar los efectos de una severa crisis económica que asola toda Europa y que provoca altos niveles de desempleo, bajos sueldos y escasez de moneda. No es accidentalmente que las primeras casas de confinamiento son abiertas en las regiones más industrializadas. "Pero fuera de las épocas de crisis, el confinamiento adquiere otro sentido. A su función de represión se agrega una nueva utilidad. Ahora ya no se trata de encerrar a los sin trabajo, sino de dar trabajo a quienes se ha encerrado y hacerlos así útiles para la prosperidad general".[7]
Los insanos son distribuidos indistintamente por las diversas casas de corrección y encierro, siendo ahí mezclados con todos los demás miserables, formando con ellos una masa

---

[5] Idem p. 102

[6] Foucault, Michel. Doença mental.... Op. cit. p. 78.

[7] Foucault, Michel. Historia de la locura... Op. cit. p. 107.

indiferenciada. Aunque en algunos hospitales, pocos de ellos encuentran lugar reservado, la mayor parte es confinada en hospitales y cárceles y llevan una existencia igual que en los demás correccionales. Aun en el inicio de la época clásica, aunque que inexpresivos numéricamente, es verdad que algunos hospitales se dedicaron a cuidar de los insanos menesterosos, desde que los consideraron curables. El tratamiento, aplicado una vez al año, consistía en sangrías, purgaciones y baños, terapéutica transmitida de generación a generación de médicos y aceptada como la que producía los mejores resultados.
Pero en el decorrer de la Edad Clásica, la fisiología de entonces justificaba otras técnicas para la curación de los insensatos: "submetia-se o doente à ducha ou ao banho [frios] para refrescar seu espírito ou suas fibras; era-lhe injetado sangue freco para renovar sus circulação perturbada; procurava-se provocar nêle impressões vivas para modificar o curso da sua imaginação (...) O século XVIII havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fôsse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais".[8] Estos tratamientos que la edad clásica permitió que fuesen desarrollados de forma aislada, y que se apoyaban en principios de la fisiología de entonces, serán retomados en el siglo XIX pero con características estrictamente represivas y morales.

La fugaz presencia del médico fue detectada también en otros hospitales en donde el reglamento determinaba que fuesen realizadas dos visitas por semana a cada sector, por un único médico residente, dejando explícita la ausencia de preocupación por el tratamiento o curación. En otros hospitales, era indicado un médico, seleccionado entre los más incapaces, para cuidar de los internos, pero no con la intención de posibilitar el bienestar de estos, sino el de impedir la transmisión de enfermedades contraídas en el internado, cuando se diera la liberación o el contacto con gentes del mundo exterior. De esa manera, "los cuidados médicos se incorporan a la práctica del internado para prevenir ciertos efectos; no constituyen ni su sentido ni su proyecto".[9]

Sin contar las experiencias aisladas que algunos insanos tienen como cosa médica, la mayoría de ellos comparte con otros correccionales el mismo destino en el interior de los hospitales y de las cárceles. "Yo los he visto desnudos, cubiertos de harapos, no teniendo más que paja para librarse de la fría humedad del empedrado en que están tendidos. Los he visto mal alimentados, privados del aire que respirar, de agua para calmar su sed y de las cosas más necesarias de la vida. Los he visto entregados a auténticos carceleros, abandonados a su brutal vigilancia. Los he visto en recintos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encerrados en antros donde no se encerraría a los animales feroces (...)".[10] , es así que Esquirol describe la situación

---

[8] Foucault, Michel. Doença mental... Op. cit. pp. 82-83.

[9] Foucault, Michel. Historia de la locura... Op. cit. 180.

[10] Idem p. 80

vivenciada por los insanos en el inicio del siglo XIX pero que venía arrastrándose había más de un siglo.

Pero los locos considerados furiosos eran blanco de una crueldad de mayores proporciones: "una mujer padecía violentas crisis de excitación: cuando le llegaba una, la colocaban en una porqueriza, atada de pies y manos; cuando la crisis pasaba, la ataban a su cama, cubierta sólo por una manta; cuando le permitían dar unos pasos, le ajustaban entre las piernas una barra de hierro, fija con anillos a los tobillos y unida a unas esposas por una corta cadena. (....) estaba sujeto [un loco considerado furioso] con una larga cadena que atravesaba la pared, lo que permitía al guardián dirigirlo, tenerlo sujeto, por así decirlo, desde el exterior; en el cuello le habían puesto una argolla de hierro, que mediante una corta cadena se unía a otra argolla; ésta resbalaba por una gruesa barra de hierro, vertical, sujeta por los extremos al suelo y al techo de la celda".[11]

Paradójicamente, la era clásica mantiene la costumbre, cultivada desde la Edad Media, de exhibir a los insensatos y "en Francia, el paseo a Bicêtre y el espectáculo de los grandes insensatos fue una de las distracciones dominicales de los burgueses de la *rive gauche* (cursiva del autor) hasta la época de la Revolución. (...) Ciertos carceleros tenían gran reputación por su habilidad para hacer que los locos realizaran mil piruetas y acrobacias mediante unos pocos latigazos".[12]

Excluidas algunas experiencias localizadas y poco significativas, la medicina y la locura tienen cada una su propio camino, porque la gran mayoría de los insanos confinados escapan a las observaciones y al tratamiento médico y, aquellos que están en libertad reciben cuidados de empíricos y laicos como cualquier otro enfermo. Pero a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, los cambios empiezan a ocurrir.

Cuando la fuerza del imaginario recupera los valores e imágenes construidos sobre la lepra y transforma el desatino en un nuevo pavor colectivo, el médico es llamado a intervenir. El desatino está recluso en el encierro, y es de ahí que emana el mal, y es ahí donde el médico debe ingresar ahora, conducido por el imaginario que realiza una primera aproximación entre el universo médico, el desatino y la enfermedad. Pero el médico es llamado al internamiento no exactamente para cuidar de los enfermos, o para separar el crimen de la locura o el mal de la enfermedad. Él es llamado para proteger a los demás del obscuro peligro que se cree que emana de las casas de internamiento. En este momento, aún no se coloca como oportuna la extinción de las casas de encierro y mientras es promovida la "esterilización" de estos lugares viciados, la perspectiva es la creación de un "asilo que contenga por completo a la sinrazón y que la ofrezca como espectáculo, un espectáculo que no amenace a los espectadores, que reúna todas

---

[11] Idem pp. 232-233

[12] Idem pp. 228-229

las posibilidades del ejemplo y ninguno de los riesgos del contagio. En resumen, un asilo restituido a su realidad de jaula".[13]

Poco a poco el encierro va revelándose como una medida equivocada política y económicamente. La población se rebela con tantos secuestros arbitrarios, con el horror que sabe que existe en el interior de las casas de confinamiento, y protesta. El encierro tampoco resuelve la crisis del desempleo; su efecto sobre los precios es artificial; el sistema que lo mantiene es costoso. En una actitud que aparenta filantropía pero que la verdad tiene el objetivo de renegar contra la antigua represión y de ocultar la existencia de vastos contingentes de miserables que la asistencia revela, la Revolución libera a los internados, excepto a los locos. Es en este momento que la locura va tomar posesión total del encierro, de este nuevo lugar que ahora le pertenece totalmente y desprenderse también de sus parentescos con todos las otras formas de desatino.

A fines del siglo XVIII empiezan a ser abiertas casas exclusivas para los insensatos y a partir de ahí se inicia finalmente la incorporación de la locura a la medicina. Es verdad que de inicio era prohibida la presencia del médico en estos lugares de exclusión, siendo el cuidado de los insanos de competencia exclusiva de los vigilantes. Aunque hubiese una recomendación, desde el inicio del siglo XVII, para que el encierro de los insanos fuera acompañado de un certificado médico, hasta fines del siglo siguiente esta medida es adoptada a pedido de la familia o de los vecinos, con el aval de los magistrados y policiales, sin la participación de la medicina, o sea, el internamiento es tema resuelto enteramente entre las familias y las autoridades judiciales.

Con todo, la presencia del médico va siendo progresivamente consolidada en este nuevo lugar de exclusión de los insanos, no por su esfuerzo y mérito, sino por movimientos sucesivos en el interior del internamiento, movimientos que pasan a definir su carácter terapéutico a partir de acciones sociales y políticos y rituales imaginarios. El médico entra en el asilo no como un científico, pero sí como sabio, encargado más de un control ético que de una intervención terapéutica. La cura es perseguida a través de procedimientos represivos morales y sociales y las técnicas incluyen amenaza, castigo, habla severa, sed, hambre, humillación, es decir, todo lo que lleva a infantilizar y culpabilizar al loco.

El siglo XIX retoma alguna técnicas "terapéuticas" aplicadas durante los siglos anteriores, pero ahora sin los principios de la fisiología abandonada, sino con un carácter estrictamente punitivo. La ducha fría en la cabeza ya no es más utilizada para distender las fibras y liberar el espíritu confuso: ella ahora es utilizada para castigar a aquellos que insisten en creer en sus descabellados delirios. La máquina giratoria ha pasado por una reforma y puede hasta llevar al desmayo si el insano no se arrepiente pronto y abandona sus "patéticas" creencias.

---

[13] Foucault, Michel. Historia da locura en la época clásica II, FCE, México, 1992, p. 33.

Desde hace tiempo, la locura ha dejado de ser percibida como parte de las quimeras del mundo, o de ser situada en el orden del error o de la ilusión. Ahora la locura es percibida en relación con la conducta y con la libertad; la locura es desorden en el modo de actuar; el asilo será el lugar en donde el médico debe actuar para hacer que el enfermo recupere el comportamiento regular y normal. La estructura asilar creada en el inicio del siglo XIX tiene como finalidad proteger a la sociedad en contra de las desórdenes del loco, ya que éste en libertad, se vuelve peligroso para los demás y, constituye también una estrategia de carácter médico que coloca como necesario el aislamiento del enfermo.

Esquirol[14] enumera cinco razones principales para este confinamiento: 1. garantizar la seguridad personal del loco y de sus familias; 2. liberarlo de influencias externas; 3. vencer sus resistencias personales; 4. someterlo a un régimen jurídico; 5. imponerle nuevos hábitos intelectuales y morales. Así, el espacio asilar pasa a ser el lugar en donde el loco se confronta con el médico en una lucha en donde el derrotado es indicado por anticipación, ya que el primero nada más incorpora la pasión pervertida y debe someterse a aquello que representa la rectitud de la voluntad. Para que el loco sea "adiestrado" por el médico, debe de ser establecido un proceso de confrontación y lucha, que termina inexorablemente con la sumisión por parte del loco.

El hospital psiquiátrico del siglo XIX representa aún el lugar privilegiado en donde la locura debe finalmente abrir y exponer su verdad a los ojos de la medicina y, "todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX - isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha fria, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico - tudo isso tinha por função fazer do personagem do médico o 'mestre da loucura'; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado".[15] Así, las técnicas empleadas para la cura del loco combinaban disciplina y represión, imponiendo la sumisión completa del insano a la autoridad médica.

Con Pinel y sus contemporáneos, la historia de la psiquiatría positivista hace alarde de la humanización del tratamiento dispensado a los locos, a través de la adopción del "tratamiento moral" que preconiza "puertas abiertas" y "no contención" , en detrimento de los rigores de los métodos anteriores. Pero Foucault analiza con ironía la fama de humanistas y de libertadores para con los locos construida sobre Pinel, Tuke, Wagnitz, Riel, etc., aclarando que ellos "não romperam com as antigas práticas do internamento, pelo contrario; eles as estreitaram en tôrno

---

[14] Foucault, Michel. Microfísica do poder, Graal, Rio de Janeiro, 1989, p.126.

[15] Idem p. 122

do louco".[16] En las instituciones "humanizadas" por Pinel, los insanos que denotan "desobediencia por fanatismo religioso, resistencia al trabajo y robo, son tres grandes faltas en la sociedad burguesa, los tres atentados mayores contra sus valores esenciales, y no se admite para ellos la excusa de la locura; los que tal hacen merecen la prisión pura y simple, la exclusión en sus formas más rigurosas."[17]

Pero la "humanización" de Pinel y sus contemporáneos tiene significaciones mucho más profundas, menos explícitas o mucho más sutiles. Foucault aclara que estos psiquiatras no introdujeron exactamente la ciencia en el asilo, pero si el personaje del médico que usa como disfraz o justificación, una pretendida objetividad científica que le confiere poder de orden moral y social. Este poder es sustentado también en la inferioridad del loco que es inducido a la enajenación de su persona en el interior de la dualidad médico-enfermo. De todo esto, se puede concluir que los "humanistas" liberaron a los locos, no a todos por supuesto, del mundo de las rejas y de las cadenas, pero los aprisionaron en el mundo médico, conformando un nuevo tipo de dominación que se extiende hasta los días actuales.

El tratamiento moral, según Castel, promueve la interrelación entre tres elementos, esto es, el médico, el enfermo y la institución y es este movimiento dinámico, enmarcado por la jerarquía y por los reglamentos, que explica su eficacia. En esta trilogía, el médico impone su voluntad a un sujeto desposeído y encuentra en la institución todas las condiciones para hacer repercutir y multiplicar este poder. Si esto es verdad, el tratamiento moral estaría comprometido en la medida en que se modificaran las formas de conceptualizar a lo patológico y, como consecuencia, al propio enfermo, ya que la trilogía en conjunto quedaría comprometida. En otras palabras, la teoría de la degeneración y de la incurabilidad en detrimento de la nosografía clásica, echaría por tierra las esperanzas de devolver la razón al insano. Aunque esta tendencia sea verdadera, ocurre también otro movimiento que propone cambios en el tratamiento moral y más, propone extenderlo hacia afuera de los límites manicomiales, teniendo como horizonte de intervención toda la sociedad pero, sobretodo, "sus puntos débiles, los focos de desorden y de miseria".[18]

De esta manera, el pronóstico pesimista subyacente a la teoría de la degeneración, es relativizado bajo la argumentación de una intervención demasiado tardía, llevada a efecto en un lugar estrecho, que es el manicomio, y sobre un material refractario a las acciones médicas, que es el loco internado. Así, "la transformación del fundamento teórico de la enfermedad mental va a producir un doble efecto contrastado. Por un lado, los pronósticos pesimistas requeridos por una etiología orgánica, el aumento del número de incurables, la aparición de los ineducables, van a cerrar sobre sí misma la noche manicomial (...) Por otro lado, se abre un infinito campo

---

[16] Foucault, Michel. Doença mental .... Op. cit. p. 81.

[17] Foucault, Michel. Historia de locura... II, Op. cit. p. 250.

[18] Castel, Robert. El orden psiquiátrico... Op. cit. p. 289.

de intervenciones: prevención, profilaxis, chequeo (...) el médico ofrece sus servicios y se multiplica, quiere estar presente en todas las líneas de vanguardia donde emerja un riesgo de desorden".[19] Al interior de la psiquiatría son intensificadas las críticas en contra del sistema manicomial vigente, es cuestionada la eficacia del tratamiento moral y es denunciada la sobrepoblación asilar, resaltando la "imposibilidad de medicalizar poblaciones que no representan diferentes clases de enfermedades y que en extremo, su única característica común es el estar encerrados".[20]

Es necesario reorganizar y reagrupar la población manicomial, garantizando un destino diferente para crónicos, indigentes, epilépticos, delincuentes etc., haciendo la diferenciación rigurosa entre la asistencia y la medicina científica, quedando a cargo de esta última solamente los "verdaderos" enfermos, a los cuales debería ser aplicado un tratamiento intensivo. La psiquiatría propone también extender sus acciones mas allá de los límites manicomiales, apuntando la necesidad de intervenir en otras instancias de manera de identificar anomalías, evaluar riesgos, observar actitudes, en una palabra, prevenir. Los programas de higiene deben cubrir familias, escuelas, ejército, etc., o sea, actuar menos sobre el individuo y más sobre el medio. "La función médica irradia. El especialista está a la vez presente y menos visible en todas partes".[21]

Hasta la ley de 1838, el internamiento de los insensatos era de competencia del poder judicial y del poder ejecutivo pero, la inexistencia de una definición exacta de mecanismos de acción dejaba margen para que siempre hubiese conflictos. Hasta 1790, no en tanto, la mayoría de las órdenes de internamiento se efectuaban mediante las "lettres de cachet" y, con esto, fueron mezclados, durante un largo tiempo, tres poderes - el jurídico, el ejecutivo y el real -, funcionado en permanente estado de tensión.

Con la ley de 1838, nuevas directrices son adoptadas, reorganizando la práctica del internamiento. Corresponderá a la autoridad policial, autorizar la apertura de los asilos, debiendo ser informada sobre cada nuevo ingreso; al médico le corresponderá homologar el internamiento, además de responder por la jefatura del manicomio en donde deberá vivir; una comisión de salud estará encargada de inspeccionar los asilos periódicamente. De esta manera, se promueve la colaboración entre las instancias administrativa, jurídica y médica, dando al último un cierto privilegio ya que le es atribuida la función pericial de validar o invalidar los internamientos.

La ley de 1838 confiere estatuto médico-jurídico y administrativo al loco, reconociendo su derecho al cuidado y a la asistencia a través del manicomio, en donde es abrigado el primer

---

19 Idem p. 291

20 Idem p. 293

21 Idem p. 295

cuerpo de médico-funcionarios, conformando el sitio de origen de un saber especial "El loco que surge como problema de la ruptura revolucionaria, al final del proceso va a encontrarse dotado del estatuto complejo de enajenado: completamente medicalizado, es decir, íntegramente definido en tanto que personaje social y tipo humano por el aparato que ha conquistado el monopolio de su tratamiento legítimo".[22]

De inicio la ley de 1838, aprobada en Francia y adoptada en varios países, es aplaudida por todos, incluso por la opinión pública pero, en 1860, las críticas empiezan a surgir y, en 1869, es propuesta, pero no se efectiva, la primera de una serie de reformas manicomiales, propuestas que siguen siendo formuladas hasta los días actuales. La polémica que se instala sobre la práctica médica psiquiátrica a partir de la segunda mitad del siglo XIX, genera movimientos que deben ser interpretados considerando tanto los imperativos de orden interna a la propia psiquiatría, como aquellos que traducen las necesidades impuestas por sus relaciones externas con otras instancias de poder que, en conjunto, se encargan de controlar y normatizar la sociedad.

En un plano más general, son denunciados una vez más los secuestros arbitrarios en los que el poder judicial está involucrado, pero es denunciada también la omnipotencia médica ejercida sin control, acusándolos de hacer la ley y vivir de la ley, proponiendo como alternativa la constitución de un cuerpo de jurados para decidir sobre los internamientos. Mientras los contestadores tienen como blanco las arbitrariedades, cuestionando el poder de los legisladores y médicos, los psiquiatras, por su parte, tienen una posición "notablemente homogénea en defensa de la ley - en interés de los enfermos -, por supuesto"[23] , pudiendo uno u otro admitir la necesidad de algunas adaptaciones porque, para ellos, la ley de 1838 es excelente "en su principio". Pero la verdad es que la psiquiatría ya mantiene en su interior posiciones que anuncian la discordia.

Sin embargo, la verdadera gran crisis del sistema manicomial tradicional tiene fecha reciente, esto es, a mediados del siglo XX, aunque las primeras señales fueron esbozadas a partir de 1860, señalando una ruptura en la unidad de la medicina mental, presentando dos polos: "por una parte el trabajo sobre unas poblaciones preseleccionadas tratadas en el hospital, y por otra parte las actividades de selección, de prevención y de evaluación con un soporte institucional muy débil".[24]

Cuando el manicomio es custionado en cuanto matriz que sustenta la práctica psiquiátrica, el "tratamiento moral" tiene también sus fundamentos colocados en cuestión y pasa a llamarse "relación terapéutica", después de sufrir algunas modificaciones para transformar sus rasgos

---

22 Idem p. 15

23 Idem p. 277

24 Idem p. 296

primitivos en mecanismos sofisticados, aunque resguardando ciertos elementos esenciales de su matriz manicomial. Es así, porque "la relación funciona siempre sobre una fundamental desnivelación entre dos personajes, uno de los cuales tiene el poder y representa la norma. Sin embargo, se desvanecen los puntos de sujeción objetivos y visibles de esos privilegios. Las consecuencias van a ser: en primer lugar, desde ahora la relación es más flexible, más móvil, fácilmente transferible y transportable prácticamente a donde sea; en segundo lugar, la violencia que siempre implica es más discreta y al final invisible. Cierto es que el tratamiento moral ha cambiado mucho; la prueba es que la denominación va a desaparecer y que muchos no van a reconocer sus rasgos...".[25]

Pero ya sea tratamiento moral o relación terapéutica, o cualquier otra designación que se quiera dar, se sustenta en una relación de dominación del médico sobre el loco, y este poder se convierte en el blanco de las críticas formuladas por distintos grupos que integran el movimiento de la antipsiquiatría y que en su conjunto propone aniquilar el sobrepoder médico, destruir internamente la estructura manicomial que da soporte a esta práctica y rescatar el poder del enfermo desde su propia enfermedad, en lugar de enajenarlo en el par médico-enfermo. Esta corriente crítica, que se llamó convencionalmente antipsiquiatría es integrada por distintos grupos que tienen como denominador común una severa crítica a la teoría y a la práctica de la psiquiatría positivista y que presenta especificidades propias en las formulaciones de sus propuestas de intervención a partir de entendimientos particulares sobre lo que es la enfermedad mental.

[25] Idem p. 298

La psiquiatría institucional mexicana

Para contrarrestar los efectos del movimiento de la Reforma, la Iglesia católica adopta unos cuantos procedimientos y dentro de ellos está la creación en Europa de las órdenes religiosas, encargadas aparentemente de ayudar a los menesterosos de cualquier naturaleza. En el México colonial, el Fray Bernardino Alvarez crea la Orden de los Hermanos de la Caridad, también conocida como Orden de San Hipólito y el hospital en su honor. Hay que citar también a José Sayago, responsable por la obra que funda el Hospital de la Canoa, administrado posteriormente por la Orden del Divino Salvador.

Los individuos internados en estos dos asilos psiquiátricos, o bien en cualquier otra casa de encierro, reciben el mismo tratamiento dispensado a los insanos europeos, tratamiento marcado por la violencia y el castigo en nombre del orden social y de las buenas costumbres. "En las colonias de ultramar, este modelo es transplantado con variantes de poca importancia; con algunos años de diferencia, y bajo la tutela religiosa fusionada por un Estado que remedaba al absolutismo (...) el asilo psiquiátrico llega a ser un lugar de aislamiento y protección para los dementes; si bien, el castigo no era tan aparente y pasaba como remedio protomédico, en nuestros países asistimos a una edición criolla de los asilos europeos, especialmente los españoles, marcados firmemente por la iglesia, de tal modo que hay huellas de tipo documental que muestran la relación demoníaca de la locura y el uso de exorcismos y excomuniones contra dementes y/o locos".[1]

Los sucesivos movimientos registrados en el interior del asilo, así como las transformaciones económicas y sociales por que pasa la sociedad en su conjunto, llevan al cuestionamiento de la práctica del internamiento masivo. A fines del siglo XVIII, la medicina europea consigue finalmente apoderarse del asilo y lo transforma en manicomio, transformando definitivamente a la locura en cosa médica. La psiquiatría europea exporta para las colonias sus nuevas concepciones y los modelos de tratamiento que se deben dispensar a los locos.

La fecha que marca la entrada en escena del Estado mexicano como primer responsable de las acciones de salud, dirigidas a los estratos sociales desposeídos, ocurre en 1860, cuando son abolidas las órdenes religiosas. El Estado se propone desarrollar servicios de salud cada vez más especializados y esta intención lo hace tomar en sus manos el destino del insano, "asistiéndolo" en cuanto necesitado, pero librando a la sociedad de su indeseable y peligrosa presencia.

Para sustituir o servir como "alternativa" a los manicomios de la Canoa y de San Hipólito, el gobierno inaugura, en 1910, el Manicomio General de México, o La Castañeda como es

---

[1] Ajenjo, Carlos Rodríguez. Salud mental y sociedad - Notas en torno a la locura, la cordura y el orden capitalista, Memorias del I Curso Internacional de Investigación en Salud Mental, Quito, 1989, p. 11.

conocido, obedeciendo a las exigencias de la medicina de entonces, que apuntaba la necesidad de un espacio exclusivo para el encierro de los insensatos, si es posible en las afueras de la ciudad. Además de estas exigencias arquitectónicas, la psiquiatría ya prescribía el tratamiento bioneurológico y adoptaba los modelos nosográficos de clasificación. De esta manera, "el Estado dispone finalmente de un sólido instrumento de control sobre las conductas 'anormales' y, simultáneamente, demuestra su 'modernismo', ya que propone, con la construcción de la 'Castañeda', los mismos modelos psiquiátricos vigentes en los países europeos, que constituían la 'vanguardia' de la psiquiatría académica".[2]

La eficiencia del manicomio de La Castañeda es defendida por los representantes de la psiquiatría positivista del inicio del siglo XX, como se puede observar en las declaraciones del doctor Calderón Narváez, citadas por Martini: "con un cupo que se calculó no pasaría de 800 a 1000 enfermos, el Manicomio General llegó a alojar a 3500 enfermos, cumpliendo firme y calladamente con su papel asistencial, sin rechazar jamás a un enfermo, atendiendo a las clases económicas más débiles del país, formando a generaciones de psiquiatras mexicanos que en este viejo recinto aprendieron a atender, a querer y a comprender a nuestros enfermos mentales".[3]

La función clasista del manicomio y su carácter represivo quedan abiertamente expuestos a través de las declaraciones del doctor Calderón Narváez, aunque los psiquiatras insistan en entender a estos hechos como consecuencia de la función asistencial cumplida exitosamente y de la eficiencia de La Castañeda. Evidencia además, la importancia de esta institución en la formación de los recursos humanos, es decir, La Castañeda fue un local privilegiado para la práctica de la psiquiatría positivista, sofisticándose con la adopción de las terapias electroconvulsivas y químicas, como convenía a los grandes manicomios de entonces.

Pero con el correr del tiempo, las críticas van creciendo en contra de La Castañeda, y en los años 50, la población denuncia su carácter represivo y el tratamiento cruel dispensado a los internos, además de sobrepoblación, promiscuidad, corrupción administrativa, etc, llevando el Estado a proponer una reforma en la estructura manicomial, "reconfigurada en un esquema hospitalario que preserva los elementos esenciales del antiguo manicomio".[4]

Es posible que haya ocurrido en México, a ejemplo de lo registrado en Europa, un movimiento al interior de la propia psiquiatría, apuntando la urgencia de pequeños ajustes en el funcionamiento de las instituciones manicomiales, con el fin de permitir el cumplimiento de su presunta función de cura. En La Castañeda se mezclaban indistintamente todos los internos, es

---

[2] Martini, Claudio, El fin del manicomio, Ed. Nueva Sociología, México, 1983, p. 162.

[3] Idem pp. 162-163

[4] Ajenjo, Carlos Rodríguez. (Im) Posibilidades de un cambio, Mimeo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1984, p. 3.

decir, niños, adultos, hombres, mujeres, alcohólicos, psicópatas, epilépticos, dementes, etc., imponiéndose la necesidad de organizarlos en una "vasta huerta", como lo diría Foucault, además de identificar a los "verdaderos" insanos para que así la psiquiatría pudiera demostrar toda su eficacia.

De acuerdo a Martini, la "Operación Castañeda", como se llamó al reemplazamiento del sistema manicomial tradicional por una "organización más ágil y capilar", se debió fundamentalmente a dos "factores". El primero se refiere a los cambios en la economía mexicana, que promueve la transferencia de la estructura productiva y administrativa hacia la capital del país, generando un gran flujo migratorio para esta región y provocando el surgimiento de graves problemas en areas como habitación, empleo, alimentación, etc. Martini aclara que "el flujo migratorio y la consecuente marginación sufrida por capas cada vez más extensas de la población, determinó un aumento vertiginoso de conductas 'antisociales' y trastornos psíquicos no gestionables al interior de una institución centralizada".[5] El segundo habla no sólo respecto al aumento de la marginalidad social sino a su diversificación. El aumento de conflictos sociales surgidos en esta nueva organización urbana produce la aparición de nuevos problemas como la farmacodependencia, el aumento del alcoholismo, las enfermedades psicosomáticas, etc., incidentes en una vasta población compuesta por "sujetos heterogéneos como los jóvenes desempleados, los ancianos, las amas de casas proletarias, los trabajadores eventuales, marginación que requiere soluciones más adecuadas que el internamiento manicomial".[6]

A fines de los años 60, "después de estudiar varias alternativas", el Estado mexicano tiene concluida una "profunda reforma" del aparato manicomial. Esta "nueva" estructura presenta dos niveles de atención. El primero es integrado inicialmente por dos hospitales psiquiátricos, el "Fray Bernardino Alvarez", para adultos, y el "Dr. Juan N. Navarro", para niños y jóvenes hasta 18 años, y "tres granjas para rehabilitación de enfermos recuperables", además de seis hospitales psiquiátricos en el interior del país. Todas estas unidades son dirigidas por la División General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En este nivel de atención son incluídos también todos los servicios privados, distribuidos entre sanatorios, clínicas y hospitales particulares que, si bien no son resultantes de la planeación gubernamental, adoptan los mismos procedimientos de la psiquiatría clásica.

El aparato estatal psiquiátrico de primer nivel, aunque haya sufrido modificaciones radicales en lo que se refiere a la arquitectura y localización, sigue reproduciendo las modalidades tradicionales de gestión, enmarcadas por la misma violencia institucional que caracterizaba al aparato anterior. En el "Fray Bernardino Alvarez", la modernidad y diversificación de las instalaciones tienen poco o ningún interés para los internos, puesto que siguen encerrados bajo

---

[5] Martini, Claudio. El fin del manicomio. Op. cit. p. 163.

[6] Ibidem

llave. En el "Dr. Juan N. Navarro" ocurre lo mismo, ya que los internos pasan todo el tiempo en los pabellones, ora encerrados en los dormitorios, ora confinados en los patios.

En las granjas para "rehabilitación de los crónicos", la ubicación geográfica rural no impide que se sepa de toda la crueldad a que son sometidos los internos. En el año de 1978, la periodista Teresa Gurza publicó una serie de reportajes, resultado de sus visitas a las granjas, de las cuales se van transcribir algunos fragmentos que ilustran de forma contundente el horror existente en estos lugares, aunque no esté señalado aquí a cual institución se refiere cada uno de lo fragmentos seleccionados. "La situación de los enfermos en estas granjas es peor o igual que en 'La Castañeda'. Cierto que trasladaban a los enfermos a unos hospitales nuevos y llenos de luz, pero con ellos se trasladó el mismo personal, la misma corrupción, los mismos vicios (...) ... se han convertido en receptoras [las granjas] de todo tipo de problemas sociales y políticos causados por una sociedad como la nuestra (...) todo aquel que la sociedad rechaza y condena es olvidado en alguna de las granjas para siempre. Su suerte [del interno] está además, influida en forma negativa por las condiciones de alimentación, higiene y tratamiento médico en las que viven. (...) Diariamente y a la misma hora se les distribuye en forma indiscriminada a todos pastillas de vitamina B; a algunos se les dan pastillas amarillas (Largactil) que los 'ponen a girar', decían ellos, y que les producen tal terror que a los que van a visitarlos les piden dinero para pagarles a los médicos y enfermeras para que no se las den. (...) La mayoría de los enfermos, sin importar su sexo o su edad, están desnudos. Algunos se tapan con delgadas cobijas, pero carecen de zapatos. (...) Todos tiritan. La región es fría y el aire corta la piel. (...) Los alimentos les son servidos en pocillos y botes de metal abollados que no alcanzan para todos. No hay cubiertos, todos comen con las manos. (...) ...leche y huevos deshidratados, pescado seco e aceite. Esta, que debería ser una dieta complementaria, es aquí la básica. (...) La leche está tan adulterada que parece agua de horchata. (...) Una sola vez a la semana comen carne.(...) Delgados, delgadísimos, con grados visibles de desnutrición, encuentro aproximadamente a 50 enfermos de todas las edades - 4 a 60 años-, encerrados en una inmensa jaula. (...) Al igual que las demás áreas del hospital están llenos de materia fecal, orines y humedad con salitre.. (...) La delgadez de los niños es extrema. Recuerdan a los niños de Biafra.(...) La desnutrición, la falta de higiene, la falta de ropa y el baño de agua helada a chorro de manguera, ocasionan un alto nivel de mortalidad. (...) De los 551 enfermos... según datos del propio hospital, sólo 141 no están desnutridos. Los demás lo están en grados uno, dos y tres. (...) Ciento y cuarenta y tres pequeños, el mayor de 8 años, pasan ahí unos días sin fin. (...) La mayoría están desnudos. Algunos amarrados a las sillas permanecen al cuidado de una enferma mental que les pega y les grita. Muchos gimen desconsoladamente, se encogen para adoptar la postura de fetos y se chupan el dedo. (...) Los niños están separados de los adultos sólo para dormir. Cuando están fuera y los enfermos son llevados a las enormes jaulas, comparten con los adultos el castigo. La promiscuidad es terrible. (...) Hombres, mujeres y niños son encerrados

dentro de enormes jaulas con candados, todos desnudos.(...) Los enfermeros y funcionarios embarazan a las muchachas".[7]

Para complementar el primer nivel de atención, que muestra su eficacia al recluir a los "crónicos, agudos y peligrosos", para los cuales se prescribe el encierro manicomial definitivo, se añade el segundo nivel, que se ocupa de la "manipulación de la comunidad mediante la ideología de la prevención, es decir, la corresponsabilización de la comunidad en las políticas institucionales del Estado".[8] Este nivel es integrado por centros de salud mental, servicios de urgencia y hospitalización parcial y talleres de terapias ocupacionales, conformando una estructura en que se lleva a cabo la política del "sector" francés y se enfatiza la importancia de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Como lo aclara Martini[9] , de una manera general, los programas de medicina comunitaria constituyen una estrategia que genera repercusiones importantes en distintos niveles: es importante políticamente porque posibilita una cierta legitimación del Estado al poner de relieve su "preocupación" en prestar asistencia a las camadas desposeídas de la población; a nivel social se revela como un instrumento eficaz en la manipulación de los sectores populares, imponiéndoles modalidades de asistencia sectorial y burocrática, en detrimento de sus exigencias particulares; a nivel económico constituye un canal decisivo para inducir al consumo masificado de medicamentos, generando lucros para la industria farmacéutica, además de reforzar la concepción biologicista de la enfermedad, oscureciendo su determinación histórica y social. La psiquiatría comunitaria mexicana ha sido desarrollada de manera que cumpla con todas estas funciones, involucrando a los sectores populares, a través de iniciativas populistas, e ideologizando a estos mismos sectores en la medida en que sólo la "participación" garantiza la oferta de determinado servicio; servicio éste, de carácter estrictamente asistencial sin presentar ninguna demanda que ponga en riesgo a las condiciones estructurales dadas.

Todavía, los objetivos expuestos en el programa de salud mental comunitaria, como lo aclara Martini[10] son: sustitución de los hospitales cerrados por establecimientos abiertos, reduciendo el número de camas y adoptando nuevas modalidades terapéuticas con énfasis en la relación con la comunidad; adopción e intensificación de nuevas terapias farmacológicas, con el fin de disminuir la permanencia del enfermo en el hospital, además de promover cambios en la conducta y en las relaciones personales; integración de los programas de salud mental a los demás programas de salud pública; aumento y diversificación de los canales de comunicación con las comunidades y elaboración de programas adecuados.

---

7 Gurza, Tereza. "¿Quiénes llegan a los hospitales psiquiátricos?", Silvia Marcos (Coordinadora) en: Manicomios y prisiones. Red Ediciones, México, 1983, pp. 72-90.

8 Martini, Claudio. El fin del manicomio. Op. Cit. p. 166.

9 Idem pp.166-167

10 Idem pp. 165-166

Por detrás de estos objetivos declarados, subyacen aquellos que la psiquiatría dominante intenta enmascarar, como el de su alianza con la medicina comunitaria, objetivando su propio fortalecimiento a través de la ampliación de su campo de acción. La intención de "modernizar" los servicios psiquiátricos cumple la doble función de evitar las críticas en contra del aparato institucional, al mismo tiempo, que permite el fortalecimiento de su penetración social, además de representar una importante disminución en la inversión de presupuestos estatales, ya que sustituye una estructura hospitalaria de altos costos y dudosa eficacia por un sistema, que sobre todo, tiene la enorme ventaja de ser de bajo costo, que atiende "principalmente a los sectores pobres no asalariados, denominados ambiguamente 'comunidades."[11] Por otra parte, es falso plantear que hubo una disminución del número de camas porque, además de la creación de las 11 instituciones que sustituyeron a La Castañeda, surgieron posteriormente "16 instituciones más, que suman alrededor de un total de seis-siete mil camas para internamiento. (...) han proliferado también los pisos psiquiátricos en los hospitales como el IMSS, el ISSSTE, etcétera."[12]

Otra cuestión que debe ser aclarada se refiere a la identificación de los estratos sociales a los cuales van dirigidos las intervenciones psiquiátricas. Aunque no se tenga datos para estimar cuantitativamente la clientela, es cierto que hay una práctica psiquiátrica privada, destinada exclusivamente a los sectores privilegiados, llevada a cabo principalmente en los consultorios particulares y que se basa fundamentalmente en el enfoque psicodinámico, principalmente psicoanalítico. Hay también una práctica privada, desarrollada en sanatorios o clínicas particulares, destinada a quienes pueden pagar sus costos, y que tienen la misma orientación de la práctica estatal. Lo que es necesario señalar es que la práctica psiquiátrica estatal, seguida en los hospitales psiquiátricos o en los hospitales generales y centros de salud mental comunitarios, o igualmente en la llamada "seguridad social", que reúne "un enfoque organicista, la reclusión hospitalaria y una formulación terapéutica que pretende 'curar el cuerpo' para curar la mente (basada en fármacos principalmente)... no es privativa de 'los pobres' (como bien frecuentemente se trata de hacer creer), aunque sí mantiene diferencias en torno a algunos de sus aspectos secundarios de la atención ya se trate de una clase social o de otra, pero es extensiva a ambas".[13]

La psiquiatría clásica mexicana, aunque haya sido influenciada sobre todo por la psiquiatría francesa, consiguió, a lo largo de su desarrollo, constituirse en un práctica específica y diferenciada en sintonía con las condiciones histórico-sociales desde donde emergió,

---

[11] Idem p. 166

[12] Cooley, Eduardo. "Desarrollo institucional de la atención del psiquismo en México", Silvia Marcos (Coordinadora) en: Manicomios y prisiones, Op. cit. p. 59.

[13] Rodrigues Ajenjo, Carlos. (Im) posibilidades.... Op. cit. p. 2.

autorizando así que se hable de una "psiquiatría nacional", según lo considera Rodríguez Ajenjo.[14]

El México colonial consintió, durante algún tiempo, que las órdenes religiosas se encargaran del destino de los insensatos, pero luego las abolió a mediados del siglo XIX y tomó para sí tal responsabilidad, significando el surgimiento de una alianza duradera entre psiquiatría y Estado. En la conformación y consolidación del Estado capitalista mexicano, la inclusión de la locura en el rol de las desviaciones sociales, permitió el desarrollo de importantes mecanismos de control social y esto se dió en dos vertientes. En primer lugar, tratando de elaborar y difundir un discurso médico sobre la locura, además de ocuparse del destino de los insensatos y, en segundo lugar, tratando de fijar a la salud mental como un bien que debe ser alcanzado y anhelado por todos y, por otra parte, a la enfermedad mental como aquello que no debe de ser.

La estrecha vinculación de la psiquiatría con el Estado mexicano se presenta sobre todo, a partir de la revolución de 1910-1917, conllevando a una "original práctica estatal, cuya utilidad fundamental para el conjunto del sistema enfatiza más en la salud mental de la población, que sólo en la atención de la patología, aún y cuando centre su atención en el campo de la patología mental".[15] Si bien el discurso dominante de tener a la salud mental como objetivo y a la enfermedad mental como alejamiento de esta condición óptima, su elaboración particular en México ha contribuido para que la psiquiatría institucional no haya necesitado de cambios radicales. La Operación Castañeda sirve de ejemplo porque se percibe claramente en ella, que los cambios no fueron mucho más allá de modificaciones administrativas y de arquitectura pero, los presupuestos teóricos y la práctica psiquiátrica siguieron igual.

Rodríguez Ajenjo aclara que la capacidad de la psiquiatría mexicana de mantenerse sin la necesidad de cambios importantes se debe a dos hechos. El primero habla con respecto a la inexistencia de un fuerte movimiento, interno y externo a la psiquiatría, capaz de imponer la necesidad del cambio. El segundo apunta sobre la estrecha vinculación de la psiquiatría con el Estado, lo que la conforma como práctica estatal misma y tiene un doble efecto contrastado, es decir, significa su fortaleza pero también su relativa autonomía. "Poner en jaque a la psiquiatría en México es atentar directamente contra el Estado mexicano y esto no es tan sencillo. Por eso también, la psiquiatría mexicana se permite el lujo de sentarse a la mesa con sus críticos, de tolerar cierto nivel de disidencia en su interior y aceptar, refuncionalizando para sí, experiencias innovadoras siempre y cuando permanezcan bajo su control".[16]

---

14 Rodríguez Ajenjo, Carlos. "Práctica institucional psiquiátrica en México", Silvia Marcos (Coordinadora) en: Manicomios y prisiones, Op. cit. p. 52.

15 Idem pp. 52-53

16 Rodríguez Ajenjo, Carlos. "Práctica institucional..." Op. cit. p. 54.

El autor alerta que, decir que la fortaleza de la psiquiatría mexicana estriba en su incrustación en el Estado no responde todo, porque a pesar de las crisis que los gobiernos han enfrentado y de las "tormentas sexenales", la psiquiatría sigue incólume. Profundizando en este análisis, Rodríguez Ajenjo presenta algunas hipótesis que pueden explicar porque la fortaleza de la psiquiatría mexicana no es determinada coyunturalmente, sino estructuralmente. Las características de esta psiquiatría, además de acordes con el patrón y con las especificidades del desarrollo capitalista mexicano, son acordes también con las particularidades del Estado que se consolida después de la revolución. "No es coyuntural, entonces, que un grupo con una concepción totalmente funcional de la sociedad se incruste en el poder de la misma y hegemonice la práctica ejercida sobre los 'desviados' sociales (...) Resulta entonces un hecho estructural a la misma (...) Y en términos de la actual crisis, la psiquiatría más institucionalizada ha logrado, en su debilidad teórico-práctica, constituir un bloque casi monolítico que enfrenta la situación reforzando su propia concepción y cerrando aún más los poros institucionales, marginando aún más a la institución del resto de la sociedad".[17]

En el Programa Nacional de Salud Mental para el período 1989-1992 se pueden observar los contenidos teóricos, objetivos y estrategias de esta política pública. La enfermedad mental es vista como un desajuste a nivel biológico individual, considerando las vertientes psicológica y mental, que se registran como producto de fenómenos ambientales, económicos y sociales. Estos desajustes derivan en trastornos de la conducta en los cuales la peligrosidad para sí, para los demás y para la propiedad privada es ejemplificada a través de la farmacodependencia, el alcoholismo, el suicidio y los daños a bienes o personas.

La complejidad de la totalidad social es fragmentada en unos cuantos factores que explican la incidencia y el aumento de las enfermedades mentales. Además de lamentar la insuficiencia de recursos y la poca importancia de la atención a la salud mental, en función de otros problemas como explosión demográfica, enfermedades infecciosas, desnutrición, contaminación ambiental, etc, se vislumbra una perspectiva poco alentadora hasta el fin del siglo debido también, a la amenaza de crisis económica, desdoblada en recesión, inflación y desempleo. De esta manera, el documento anuncia el crecimiento acelerado de la enfermedad mental en función, entre otras, de las siguientes premisas: "relación directa entre fenómenos migratorios y la aparición de enfermedades mentales (...) fuentes de tensión [que] se incrementan paralelamente a factores de industrialización, explosión demográfica y urbanización (...) los problemas de salud mental aparecen con más frecuencia en las clases desprotegidas".[18] Para finalizar este razonamiento muy peculiar, la psiquiatría institucional agrega y concluye: "Hay motivos para pensar que la prevalencia de las enfermedades mentales habrá de aumentar debido a la prolongación de la expectativa de vida, las posibilidades mayores de sobrevivir que hoy tienen los enfermos mentales y la complejidad de la vida cotidiana, así como las tensiones que

---

[17] Rodríguez Ajenjo, Carlos. (Im) Posibilidades.... Op. cit. p. 4.

[18] SSA, Dirección General de Salud Mental, Programa Nacional de Salud Mental 1988-1992, México, pp. 1-2.

genera. Además, el número de enfermos mentales tenderá a aumentar proporcionalmente al crecimiento de la población".[19]

Los planteamientos gubernamentales que buscan el perfeccionamiento de los servicios de salud mental incluyen la descentralización, la ampliación de la cobertura, la participación comunitaria, la mejoría en la calidad de la atención, el incremento de las actividades de investigación, la capacitación de recursos humanos, la recuperación y modernización de la red de servicios y la mejoría en la producción estadística. Para lograr estos objetivos, son propuestas estrategias y actividades que deben ser desarrolladas para el fortalecimiento del servicio estatal de salud mental.

En 1969, técnicos de la OPS, reunidos en Chile, recomendaron la descentralización como medio facilitador para la inclusión de los programas de salud mental a los planes generales de salud, de donde se concluye que la medida no es tomada con la intención de democratizar a los servicios, sino la de ampliar el control de la población. A nivel de la estructura institucional central, es prevista la creación de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud y la constitución de la Dirección General de Salud Mental por la Dirección de Area de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, encargadas de las actividades normativas. A los estados, municipios y "comunidades" les corresponderá desarrollar actividades operativas, o sea, las de programación, supervisión, evaluación, aplicación y vigilancia de la normatividad emitida a nivel central, de manera de tornar "autosuficientes los servicios estatales". En 1988, el proceso de "normatividad centralizada" y "descentralización operativa" cubrió 14 estados, pero esta descentralización se refirió fundamentalmente a la transferencia de responsabilidad de operación de los hospitales psiquiátricos hasta entonces federales. Aun así, se reconoce que en este proceso se han encontrado dificultades y en algunos estados las condiciones de funcionamiento han empeorado: "este desarrollo de los servicios no ha sido uniforme, ya que hay estados en que la indiferencia de las autoridades de salud locales se traduce en abandono y descuido de los servicios, habiendo algunas entidades federativas que no tienen ningún recurso para atender a la salud mental de la población, ya que los recursos disponibles se emplean para cubrir otras necesidades".[20] Todavía, el documento revela que a nivel central se logró avanzar bastante en la elaboración de las normas que se dirigen a uniformar las acciones de control estatal en lo que se refiere a la "enfermedad mental" y que deben ser cumplidas en todo el territorio mexicano.

Además de unos cuantos documentos y guías, fueron elaboradas normas para la prestación de servicios de atención médica en hospitales psiquiátricos y en hospitales generales, normas para

---

[19] Idem p. 4

[20] Idem pp. 36-36

la atención a la salud mental en el nivel primario y normas para atención del "enfermo" alcohólico y del farmacodependiente.

Bajo la justificación de superar formas atrasadas de atención psiquiátrica que implican la exclusión y segregación de los enfermos en los hospitales psiquiátricos, pero en verdad con el interés de difundir sus tentáculos por todo el conjunto social para ampliar el control y extender las relaciones de poder, la psiquiatría estatal reivindica su inclusión en los programas generales de salud. Reivindica ser aceptada en los centros de salud y en los hospitales generales, en donde puede manejar un "volumen importante de enfermos", además de detectarlos en la fase inicial del padecimiento, conjugando así, las labores preventivas con la reducción de gastos, ya que estos enfermos podrían posteriormente requerir camas de una institución especializada.

La participación comunitaria es apuntada como una panacea: ..."la participación de las personas en las actividades para el desarrollo de su comunidad como sería organizarse para instalar el agua potable, luz, drenaje, etc., puede tener efectos para el desarrollo de la salud-mental, en el sentido de autoestima, la pérdida del anonimato, favorecer el arraigo, sentimiento de pertenencia a un grupo y disminución del aislamiento social. (...) La participación de la comunidad en actividades para el cuidado de su propia salud mental, ha de ser promovida fundamentalmente por el personal de primer nivel, que promoverá la responsabilidad de la familia y de los grupos sociales de participar en la toma de decisiones y en la ejecución de los proyectos. Esta participación a través de sus grupos organizados es determinante para poder alcanzar las metas planeadas en los programas de salud mental. (...) La participación de la comunidad es un factor determinante para las acciones de prevención en salud mental, así la existencia de grupos organizados, deportivos, culturales y cívicos, propician la cohesión social, la mejor utilización del tiempo libre y una mayor armonía en la dinámica familiar (...) [hay que buscar] particularmente a quienes ejercen mayor influencia social, como maestros, médicos, dirigentes cívicos y religiosos, [para adiestrar] acerca de la naturaleza de los problemas e instruirlos para que sean capaces de identificarlos oportunamente.[21]

Estas formulaciones y estrategias permiten percibir claramente las intenciones de carácter ideológico implícitas en las políticas de salud mental. En primer lugar, está el interés en difundir nuevos conceptos sobre la "enfermedad mental", "capacitando" un gran grupo de personas para que pueda actuar como vigilante en la detección temprana de las conductas desviadas, comprometiéndolo además con el destino que se va dar a estos sujetos. Tal estrategia significa, a nivel más general, manipular a la población, haciéndola corresponsable por la política estatal de salud mental. En segundo lugar, al mismo tiempo en que responsabiliza a la población por sus condiciones de salud mental, plantea la necesidad de intervención del Estado. Se pretende que esta intervención sea vista como demostración de interés del Estado por el bienestar de todos, lo que contribuye para su legitimación, pero en verdad, lo que se busca es un

[21] Idem pp. 18-19-31-32

amplio control social. La manipulación llega al extremo, cuando son anunciados con desfachatez los presuntos beneficios psicológicos derivados de la participación comunitaria. Además de manipular las necesidades legítimas de la población, condiciona el recibimiento de servicios básicos, como el agua, luz y drenaje, a la participación, vista como actividad que contribuye al buen desarrollo de la salud mental. La inclusión, "de manera natural", de la psiquiatría en los planes de salud en general, y específicamente en las actividades de atención primaria, representa el cierre con "broche de oro" del proceso de aproximación de la psiquiatría al tronco común de la medicina y más que nunca, avalada por ésta, diversifica, perfecciona y sofistica sus mecanismos de control social.

La enfermería como práctica social

La enfermería es una práctica social históricamente determinada que sólo puede ser entendida si se rescata su desarrollo en el contexto de los distintos modos de producción, observando también sus relaciones con otras instancias de la estructura social, porque son estas relaciones las que van a dar elementos que permitan entender sus características propias, contradicciones, conflictos e indefiniciones.

Los que se han dedicado a la recuperación y construcción de la historia de la enfermería, por lo general la subdividen en dos momentos bien diferenciados. El primero es designado como pre-profesional o tradicional, mediado por el modelo religioso, y se extiende desde los albores del cristianismo hasta fines de la Edad Media, avanzando aún por el llamado período obscuro o decadente de la enfermería, que corresponde al período de transición del feudalismo al capitalismo. La enfermería moderna o profesional surge con la medicalización del hospital, en la fase inicial del capitalismo, llegando hasta los días actuales, y aunque presente particularidades de acuerdo a la sociedad en la que está insertada, tiene el trazo común de las contradicciones internas dictadas por el modelo de desarrollo capitalista.

El hombre primitivo creía que todos los seres vivos y hasta los inanimados eran portadores también de espíritus malignos y la enfermedad surgía como manifestación de estas fuerzas sobrenaturales. A los hechiceros y brujos les correspondía la tarea de curar a los enfermos y para lograrlo, utilizaban una terapéutica en donde mezclaban magia, religión y hierbas, adoptando procedimientos que exigían una cierta sabiduría y conocimiento de fórmulas y rituales al que sólo un pequeño grupo tenía acceso. Las mujeres de las familias eran encargadas de los cuidados al enfermo, actividad complementaria necesaria para la cura, pero que no necesitaba de conocimientos especiales, sino de aquellos que se acumulaban en la experiencia diaria del cuidado de niños y ancianos en el ámbito familiar.

Aunque no se tengan registros detallados sobre el cuidado de los enfermos incluso en la fase inicial de la civilización, esto es, en el modo de producción esclavista, es sabido que no existieron, en este período, grupos organizados de mujeres que se dedicaran exclusivamente a estas labores. Las actividades complementarias a la cura seguían siendo atribuidas a las mujeres de las familias de los enfermos, sin necesidad de ningún tipo de entrenamiento formal, sino aquellos acumulados en la experiencia familiar cotidiana. Lo novedoso es que entre los griegos y los romanos, el cuidado de los enfermos empieza a reunir mujeres y esclavos, conjugación que puede ilustrar la falta de prestigio de esta labor, porque la inclusión ocurre en el momento en el que el trabajo en general es considerado una actividad vergonzosa, indigna a los hombres de bien y sólo compatible con los esclavos.

Pero el modo de producción esclavista se convierte en un freno para el desarrollo de la sociedad y empieza a declinar. Los esclavos son tratados con crueldad y esto acorta sus vidas; el

resultado del trabajo no les interesa; los instrumentos son primitivos y la productividad es baja; los pueblos bárbaros atacan constantemente a los pequeños productores independientes que son expulsados, entregando las tierras a los terratenientes a cambio de protección, dando origen así a la servidumbre de los primeros; el cristianismo gana espacio hasta volverse dominante, conformando una ideología religiosa que va a explicar todos los fenómenos ocurridos entre los hombres. El modo de producción esclavista se desintegra dando lugar al régimen feudal.

El cristianismo en su principio tiene como seguidores a los esclavos, a los campesinos pobres y a todo el contingente humano oprimido, a los cuales prometía la posibilidad de derrota de sus opresores, por supuesto, con ayuda celestial. Pero, en la medida en que se van adhiriendo las capas pudientes y mientras el imperio romano se desintegra, el cristianismo se reformula internamente, desechando la posibilidad de instauración del reino de Dios en la tierra, poniendo en un "primer plano sus ideas acerca de la resignación ante las fuerzas de este mundo, de la perseverancia, del perdón y del sometimiento al destino".[1] En la Edad Media, la Iglesia intensifica su restructuración interna a través de la construcción de una jerarquía eclésiastica rígida, del establecimiento de las tesis doctrinales y de los rituales, difundiendo entre los hombres el desprecio por el cuerpo y por la vida terrenal, exaltando las glorias de la vida eterna en el reino de Dios, alcanzado en el post-morten. La Edad Media santifica la miseria en su totalidad, enredándola en una dialéctica de la humillación y de la gloria, reconociendo al miserable como el "pretexto enviado por Dios para despertar la caridad del cristiano y darle ocasión de ganarse la salvación".[2]

La Iglesia organiza y comanda la caridad durante casi toda la Edad Media y, además de incitar a los cristianos a practicarla individualmente, crea órdenes religiosas encargadas, entre otras labores, de ayudar a los menesterosos de cualquier naturaleza, incluso a los enfermos. Surgen así las órdenes monásticas en donde la medicina es ejercida sobre todo por los clérigos que prestan sus servicios bajo el signo de la caridad, mientras el cuidado de los enfermos es encargado a las monjas-enfermeras, sometidas a los principios del conformismo, disciplina y obediencia, principios que además traspasan todo el cuerpo social.

Almeida, citando a Delaughery, aclara que no hay evidencias de que hayan existido grupos organizados de mujeres dedicadas al cuidado de los enfermos antes del cristianismo. Así, la enfermería tradicional o pre-profesional nació del y con el cristianismo, resultando en una labor mediada por el modelo religioso que no perseguía la cura, sino la salvación del alma de la enfermera, alcanzada a través del cuidado y además salvaba al propio enfermo. "Os ideias de fraternidade, serviço, caridade e autosacrifício foram pregados pelo cristianismo. Tais grupos de trabalho [mulheres enfermeiras], cuja função principal era cuidar do doente e necessitado, desenvolveram-se e organizaram-se como diáconos e diaconisas. Cuidar do pobre era meio de

---

1 Blauberg, I. V. Diccionario marxista de filosofía, Ediciones de Cultura Popular, México, 1988, p. 62.

2 Michel Foucault. Historia de la locura en la época clásica I, FCE, México, 1986, p. 97.

expiação do pecado. A enfermagem, como uma função da igreja ligada à velha idéia contemplativa, prevaleceu até depois do desenvolvimento da enfermagem como atividade secular".[3] La labor de las diaconisas es descrito por Dolan: "as diaconisas empenhavam-se em praticar o Corporal Works os Mercy, que consistia en alimentar o faminto, dar água ao sedento, vestir o despido, visitar o prisioneiro, abrigar o desempregado, cuidar do doente e sepultar o morto (...) O cuidado consistia em dar banho nos pacientes, especialmente aqueles que tinham doenças transmissíveis e estavam febris, fazer curativos, incluindo aplicação de compresas nas áreas quiemadas, dar alimento e dieta líquida e proporcionar conforto físico e espiritual a todo paciente especialmente ao moribundo".[4]

Las cruzadas tuvieron como una de sus importantes consecuencias la creación de innumerables hospitales y el surgimiento de órdenes militares de enfermería que actuaban bajo orientación de la Iglesia, incorporando la jerarquía y el respeto a los superiores y a los principios ya vingentes de orden, disciplina y obediencia. Pero además de las órdenes militares, surgen también las órdenes seculares, integrada por laicos de ambos sexos, pero sobretodo por mujeres. Todas estas organizaciones van a estar dedicadas al cuidado de los enfermos y aunque hayan aumentado los lugares de práctica y el contigente de personas atendidas, los procedimientos siguen extremadamente sencillos.

El advenimiento de todas estas órdenes enmarca lo que se podría llamar de introducción de la enfermería en el hospital, conformando una labor revestida del principio religioso de un presunto amor al prójimo, que termina por imprimirle matices de sacerdocio que van permanecer durante muchos siglos. Conviene recordar, conforme explica Foucault[5] , que el hospital medieval no es destinado a la cura sino a la asistencia y a la segregación del enfermo pobre y que el personal hospitalario, religioso o laico. no tiene preocupación por la cura, sino más bien que, busca estos espacios para hacer la caridad, con la cual piensa poder salvar su alma.

La evolución de la práctica del cuidado de los enfermos. que en las sociedades primitivas es limitada a las mujeres de las familias del enfermo, pasa, en el inicio de la civilización, a ser compartida también por los esclavos y en el feudalismo es monopolizada por las religiosas. Pero al margen de las orientaciones de la Iglesia medieval, las mujeres curanderas y parteras siguen desarrollando sus labores, destinadas sobre todo a la población campesina: "por siglos las mujeres fueron doctores sin grado, aisladas de libros y lecturas, aprendiendo de cada una y pasando experiencia de vecina a vecina y de madre a hija. Fueron llamadas *mujeres sabias*

---

[3] Deloughery, G. L., citado por Maria Cecília Puntel de Almeida y Juan Stuardo Yazlle Rocha en: O saber da enfermagem e sua dimensão prática, Cortez Editora, São Paulo, 1986, p. 32.

[4] Dolan , J. A., citado por Maria Cecília Puntel de Almeida y Juan Stuardo Yazlle Rocha. O saber da enfermagen... Op. cit. p.37.

[5] Foucault, Michel. Microfísica do poder, Graal, Rio de Janeiro, 1989, pp.101-102.

(cursiva del autor) por la gente, brujas o charlatanas por las autoridades".[6] Estas mujeres representaban una amenaza a la Iglesia, detentora del arte de curar, puesto que eran empiristas: "confiaban en su sentido más bien que en la fé o en la doctrina; creyeron en la prueba y el error, en la causa y el efecto".[7] La Santa Inquisición promueve el asesinato de estas mujeres, calificándolas de brujas por el delito de curar.

Intentando explicar la falta de poder y prestigio característicos de la enfermería en la fase capitalista, Silva[8] analiza la trayectoria de esta práctica en los períodos anteriores, comparándola también con la historia de la medicina y apuntando la constitución de saberes propios como parte explicativa del poder y prestigio diferenciados. El desarrollo de la medicina fue basado en la existencia de un saber especializado, transmitido inicialmente de una generación a otra de forma oral y posteriormente, a través de la escrita, adquiriendo complejidad y profundidad creciente. En cambio, la historia de la enfermería pre-profesional da cuenta de una práctica social que nació vinculada a las actividades domésticas, dependiendo unicamente del empirismo de las madres de familia, esclavos y religiosas, es decir, detentora de un saber de sentido común, diseminado en el medio social y destituido de cualquier conocimiento especializado o propio.

Silva recurre a Foucault para aclarar la relación entre poder y saber, rescatando del autor la afirmación de que poder y saber estan implicados mutuamente, es decir, toda relación de poder equivale a la constitución de un campo de saber y, reciprocamente, todo saber constituye nuevas relaciones de poder. Foucault amplia la discusión sobre el poder y propone la genealogía como táctica para liberar de la sujeción a los saberes dominados, no exactamente en contra de contenidos, métodos y conceptos de una ciencia, pero sí en contra de los efectos de poder centralizadores que advienen del discurso científico. Saber dominado, de acuerdo a Foucault, debe ser entendido, por una parte, "como os conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais [e por otra parte como] uma série de saberes que tinham sido desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade. Foi o reaparecimento destes saberes que estão embaixo - saberes não qualificados, e mesmo desqualificados, do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro (...) que chamarei de saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso mas, ao contrário, um saber particular, regional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que só deve sua força à dimensão que o opõe a todos aqueles que o circundan"(...).[9]

---

[6] Ehrenreich & English, citado por Cristina Melo en: Divisão social do trabalho e enfermagem, Cortez Editora, São Paulo, 1986, p. 34.

[7] Idem p. 36

[8] Silva, Graciette Borges. Enfermagem profissional - análise crítica, Cortez Editora, São Paulo, 1986, p. 29-65.

[9] Foucault, Michel. Microfísica.... Op. cit. p. 170

En la raíz de la constitución del saber de los agentes de enfermería como saber dominado, subyace la división social y sexual del trabajo en las sociedades de clase, que descalifica el trabajo femenino respaldándose en una presunta inferioridad biológica de la mujer, considerada apta solamente para las tareas más sencillas. Si es indicustible que el trabajo de la enfermera está asociado en su origen al trabajo femenino, puesto que el cuidado del enfermo se queda a cargo de la mujer en el ambiente familiar, Melo recurre a Lorguia & Dumoulin para invalidar la premisa de que esta división tenga atributos naturales al margen de la influencia de la actividad humana: "não é por natureza que a mulher realiza as tarefas domésticas. Os estudos etnológicos dos povos pré-classistas desmetiran a imagen tradicional do século XIX segundo a qual as mulheres, desde as mais antigas épocas, se teriam espontaneamente dedicado a fiar e a cozinhar... A ciência burguesa produziu numerosas teorias destinadas a provar a inferioridade biológica da mulher... psicanalistas, biológos, médicos, sociólogos e antropólogos burgueses elaboraram um número impresionante de teorias destinadas a mostras e manter a mulher no seu lugar".[10] Silva[11] , por su parte, cuestiona la caracterización de las tareas domésticas como sencillas y de bajo grado de dificultad, alertando que el cuidado de niños, ancianos y enfermos así como el administrar una casa, constituyen actividades complejas que exigen entrenamiento en el ámbito de la familia como parte integrante de la socialización de la mujer, pero, socialmente desvalorizadas.

Almeida aclara sobre la relación entre enfermería y medicina hasta fines de la Edad Media y señala que estas dos prácticas tuvieron orígenes independientes y se mantuvieron alejadas durante muchos siglos. Esto, porque el modelo religioso de la enfermería prescindía de órdenes y planes médicos puesto que parecían ser "dois trabalhos com objetos y objetivos diferentes e as técnicas significavam simples procedimentos caseiros, pois o objetivo do cuidado de enfermagem não se ligava ao corpo do doente e nem à sua doença: importava o conforto da alma do paciente para sua salvação e dos agentes de enfermagem, portanto, sem necessidade de uma teoria do cuidado de enfemagem".[12]

Desde fines del siglo XIV y hasta el XVI, ocurren importantes transformaciones en Europa que van a traer repercusiones también para la enfermería. A nivel económico, los descubrimientos marítimos impulsan el desarrollo de las fuerzas productivas, después de un período de recesión de la producción, del consumo y de la disponibilidad de fuerza de trabajo como consecuencia de la peste negra y de la Guerra de los Cien Años. A nivel político, la nobleza se debilita, mientras la burguesía avanza para constituirse en clase dominante y van surgiendo los Estados nacionales absolutistas. A nivel intelectual, el movimiento renascentista pone en jaque las concepciones escolástico-religiosas de la Edad Media. La Reforma introduce otra óptica

---

10 Lorguia & Dumoulin, citado por Cristina Melo en: Divisão social... Op. cit. p. 34.

11 Silva, Graciette Borges. Enfemagem profisional.... Op. cit. p. 40.

12 Almeida, Maria Cecília Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha, O saber da enfermagem... Op. cit. p. 38.

religiosa que condena la vida monástica, exalta la riqueza y el lucro y presenta al trabajo como condición para garantizar la protección divina.

Rosen[13] informa sobre la extensión de la red de hospitales en Europa a fines del siglo XV, señalando que sólo en Inglaterra, a mediados del siglo XIV, existían más de seiscientas instituciones de este tipo. Los problemas de administración de los hospitales se van acumulando, ocurriendo frecuentemente malversación de los recursos en beneficio de algunos clérigos, mientras la población atendida es, muchas veces, integrada por ancianos y personas sanas y no por enfermos. A pesar de esto, las autoridades eclésiasticas y civiles no adoptan medidas concretas para cohibir los abusos.

Pero la tendencia que se verifica desde el siglo XIII, o sea, la del hospital a cargo de jurisdicción secular se acentúa y la burguesía, motivada a detener la dominación eclesiástica, empieza a compartir de sus atribuciones, incluso en la administración hospitalaria. La Reforma establece definitivamente, que cualquier servicio destinado a los pobres, incluso los hospitales son competencia de las autoridades municipales y nacionales.

El llamado período obscuro de la enfermería se extiende desde la fase de transición del feudalismo al capitalismo, prolongándose hasta después de la mitad del siglo XIX. Los cambios en la estructura económica y política, el Renacimiento y la Reforma conducen al laicismo del cuidado de enfermería. La caridad pierde su positividad mística; la carrera monástica es vista con desinterés; la Reforma incentiva la supresión de los monasterios y la asistencia a la salud empieza a ser pagada, así como a remunerar al personal empleado. "As mulheres que encontravam emprego como enfermeras nos hospitais eram as que não serviam nem para a indústria. Eram imorais, bêbadas e analfabetas. Uma decadencia na qualidade do serviço público para os doentes, observada já a partir dos fins da Idade Média, foi-se fazendo cada vez mais pronunciada. Colocou-se agora de manifesto uma mudança na organização do serviço hospitalar. O serviço, que foi durante muito séculos gratuito, passou, lentamente a ser pago. (...) As enfermeiras recebiam um pagamento e uma comida exíguos. Em troca, esperava-se muito delas. O trabalho da casa, a esfregação e a lavagem das roupas absorviam uma grande parte do tempo, as horas de serviço oscilavam entre doze e - em algumas ocasiões - quarenta y oito horas seguidas".[14]

A pesar de algunos cambios poco significativos, el hospital mantiene sus características más importantes heredadas de la Edad Media hasta comienzos del siglo XVIII, cuando determinantes de naturaleza política, económica y social imponen la necesidad de profundas modificaciones y finalmente el hospital es medicalizado. El mercantilismo hace circular

---

[13] Rosen, George. De la policia médica... Op. cit. pp. 324-325.

[14] Jamieson et alii, citado por Almeida, Maria Cecília Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha en: O saber da enfermagem.... Op. cit. p. 38.

riquezas que es necesario controlar y sostiene que el poder de los Estados depende de una gran población "saludable y feliz" pero es esta misma población la que denuncia el horror de las casas de encierro en general y de los hospitales en particular. "Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer".[15] Se tenían que anular los efectos negativos del hospital, tanto por ser un foco permanente de desórdenes económicas y sociales como por ser también punto irradiador de enfermedades.

La reorganización hospitalaria empieza en los hospitales marítimos y militares. Los primeros por ser un lugar de desórdenes económicos, tráfico de mercancía y objetos preciosos y foco de epidemias que podía propagarse entre la población. El surgimiento del fusil, a fines del siglo XVII y todos los costos de adiestramiento para su manejo, agregan al soldado un precio mucho más elevado que otras manos de obra, siendo un desperdicio dejarlo morir de enfermedad. Los hospitales marítimos y militares empiezan a ser organizados bajo la técnica del poder disciplinar y se constituyen en modelo a ser seguido por los hospitales civiles.

Foucault aclara que es la introducción de los mecanismos disciplinarios en el espacio confuso del hospital, lo que permite su medicalización, conllevando a una nueva organización interna, la cual produce cambios radicales en las relaciones del personal que ahí se encuentra, en las actividades que desarrollan y en el espacio mismo del hospital: "a partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo.(...) A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente. Além disso, se o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas, etc., são fatores de cura, o médico, controlando o regime dos doentes, assume, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, até então privilégio das ordens religiosas. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital."[16]

En este proceso de disciplinamiento del hospital, el enfermo se vuelve blanco de vigilancia constante y como lo apunta Foucault, es en este momento que surge la categoría del enfermero: "a inspeção de antigamente, descontínua e rápida, se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo. Com duas consequências: na hierarquia interna, o médico, elemento até então exterior, começa a suplantar o pessoal religioso e a confiar um papel determinado mas subordinado, na técnica do exame; aparece então a categoria do 'enfermeiro..."[17]

---

15 Foucault, Michel. Microfísica ... Op. cit. p. 102.

16 Idem p. 109

17 Foucault, Michel. Vigiar e punir, Vozes, Petrópolis, 1991, p. 165.

La práctica de la enfermería hasta la medicalización del hospital se constituye como práctica independiente mediada por el modelo religioso, aunque después secularizada, desprovista de prestigio por basarse en actividades manuales consideradas como extensivas de la labor femenina en el cuidado familiar. Pero cuando el hospital deja de ser un lugar de muerte para convertirse en lugar de tratamiento, de cura, de investigación y enseñanza, la división social del trabajo que ahí ocurre va a determinar uma relación de dominación-subordinación entre medicina y enfermería, en donde ésta pierde el carácter independiente y pasa, como todo el hospital, a estar sometida a la autoridad médica encastillada en el tope de la nueva jerarquía hospitalaria.

En el antiguo hospital habían quedado los enfermos pobres y el personal de enfermería constituido por religiosas y mujeres del lumpen proletariado. La práctica de la enfermería heredada de la Edad Media no tenía como objeto ni la enfermedad ni el enfermo sino la salvación del alma, pero el laicismo del hospital va a definir un nuevo objeto para esta práctica. La enfermera, bajo órdenes médicas, deberá contribuir para anular los efectos negativos del hospital, entre ellos los altos niveles de mortalidad, actuando decisivamente sobre el ambiente que rodea al enfermo y desarrollando algunas actividades manuales de competencia médica, pero delegada por éste para poder dedicarse a tareas más nobles. La enfermera es encargada de observar al paciente y cuidar de la limpieza, higiene, calidad del aire, ventilación, alimentación, etc.

En este nuevo hospital "se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica." [18] Pero no es sólo el hospital el que se convierte en blanco del poder disciplinar, también el personal de enfermería adopatará internamente los mecanismos disciplinarios para estar acorde con las exigencias de su nuevo papel. Estos cambios van conducir a la institucionalización de la enfermería como profesión, desprendiéndola de las religiosas y laicos impreparados para conformar un personal con preparación para desempeñar las nuevas funciones en el espacio hospitalario.

Es en Inglaterra, durante la segunda mitad del siglo XIX, donde surge la enfermería institucional, profesional o moderna, transformándose en el foco irradiador del modelo vocacional para los demás países europeos y también para Norteamérica.

La Revolución Industrial somete a los trabajadores a niveles impensables de explotación y privación. Engels describe así la situación del obrero inglés en este período: "nadie se ocupa de él; lanzado al confuso torbellino, debe abrirse camino como pueda. Si es tan afortunado que

---

[18] Foucault, Michel. Microfísica... Op. cit. p. 108.

encuentra trabajo, es decir, si la burguesía le hace el favor de permitirle enriquecerla, recibirá un salario que le permitirá apenas tener el alma unida al cuerpo; si no encuentra trabajo, puede robar, si no teme a la policía, o sufir hambre, y todavía en este caso, la polícia cuidará de que, muriendo de inanición, no estorbe demasiado a la burguesía (...) Los obreros ingleses llaman a esto un homicidio social y acusan a la sociedad entera de cometer tal delito".[19]

Engels prosigue relatando que los barrios de los obreros no tienen calles pavimentadas o desague para encauzar las aguas pluviales, las letrinas son escasas, las fuentes de agua son lejanas, la ventilación es dificultada por lo embrollado de las construciones, hay basura por todos lados y el olor es insoportable. Las familias se amontonan en viviendas mal construidas, mantenidas en pésimo estado, húmedas, malsanas, oscuras y mal ventiladas. Engels señala que "muchas veces, cuando hay amenaza de epidemias, la conciencia de la polícia sanitaria, por lo general adormecida, se despierta y manda inspecciones a los barrios obreros, cierra cantidad de sótanos y de cottages (...) pero esto no dura mucho. Estas habitaciones clausuradas encuentran pronto inquilinos y los propietarios los buscan con mayor tranquilidad, porque saben que la polícia sanitaria no vuelve pronto".[20] Las consecuencias de la miseria impuesta a la clase trabajadora puede ser medida por las altísimas tasas de mortalidad infantil o por la esperanza de vida del obrero ingles que no pasa de 15 años.
Así la Revolución Industrial hace aumentar el riesgo de las grandes epidemias que además de atacar a los proletarios, amenazan también a la burguesía. La clase obrera protesta en contra de las pésimas condiciones de vida y salud, que para la burguesía, tienen la enorme desventaja de comprometer la productividad en el trabajo. Para solucionar o disminuir los efectos negativos de todos estos problemas, son creadas leyes para limitar la explotación de la fuerza de trabajo y son organizados servicios destinados a proteger la salud pública, asi como la reestructuración de los hospitales de manera de garantizar la intervención del Estado en la salud.

La nueva enfermería incorporada al hospital bajo órdenes médicas deberá actuar de manera de contribuir para mejorar los niveles de salud de la población, pero los grandes cambios que va sufrir no son consecuencia de la preocupación por la salud obrera, pero sí de la preocupación por la mortalidad entre los soldados ingleses en los hospitales militares en la Guerra da Criméia. Por eso tiene razón Aquino al afirmar que "a enfermagem moderna nasceu, inequivocadamente, ligada à Guerra (...) Florence Nightingale (1820-1910), considerada a precursora da enfermagem moderna, (...) também obteve projeção durante uma guerra imperialista: a Guerra da Criméia, em que a Inglaterra e a França, defederam a *integridade do império Otomano contra a invasão Russa* (cursiva del autor)".[21]

---

19 Engels, Federico. La situación de la clase obrera en Inglaterra, Ed. de Cultura Popular, México, 1974, p.56.

20 Idem pp. 91-92

21 Aquino, R. S. L. et alii, citado por Raimunda Medeiros Germano en: Educação e ideologia da enfermagem no Brasil, Cortez Editora, São Paulo, 1984, p. 49.

Florence Nightingale pertenece a la aristocracia inglesa y tuvo que vencer las resistencias de la familia para dedicarse al cuidado de los enfermos, labor que le fue sugerida por Dios, según registró en su diario: "Deus falou comigo e chamou-me ao seu serviço...".[22] Antes de partir para los hospitales militares de la Guerra de Criméia, Nightingale acumuló una pequeña experiencia durante los tres meses en que estuvo en el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, en donde un pastor luterano y su mujer se dedicaban a cuidar de los enfermos pobres, "ayudados por jóvenes de la clase más elevada", y visitó también la Maisón de la Providence, en Paris, además de administrar un pequeño asilo para ancianos pobres, en Londres. Pero es su actuación en los hospitales militares lo que le va a dar subsidios para proponer el modelo vocacional o de arte de la enfermería.

La mortalidad entre los soldados heridos y atendidos en los hospitales de campaña llega al 40%. La opinión pública inglesa protesta y el gobierno se preocupa con el despilfarro de recursos gastados en el entrenamiento de aquellos soldados muertos, agravado por la necesidad de nuevos investimentos para reponer las bajas. Florence selecciona 30 enfermeras, entre religiosas y seculares y parte para Turquía para sustituir a los enfermeros militares que estaban en el hospital, por la simple razón de no servir en el combate. Florence organiza los hospitales militares, identificando las pésimas condiciones de higiene como principales causas de la mortalidad y la reduce al 2%. Regresa a Londres como heroína de guerra, recibe un fondo como tributo por los servicios prestados y con él crea la Escuela Nightingale en el Hospital St. Thomas, destinada a entrenar enfermeras, instituyendo el modelo vocacional o de arte de la enfermería. En este modelo, Nightingale mezcla el celo religioso heredado del Instituto de Diaconisas, la disciplina militar producto de la experiencia en los hospitales de campaña y los valores y principios propios de su clase social.

De inmediato, la iniciativa de Florence no es recibida entusiastamente, puesto que "as enfermeiras, ou criadas de enfermaria como eram chamadas, estavam situadas no mesmo nível das criadas domésticas e, por isso, necessitavam de poucos conhecimentos para executarem seu trabalho".[23] Pero poco después se reconoce la importancia de la Escuela Nightingale y esto por varios motivos. En la reorganización de los hospitales, la enfermería es llamada y debe estar apta para desarrollar las nuevas actividades dictadas por la medicina. Por otra parte, los servicios de salud deben contribuir para mejorar los niveles de salud de la población, garantizando la oferta de fuerza de trabajo. Además, interesa al capital seguir explotando la fuerza de trabajo femenina y como la enfermería es considerada inferior y tradicionalmente ejercida por mujeres, se presenta ventajoso mantenerla en el hospital, pero ahora entrenada.

Estas aclaraciones son importantes para señalar que no se trata de recuperar la actuación de un actor social, en el caso, Florence Nightingale, como si fuera éste, individualmente y por luz

---

[22] Resende, M. de A., citado por Cristina Melo en: Divisão Social... Op. cit. p. 45.

[23] Melo, Cristina. Divisão social... Op. cit. p. 48.

propia, el responsable por los cambios. La actuación de cualquier actor debe ser ubicada en una situación política, económica y social específica, que es de donde emergen las propuestas que pueden tener éxito si están acordes con esta realidad histórica, realidad que finalmente es resultado de la acción conjunta de los hombres.

Entre 1860 y 1885, la Escuela Nightingale forma 500 enfermeras destinadas al servicio hospitalario, visitas domiciliarias y enseñanza en enfermería, reproduciendo la división social del trabajo a través de dos categorías sociales distintas: ladies-nurses y nurses. Pero esta división no es una innovación ya que el modelo religioso tenía también divisiones que designaban la matrona, mujer de clase social dominante que fungía como jefa, abajo de ella la sister, encargada de la enfermería y por último la nurse, que cuidaba al enfermo directamente.

Nightingale recibe en su escuela alumnas procedentes de clases sociales distintas: las integrantes de la burguesía, pequeña burguesía y aristocracia inglesa, las cuales pagaban por el curso de tres años de duración y al cabo estaban preparadas para ejecutar las "nobles" tareas de supervisión, ensenãnza y difusión de los principios nightigalianos de enfermería, ostentando el título de ladies-nurse; eran admitidas también jóvenes proletarias para un curso gratuito de cuatro años, pero que después del término, debería ser pagado a través de servicio prestado en el Hospital St. Thomas por un período de un año y, con el título de nurses, estaban destinadas al cuidado directo del paciente, bajo supervisión de las ladies-nurses, por supuesto.

El curso básico de un año para todas las alumnas contenía nociones básicas de anatomía, química, fisiología, farmacología, abreviaciones latinas, artes culinarias y enfermería pero, la segunda parte, de dos años para ladies-nurses y tres para nurses, presentaban contenidos específicos. Mientras las primeras eran entrenadas para las labores más "intelectuales" de supervisión, las otras eran adiestradas para las labores "manuales" del cuidado directo al paciente. Así, en nombre de saberes diferenciados, la enfermería reproduce internamente la propia estructura de clase de la sociedad, fijando en el ámbito de la profesión los mismos lugares de clase de donde provenían las enfermeras.

Nightingale busca formar una nueva imagen de la enfermería, imagen que estuviera seriamente comprometida durante el período de secularización en el cual, a falta de otra ocupación, se dedicaron a cuidar de los enfermos las mujeres del lumpen proletariado, personas que, parafraseando a Engels, perdieron "la fuerza de resistir a la afluencia desmoralizadora de la miseria", siendo acusadas de toda suerte de corrupción moral.

Dentro de los principios nightingalianos es evidenciada la preocupación por la conducta moral de las alumnas, prescribiendo exigencias en cuanto a la postura física, manera de vestir y de comportarse. El entrenamiento tiene como objetivo desarrollar en el carácter de la nueva enfermera la sobriedad, honestidad, lealtad, puntualidad, espíritu de organización, corrección y elegancia, además de rescatar los trazos del modelo religioso, incorporando el altruismo,

abnegación, pureza, sacrificio, integridad y humildad. Abel-Smith afirma que "um mínimo de condições educacionais e um máximo de elevação moral eram requisitos essenciais para entrar na escola (...) Qualquer lapso na sobriedade ou honestidade significavam dispensa".[24]

La jerarquía fue también objeto de análisis de Nightingale que demarcó internamente los lugares exactos que cada agente debería ocupar (matrona o superintendente, sister o enfermera-jefa, asistente y supervisor), estableciendo las tareas que cada uno debería cumplir, enfatizando que "nesta hierarquia, o grau mais alto deve sempre conhecer as tarefas do inferior a ele, melhor que o mais baixo as realiza ele próprio. E assim por diante até o chefe".[25] Las relaciones de la enfermería con la medicina en el espacio hospitalario fueron tratadas por Nightingale de manera de no permitir confusión en los roles y mucho menos en la ejecución de las tareas, poniendo de relieve que la enfermería debería ejecutar las órdenes médicas "fiel e inteligentemente" y cualquier reclamación médica en contra de algún agente, debería ser llevada "naturalmente a la matrona".

Como se ve, con relación a las tareas, la enfermería tiene otras atribuciones además de aquellas ejecutadas bajo el modelo religioso, cuando el cuidado al enfermo era prestado con el objetivo de la salvación del alma. La enfermería ya no es práctica independiente. Está supeditada a la medicina y ésta quiere tratar al enfermo en el hospital terapéutico e identifica al ambiente como factor de cura. Así, la enfermería deberá actuar sobre el ambiente del enfermo, propiciando las condiciones ideales de limpieza, ventilación, iluminación, silencio, dieta etc., aunado a las antiguas tareas del cuidado directo, ahora revestido de carácter científico, puesto que la enfermería recibió entrenamiento formal. Estas nuevas atribuciones confieren a la enfermería un importante papel en el proceso de disciplinamiento del espacio hospitalario, una vez que los agentes de enfermería están en el hospital desde hace mucho tiempo, lo conocen muy bien y pueden, por lo tanto, intervenir, bajo órdenes médicas, para transformar el hospital en lugar terapéutico.

Estas características conforman el modelo vocacional o de arte que la enfermería propone para reemplazar al modelo religioso, después de su profundo desgaste en el proceso de secularización y por esto Almeida dice que "pode-se chamar de vocacional este modelo de enfermagem, que teve uma função ideológica de valorizar o trabalho da enfermagem degradante dos hospitais, traduzindo-o como uma sublime arte, a fim de disciplinar os seus agentes e regular o modo de vida, segundo o capitalismo".[26] La enfermería aparece entonces como una labor que exige de sus agentes trazos de carácter y entrenamiento especiales que pueden ser aprehendidos en la definición de Nghtingale: "a enfermagem é uma arte; e para

---

[24] Abel-Smith, B., citado por Maria Cecília Puntel de Almeida y Juan Stuardo Yazlle Rocha, en: O saber da enfermagem... Op. cit. p. 42.

[25] Nutting & Dock, citado por Maria Cecília Puntel de Almeida y Juan Stuardo Yazlle Rocha en: O saber da enfermagem...Op. cit. p. 47.

[26] Ibidem

realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois, o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo do espírito de Deus? É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas-Artes".[27]

Todos los cambios que enmarcan el surgimiento de la enfermería moderna están inscritos en el proceso de disciplinamiento que llevan a caracterizar a la profesión, entendiendo la disciplina como mecanismo de dominación ejercido a través de relaciones de poder que objetivan el control minucioso del cuerpo de manera de volverlo lo más útil y lo más dócil posible. Nightingale misma utilizó insistentemente la palabra disciplina, pero referiéndose a la conducta moral de la enfermera, dándole aún el alcance global traducido por patrones en la manera de comportarse, de vestirse y en la postura física. Con todo, estas exigencias no constituyen innovación y el poder disciplinario va a innovar, porque con él la dominación se perfecciona, dejando de ser un control del cuerpo como masa indiferenciada, para alcanzarlo en la organización interna de los movimientos. Este refinamiento sólo va a ser logrado por la enfermería cuando ocurre la sistematización de las técnicas, en las primeras décadas del siglo XX. Pero la enfermería de la segunda mitad del siglo XIX sigue adentro del hospital y éste se convierte en un espacio disciplinado, imponiendo a la enfermera la necesidad de disciplinarse también, para estar acorde con el nuevo sistema de micropoder hospitalario, sometiéndola a una constitución jerárquica modificada y designándole lugares y tareas específicas.

La importancia de observar el modelo de desarrollo de la enfermería en Estados Unidos se debe a la influencia que empieza a ejercer en la enfermería occidental en general y particularmente sobre los países de Latinoamérica. La práctica de la enfermería en los hospitales norteamericanos estaba a cargo de cualquier mujer que tuviese algún interés en el cuidado y a enfermeras religiosas, protestantes o católicas. En 1839 es creado un centro de entrenamiento para mujeres que se dedicaban a la asistencia a las familias y en el inicio de la Guerra Civil norteamericana, un grupo de mujeres funda un hospital y una escuela para recibir alumnas de las clases altas, siendo invitadas enfermeras "nightingale" para trabajar en ésta y en otras dos escuelas implantadas en 1873. Pero "o sistema de idependência de administração das escolas de enfermagem instituídas por Nightingale não sobreviveu na América; prevaleceu a convicção oposta de que as escolas de enfermagem existiam para prover o serviço de enfermagem para o hospital".[28]

En Estados Unidos, desde fines del siglo XIX y en las primeras décadas del XX, se presenta un aumento extraordinario en el número de hospitales y las escuelas de enfermería siguen esta tendencia: en 1890 existían 35 escuelas; en 1900 llegó a 432 y en 1909 a un total de 1096. Las escuelas estaban subordinadas a los hospitales que las utilizaban con el objetivo de extraer

---

[27] Idem p. 48

[28] Idem p. 49

fuerza de trabajo, sin preocuparse por la formación. En la instrucción, recibida generalmente en las enfermerías, eran gastados cuatro o cinco meses y después de este período, la estudiante debería trabajar dos o tres años en el hospital, con jornadas de 12 a 16 horas, recibiendo a cambio alimentación, vivienda y casi nada de sueldo.

Las tareas atribuidas a la enfermería empiezan a complejizarse en función del desarrollo de los recursos diagnósticos y de tratamiento, llevando al médico a desahacerse nuevamente de algunos procedimientos en el cuidado del enfermo, como verificación de temperatura, inyecciones, etc. La carga de trabajo del personal de enfermería es aumentada también por la reducción del tiempo de internación, flujo de pacientes y número de hospitales. La fuerza de trabajo va a ser integrada, además de las enfermeras, por estudiantes con poca formación y personal elemental sin preparación.

Como consecuencia de esta realidad, son planteadas dos cuestiones que necesitan ser resueltas: garantía de ejecución de toda carga de trabajo del hospital y control de la fuerza de trabajo, compuesta sobre todo por personal auxiliar. Es de esta realidad en los hospitales norteamericanos, que surgen las técnicas como recurso que finalmente, no tienen como objetivo el mejoramiento de la asistencia, sino la finalidad de control del trabajo y de sus agentes. Como resultado, la enfermería alcanza mayores niveles de sofisticación en su disciplinamiento interno, enfatizando el control en las mínimas parcelas del quehacer, valorizando la riqueza de detalles en donde el poder disciplinar se instala. Sobre las técnicas, una estudiante escribió: "o procedimente para arrumar as camas é uma exposição exemplar da rígida atenção para a exatidão dos detalles insignificantes na realização das tarefas de todo o hospital. Os lençois devem ser extendidos de maneira tal com suas franjas dobradas de certo modo; os cobertores da mesma forma, com grande exatidão, nenhum décimo de polegada a mais ou a menos que o outro; a colcha branca deve ser colocada com exatidão geométrica, sua parte dos pés deve ser dobrada de um modo especial, em quanto os travesseiros devem ser sacudidos e nivelados até que pareçam almofadas. Finalmente, um deve ficar al nível da cama e o outro em pé na cabeceira, como sentinela".[29]

Hasta la década de los 40, la enfermería va ser comandada por la modalidad funcional, que después de reemplazada, sigue teniendo vigencia localizada en muchos países y en varias situaciones. La modalidad funcional se basa en técnicas que tienen como objetivo la economía de tiempo y la presteza en la ejecución de las tareas, resultando un trabajo de producción en masa, en donde el cuidado es fragmentado, encargándose a cada agente una sola tarea, resultando que un mismo paciente sea atendido por varias trabajadoras, o sea, una que le cuida la higiene, otra que le administra la medicación, otra que le verifica los signos vitales, etc. La asignación de tareas es hecha considerándose el nivel de complejidad y la competencia personal de cada quien.

---

[29] Beatrice & Kalish, citado por Maria Cecília Puntel de Almeida y Juan Stuardo Yazlle Rocha en: O saber da enfermagem... Op. cit. p. 50

En la organización de su trabajo, la enfermería sufre una fuerte influencia de la Teoría General de la Administración (Taylor/Fayol) que rescata las propuestas del poder disciplinar, fijando principios que enmarcan la separación entre la concepción y la ejecución, el sometimiento del trabajo a las políticas gerenciales, independientemente de la capacidad del trabajador y en la definición de la gerencia como responsable de planear y controlar la ejecución de cada fase del proceso de trabajo.

La aplicación de las propuestas de Taylor/Fayol en la enfermería fueron introducidas en las primeras décadas de este siglo y profundizadas en el período de la Gran Depresión en Estados Unidos, que enmarca también la acentuada proletarización del personal de enfermería. Hasta este período, la práctica privada dominaba la enfermería, ya sea en la asistencia al paciente en casa o en el hospital, alternativa que los agentes utilizaban para librarse de la fuerte explotación de los administradores hospitalarios. Con la recesión económica, la enfermería privada pierde sus paciente ya que éstos no pueden pagar ya más por los servicios. Aun así, millares de enfermeras rechazan el trabajo con vínculo hospitalario, prefiriendo la industria o la vida religiosa.

Con la creación del seguro-salud, el surgimiento de nuevas drogas, técnicas quirúrgicas y de rayos X, medicina nuclear, etc., el hospital recupera prestigio, pero es necesario cuidar de los recursos humanos, o mejor, de las trabajadoras de enfermería. Así, las asociaciones de hospitales y de enfermería se unen para proponer la reoganización de las trabajadoras, modernizando la dirección, implementando lineas jerárquicas, fijando derechos legales y parcelando el proceso de trabajo de manera fragmentaria en tareas sencillas destinadas a trabajadoras poco calificadas que reciben sueldos más bajos. "A criação de um corpo de trabalhadores menos hábeis permitem a passagem das poucas enfermeras para posições de supervisão a fim de controlar o trabalho dos subalternos. Os hospitais contrataram milhares de trabalhadores subsidiários e também criaram a enfermeira prática licenciada (programa de treinemento técnico por um ano). Isto permitiu baratear o custo de trabalho."[30]
Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, los Estados Unidos consiguen resolver algunos problemas económicos más inmediatos como consecuencia de la acumulación y aumento de la productividad. Surge la Escuela de Relaciones Humanas de Elton Mayo que critica la Administración Científica, proponiendo estrategias distintas para el control de la fuerza de trabajo, para el aumento de la productividad y para la disminución de los costos. Melo[31] recuerda que Elton Mayo condena la competencia, el conflicto y los métodos democráticos para solucionar los problemas gerenciales, defendiendo la cooperación para lograr el consenso, obtenido a través de la fragmentación de los trabajadores en pequeños grupos y de la utilización

[30] Almeida, Maria Cecilia Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha. O saber da enfemagem... Op.cit. p. 55.

[31] Melo, Cristina. Divisão social... Op. cit. p. 57.

de técnicas basadas en las ciencias del comportamiento, principalmente psicología y sociología. El hombre economicus debe ser sustituido por el hombre social.

La década de los 40 es marcada por movimientos de las trabajadoras de enfermería que se organizan en sindicatos, denunciando la explotación y las pésimas condiciones de trabajo en los hospitales. Estos movimientos son atacados por las asociaciones de enfermería que recurren al patriotismo para reclutar trabajadoras para los hospitales, cuyos servicios presentaban dificultades por la escasez de fuerza de trabajo.

Es en este contexto que la enfermería comienza a adoptar también los principios y estrategias propuestos por la Escuela de Relaciones Humanas, ocurriendo un cambio en el discurso transpuesto para todo el mundo occidental, criticando el trabajo por tareas (modalidad funcional) e introduciendo el trabajo en equipo, desplazando el foco de atención de las tareas hacia las necesidades del paciente, según lo aclara Almeida.[32] La enfermería adopta la constitución de equipos de trabajo compuestos por distintos agentes con tareas específicas, pero presuntamente integrados por un objetivo común. Se busca la armonía y el bienestar de todos a través de la máxima realización individual de cada quien, reconocido como necesario e importante para la organización.

Bajo la justificación de que el trabajo en equipo involucra disintos agentes, es adoptado el plan asitencial de cuidado al paciente, elaborado por la enfermera licenciada, pero ejecutado por personal auxiliar que debe mantenerla informada sobre la evolución del paciente. Se habla de la igualdad entre los distintos integrantes del equipo, llamados a dar lo "mejor de sí" para el bienestar de todos, sobre todo del paciente. Pero la verdad, el trabajo en equipo en la enfermería es una falacia. De acuerdo a Almeida[33] , la propuesta se queda al nivel del discurso porque, en la práctica, lo que se observa es la modalidad funcional porque los principios de equipo, cuando no se toman en cuenta, la totalidad del trabajo y su democratización funcional, terminan en trabajo por funciones, es decir, fragmentado. Y cuando son detectados problemas en la ejecución del plan o no se obtiene la calidad deseada, "o procedimento do trabalho em equipe coloca as causas em termos pessoais e funcionais, como falhas na liderança, na comunicação, na desobediência às normas, em cada um não estar dando o máximo de si, sem procurar também causas ligadas às relações sociais advindas da divisão do trabalho e da alienação do trabalhador em relação ao processo de trabalho que separa a concecpção da execução".[34]

La división social del trabajo siempre estuvo presente en la enfermería, aún antes de su institucionalización, pero es en Inglaterra, en la segunda mitad del siglo XIX, que en nombre de saberes específicos, esta división es reforzada con la designación de las ladies-nurse para las

---

32 Almeida, Maria Cecília Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha. O saber da enfermagem... Op. cit. p. 63.

33 Idem p. 66

34 Ibidem

tareas de prestación del cuidado directo al paciente, división que reproduce internamente la división de clases de la sociedad. Con el avance del capitalismo y sus exigencias específicas en la conformación del patrón de desarrollo de los servicios de salud, la división social y técnica del trabajo de la enfermería se amplia extraordinariamente.

En las primeras décadas del siglo XX, a través de la adopción de los principios tayloristas, la enfermería norteamericana acentúa la división en nombre de la racionalidad científica del trabajo hospitalario, teniendo como objetivo el cumplimiento de la carga de trabajo, racionalidad del servicio, costos más bajos y mejor eficiencia.

El objeto de la enfermería, o sea, el cuidado al paciente, se convierte en un proceso de trabajo fragmentado en una cuantas tareas, distribuídas entre unos cuantos agentes, llevando incluso hasta la pérdida de identidad del propio paciente. Las técnicas que empiezan a ser elaboradas no tienen como objetivo el cuidado en sí del paciente, sino están inscritas en la necesidad de control de las trabajadoras en el cumplimento de la carga de trabajo en los hospitales. Las enfermeras con formación representan un número reducido y el personal sin preparación formal y las estudiantes forman el contigente más numeroso de la fuerza de trabajo. A las primeras se les asina la supervisión, alejándose así del paciente; las demás serán encargadas del cuidado directo.

Cuando teóricamente es adoptado el trabajo por tareas, el plan asistencial enfatiza aún más la separación entre el pensar y el hacer, entre el trabajo intelectual y el manual, que finalmente está en la base misma de la división técnica. Gonçalves, citado por Almeida, recuerda que los servicios médicos van recibiendo la incorporación progresiva de trabajos auxiliares, incorporación dictada por la ampliación del campo de la medicina pero también por el proceso continuo de división del trabajo, que por su vez no es contrapartida técnica de aquella ampliación, sino el significado más profundo de la división trabajo intelectual/trabajo manual: "todo trabalho direto de assistencia ao doente comporta inúmeras funções 'manuais' e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente do trabalho médico, constituindo a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente pela reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apriopriação das tarefas de supervisão e controle pelo profissional com qualificação superior, a enfermeira".[35]
Conviene recordar que la historia de la enfermería está marcada indeleblemente por trazos bastante particulares en lo que se refiere a la división trabajo intelectual/trabajo manual. Durante el período decadente, o sea, el proceso de secularización, el cuidado del enfermo estuvo a cargo de las mujeres del lumpen proletariado, consideradas de pésima conducta moral, llevando a que también fuera calificado de sucio e inmoral el trabajo que desarrollaban. Cuando el hospital es medicalizado y la enfermería empieza a disciplinarse y a entrenar su personal,

[35] Gonçalves, R. B. M. citado por Almeida, Maria Cecília Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha, en: O saber da enfermagem.... Op. cit. p. 57.

recurre a soportes morales para identificar los agentes que merecen ser bien calificados. A lo largo de su desarrollo, enmarcará la valorización del trabajo intelectual, identificado como las tareas de supervisión que se encargará a los agentes oriundos de fracciones de la burguesía, en detrimento del trabajo manual, identificado como el cuidado directo, que seguirá subordinado y a cargo de los descalificados, o sea, del personal auxiliar, integrante del proletariado. Así, la dicotomía no está determinada por la naturaleza en sí del trabajo desarrollado, sino por la clase social de los agentes involucrados, implicando la distribución de tareas de manera que garanticen y reproduzcan internamente la jerarquía social capitalista.

Para concluir este análisis, se puede rescatar parte de la definición de la enfermería brasileña, propuesta por Silva[36] , y transponerla para la realidad latinoamericana, considerando a la enfermería como una práctica social históricamente determinada, heterogénea y contradictoria. Históricamente determinada por ubicarse en formaciones sociales concretas y articularse con las demás prácticas sociales, especificamente las del campo de la salud. Heterogénea principalmente por estar integrada por diversas categorías cuyos agentes pertenecen a clases sociales distintas, lo que enmarca internamente asimetrías y conflictos. Contradictoria porque es entrecortada por la división trabajo intelectual/trabajo manual que finalmente descalifica el objeto mismo de la enfermería, o sea, el cuidado al paciente, siempre a cargo del personal auxiliar, mientras la enfermera de nivel superior se aleja de este objeto y tiene su existencia condicionada a la existencia del personal subordinado.

[36] Silva, Graciette Borges. Enfermagem profisional... Op. cit. p. 114.

El HPI

Adultos, jóvenes y niños compartieron el mismo espacio durante casi todo el tiempo de funcionamiento del Manicomio General de México, hasta que, un poco antes de la llamada Operación Castañeda, se crea el Pabellón de Psiquiatría Infantil, que más tarde se transforma en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (HPI), "fundado el 24 de octubre de 1976. Este día pasó a ser una fecha histórica para la psiquiatría infantil en México".[1]

La iniciativa de los psiquiatras en la creación del HPI es alardeada por ellos mismos como una prueba de "responsabilidad médica, social y humana" y como un compromiso con la "infancia y la juventud de México". Pero cuando enuncian los objetivos de la institución, no buscan esconder su carácter clasista y tampoco el papel que pretenden desarrollar en la búsqueda de conductas acordes con el orden instituido: "Los objetivos fundamentales (...) son los de impartir atención integral al enfermo menor de 19 años de edad, de ambos sexos, que no se encuentra protegido por los sistemas de seguridad social, especialmente el de escasos recursos económicos y, posteriormente, de readaptarlo al medio familiar y social de donde proviene".[2] Cuando fija las condiciones para prestar asistencia al niño y al adolescente, el HPI impone tres requisitos básicos: que un familiar adulto se haga responsable por el pedido de internación u otro servicio; que la familia esté dispuesta a ofrecer todas las informaciones para el "estudio socioeconómico" y que se encargue de pagar la "cuota de recuperación determinada como resultado del estudio socioeconómico realizado".[3]

Al obligar el pago, se podría pensar en una incoherencia o un contrasentido, ya que el HPI está destinado fundamentalmente a los estratos marginados y que aun así se les impone un gasto más. Por detrás de esta imposición, es posible aventurar unas cuantas hipótesis. La primera habla de razones estrictamente "científicas" o "terapéuticas", o sea, el pago sería un mecanismo para involucrar a la familia de manera de mantenerla comprometida con la evolución del tratamiento. La segunda sería motivada por cuestiones económicas o financieras, una vez que las "cuotas de recuperación" son, de hecho, una importante fuente de recurso para la manutención del HPI, y es sabido que las están aumentando significativamente. La tercera es en relación a la adopción del pago de las cuotas como mecanismo para difundir la ideología capitalista de la necesidad ineludible del pago, dejando huellas para la privatización de los servicios de salud. Todas estas razones están seguramente combinadas en la imposición de las cuotas de recuperación.

El HPI, en cuanto institución especializada de tercer nivel, debe funcionar según las Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Salud Mental, elaboradas por la Dirección General

---

1 SSA, Dirección General de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N.Navarro, p. 6.

2 Idem p. 7

3 Idem p. 32

de Regulación de los Servicios de Salud, en vigor a partir de 1987, que especifica, en los artículos 4 y 7 de la norma 144, lo siguiente: "para ofrecer atención médica de buena calidad a los pacientes, el hospital psiquiátrico cuenta con los siguientes elementos: instalaciones y equipo apropiado para el cumplimiento de sus funciones; recursos humanos suficientes en número y capacidad técnica; procedimientos para que en el hospital prevalezca un ambiente cordial, técnicamente efectivo y que sea en si mismo terapéutico; instalaciones y personal para el manejo de urgencias; instalaciones y personal para la consulta externa; recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con los padecimientos psiquiátricos, incluyendo el tratamiento oportuno de los pacientes que lo requieran a otra unidades de salud (...) El hospital psiquiátrico mantiene un programa de atención integral que comprende los siguientes aspectos: tratamiento médico, psicológico y social, de acuerdo con los principios científicos y la ética de la práctica psiquiátrica; discreción en el manejo del diagnóstico y de la información confidencial; alimentación adecuada en calidad y cantidad; ambiente que promueve la participación activa del paciente; relación entre el personal y los pacientes basada en el mayor respeto a estos últimos, en su persona, sus derechos y sus pertenencias; mecanismos de comunicación entre pacientes y autoridades del hospital para resolver las peticiones y quejas de los primeros en lo que tengan de justas y razonables; preservación y fomento de los hábitos de cuidado personal y de relación social".[4] A lo largo de esta investigación se pone de relieve la contraposición irrefutable entre la realidad en los pabellones del HPI y los contenidos del discurso oficial y, sí la desfachatez no fuera tan evidente, los incautos podrían incluso, ser convencidos de la preocupación humanista y de los buenos propósitos de los gestores de la política estatal de salud mental.

De acuerdo a la Dirección General de Salud Mental de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, la construcción del HPI siguió "criterios médico-arquitectónicos" de manera de garantizar tanto el tratamiento de los internos para los cuales se prescribe un breve tiempo de internación, como también para aquellos que "constituyen un grave problema de naturaleza social", considerados crónicos irrecuperables, los cuales son condenados al encierro definitivo.

Este "programa médico-arquitectónico acorde con los conocimientos actuales" generó una construcción predominantemente de tipo horizontal, compuesta por 10 unidades independientes pero comunicadas entre sí, y rodeada por "una superficie irregular de espacios verdes con pequeñas secciones recreativas para niños", faltando agregar a esta bucólica descripción la existencia de un imponente muro, por cierto no del todo infranqueable para los internos más desesperados.

Siete de las 10 unidades están ocupadas por oficinas de gobierno y administrativas, consultorios médicos y de psicología, oficinas de trabajo social, archivo clínico, salas de espera, auditorio,

[4] SSA, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Normas técnicas para prestación de servicios de salud mental, Diario Oficial, 21 de agosto de 1987, México, pp. 6-7.

servicios auxiliares de diagnósticos, consultorios dentales, Hospital de Día, esterilización, salas de terapia ocupacional, escuela de educación especial, residencia médica, y servicios generales. "Cercano a todo el conjunto mencionado, y distribuido convenientemente, existen tres pabellones (...) cada pabellón cuenta con ocho cubículos para seis camas cada uno, un consultorio médico, una sala de juntas, una central de enfermería, un comedor, una cocina de recalentamiento, sanitarios, asoleadores, etc. En el pabellón de adolescentes fue construida una cancha de básketbol".[5] Se nota que el "programa médico-arquitectónico" reservó un lugar "cercano" y estratégicamente "conveniente" para ubicar a estos tres pabellones destinados al encierro temporario o definitiva de niños y adolescentes.

Los servicios prestados en el HPI incluyen hospitalización, consulta externa, Hospital de Día, servicios médicos pediátricos como oftalmología, odontología, etc, éxamenes de laboratorio y psiquiatría comunitaria. Como se ve, para estar acorde con la reforma manicomial que le dio origen, la psiquiatría institucional plantea que el HPI, además del cumplimiento de las funciones de tratamiento, debe también ejecutar tareas destinadas a la prevención de la enfermedad mental. Por esto, el muro del hospital no puede imponer los límites del área de actuación porque, para ejercer un buen control sobre la población, de manera de identificar tempranamente las conductas desviadas con el objetivo de prevenirlas, hay que estar presente en los lugares donde vive la gente. Así, "el hospital, consciente de la necesidad de atender de manera eficaz al mayor número posible de pacientes (...) no se limita a impartir sus servicios asistenciales a la población (...) que acude al consultorio, sino que también extiende su radio de acción hasta la familia y la comunidad".[6]

Las funciones básicas del HPI son anunciadas como la prevención de los padecimientos psiquiátricos, diagnóstico de dichos padecimientos, tratamiento de los enfermos, rehabilitación de los inválidos, psicoterapia familiar, orientación e información. Como se ve, las labores de "prevención" tienen la "comunidad" como blanco, y para que se logre hacer que penetre en el cuerpo social el concepto de "conducta desviada", objetivando el control de la población y de los sujetos desviados, es propuesta una estrategia que se apoya fundamentalmente en los recursos humanos. Así, se hace necesaria "la creación de equipos multidisciplinarios que operan en diversas zonas del Distrito Federal, para detección de problemas psiquiátricos y para la difusión de la información necesaria sobre la materia".[7] Es importante también "transformar al personal técnico en agentes catalizadores para la formación de escuelas de padres de familia en el seno de instituciones comunitarias".[8]

---

5 SSA, Dirección General de Salud Mental, Hospital Psiquiátrico... Op. cit. p 13.

6 Idem p. 18

7 Idem p. 27

8 Ibidem

Pero no es privativo de los técnicos las labores de actuar junto a la población para inculcar en ella nuevos valores sobre lo que llaman enfermedad mental. Para cumplir con éxito la psiquiatría comunitaria es importante "contar con un cuerpo de damas voluntarias que, por su entusiasmo y eficacia en el desarrollo de las actividades que se le encomiendan, es digna representante del Hospital Psiquiátrico Infantil".[9]

En el organigrama funcional del HPI, subordinado a la subdirección, que a su vez es subordinada a la dirección, están cuatro departamentos a saber, el técnico asistencial, el de psiquiatría comunitaria, el de docencia e investigación y el administrativo. En el departamento técnico asistencial están ubicadas la consulta externa, la hospitalización, el hospital de día, los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y los "paramédicos". Es interesante notar como la supremacía del poder médico se manifiesta en la designación misma de un conjunto de trabajadores de los servicios de salud que parece no tener función o papel propio, independiente o especifico, actuando como grupo necesariamente dependiente y accesorio a la actividad médica. Es interesante señalar también, que en relación a los "paramédicos", aparece en primer lugar los trabajadores sociales, seguidos de la enfermería, nutrición y farmacia, poniendo de relieve la importancia de la labor del trabajador social en el HPI en detrimento del quehacer de la enfermería.

En el apartado donde son especificadas las funciones asistenciales del HPI, más precisamente en la definición del personal técnico y de sus respectivas funciones en el Hospital de Día, queda una vez más evidenciada la falta de prestigio de la enfermería. La relación de personal que compone cada equipo está enlistada en este orden: un médico psiquiatra, un psicólogo, una trabajadora social, damas voluntarias, enfermeras y personal de intendencia. Como se ve, las enfermeras sólo consiguen estar "al frente" del personal de intendencia e incluso las atribuciones de las damas voluntarias parecen ser más importantes que las de la propia enfermería.

Cuando se compara la enfermería con el trabajo social, la disparidad es aún más evidente. Las atribuciones del trabajador social son descritas en cuatro renglones en los cuales se especifica con claridad que debe "desempeñar las labores propias de su especialización con énfasis en la integración del paciente al hospital, a la familia y a la comunidad. Además, orientar a los padres de familia para lograr su colaboración en la rehabilitación del enfermos".[10] . A su vez, las labores de enfermería son señaladas de forma vaga e imprecisa, no necesitando más que dos renglones que en verdad no definen nada: "el personal de enfermería constituye el elemento de apoyo para el adecuado desarrollo de las labores médico asistenciales".[11]

---

[9] Ibidem

[10] Idem p. 23

[11] Ibidem

Las actividades de enseñanza llevadas a cabo en el HPI son un importante recurso en la difusión de los contenidos teóricos y prácticos de la psiquiatría positivista. Las actividades son dirigidas al personal médico y "paramédico", involucrando diversas instituciones como la Facultad de Medicina (UNAM), Escuela Nacional de Enfermería (UNAM), Escuela de Trabajo Social (UNAM), Escuela de Psicología (Universidad Ibero-Americana), Escuela Nacional de Especialización (SEP) y Dirección de Educación Pre-Escolar (SEP).

Las actividades de investigación propuestas para el HPI están encuadradas en cuatro grupos y como no podría dejar de ser, se inscriben en el marco biologicista de la psiquiatría institucional. Uno pretende dar cuenta de las características esenciales de la morbilidad y de la mortalidad hospitalaria por padecimientos psiquiátricos. El otro se dedica a detectar aspectos psicosociales de "nuestro medio" que contribuyan a la aparición de la enfermedad mental, objetivando la adopción de "medidas preventivas" a nivel de la familia y de la escuela. Pretende también observar la acción de los psicofármacos para valorar mejor la actuación de las drogas sobre los niños y adolescentes. Pero las investigaciones más importantes, sin duda, son aquellas que tratan de observar y generar conocimientos sobre los "diversos aspectos médicos determinantes de la patología psiquiátrica", enfocados por supuesto hacia al campo de la genética a nivel cromosómico.

En el año de 1990, el HPI tenía alrededor de 350 trabajadores, entre médicos, enfermeras, personal técnico de enfermería, de laboratorio, gabinetes, administrativo, intendencia y mantenimiento, profesores de educación especial, trabajadores sociales y psicólogos. Para el manejo de los internos, el equipo del HPI contaba con 48 psiquiatras, entre adscritos y residentes, 85 trabajadoras de enfermería, entre especialistas, generales y auxiliares, 21 psicólogos y 15 trabajadores sociales.

Caracterización de la fuerza de trabajo de enfermería en el HPI

La distribución por sexo de la fuerza de trabajo de enfermería en el HPI presenta las mismas características de la enfermería en general, constituyendo una labor desarrollada predominantemente por mujeres.

Cuadro 1 — Distribución por sexo de los trabajadores de enfermería del HPI. México-DF, 1990.

Sexo	*Número*	*%*
Femenino	72	84,7
Masculino	13	15,3
Total	85	100,0

La enfermería estuvo, desde sus orígenes, encargada a las mujeres, ya sea en cuanto actividad complementaria necesaria a la cura, ejecutada por las mujeres de las familias de los enfermos, ya sea como estrategia para lograr la salvación del alma, utilizada sobre todo por religiosas. El capitalismo siguió reservando a las mujeres las tareas del cuidado de los enfermos, reforzando al interior de la enfermería la división social y sexual del trabajo y la escisión entre trabajo intelectual y trabajo manual. De todos modos, la enfermería constituye una práctica descalificada socialmente, vista como una prolongación del trabajo doméstico, trabajo este considerado sencillo, con bajo grado de dificultad y no detentor de un saber especial.

Por razones económicas y políticas, le interesa al capitalismo seguir explotando la fuerza de trabajo femenina en la enfermería, ya sea porque es de bajo costo, ya sea por la facilidad de control, o por las exigencias impuestas por el modelo de servicios de salud. Pero por otra parte, puede preguntarse porque a las mujeres les interesa seguir dedicándose a la enfermería. Los argumentos de naturaleza económica no son concluyentes porque permiten nada más la constatación de que, finalmente, en algo tenían que trabajar las mujeres, o sea, la venta de la fuerza de trabajo sería un imperativo y esta necesidad justificaría las elecciones que se darían de forma más o menos azarosa. Con la diversificación de las actividades a partir del desarrollo de las fuerzas productivas capitalistas, no se puede tomar como azaroso el hecho de que las mujeres sigan siendo enfermeras. Pitta recupera las razones de orden subjetiva para explicar la persistencia de las mujeres en la enfermería y aunque no se proponga profundizar en el tema, habla de "uma adecuação, através de atividades reparadoras dos processos femininos de sublimação, estendendo para os locais de trabalho pulsões habitualmente satisfeitas na área doméstica, qualificando e monetarizando impulsos primitivos femininos".[1] La autora concluye con el razonamiento de que aquellas actividades actuarían como recurso para estimular

[1] Pitta, Ana. Hospital: dor e morte como ofício, Editora Hucitec, São Paulo, 1991, pp.134.

defensas socialmente aceptadas y utilizadas como estrategia de profesionalización y emancipación de las mujeres.

Ahora bien, esta investigación se suscribe a un hospital psiquiátrico y se podría entonces, ir más allá e indagar porque estas enfermeras están ubicadas exactamente en un hospital psiquiátrico y no en un hospital general, en una maternidad, en un servicio de urgencias, etc. Sería interesante identificar que impulsos primitivos y características psíquicas particulares se presentan como trazo común compartido por este grupo, que ciertamente se distingue del universo de las enfermeras y a partir de esto, intentar comprender porque permanecen en un hospital psiquiátrico.

Antes de pasar al análisis del Cuadro 2, que se refiere a la distribución por edad de la fuerza de trabajo de enfermería del HPI, conviene hacer una aclaración que permite también algunas conjeturas sobre la composición por sexo de la fuerza de trabajo. En el universo de 85 trabajadoras están incluidas siete pasantes de enfermería del sexo femenino y tal decisión partió de considerar, que si bien desde el punto de vista legal, este grupo no está de hecho integrado al personal de base del hospital, desde el punto de vista de las actividades que desarrollan cotidianamente, comparten con las demás trabajadoras el mismo proceso laboral.

A partir de esta aclaración, si se sustraen las siete pasantes del total de 72 enfermeras, quedarán 65 y el total general, considerando hombres y mujeres, bajaría a 78; 83,3% de fuerza de trabajo femenina y 16,7% de personal masculino. Al no disponer de datos sobre la composición por sexo de la enfermería en general, no se sabe si la variación en el HPI acompaña la tendencia global o si la participación de la fuerza de trabajo masculina está aumentada. Por otra parte, al no disponer de datos sobre la evolución numérica del personal masculino en el HPI, no se puede hacer ningún tipo de afirmación que pueda dar cuenta de la manutención, aumento o disminución de la participación de estos trabajadores en el contingente global. De cualquier modo, 16,7% no es una participación que pueda ser considerada inexpresiva o insignificante.

Quizás sea un propósito, por demás arriesgado, aventurar la hipótesis de una tendencia a alteración en la composición por sexo de la enfermería del HPI. Los indicios que apuntan la "necesidad" de fuerza de trabajo masculina no son varios pero son contundentes y forjados a partir del concepto corriente que asocia el "enfermo mental" con la imprevisibilidad, la agresividad y la peligrosidad. Para contenerlo en su "agitación", la frágil fuerza muscular femenina revela diariamente sus limitaciones. Por esta razón es que varias trabajadoras, al apuntar las "condiciones inseguras" y la "falta de seguridad laboral" como problemas graves (ver Los problemas de trabajo), proponen la contratación de personal masculino como medida a ser adoptada para la solución del problema. Mientras no se dispone de este contingente de enfermeros, es común en el HPI recurrir a los agentes de seguridad para someter a un interno, como por ejemplo a una adolescente de 16 años, según lo relatado en el Testimonio 5 (ver Los testimonios). Ni las enfermeras ni los psiquiatras se sienten constreñidos en buscar a los agentes

de seguridad: las enfermeras porque evalúan que sus posibilidades físicas no les alcanzan para sojuzgar al interno; los psiquiatras porque quizás no quieran ensuciar sus manos con tareas tan groseras, o quizás se acuerden que el "humanista" Pinel les dejó sus enseñanzas hace más de un siglo.

En la distribución por edad de la trabajadoras de enfermería del HPI, expuesta en el Cuadro 2, se observa que la contribución más expresiva está dada por el grupo con edad entre 31 y 40 años, es decir, personas más grandes que hace mucho tiempo se incorporaron a la vida productiva y que posiblemente, acumularon experiencias anteriores en el mercado de trabajo. Pero la concentración de trabajadoras en aquel grupo no representa una característica particular del HPI, sino que representa una tendencia de la enfermería en general, de acuerdo a un estudio realizado en la Universidad de Guadalajara[2] , en el cual se detectó una participación de 47,1% del grupo con edad entre 30 y 39 años.

Cuadro 2 — Distribución según edad y sexo de los trabajadores de enfermería del HPI. México-DF, 1990.

Edad (años)	*Mujeres*		*Hombres*		*Total*	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
17 - 20	3	4,2	0	0	3	3,5
21 - 30	20	27,8	4	30,8	24	28,2
31 - 40	28	38,9	2	15,4	30	35,3
41 - 50	17	23,6	5	38,4	22	25,9
51 - 60	3	4,1	2	15,4	5	5,9
61 y más	1	1,4	0	0	1	1,2
Total	72	100,0	13	100,0	85	100,0

Aquí es conveniente también, evaluar el impacto de las siete pasantes sobre el universo femenino en particular. Se observa que apenas una auxiliar de enfermería tiene edad entre 17 y 20 años y que las otras dos, que conforman el grupo, son pasantes. Las otras cinco pasantes están en el grupo de 21 a 30 años de edad, y si se resta estas siete trabajadoras sin vínculo legal permanente con el HPI del grupo de mujeres, disminuye aún más la participación de las enfermeras más jóvenes. Así el porcentaje de 27,8% representado por el grupo con edades entre 21 y 30 años baja a 23,0%, mientras la contribución del grupo de 31 a 40 años de edad pasa a ser de 43,1%. Si se añade a este grupo la participación de las trabajadoras con edad entre 41 y 50 años, estos grupos corresponden al 69,2% de la fuerza de trabajo femenina del HPI. Al considerar de forma conjunta la fuerza de trabajo masculina y femenina, esta tendencia se mantiene, aunque el porcentaje de participación de los dos grupos, o sea, el de 31 a 40 el y el de

[2] Vásquez, Griselda Uribe et al, El trabajo femenino de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. III, n. 2, p.103.

41 a 50, representan un 66,7% del total. Aunque el contingente masculino sea compuesto por apenas 13 trabajadores, tampoco entre éstos, el HPI representa un atractivo para los más jóvenes. Tan es así que un total de nueve tienen edades entre 31 y 60 años, siendo que el grupo más numeroso, que tiene cinco integrantes, corresponde a trabajadores con edades entre 41 y 50 años.

En el Cuadro 3 se pueden observar la antigüedad de las trabajadoras en la profesión y en el HPI, establecer comparaciones entre períodos de tiempo dedicados a cada uno de estos momentos y detectar las variaciones más importantes. Cuando se analiza aisladamente el tiempo de exposición en la profesión, se percibe que el grupo más numeroso es representado por las trabajadoras que están hace 15 o más años desarrollando las labores de enfermería. Si se añade a éste el grupo que tiene la antigüedad entre 5 y 14 años, se nota que juntos los dos grupos representan el 71,8% del conjunto de las trabajadoras.

Cuadro 3 — Distribución de las trabajadoras de enfermería por antigüedad en la profesión y en el HPI. México-DF, 1990.

	Profesión		*HPI*	
Antigüedad (años)	*N*	*%*	*N*	*%*
< 1	6	7,0	11	13,0
1 a 4	18	21,2	22	25,9
5 a 14	22	25,9	15	17,6
15 y más	39	45,9	37	43,5
Total	85	100,0	85	100,0

Aunque varían los porcentajes, la tendencia a un período de exposición más prolongado, esto es, de 15 o más años, se mantiene cuando se observa la antigüedad en el HPI, pero al tratarse del grupo que tiene entre 5 y 14 años, se observa una reducción importante en relación al tiempo de exposición en la enfermería, aunque estos dos grupos representen el 61,1% del total. Conforme se ha dicho, están incluidos entre las 85 trabajadoras un total de siete pasantes de enfermería, y su exclusión implicaría las alteraciones expuestas en el Cuadro 4, que se considera más adecuado para el análisis de la antigüedad, ya que no existe la garantía de que las pasantes sean incluidas como personal de base.

Una consecuencia esperada después del ajuste en el Cuadro 4, es el aumento de los porcentajes relativos a los grupos con mayor tiempo de exposición, tanto en la enfermería como en el HPI. De hecho, en el primer caso, el porcentaje aumenta a un 78,2% y en el segundo caso a un 66,7%. Se refuerza entonces, el predominio de los grupos de mayor antigüedad, indicando que ni la enfermería, ni el HPI representan alternativa de ingreso al mercado de trabajo. Tan es así que las cuatro trabajadoras con antigüedad inferior a un año, incorporadas a la plantilla en 1990, una tenía entre 21 y 30 años; dos tenían entre 31 y 40 años y otra estaba en el grupo de 41 a 50

años. De esta manera, se concluye que son grandes las posibilidades de que el HPI no represente el primer empleo para estas trabajadoras.

Cuadro 4 — Distribución de las trabajadoras de enfermería, con exclusión de pasantes, por antigüedad en la profesión y en el HPI. México-DF, 1990.

Antigüedad	*Profesión*		*HPI*	
(años)	*N*	*%*	*N*	*%*
< 1	0	0	4	5,1
1 a 4	17	21,8	22	28,2
5 a 14	22	28,2	15	19,2
15 y más	39	50,0	37	47,5
Total	78	100,0	78	100,0

La información de que sólo cuatro enfermeras fueron incorporadas al personal de base en 1990, es una constatación importante que ayuda a entender determinadas dificultades apuntadas por las trabajadoras. Al recuperar las quejas sobre los problemas más graves relacionados al quehacer de la enfermería en el HPI (ver Los problemas de trabajo), se nota que la "falta de personal" aparece en primer lugar. Se observa también aquí, que las quejas son absolutamente procedentes, porque parece que no hay iniciativa para reponer ni a los jubilados, ni a los que renuncian, lo que se torna aun más grave porque el personal de planta es insuficiente. Y aquí también se dan elementos para entender el malestar de las pasantes (ver Testimonio 3) cuando denuncian ser explotadas por el personal de base, impidiéndoles dirigir las actividades en el sentido de la calificación profesional y no en el sentido del mero cumplimiento de tareas impuestas por la rutina.

Otra revelación importante, obtenida a través del Cuadro 4 permite observar, en última instancia, la falta de calificación del personal de enfermería del HPI. Esto porque, al comparar la antigüedad en la profesión con la antigüedad en el HPI del grupo con período de exposición entre 1 y 4 años, se nota que el grupo con tiempo de ocupación en el HPI es un 6,4% superior que el de ocupación en la enfermería. Así queda claro que muchas trabajadoras son contratadas por el HPI para funciones ajenas a la enfermería, siendo posteriormente recodificadas como enfermeras. Aunque este hecho sea evidente tratándose de la antigüedad de 1 a 4 años, no quiere decir que ahí estén concentradas todas las recodificaciones porque algunos casos pueden estar distribuidos también en los grupos siguientes, sobre todo en el de 15 o más años de antigüedad.

Llama la atención, de manera particular, la acentuada disminución en los porcentajes de participación de la fuerza de trabajo en el HPI del grupo con antigüedad entre 5 y 14 años, que al compararse con el de 1 a 4 años, indica que existe un abandono expresivo del trabajo en

hospital, posiblemente a través de la petición de renuncia o de transferencia para otras unidades de los servicios de salud. Aunque se desconozca si este contingente va en busca de una ocupación más rentable o si busca librarse de los llamados pacientes psiquiátricos, lo cierto es que muchos no pasan el período considerado como probatorio, o de "test de vocación", que se extendería hasta los cuatro años. Como el tiempo de ocupación en la enfermería evoluciona en niveles de aumentos gradativos, es posible que de ahí salga para el HPI un importante número de trabajadoras, impidiendo que el descenso en la participación del grupo de 5 a 14 años de antigüedad sea aún más acentuado.

Para evaluar la calificación de un grupo de trabajadores es necesario establecer la relación entre la organización del trabajo, un saber y la contrapartida económica, como sueldos o salarios. La calificación atiende la exigencia de una distribución adecuada de los trabajadores en las distintas funciones o puestos, impidiendo asignaciones azarosas o equivocadas. Aunque no se pretenda realizar aquí una evaluación global de la calificación de las trabajadoras de enfermería del HPI, el análisis de los niveles de escolaridad es interesante porque permite, por lo menos, acercarse a una de las tres variables involucradas en la calificación, esto es, el saber.

En la práctica cotidiana están mezcladas habilidad, experiencia y formación, pero si para algunas labores los dos primeros requisitos son casi suficientes, en la enfermería de un hospital psiquiátrico la formación es la garantía de un quehacer con calidad. La sustitución de la relación sujeto/objeto de trabajo por la relación que debería ser sujeto/sujeto, impone dificultades que no pueden ser resueltas sólo a partir de la habilidad o de la experiencia. Tratar con un sujeto que atraviesa por un período de dificultades emocionales requiere obligatoriamente de conocimientos fuera del sentido común y adquiridos solamente, a través de la enseñanza formal, es decir, el manejo de situaciones complejas demanda un tiempo de escolarización compatible con las exigencias de una labor de esta naturaleza.

Antes de pasar el análisis del Cuadro 5, es oportuno rescatar fragmentos de la conferencia de la coordinadora de enseñanza de enfermería del HPI (ver Testimonio 1), porque as declaraciones ponen de relieve la deficiencia del personal de enfermería del HPI en cuanto a la formación: "¿Cuántas enfermeras hay? Nos vamos a ver terriblemente mal. Jamás he tenido una plantilla adecuada a las necesidades del hospital. Para un hospital con 200 camas, como inicialmente se estableció, marcaban los índices de OMS de 2,5 o 3,0. Jamás hemos llegado a alcanzar estas cifras y sobre todo, mucho menos en aquellos aspectos de un 60% de personal profesional y 40% de personal auxiliar. Durante casi 20 años el hospital ha funcionado con personal exclusivamente auxiliar. Apenas hace aproximadamente cinco años que nos hemos estado llenando un poco más de enfermeras tituladas contra 63 enfermeras auxiliares.Entonces ustedes se podrán dar una idea de que no se puede lograr una excelencia en la calidad de la atención de los chicos. Definitivamente no. Somos tres las especialistas en psiquiatría y estábamos tratando de tener más especialistas, enviando por lo menos a una enfermera general cada año al curso post-técnico de enfermería psiquiátrica, de tal manera que, al regresar se incorpore a las

actividades, pasen a formar parte del equipo de enfermería y pudiera, a su vez, apoyarnos en la capacitación, actualización y en las actividades de los servicios. Sin embargo, este año regresa una más de las compañeras, ya vamos a ser cuatro. Pero este año no hubo candidatas para el curso".

Frente a lo expuesto, no es nada novedoso señalar las deficiencias en cuanto a la calificación de la enfermería del HPI para tratar con los internos, porque incluso, tal deficiencia es crónica y reconocida por la dirección del hospital. De cualquier modo, el Cuadro 5 permite observar que un gran número de trabajadoras tuvieron un período de exposición a la educación formal excesivamente corto: 44,7% del personal de enfermería del HPI no alcanzaron ir más allá de la secundaria. Pero, si del universo total se excluyen las siete pasantes de enfermería, este porcentaje aumenta a 48,7%, mientras el grupo designado como de educación media superior se fija en 47,4%, y los tres trabajadores con título de licenciatura representan solamente el 3,8% del personal.

Cuadro 5 — Distribución de las trabajadoras de enfermería del HPI según nivel de escolaridad. México-DF, 1990.

Escolaridad	*N*	*%*
Primaria incompleta	0	0
Primaria completa	17	20,0
Educación media	21	24,7
Secundaria incompleta	(9)	
Secundaria completa	(12)	
Educación media superior	44	51,8
Bachillerato/técnico completo	(29)	
Bachillerato/técnico incompleto	(9)	
Especialista/técnico	(4)	
Licenciatura incompleta	(2)	
Estudios profesionales y de postgrado	3	3,5
Licenciatura completa	(3)	
Especialista licenciado	(0)	
Maestría	(0)	
	(0)	
Total	85	100,0

Ahora bien, al recuperar los datos recolectados en la investigación realizada por la Universidad de Guadalajara[3] , la situación crítica del HPI es aun más clara. Esto porque, en aquella investigación, se tomó como universo cuatro hospitales generales de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, correspondientes al segundo nivel de atención. En este grupo de enfermeras que laboran en instituciones de segundo nivel no se encontraron trabajadoras con escolaridad inferior a la educación media y ésta presentó el porcentaje más bajo, o sea, de 4,3%, mientras que la educación media superior correspondió al 86,6% y los estudios profesionales y de postgrado al 9,1% del total. Cabe recordar que el HPI es un hospital de tercer nivel y como tal demandaría personal todavía más especializado.

Aunque la relación entre enfermeras e internos está mediada también por conflictos generados a partir de la organización y división del trabajo, que lleva a competencias internas y externas a la enfermería, impactando de paso a los internos, no queda duda que la imposibilidad de manejar un concepto más elaborado sobre la "enfermedad" y el "enfermo mental", hace que muchos quieran quitar de los internos incluso la condición de pertenencia a la especie humana. Entre las enfermeras mismas hay quienes manifiestan su enojo y fastidio en contra del trato inhumano hacia los internos, denunciando que los "tratan como si fuesen animales".

Una comunicación interna de octubre de 1990, fijada en los tres pabellones, relaciona 13 puntos a ser observados por las trabajadoras de enfermería. En líneas generales, el documento señala la necesidad de recibir a quienes internan con hoja de órdenes médicas, Kardex Clínico y libreta, además de registrar el número y condición de los internos, altas y permisos durante la recepción del turno y, en la entrega, solicitar a quienes lo reciben el registro de la situación encontrada en lo que se refiere al servicio y a los internos, enmarcando las reglas para recibimiento de ropa, material, equipo médico-quirúrgico y medicamentos, observaciones de las libretas y el Kardex Clínico y comunicación al supervisor de las alteraciones o insuficiencias; alerta sobre la importancia de recurrir a los psiquiatras para resolver cualquier duda sobre las prescripciones, así como cumplir las indicaciones médicas especiales para internos con problemas detectados durante el turno; pone énfasis en la utilización de la libreta de reporte y hoja de enfermería para registro de las condiciones de cada interno; enmarca las reglas para el personal de enfermería en cuanto a ceder y solicitar trabajadores para cubrir faltantes en los tres pabellones y orienta sobre la distribución de tareas entre enfermeras y afanadores; finalmente añade: "les rogamos su valiosa participación, que ayuda a enaltecer a la institución que aunque es pobre, es la que da servicio a más del 60% de la población de México".

El decimocuarto punto, destacado en letras mayúsculas, enmarca: "sus pacientes que son seres humanos se lo agradecerán". De nada sirvió el contenido, al mismo tiempo obvio, patético y absurdo, del mensaje ya que una trabajadora del pabellón B pronto se encargó de alterar el documento, manifestando la concepción, si no de todas, por lo menos de muchas enfermeras, de

[3] Ibidem

tal manera que el decimocuarto punto alertaba: "sus pacientes que no son seres humanos no se lo agradecerán", y el documento continuó candidamente fijado en la pared.

En lo que se refiere a la distribución por función, según lo muestra el Cuadro 6, se observa que la enfermería del HPI es desarrollada principalmente por personal codificado como auxiliar, que corresponde al 58,8% del total. Un segundo hecho que se puede percibir es que las trabajadoras con puestos de mando ocupan el segundo lugar en importancia, esto, porque sumando la participación de las supervisoras, jefas de pabellón, coordinadora de ensenãnza y jefa general, se alcanza un porcentaje de 21,2% en relación al total.

Muchas trabajadoras, aunque no sea posible especificar la cantidad, están codificadas de manera inadecuada. Tan es así que cuando apuntan los problemas más graves enfrentados por ellas y señalan las medidas de solución (ver Los problemas de trabajo), muchas se refieren a la codificación, aunque no haya un rubro en donde el tema pueda ser abiertamente señalado. En "falta de reconocimiento/respeto", se presentan las siguientes observaciones: "codificación de acuerdo"; "que tomen en cuenta mi trabajo y me codifiquen de acuerdo a la función". En "falta de personal": "no me han codificado como enfermera general y estoy desempeñando funciones de supervisora". En "incapacidad de cambio de posición": "no me han dado mi cambio a enfermera titulada. Que me cambien de codificación". En "trabajo sin porvenir": "que no codifiquen a la gente que tiene algún cargo en el hospital. Que jefas de servicios y supervisoras no están codificadas de acuerdo al cargo que se tiene". A partir de estas informaciones, una conclusión a que se llega es que los datos del Cuadro 6 pueden no corresponder a la realidad, puesto que algunas trabajadoras pueden haber contestado sobre la función de acuerdo a como están codificadas, y otras de acuerdo a la función que de hecho desarrollan, aunque no estén codificadas como tal.

Cuadro 6 — Distribución de las trabajadoras de enfermería del HPI según función. México-DF, 1990.

Función	*N*	*%*
Enfermera general	7	8,2
Auxiliar de enfermería	50	58,8
Jefa de pabellón	11	12,9
Supervisora	5	5,9
Enfermera psiquiátrica	1	1,2
Enfermera de CEYE	1	1,2
Enf. de consulta externa	1	1,2
Pasante de enfermería	7	8,2
Coord. de enseñanza	1	1,2
Jefa general	1	1,2
Total	85	100,0

En el Cuadro 7 se puede observar la distribución de las trabajadoras de enfermería en los distintos servicios del HPI. La enfermería está ubicada fundamentalmente en los tres pabellones de internación, es decir, Unidad B, Unidad C y Unidad D. La pequeña cantidad de trabajadoras adscritas en la Unidad C, sólo se explica por los casos perdidos en la investigación. Una mayor cantidad de enfermeras en el pabellón B puede ser entendida a partir de la demanda de los internos de ahí, sobre todo, los encamados. Habría que considerar también aquí, la participación de las siete pasantes de enfermería que contribuyen para elevar la cantidad de personal disponible.

Un hecho que llama la atención en el Cuadro 7 es la participación insignificante de la enfermería en las actividades del Hospital de Día, servicio considerado innovador que propone acompañar pacientes y familiares, utilizando para esto, tanto técnicas psiquiátricas y psicoterápeuticas, completamente desconocidas por las enfermeras de los pabellones, como fue señalado en el Testimonio 2 (ver Los testimonios). En esta entrevista, fue revelada también la resistencia de las trabajadoras a la rotación de servicio, que ocurre una vez al año, y que siempre genera pleitos y acusaciones entre las trabajadoras que se creen perseguidas o perjudicadas y aquellas que tienen puestos de mando. Sería interesante profundizar el análisis de la resistencia de las enfermeras a cambiarse anualmente de un servicio a otro, principalmente cuando se sabe que la antigüedad predominante está en los períodos más extensos, y que aún así, los cambios producen siempre gran malestar.

Cuadro 7 — Distribución de las trabajadoras de enfermería del HPI según área de trabajo. México-DF, 1990.

Áreas	*N*	*%*
Unidad B	26	30,6
Unidad C	16	18,8
Unidad D	24	28,2
Hospitalización	7	8,2
Consulta externa	3	3,5
Hospital de día	3	3,5
Todo el hospital	2	2,4
Dental	2	2,4
Pediatría	1	1,2
CEYE	1	1,2
Total	85	100,0

El Cuadro 8 muestra la distribución de las trabajadoras de acuerdo a las características de la jornada, o sea, por turno y duración. Con relación al período de la jornada laboral, se nota que hay un concentración mayor de trabajadoras en el turno matutino, pero de nuevo aquí están las siete pasantes de enfermería. De cualquier modo, estaría justificada una mayor cantidad de trabajadoras durante la mañana, puesto que en este período se presenta una acumulación de tareas, es decir, el baño de los internos, la preparación y administración de medicinas en dos ocasiones, el desayuno y la comida. La segunda mayor concentración está en el personal de velada, pero aquí cabe aclarar que estas trabajadoras son distribuidas en dos grupos ya que su jornada se extiende por 11 horas cada segundo o tercer día, mientras las enfermeras del turno especial cumplen jornadas de 12 horas cada 72, o sea, tres días.

En relación a la duración de la jornada de las trabajadoras de los turnos matutino y vespertino, el Cuadro 8 puede inducir a que se concluya que 100% de las primeras tienen jornada de 40 horas semanales, mientras que las demás la tienen reducida a 35 horas. Pero el examen de los datos básicos y que no están expuestos aquí, dejan duda en cuanto a los criterios utilizados para la definición del tiempo de duración de la labor diaria, por lo menos para las auxiliares de enfermería. Así, teniendo como referencia este grupo específico, que representa 58,8% de la fuerza de trabajo, se observa que hay quienes están adscritos en el turno matutino con jornada de 35 horas, mientras otros la tienen extendida hasta 40 horas a la semana. Lo mismo ocurre con las auxiliares de enfermería del turno vespertino, ya que unas tienen la jornada con duración de siete horas diarias, mientras que otras cumplen ocho horas.

Cuadro 8 — Distribución de las trabajadores de enfermería del HPI según características de la jornada. México-DF, 1990.

Características	*N*	*%*
Turno		
Matutino	34	40,0
Vespertino	14	16,5
Velada	25	29,4
Especial	12	14,1
Total	85	100,0
Duración		
35 hs	13	15,3
40 hs	35	41,2
11hs/2 o 3 día	25	29,4
12hs/3 día	12	14,1
Total	85	100,0

Quizás estas variaciones sean justificadas como necesarias para viabilizar el enlace entre turnos, pero aun así, ciertamente actuaría como motivo de conflicto entre las trabajadoras, ya que aquellas que tienen jornada de 40 horas semanales, posiblemente se consideran en desventaja

en relación a las que laboran diariamente una hora menos. Como no se tienen datos sobre salarios y su variación de acuerdo a la duración de la jornada para el grupo con la misma función, no se puede hablar tampoco de una posible compensación económica. Pero a pesar de la falta de información, es razonable suponer que aun habiendo el aumento de algunos pesos en los sueldos de aquellos que enfrentan jornada de 40 horas, este suplemento no sería un atractivo muy importante. Se sabe que los sueldos pagados en el HPI son bajos, incluso inferiores a los del mercado y a los practicados en otros hospitales públicos, como es revelado en el Testimonio 2 (ver Los testimonios) y aun así, el ausentismo es altísimo, incluso con faltas injustificadas que implican deducciones en los sueldos.

Pero ya sea 35 o 40 horas semanales, la jornada es considerada muy extensa por las trabajadoras, principalmente por las condiciones en que es desarrollada en el HPI, enmarcada por problemas como insuficiencia o inadecuación de recursos materiales, objetos e insumos, carga y ritmos pesados, quehacer descalificado y la tan temida peligrosidad del "paciente" psiquiátrico.

El análisis de la distribución por turno y jornada de trabajo revela finalmente la perversidad de la organización y de la división del trabajo en la enfermería, dictados por las exigencias del modelo de prestación de servicios de salud capitalista. La creación del turno especial es la expresión máxima de esta perversidad porque se se valen de la necesidad extrema de un grupo de trabajadoras, que no puede imponer ninguna condición para la venta de su fuerza de trabajo y a ellas se quitan exactamente los días destinados al descanso y a la convivencia familiar y social. Claro está que este grupo no tiene los demás días de la semana dedicados a la recreación a o la reposición de energía, sino que seguramente desarrolla otras labores, pagados o no. Claro está también, que cualquier paciente necesita ser atendido y cuidado durante los días sábado, domingo y feriado, pero por cierto, hay alternativas que permiten que el quehacer de estos días sea dividido entre todos de manera de no sobrecargar a nadie y de no penalizar a un grupo seguramente ya bastante explotado.

El Cuadro 9 reúne algunas informaciones que permiten acercarse a la caracterización del grupo de trabajadores del HPI, destacándose en él a las mujeres, intentando identificar situaciones que puedan imprimir una cierta complejidad al cotidiano de estas enfermeras. Sin embargo, no se pretende establecer un juicio que califique a estas situaciones como exclusivamente beneficiosas o exclusivamente dañinas porque, para los datos del Cuadro 9, tal evaluación sólo es pertinente en el análisis de otro vínculo laboral.

La composición por estado civil no tuvo como finalidad identificar el aspecto legal. Por esto, en el grupo de los casados están incluidas también las uniones libres, y los separados no necesariamente enfrentaron o enfrentan procedimientos jurídicos.

Cuadro 9 — Distribución de las trabajadoras de enfermería del HPI según estado civil, número de hijos y existencia y naturaleza de otro vínculo laboral. México-DF, 1990.

Características	*Mujeres*		*Hombres*		*Total*	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Estado civil						
Soltero	22	30,6	1	1,6	23	27,1
Casado	43	59,7	12	92,3	55	64,7
Separado	4	5,5	0	0	4	4,7
Viudo	3	4,2	0	0	3	3,5
Total	72	100,0	13	100,0	85	100,0
Número de hijos						
Ninguno	22	30,6	1	7,6	23	27,0
Hasta 2	27	37,5	4	30,8	31	36,5
de 3 a 4	18	25,0	4	30,8	22	25,9
5 y más	5	6,9	4	30,8	9	10,6
Total	72	100,0	13	100,0	85	100,0
Otro vínculo laboral						
No	54	75,0	6	46,2	60	70,6
Hospital público	11	15,3	1	7 ,7	12	14,1
Hospital privado	1	1,3	0	0	1	1,2
Pc. particular	3	4,2	0	0	3	3,5
Otra actividad	3	4,2	6	46,2	9	10,6
Total	72	100,0	13	100,0	85	100,0

Considerando en conjunto hombres y mujeres, lo que muestra el Cuadro 9 es que la gran mayoría de los trabajadores comparte sus vidas con compañeros o compañeras y aquellos que están solos, representan un porcentaje poco significativo. Pero es conveniente identificar de quienes vienen las contribuciones más importantes para definición de la condición civil del grupo. Como se ve, 12 de los 13 hombres son casados y esta participación ayuda a aumentar los porcentajes totales. Por otra parte, el registro de separados y viudos sólo ocurre entre las mujeres, correspondiendo a un 9,2% de ellas. Si a esta participación de 9,2% entre separadas y viudas se añade el porcentaje de 30,6% de solteras, se llega a un 40,3% de mujeres que responden solas por todas las imposiciones de la vida. Con todo, esta no parece ser una opción definitiva de las mujeres sino que está asociada a la distribución por edades, puesto que 32,0% de ellas tienen edades entre 21 y 30 años, y quizá para las más jóvenes de este grupo el matrimonio puede ser considerado poco atractivo.

Los datos sobre el número de hijos interesan aquí como indicativos del nivel de demanda hacia las trabajadoras por parte de aquellos que son sus dependientes, no sólo, pero sobre todo económicamente y, en el caso específico de las mujeres, como indicativo también de la magnitud del quehacer en el ambiente doméstico, puesto que como cualquier otra trabajadora las enfermeras del HPI son también sometidas a doble o triple jornada de trabajo.

Prácticamente un 70% de la mujeres tienen hijos, un 37,5% integran familias con por lo menos cuatro elementos y un 25% tienen familias de cinco o seis personas. Los núcleos familiares con una cantidad mayor de hijos, es decir, igual o superior a cinco, componen el 7%. Es posible que estos hijos, que por cierto pueden seguir dependiendo económicamente de sus padres, no deben ser niños muy pequeños en su gran mayoría. Se supone esto, porque un 38,9% de las enfermeras del HPI tienen edades entre 31 y 40 años, es decir, mujeres que entraron hace mucho en la vida productiva y reproductiva. Añadido a este 38,9%, el 29,1% de mujeres que tienen más de 41 años de edad, se llega a un total de 68,0% de mujeres con edades bastante grandes. El contingente más joven, representado por los grupos con menos de 30 años de edad, equivalen a un 32%, pero ahí están incluidas principalmente, aquellas que no son madres y que representan un 30,6% de todas las mujeres.

Por último, el Cuadro 9 informa también, la existencia de otro vínculo laboral además del HPI. Aquí no cabe ningún tipo de apreciación del conjunto formado por hombres y mujeres, ya que el impacto de una otra jornada laboral va a traer consecuencias muy particulares sobre uno y otro grupo. En relación a los 13 enfermeros, conviene destacar el hecho curioso de que seis de los siete que tienen otro trabajo, se dedican a actividades que no guardan ninguna relación con los servicios de salud. Quizás sean estas actividades la ocupación principal para estos trabajadores que se desempeñan como enfermeros en un hospital psiquiátrico, como alternativa para el aumento de ingreso. Con relación a las mujeres, se observa que el 25,0% de ellas tienen que cumplir una triple jornada de trabajo, es decir, la jornada doméstica, la jornada en el HPI y una tercera que puede ser en otro hospital público o en un hospital particular, con pacientes particulares o en actividades ajenas a la enfermería, pero la mayoría está vinculada a otra institución pública.

El estar sometida a una doble jornada de trabajo ya impone a la mujer un conjunto de situaciones difíciles y desgastantes. En la investigación realizada en la Universidad de Guadalajara, que abarcó enfermeras, maestras, secretarias y amas de casa, fueron establecidas comparaciones entre aquellas que ocupan cargos remunerados y las amas de casa, constatándose que las tareas domésticas de las primeras "son las mismas que las de las amas de casa, pero el tiempo que dedican a ellas es menor. Aparentemente, estas mujeres no relegan ninguna de sus labores domésticas; simplemente las efectúan en menos tiempo, disminuyendo los momentos de descanso y organizándolas en torno al trabajo extradomiciliario. En este sentido, las enfermeras ofrecen el ejemplo más notable, puesto que cumplen su jornada

hospitalaria de casi 40 horas y, al llegar a su casa, atienden su quehacer doméstico. Esto redunda en una jornada de trabajo excesivamente larga y presumiblemente intensa".[4] La existencia de una tercera jornada laboral sólo contribuye para agravar aun más, los efectos dañinos del trabajo sobre la salud y la vida, puesto que priva a estas mujeres, incluso la posibilidad cronológica para la atención de necesidades tan sencillas pero esenciales como es el sueño, el descanso, la recreación y el convivio social.

[4] Idem p. 107

El cotidiano de la enfermería en los pabellones

En el HPI están reservados tres pabellones para la reclusión de niños y adolescentes hasta 18 años de edad, que recibiendo el diagnóstico de alguna "enfermedad mental", son asignados a alguno de los pabellones con el objetivo dudoso de establecer la unidad entre tratamiento y custodia, bajo el comando del médico psiquiatra. Los pabellones son designados Unidad B, donde están confinados los llamados pacientes crónicos; Unidad C, que recibe adolescentes del sexo masculino; Unidad D, donde son conducidos los niños de ambos sexos y adolescentes del sexo femenino. Según reveló un médico residente del HPI, para que no se produzca confusión sobre la distribución de los internos en los tres pabellones fue establecida una convención que asocia C a caballeros, D a damas y B a bestias.

Antes de analizar las actividades de las trabajadoras de enfermería en los tres pabellones es importante describir, con un poco más de detalle, a quienes están destinados estos "servicios de salud". El pabellón B es privativo de los llamados pacientes crónicos, pero que a algunos les gusta llamar el pabellón de las "bestias", y que hasta el momento de esta investigación tenía un total de 25 internos, de los cuales 10 eran encamados permanentes. Pero ya sean encamados o no, todos los internos presentan limitaciones o deficiencias severas, siendo más frecuentes los diagnósticos de retraso mental profundo, daño orgánico cerebral, parálisis cerebral, crisis convulsivas generalizadas, etc. No es raro que un interno presente varios diagnósticos. El tiempo promedio de internamiento alcanza los 10 años, siendo la permanencia más larga de 23 años y las más cortas no son inferiores a los tres anõs. Conviene recordar que en los años 86/87 fue tomada la decisión de que el HPI no recibiría los llamados crónicos, quienes debían ser trasladados a las granjas. Como consecuencia, existe una tendencia de desactivación de este pabellón, lo que puede ser acelerado por las defunciones y por la transferencia negociada de internos para las granjas.

Por ignorar o por no ser capaces de informar su nombre en el momento del ingreso, solicitado generalmente por funcionarios del DIF, de la SSA o de la Secretaría de Vialidad, los internos del pabellón B recibieron nuevos nombres dados por algún miembro del personal de enfermería. La costumbre es consultar el calendario para identificar el santo que rige el día del internamiento, pero a falta de esta o de otra sugerencia se usa un nombre menos convencional, como Viernes o Martes. De todos modos, siempre se añade el apellido "Desconocido". Sigue siendo común también, sustituir este nuevo nombre por un apodo, como "Diablito" por ejemplo, en alusión al aspecto físico considerado por el personal como feo, desagradable y repulsivo.

Como fue señalado, en el pabellón D están reclusos temporalmente los niños y niñas y adolescentes de sexo femenino, mientras que el pabellón C es reservado a los adolescentes hombres. Se les atribuye a los niños y jóvenes de estos lugares unos cuantos diagnósticos de "enfermedades mentales" que engloban farmacodependencia, esquizofrenia, brote psicótico,

depresión, intentos suicidas, grados leves de retraso mental, etc. En el período de la investigación cada pabellón recluía entre 15 y 20 niños y jóvenes, pero la población internada es bastante variable en función del tipo de tratamiento, para el cual, los psiquiatras juzgan suficientes pocas semanas de reclusión.

Las trabajadoras de enfermería adscritas en los pabellones están distribuidas en cuatro turnos, esto es, matutino, vespertino, velada y especial. De lunes a viernes, a las 7:00 horas,el personal del turno matutino sustituye el personal de velada, siendo reemplazado entre las 14:00 o 15:00 horas por las trabajadoras del turno vespertino, que desarrollan su labor hasta las 19:00 o 20:00 horas. Los días sábado, domingo y festivos, las trabajadoras del turno especial sustituyen el personal de velada y se quedan hasta 19:00 o 20:00 horas, cuando nuevamente se presenta el personal nocturno o de velada. La jornada laboral puede variar entre 35 o 40 horas semanales para las trabajadoras adscritas en los turnos matutino y vespertino, aunque no sean evidentes los criterios utilizados para asignación de una u otra carga de horario. Para las trabajadoras del turno especial, la jornada fija es de 12 horas cada tercer día; para las de velada es de 11 horas cada segundo o tercer día.

Las actividades de los distintos turnos pueden ser agrupadas de la siguiente manera: turno matutino: Recepción de turno, higiene del paciente, preparación y administración de medicinas, alimentación (desayuno) del paciente, observación y cuidado del paciente, preparación y administración de medicinas, alimentación (comida) del paciente y entrega de turno; tueno vespertino: Recepción de turno, observación y cuidado del paciente, preparación y administración de medicinas, alimentación (cena) del paciente, reposo del paciente y entrega de turno; turno de velada: Recepción de turno, preparación y administración de medicinas (ocasional), observación del paciente y entrega de turno; y, turno especial: En el turno especial son desarrolladas las actividades concernientes al turno matutino y vespertino.

Las labores en los pabellones se inician a las siete de la mañana, cuando las trabajadoras del equipo matutino o especial reciben el turno de las trabajadoras de velada. La entrega/recepción de turno reúne una serie de tareas, independiente a los turnos involucrados, o sea, velada-matutino, matutino-vespertino, vespertino-velada o velada-especial. De acuerdo a las normas internas, las primeras tareas de recepción del turno consisten en verificar las condiciones del servicio, disponibilidad de ropas, medicamentos y condiciones del interno y algunos problemas pueden ya ser identificados al comienzo de la jornada. La "revisión del paciente" implica verificar la existencia de quemaduras por sujeción, señales de golpes o fracturas debido a agresión o caídas y, este tipo de revisión del interno, informada por las trabajadoras, ilustra bien la violencia de la realidad manicomial, pues lo que se busca verificar no es la evolución de las condiciones o el bienestar del interno, sino el daño que pudieron haber recibido por algún tipo de agresión, ya sea por las mismas enfermeras a través de las sujeciones o, consecuencia de algún otro tipo de "accidente". Algunas veces puede ocurrir durante el momento de la "revisión del paciente" que se detecte la existencia de fracturas ocurridas anteriormente pero que nadie

observó, hasta después de producirse el edema que la pone en evidencia. Pero, la mayoría de las veces, la constatación de fracturas ocurre cuando el interno presenta señales de malestar, lo que llama la atención del personal de enfermería en cualquier momento, que puede o no ser el de transferencia de turno. Antes de observar las condiciones físicas del interno, hay que observar si el número informado corresponde al número existente, identificando permisos, altas o fugas.

Otro problema que puede surgir en los primeros quince minutos de trabajo, que es el tiempo promedio para realización de la actividad de entrega/recepción de turno, es la comprobación de que no hay medicamento suficiente. La falta de medicamento es apuntada como problema crónico, y seguramente es considerada una dificultad corriente y no ocasional, como lo demuestra una comunicación interna con fecha de 18 de octubre de 1990, la cual preveé en el rubro seis: "reportar al supervisor los faltantes de medicamento, material y equipo que se va a necesitar en el turno al inicio del mismo, para que el supervisor lo pueda conseguir en los botiquines correspondientes ó bien en el Servicio de Urgencias con el Médico de Guardia".

En lo que se refiere a la entrega/recepción de turno, la comunicación de octubre de 1990, que se encuentra fijada en los pabellones, refuerza la necesidad del cumplimiento de varias otras normas o reglas con el fin de garantizar el "buen funcionamiento" de las unidades de hospitalización. El documento enmarca que "la entrega del turno deberá realizarse solicitando al encargado del turno siguiente que anote las condiciones en que deja al servicio y especialmente los pacientes, así como los pendientes especiales para que se continué la secuencia de la manera más adecuada (...) revisar la cantidad de ropa que deja el turno anterior contra la existencia que se marca en la libreta exclusiva para ello (...) recibir material y equipo médico-quirúrgico contra la libreta que existe para ello (...) recibir y revisar la cantidad de medicamentos de acuerdo al Kardex Clínico actualizado, para los turnos que administran medicamentos y para los turnos nocturnos cuando hay tratamientos que se deben continuar durante las horas intermedias de la noche".

Simultáneamente a la revisión de las condiciones del servicio, de los internos, de la observación de las libretas y de la verificación de la falta frecuente de medicamentos, material, equipo y ropas y, las trabajadoras de uno y otro pabellón pueden constatar además que existe una carencia de personal, en ciertos casos, debido a permisos de entrada, pero la mayoría de los casos es consecuencia de faltas, justificadas o no. De cualquier modo, hay que cumplir las tareas con el personal que se dispone al inicio de la jornada y tomar las medidas necesarias para solucionar o disminuir el problema. La comunicación de octubre de 1990 orienta en el sentido de "solicitar al Supervisor del turno el apoyo con personal de otras Unidades cuando los recursos de la Unidad estén por abajo del 50%. Además si el Supervisor requiere del apoyo del personal para otras Unidades y la Unidad cuenta con el 75% al 100% esta dentro de las funciones del Encargado del Servicio indicar quien deba apoyar a otro Servicio". La comunicación, agrega que "se procurará, previo acuerdo del Supervisor y la Encargada del

Servicio de Enfermería, que los ajustes de personal y la detección de los recursos faltantes sucedan en las primeras horas de actividad".

La gravedad de los problemas generada por el ausentismo puede ser ejemplificada cuando se evalúa al equipo de enfermería del turno especial del pabellón B. El equipo es integrado por cuatro trabajadoras, siendo una encargada de la unidad, y las otras tres, auxiliares de enfermería. Estas trabajadoras tienen a su cargo un total de 25 internos durante un período de 12 horas. Pero si hay un faltante, o sea, si el equipo está reducido a tres personas, aun así, de acuerdo a las normas, esta unidad estaría potencialmente capacitada para ceder una trabajadora para otro pabellón más necesitado. También de acuerdo a las normas, esta unidad sólo puede reivindicar la incorporación de trabajadoras de otro pabellón, en el caso de que los "recursos estén por abajo del 50%", es decir, se cuenta nada más con una trabajadora. Quizás, debido a eso, pero ciertamente en función de determinantes que involucran cuestiones mucho más complejas, es que el personal del turno especial aquí referido no hace distinción entre tareas específicas de las trabajadoras de enfermería y tareas propias de los afanadores, optando por formar un equipo más numeroso donde las tareas de aseo de la unidad, preparación y administración de medicinas o cuidado del interno son distribuidas indistintamente entre todos.

Antes de que las trabajadoras del turno matutino o especial empiecen sus labores, que se inicia con la recepción del turno a las siete de la mañana, las trabajadoras de velada deberán lograr que todos los internos de los tres pabellones, excepto los encamados del pabellón B, dejen sus camas y estén de pie esperando por el baño. No importa si siguen con sueño a causa de las drogas, o que no pudieran dormir debido a que un interno lloró durante casi toda la noche, o por su propio sufrimiento que le impidió conciliar el sueño. No importa que sea domingo o martes, invierno o verano. El reglamento establece que después de las 6:30 horas ya no es tiempo de dormir, sino de prepararse para el baño, para después tomar las medicinas, para después desayunar, para después quedarse en el patio, para después...

Pasada la recepción de turno, el equipo será dividido para realizar las diversas tareas y el encargado de la unidad deberá "distribuir las cargas de trabajo tanto del personal de Enfermería como Afanador de tal manera que, quede equitativo para cada una de las personas que laboran en el turno". Si el equipo está completo, las tareas de cada quien se acuerdan con alguna anterioridad, pero si falta algún integrante, hay que efectuar el reacomodo en la distribución de las labores, que incluyen de inmediato la preparación de los medicamentos, que serán administrados a la hora del desayuno, y el baño de los internos. Por lo general, una persona se ocupa de la preparación del medicamento para lo cual tarda en promedio de 20 a 30 minutos.

La rutina empieza por retirar las pastillas de las diversas envolturas, pasándolas en seguida a un envase de vidrio de mayor tamaño, etiquetado con el nombre del medicamento. La etapa siguiente es consultar el Kardex, donde son registradas las prescripciones, seleccionar las pastillas indicadas y depositarlas en un pequeño vaso, identificado con el nombre del interno.

La tarea exige atención porque las pastillas y las dosis varían significativamente y una equivocación puede dañar al interno. También se requiere atención porque muchas veces pueden faltar medicamentos para las dosis prescritas, lo que implica, por ejemplo, poner cuatro comprimidos de 25 mg para lograr los 100 mg prescritos, o a la inversa, repartir la pastilla de 100 mg entre cuatro para administrar los 25 mg indicados. La dificultad o el contratiempo mayor se presenta cuando no existe en el pabellón la droga prescrita, lo que ocurre con bastante frecuencia, obligando a que esta situación se comunique a la supervisora y se recurra a los otros pabellones y a otros sectores en busca del medicamento, lo que no siempre es tarea exitosa.

Cabe aclarar que los internos toman medicinas tres veces al día, esto es, coincidiendo con el desayuno, con la comida y con la cena. Por lo tanto, la rutina de preparación se hace tres veces al día: alrededor de las 7:30 horas, de las 11:30 horas y de las 18:00horas, agregándose la preparación y administración en horarios intermedios del día o de la noche, esto cuando el psiquiatra juzga que la carga de drogas administrada en los horarios convencionales no es suficiente para el tratamiento de uno u otro interno, generalmente acusado de estar muy "agitado". Sin considerar entonces las dosis adicionales, el turno matutino está encargado de la preparación y administración de las medicinas que coinciden con el desayuno y con la comida; el turno vespertino, con el de la cena y el especial con los tres.

Simultáneamente a la preparación de la primera cuota diaria de drogas, otro grupo de trabajadoras se encarga del baño de los internos y del aseo de las camas. La higiene del interno presenta cargas físicas bastante diferenciadas comparándose el pabellón B con los demás, en función de las características de los internos de aquella unidad. En el pabellón B son necesarias cuatro personas para cumplimiento de la actividad porque hay que subdividir en dos grupos: uno que baña a los encamados y otro a los ambulantes. El procedimiento para bañar un encamado empieza por desvestirlo, pasarlo de la cama al carro-camilla, llevarlo hasta la regadera y bañarlo, secarlo y conducirlo nuevamente a la cama, cuyo aseo ya ha sido efectuado por otra trabajadora. Si el carro-camilla no se encuentra en el pabellón o si está descompuesto, lo que ocurre con bastante frecuencia, la trabajadora tendrá que transportar al interno en sus brazos de la cama hasta al baño, sostenerlo mientras lo baña y cargarlo de regreso a la cama. Una vez en la cama, hay que ponerle ropa, que consiste en una blusa o suéter y en una sábana utilizada como pañal. Muchos encamados tienen deformidades físicas también en los miembros inferiores, que según las enfermeras, impide el uso de pantalones. Las trabajadoras de enfermería refieren que el uso de las sábanas en forma de pañal facilita el trabajo de higiene de estos pacientes, ya que es necesario cambiarlos de tres a cuatro veces durante una jornada de 12 horas.

El baño de los ambulantes del pabellón B, aunque sea un actividad con cargas físicas menos acentuadas que la higiene de los encamados, no es considerada tarea sencilla porque estos internos no son capaces muchas veces de bañarse solos. Así, hay que desvestirlos, llevarlos

hasta la regadera, bañarlos, secarlos y ponerles ropa. A algunos se les pone blusas o suéteres y pantalones. Cuando hay vestido, se les viste a las mujeres con ellos. Pero a algunos pacientes se les envuelve en sábana en forma de pañal y a otros, bajo el argumento de que se desvisten o que están agitados, golpeando a otros o a sí mismos, se les inmoviliza los brazos con sábanas, en forma de camisa de fuerza.

El baño de los internos de los pabellones C y D es tarea más sencilla en comparación con el pabellón B, esto porque, por lo general, los internos logran hacer ellos mismos su propia higiene. Todavía, aunque pueda ser bastante variable, pueden existir niños o adolescentes que necesitan que una trabajadora se encargue de bañarlo, debido a dificultades por el sufrimiento que padecen, pero sobre todo, como consecuencia de efectos colaterales de las drogas que alteran significativamente la función motora. A estos internos, la enfermera tiene que encaminarlos al baño, desvestirlo, bañarlo, secarlo y ponerle ropa. También en los pabellones C y D, el baño es conjunto, o sea, los internos hacen en grupo la higiene personal.

En la ropería del HPI no existen toallas para secar a los internos y así la sábana gana una utilidad más. En los pabellones, la sábana tiene una multiplicidad de usos: recibe el destino habitual de cubrir colchones y es aun más necesaria cuando éstos se encuentran en pésimo estado; produce buenos resultados cuando es utilizada como pañal porque facilita el trabajo de la enfermera con internos que no tienen control de esfínteres; sirve como eficiente camisa de fuerza para contener aquel cuyo comportamiento es considerado inadecuado; y más inofensivamente se transforma en toalla de baño. Una misma sábana es usada sucesivamente para secar varios internos, aunque se necesita para esto intercalar una y otra torcedura.

Con todo, la ropería de los pabellones del HPI no está caracterizada solamente por la inexistencia de toallas. Las ropas incluyen blusas, suéteres, pantalones, pocas faldas y vestidos. Y si estas ropas son miradas en otra función que no sea la de cubrir el cuerpo de un interno de un hospital psiquiátrico público, con razón serán consideradas imprestables o inservibles. El mismo suéter que se quita un interno y tira al lado, puede servir para limpiar la orina que él u otro interno acaba de hacer en el piso. Además de la calidad grosera, de rotas e iguales, no hay ropa en cantidad suficiente y por esto, los internos son obligados a usar lo que les indica la enfermera, sin importar que tenga que ponerse un pantalón o un suéter talla 44 cuando su talla es 40 o a la inversa. Independientemente de la estación del año y de la temperatura, los internos del pabellón B caminan permanentemente descalzos por el piso de piedra. Para ellos no hay zapatos o "chanclas". Pero muchos internos de los pabellones C y D logran mantener o consiguen calzado, aunque nadie se haga responsable, a no ser ellos mismos.

Pasada la recepción del turno, alrededor de las 7:30 horas, las trabajadoras del equipo matutino y del especial van a conformar sub-grupos para desarrollar las demás actividades. Como ha sido señalado, apenas una trabajadora se encarga de preparar las medicinas, mientras las demás se ocupan de bañar o supervisar el baño de los internos. Esta tarea es clasificada de pesada o

difícil y con varios riesgos, pero la magnitud de las cargas laborales va a depender del pabellón donde es desarrollada.

Las trabajadoras se quejan de que muchas veces tardan en abrir la llave de paso del agua al pabellón, provocando retraso en el cumplimiento de la tarea, y además sólo se cuenta con agua caliente durante dos horas al día, por la mañana. Un baño en otro horario tendrá que ser con agua fría, pero esto sólo tiene consecuencia para los internos. El jabón es siempre en cantidad insuficiente. En el pabellón B, por ejemplo, que tiene una población permanente de 25 internados, sólo son distribuidos cuatro tabletas de tamaño pequeño. No hay tapetes de hule en los baños, lo que aumenta los riesgos de caídas, tanto para los internos como para las trabajadoras. Nuevamente los riesgos se vuelven más graves en el pabellón B, ya que ahí las enfermeras están obligadas a cargar a los internos en los brazos, cuando el carro-camilla está descompuesto. Las trabajadoras no disponen tampoco de guantes o delantales de hule que, según ellas mismas, disminuirían sobre todo la posibilidad de "transmisión de enfermedades contagiosas, como dermatosis". Los delantales, además de esta protección específica enfatizada por las enfermeras, servirían para impedir que las trabajadoras se mojen durante la ejecución de la tarea. La creolina echada en gran cantidad para limpieza de los baños suele ser dañina para trabajadoras e internos. Además del olor insoportable, que provoca dolores de cabeza y náusea, la creolina produce también irritación en la piel, sobre todo a los internos que no pueden tener "chanclas" para usar durante el baño.

Un poco antes del desayuno, una enfermera distribuye entre los internos la primera cuota diaria de drogas. A cada interno se le reserva un pequeño vaso con su nombre, donde son depositadas las pastillas prescritas. La cantidad puede variar significativamente, pero por lo general es bastante grande, por supuesto, justificada "científicamente" por los psiquiatras. Los internos de los pabellones C y D responden si son llamados por su nombre y, así se pueden identificar para la administración de las drogas, pero de todos modos, es necesario que la trabajadora esté atenta para no confundirse y cambiar las medicinas. Según las enfermeras, hay además que vigiliar a los internos para que se traguen las pastillas, impidiendo que se les quede en las encías o que sean escupidas.

Alrededor de las 9:00 horas, los internos desayunan y para esto es necesario reunirlos en los comedores de los distintos pabellones, recibir el carro de comida y verificar en el expediente si hay restricción de dieta para alguno de ellos. Los procedimientos involucrados en la alimentación de los internos, son bastante diferenciados en el pabellón B en comparación con los pabellones C y D. Pero considerando aisladamente cada pabellón en lo que se refiere a las tres alimentaciones, las labores específicas de las trabajadoras de enfermería se vuelven muy semejantes, lo que justifica una descripción general. Por cierto lo que cambia para las trabajadoras es el horario y, por lo tanto, los turnos involucrados.

Los encamados del pabellón B reciben solamente alimento pastoso debido a la dificultad para digestión de sólidos y para alimentarlos, tres enfermeras llevan en promedio 30 minutos. El procedimiento incluye servir los platillos, acercarse de las camas y poner la comida en la boca del interno. La tarea puede ser realizada de pie, al lado de la cama, o sentada. Los 15 internos ambulantes son divididos en dos grupos a la hora de la alimentación. Cinco de ellos consiguen manejar la cuchara, aunque con poca destreza, y por esto se sientan a la mesa del comedor y se alimentan solos, después de que una enfermera les sirve los platos. Para la comida y para la cena hay muchas veces que esperar que los alimentos se enfríen porque pueden llegar muy calientes en el carro de comida. Los ambulantes que no consiguen alimentarse solos forman una cola en el patio y una enfermera se encarga de ponerles la comida en la boca.

La tranquilidad y el relajamiento que por lo general caracterizan al horario de la alimentación, se pierden en el pabellón B. En la mesa del comedor, los internos persisten con el movimiento incesante del tronco hacia adelante y hacia atrás, y como no consiguen coordinar el acto de llevar la cuchara con comida hacia la boca con el tiempo necesario para masticar y tragar, el resultado es que la comida se les cae de la boca, ensuciándoles la quijada, mejillas, brazos y ropas, terminando por caerseles en el piso. En el patio, la escena no es del todo distinta. Los internos permanecen de pie en la "cola" y una enfermera, también de pie, alimenta uno a cada vez, pero como ofrece la cuchara extremadamente llena y a intervalos muy cortos, impide que el interno tenga tiempo suficiente para masticar y tragar. La ventaja aquí es que la comida no cae en la ropa o en el piso, ya que el platillo, sostenido debajo de la quijada, lo impide. El tiempo gastado para alimentar a estos 10 internos es de aproximadamente una hora, lo que da un promedio de seis minutos para cada uno.

Los internos de los pabellones C y D se alimentan solos, excepto algunos que pueden perder el apetito debido al sufrimiento, pero la imposibilidad de alimentarse por ellos mismos, está muchas veces, asociada a los efectos colaterales de las drogas que vuelven torpes todos los movimientos. A este interno, la enfermera tendrá que darle el alimento en la boca, ya sea en el comedor o hasta en la cama, que se niegan a abandonar a pesar de todas las amenazas. Los demás son reunidos en el comedor para desayunar, comer y cenar, y ahí se alimentan bajo la vigilancia de la enfermera, pronta a intervenir si algún comportamiento o actitud le parece en desacuerdo.

Alrededor de las 10:00 horas empieza el período que se extiende hasta las 12:00 horas y que es llamado de "observación y cuidado del paciente". Antes de describir en que consiste esta actividad, conviene considerar las tareas que desarrollan las enfermeras aun en el período de la mañana, en el caso de aquellos turnos y equipos de trabajo que no hacen distinción entre labores de enfermería y de intendencia, como es el caso del turno especial adscrito en el pabellón B.

En este caso, mientras algunas trabajadoras cuidan a los internos en las tareas de baño, desayuno y "observación y cuidado", las demás realizan el aseo del pabellón, esto es, aseo de los dormitorios, baños, comedor, sala de juntas y patio. La limpieza se concentra sobre todo en el piso ya que el mobiliario se restringe a las camas de los internos, mesas y sillas del comedor, armarios, mesa y sillas de la sala de juntas. Es especialmente en el comedor, donde la limpieza se hace más pesada, ya que es necesario utilizar cepillos y agua en gran cantidad porque el trapeador y el desinfectante no son suficientes para remover la comida caída en el piso y algunas veces, los pisos tienen heces y orines. En la ejecución de la tarea, las trabajadoras enfatizan el acentuado esfuerzo físico, ya que es necesario cargar cubetas de agua que pesan 8 kg aproximadamente, además de mantener el cuerpo en posición encorvada y realizar esfuerzo muscular en el manejo del cepillo y del trapeador.

Otro elemento señalado como dañino para la salud durante la ejecución de la limpieza, es la creolina utilizada como desinfectante. Si bien la creolina es utilizada en el aseo de todo el hospital, la dilución es muy variable, según las areas consideradas. Por cierto, en los pabellones, la proporción de creolina mezclada en agua es mucho más acentuada. La toxicidad propia del producto y la inexistencia de medidas protectoras producen irritación de ojos, de garganta y de piel, dolor de cabeza y náuseas, según las trabajadoras. Con la variedad de desinfectantes disponibles en el mercado, podría preguntarse porque se utiliza la creolina, pero la respuesta es sencilla y se refiere al hecho del bajo precio de este producto. La justificación del uso de la creolina según algunas trabajadoras, es porque actúa también como controlador y erradicador de plagas, como cucarachas por ejemplo y ésta podría ser considerada razonable si no existieran los servicios y productos de fumigación.

En el aseo del pabellón B son necesarias dos trabajadoras que llevan dos horas en promedio para conclusión de la tarea. Como se dijo anteriormente, sólo se justifica la descripción de la actividad de asco del pabellón cuando el personal de intendencia forma con el personal de enfermería un mismo equipo porque, si esto no ocurre, la limpieza de las unidades se queda a cargo solamente del personal de intendencia.

Entre las 10:00 y 12:00 horas las trabajadoras de enfermería se dedican a lo que denominan "observación y cuidado del paciente", actividad que consiste generalmente en confinar a los internos en los patios, aunque pueda tener ciertas especificidades de acuerdo a cada pabellón. Para los internos del pabellón B, "observación y cuidado" significa ser confinado en un pequeño patio interno y estar vigilados por el personal de enfermería. Una de las puertas del comedor da acceso a este pequeño patio que tiene forma rectangular, piso de cemento y un área central cubierta, mientrás que los laterales del patio son expuestos al sol o a la lluvia. La pared que separa al comedor de este patio es de material transparente, imitación cristal, de manera que se pueda observar desde dentro lo que hacen los internos que están afuera. Y ellos se quedan ahí, algunos tirados en el piso, otros caminando para allá y para acá, algunos sentados, muchos insistiendo en el movimiento del tronco hacia adelante y hacia atrás, otros golpean su cabeza

contra la pared, se autoagreden de diferentes maneras, agreden a los demás, unos gritan, otros lloran, otros se ríen y otros se quedan nada más mirando. Desde la puerta del comedor, situada a un nivel un poco más alto que el patio, las enfermeras colocan las sillas y ahí se sientan, de manera también de impedir el paso y mientras se entretienen platicando, haciendo crucigramas o trabajos manuales con hilos, vigilan a los internos. En el caso de que se estén desvistiendo, pegando a los demás o haciendo cualquier cosa que moleste, las enfermeras intervienen, con gritos o pegándoles, aunque no sea esta la forma declarada por ellas.

El dormitorio del pabellón B da acceso a lo que llaman de jardín de invierno, que es un pequeño patio en donde los encamados son llevados algunas mañanas para asolearse, pero ya sea ahí o en las camas del dormitorio, es necesario cambiarlos de posición para que no se produzcan escaras. Es necesario además, durante el período de la mañana, cambiar las sábanas-pañal de los encamados o ambulantes que defecaron u orinaron. Las sábanas o los pantalones sucios se amontonan en un lugar del patio, hasta que la trabajadora de intendencia pase para recogerlas y llevarlas hacia la lavandería.

Cuando la temperatura está muy baja o cuando llueve, los internos ambulantes permanecen en el interior del pabellón. Pero esto no significa que estén libres para caminar por todos lados. El dormitorio de este pabellón y también de los demás, es una área grande, dividida en cuartos con capacidad variada. Estos cuartos están separados por paredes de cerca de un metro de altura, de manera que se pueda tener una visión amplia estando en cualquier punto. Cuando los internos permanecen adentro del pabellón, son aislados a uno de estos cuartos y ahí todos se quedan. En la puerta, impidiendo el paso, están las sillas de las enfermeras.

"Observar y cuidar" a los internos de los pabellones C y D es tarea un poco distinta. En primer lugar, los patios de estos pabellones son bastante más amplios que el del pabellón B. En el D, toda el área fue transformada en cancha de basquetboll y el piso es de cemento, sin ninguna área verde o pasto. El pabellón C tiene el patio interno todavía mucho más extenso, con una pequeña área cimentada que sirve como cancha y alrededor hay pasto, por cierto no bien cuidado.

Alguna veces por la mañana, los psicólogos y otros trabajadores organizan secciones de terapias ocupacionales, que consisten en juegos o actividades manuales como dibujar o construir pequeños objetos. Así, algunos internos pueden estar a cargo de los psicólogos participando en estas terapias que se realizan en el comedor del pabellón D o en la oficina del pabellón C. En ambos casos, una enfermera puede acompañar la actividad, esto en el caso de contarse con personal disponible. Si no hay terapia o el interno no tiene condición o interés para desarrollar las actividades ahí propuestas, la alternativa es quedarse en el patio y quedarse en el patio es siempre la regla y no la excepción.

Estando los internos en el patio del pabellón D, las enfermeras hacen lo mismo que se hace en el pabellón B. Mientras vigilan, pueden estar platicando entre ellas, haciendo sus tejidos con hilo y alguna más dispuesta puede llegar incluso a participar en un juego de pelota con un pequeño grupo de internos. En este pabellón, el acceso al patio se hace también a través del comedor, pero ahí la puerta es mucho más amplia y las sillas no son suficientes para impedir el paso. Pero como la cerradura es manejada solamente desde la parte de adentro, la posibilidad de que las adolescentes estén entrando y saliendo es mucho menor. Además, alguna interna puede estar dispuesta a contribuir para el cumplimiento de las reglas del hospital y así, ella misma se encarga de impedir el paso de aquellas que están confinadas en el patio. Las enfermeras se quedan vigilando a los niños y niñas y adolescentes mujeres, y entre estos algunos pueden estar sujetados por camisas de fuerza y tirados en el piso, o pueden estar caminando nerviosamente por allá y por acá, o llorando, o asimismo quietos, o hasta intentando inútilmente fugarse a través del alto muro. Por cierto los comportamientos considerados más molestos son reprimidos con gritos o de forma más severa.

En el pabellón C, las trabajadoras de enfermería del turno matutino, o del especial en los sábados y domingos, están también entre 10:00 y 12:00 horas dedicadas a la "observación y cuidado de los pacientes". No es raro que algunos jóvenes pidan la pelota para jugar basquetbol en la cancha del pabellón D, y si reciben permiso, una enfermera se encarga de acompañarlos. Otros internos pueden integrar el grupo que participa de las terapias ocupacionales organizadas por los psicólogos. Pero, por lo general, los internos se quedan en el patio y como éste es bastante grande y tiene pasto, además de una pequeña cancha, los adolescentes permanecen ahí, asoleándose, jugando con la pelota, platicando o peleando, unos aburridos, otros desesperados, otros enojados, otros apáticos... El número de trabajadoras de enfermería que va estar vigilando los adolescentes en el patio, depende de la cantidad que se presenta al trabajo en determinado día. Pero siendo una, dos o tres, por lo general se quedan lejos, mirando y prontas para reprimir cuando presentan algún comportamiento indeseable. Lo que más se teme es la agresión en contra de las enfermeras o bien, de un interno en contra de otro. Las trabajadoras justifican este miedo diciendo que se trata de jóvenes hombres que pueden tener 15, 16 o 17 años, cuyo desarrollo físico les puede conferir gran fuerza física, además de ser "enfermos mentales" y por lo tanto, imprevisibles y peligrosos.
Un poco antes de la comida, que es servida a las 12:00 horas, una enfermera se encarga de preparar la segunda cuota diaria de drogas y el procedimiento de la mañana es repetido, cumpliéndose las mismas etapas. No hay tampoco diferencias importantes en lo que se refiere a la comida de los internos, pues lo que cambia es el tipo de alimento servido, y por esto las actividades de las trabajadoras se vuelven prácticamente iguales que las desarrolladas durante el desayuno

Para los internos, pasado el horario de la comida, empieza la segunda etapa de la llamada "observación y cuidado". Para algunas trabajadoras del turno matutino, al inicio de este período, o sea, a las 14:00 horas, es terminada la jornada laboral diaria, pero las demás, con carga diaria

de siete horas, tendrán que esperar hasta las 15:00 horas. Cabe recordar que las trabajadoras del turno matutino tienen derecho a una pausa diaria de 30 minutos para alimentarse. La comida ofrecida por el HPI a las trabajadoras es servida en el comedor del hospital, que abre diariamente dos horas para cada alimentación, o sea, para la comida y para la cena. Las trabajadoras se alternan para ir al comedor, de manera a que por lo menos una se quede en el pabellón vigilando a los internos.

Pasada la entrega/recepción del turno, cuyos procedimientos fueron descritos anteriormente, las trabajadoras del vespertino empiezan su jornada con las labores de "observación y cuidado" de los internos Hay que seguir vigilando, interviniendo cuando juzguen necesario, cambiar la sábanas-pañales de aquellos que se han defecado u orinado, quitar la camisa de fuerza de uno, ponerla a otro, cambiar de posición a los encamados del pabellón B, etc.

Los martes y jueves, algunos niños y adolescentes de los pabellones C y D son llamados para actividades externas a las unidades. Los martes, a las 16:00 horas, una trabajadora social reúne a los internos en el auditorio del HPI para exhibición de película en la videocasetera. Las jefas de enfermería de los pabellones se encargan de escoger a los niños y adolescentes que presentan condiciones físicas y psíquicas para mirar una película. Una o más trabajadoras de cada pabellón están encargadas de acompañar a los internos. Esto es necesario porque, por lo general, muchos se ponen inquietos durante la exhibición, sienten sed o ganas de ir al baño, muchas veces como efecto de las drogas que toman en gran cantidad. Se temen también los intentos de fugas ya que el auditorio está cercano a la puerta principal del hospital. Los jueves, también a las 16:00 horas, los internos escogidos por las jefas de pabellón son llevados a una sala del Hospital de Día para hacer trabajos manuales pero ahí no se hace necesaria la presencia de enfermeras, ya que es un espacio cerrado que no ofrece riesgos de fugas.
Un poco antes de la cena, que es servida a los internos alrededor de las 18:00 horas, una trabajadora realiza la última preparación de las drogas administradas durante aquél día. Las tareas involucradas para servir la cena a los internos son las mismas llevadas a cabo durante el desayuno o la comida. Después que los internos comen, las trabajadoras del vespertino utilizan su derecho a 30 minutos de pausa para también cenar en el comedor del hospital.

A las 20:00 horas, el personal de velada sustituye las trabajadoras del vespertino, o del especial en los sábados y domingos. Cuando reciben el turno, lo acordado es que los internos ya estén acostados y al pasar el turno a las trabajadoras del matutino, al día siguiente, lo acordado es que entreguen a los internos fuera de las camas, esperando el baño. Durante la noche, las trabajadoras tratan de persuadir a los internos que se encuentran aun despiertos para que duerman y, en el caso de que alguno siga "muy agitado", lo indicado es recurrir al médico de guardia para que autorice una dosis de droga adicional. Ocasionalmente puede estar prescrita medicación en horas intermedias de la noche.

Agregándose al quehacer en las etapas en que se puede dividir las actividades de las enfermeras, considerando todos los turnos, habría que señalar que las trabajadoras deben atender también las demandas específicas de los médicos, que incluye información sobre el comportamiento de los internos, eventuales cuidados especiales, acompañamiento a otros servicios del HPI, o a otra institución con la finalidad de realizar algún examen no existente en el HPI, etc. Generalmente las drogas utilizadas son presentadas en forma de pastillas, pero algunas veces son prescritas drogas inyectables. Así, además de inyecciones ocasionales, cabe también a la enfermera del pabellón hacer curaciones menores cuando el interno lo necesita.

En los pabellones, enfermeras e internos comparten una serie de riesgos e incomodidades. Las instalaciones hidráulica y eléctrica no reciben mantenimiento adecuado y se encuentran dañadas en varias áreas y puntos: muchas llaves de lavabos y de regaderas están descompuestas, lo que hace que algunas no dejen pasar el agua y que otras estén goteando permanentemente, inundando el piso y aumentando las posibilidades de caídas. Varias instalaciones de luz eléctrica están descompuestas, o bien, sin focos, lo que provoca que varias áreas estén sin iluminación o parcialmente iluminadas durante la noche. Los apagadores sin tapa dejan descubiertos los cables eléctricos, exponiendo a riesgo de choque. Muchas puertas y ventanas no se cierran completamente y hay vidrios rotos, lo que lleva a la formación de corrientes de aire adentro de los pabellones, lo que se torna particularmente molesto durante la noche cuando la temperatura es baja. Especialmente para los internos del pabellón B, las cobijas son en número insuficiente y los colchones están en pésimas condiciones, ya que son de puro hule, sin cubierta de plástico y la acción de heces y orines sobre los colchones hace que su deterioro sea bastante rápido.

Las trabajadoras reclaman también que el HPI no les proporciona uniformes con la periodicidad debida, es decir, en la medida que necesitan ser sustituidos en función del desgaste producido por el uso. Agregan además, que cuando se los dan, muchas veces la talla no coincide con la del trabajador y, por ser demasiado apretados o anchos, no pueden ser usados. Para las enfermeras, estar en cualquier pabellón es estar incomunicable por el período que dura la jornada, porque no frecuentemente los teléfonos de los pabellones están descompuestos. Finalmente, la comida ofrecida por el HPI desagrada a todas: la consideran poco nutritiva, porque no hay balanceo; fastidiosa, porque los platillos se repiten con mucha frecuencia; de sabor desagradable, porque con frecuencia no se tiene cuidado en el uso de condimentos (sal, pimienta, chile, etc.); insuficiente por la poca cantidad ofrecida, sobre todo de carne, que además es siempre de mala calidad.

Los problemas de trabajo

Para identificar los problemas de trabajo fue utilizado como instrumento un cuestionario autoaplicable en donde se pidió a la enfermera: "de la siguiente lista, elija cinco de los problemas que considere más graves y numerelos del 1 al 5 en orden decreciente de importancia. Por favor, utilice el espacio en blanco a continuación de cada pregunta para describir el problema". Abajo de este enunciado, distribuidos en una columna, iniciada por paréntesis en donde el entrevistado debía indicar su elección, aparecían listadas en este orden las siguientes cuestiones: tareas repetitivas, horario, trabajo sin porvenir, ruido, falta de control, aislamiento, condiciones inseguras, iluminación deficiente, supervisión estrecha, falta de seguridad laboral, falta de reconocimiento/respeto, incapacidad de cambio de posición, demasiado papeleo, falta de personal, supervisión deficiente, carga de trabajo o ritmos pesados, mobiliario y equipo deficiente/defectuoso, falta de apoyo laboral/familiar, otras. Enseguida, el instrumento incluye cinco renglones enumerados en orden creciente, precedidos por el siguiente texto: "con respecto a los que usted enumeró del 1 al 5, indique a continuación qué es lo que usted cree que debe llevarse a cabo a fin de reducir el estrés".

Al no disponer del instructivo para interpretar los resultados, el procedimiento más prudente sería el de invalidar y desechar todos los cuestionarios. A pesar de los riesgos, se decidió analizar los resultados, pero intentando rescatar y privilegiar los aspectos cualitativos de aquellos que permitieran enriquecer el entendimiento de la práctica de la enfermería en el IIPI. Esta decisión no implica en desconsiderar los resultados a nivel cuantitativo, es decir, los análisis respetarán el orden de importancia en que los problemas aparecen organizados por el conjunto de las trabajadoras.

Otro impedimento que podría ser tomado como decisivo para desaconsejar una interpretación particular de los resultados, es identificado cuando se verifica que el objetivo pretendido, al pedir al encuestado para proponer medidas relativas a los problemas por él señalado, logra nada más la reducción del "estrés". Pero se supone que la inclusión de la palabra "estrés" no produjo sesgos en la contestación por parte de las trabajadoras, porque si así fuera, algunas de ellas habrían hecho observaciones o comentarios en el momento en que eran leídos los instructivos, pero nadie lo hizo. Por esta razón, se supone que si la palabra "estrés" hubiera sido sustituida por "problemas de salud", por ejemplo, las propuestas serían las mismas.

Aunque no se ha buscado aprehender el concepto que las trabajadoras atribuyen a la palabra "estrés", es posible suponer que lo manejan con la acepción del sentido común, haciendo cuando mucho una relación entre ciertos padecimientos y ciertas características del proceso de trabajo, identificando condiciones de salud que pueden estar impactadas por aquellas características. Cabe añadir también, que entre los investigadores y teóricos no ha sido aún formulada una teoría del estrés reconocida por su valor explicativo suficiente, y por su parte, las

trabajadoras de enfermería del HPI se encuentran totalmente ajenas a esta polémica, incluso por los bajos niveles de escolaridad y por las limitaciones en la capacidad de análisis.

Antes de proceder a la evaluación de los resultados conviene hacer otras dos aclaraciones relativas a lo que fue aportado por las trabajadoras en la parte complementaria del cuestionario, esto es, cuando emplean la escritura del cuestionario para proponer medidas relativas a los problemas elegidos. La primera con respecto a la limitación de la capacidad del conjunto de las trabajadoras en elaborar un texto como recurso para expresión del pensamiento. Claro está que aquí no se pretende hacer un juicio sobre la conciencia de estas trabajadoras sobre el proceso laboral que desarrollan, utilizando nada más que un cuestionario como elemento de análisis. Lo que sí revela el instrumento es que, a través de la escritura, la capacidad de problematización se vuelve bastante elemental o rudimentaria.

Por otra parte, al indicar medidas que se podrían tomar para solucionar o disminuir los problemas señalados como más graves, lo que se percibe también es que no hay homogeneidad en el entendimiento de algunas cuestiones, como por ejemplo, aislamiento, condiciones inseguras, falta de seguridad, etc,, lo que lleva a dos conclusiones importantes. Una con respecto a los resultados cuantitativos, o sea, el orden de importancia en que las cuestiones son organizadas en función de aquellas interpretaciones particulares, aunque cabe aclarar también que este hecho no es suficiente para cambiar el orden, sino la magnitud de los valores atribuida a ciertos problemas. La otra conclusión se refiere a la inadecuación del diseño del instrumento para este grupo de trabajadoras. A pesar de todas las dificultades apuntadas, se decidio analizar los resultados.

De los 85 cuestionarios aplicados, un total de tres fueron invalidados y desechados debido a que en ellos se apuntaron cinco problemas de trabajo sin que estuviesen indicados el grado de importancia de cada uno. En otros 14 cuestionarios, las trabajadoras tacharon entre dos y cuatro problemas, cuando en el cuestionario se pedía que fuesen apuntados un total de cinco. Pero la invalidación de estos cuestionarios no produciría un cambio significativo en los resultados, es decir, el orden de gravedad en que los problemas fueron organizados sería mantenida. Se decidio también considerarlos como válidos porque esta opción representó un 16% del universo, y desechar estos cuestionarios implicaría también ignorar las aportaciones de la segunda parte, o sea, la parte cualitativa. Estos inconvenientes serían eliminados si en el cuestionario, en lugar de pedir "elija cinco de los problemas", fuese pedido "elija hasta cinco de los problemas...".

Como se puede ver en el Cuadro 1, los resultados obtenidos permiten afirmar, que para las enfermeras del HPI, el proceso de trabajo desarrollado por ellas es dificultado por graves problemas que asocian fuerza de trabajo en cantidad y calidad insatisfactoria; insumos, objetos, instrumentos y medios de trabajos escasos, inadecuados o inexistentes; percepción de

valoración negativa de la práctica profesional; relaciones interpersonales internas y externas conflictivas; quehacer calificado como pesado y peligroso.

La primera gran queja de las trabajadoras se refiere a la "falta de personal", y cuando se les pide que apunten medidas para el enfrentamiento de este problema, se observa que las causas van a estar asociadas fundamentalmente al ausentismo y a la insuficiencia del número de enfermeras de planta. Sin embargo, sí paralelamente al reconocimiento de la gran incidencia del ausentismo, las enfermeras señalan también la insuficiencia de personal de base, las medidas defendidas por la gran mayoría prioriza fundamentalmente la contratación, mientras el control del ausentismo queda en plan secundario, quizás por conveniencia. Por esto, es que nada más cuatro trabajadoras hacen evaluaciones más enérgicas tratándose del ausentismo, asociándolo a la necesidad de control de faltantes y contratación de trabajadoras: "lo es poco, personal es irresponsable, faltista. Contar con personal para la monotonía con pacientes"; "siempre falta la gente a veces sin motivo. Que de verdad se castigara para que no faltara tanto el personal"; "controlar más el personal, poner normas para que la gente no falte". Pero sin duda el ausentismo es apuntado masivamente por las trabajadoras como inconveniente decisivo en la "falta de personal", aunque muchas se hayan quedado en el nivel de la queja para denunciarlo: "por compañeros que faltan por problemas"; "el ausentismo que es ocasionado por muchos factores"; "constantemente el ausentismo del personal"; "falta de personal en diferentes horarios"; "que continuamente falta personal. Que el personal esté consciente de que tiene horario"; "falta de personal"; "ausencia de personal". Estos dos subgrupos que hacen referencia abierta al ausentismo representan el 22% de las 63 aportaciones sobre "falta de personal".

Cuadro 1 — Problemas de trabajo de acuerdo a gravedad según las trabajadoras de enfermería del IIPI. México - 1990.

Problemas de trabajo	*Valores ponderados**
1. Falta de personal	274
2. Mobiliario y equipo deficiente/defetuoso	148
3. Falta de reconocimiento/respeto	117
4. Carga de trabajo o ritmos pesados	97
5. Falta de seguridad laboral	83
6. Condiciones inseguras	73
7. Falta de apoyo laboral/familiar	62
8. Supervisión deficiente	55
9. Tareas repetitivas	51
10. Iluminación deficiciente	51
11. Aislamiento	41
12. Horario	37
13. Ventilación deficiente	26
14. Otras	23
15. Falta de control	13
16. Ruido	12
17. Supervisión estrecha	9
18. Demasiado papeleo	6

19. Incapacidad de cambio de posición	5
20. Trabajo sin porvenir	3

*Los valores fueron obtenidos en función de pesos atribuidos de acuerdo con el orden de las respuestas, esto es, la constante 5 sirvió como factor multiplicativo del primer problema y así sucesivamente hasta la constante 1 para el quinto problema

Otro 25% no llegan a proponer medidas concretas, si no que se limitan a considerar algunas consecuencias inmediatas de la "falta de personal", evidenciando el aumento de la carga de trabajo, los inconvenientes de cambio de área de trabajo, el compromiso frente a la asistencia prestada al interno, etc. Son ejemplos de estas alternativas las siguientes declaraciones: "por falta de personal el trabajo es más"; "al tener más personal, la carga de trabajo disminuiría"; "hay muy poco personal y sin excusas se tiene que hacer el trabajo"; "por falta de personal se encuentra uno más atareado"; "es el problema porque con el personal que haya se tiene que sacar el trabajo"; "siempre falta y tengo que cubrir otros servicios. Que eviten las faltas"; "porque a veces a nosotros nos sacan del servicio de donde estamos"; "el trabajo no se lleva bien con los pacientes por falta de recursos humanos"; "ya que no se cuenta con suficiente personal no se puede proporcionar una adecuada atención al paciente"; "para tener más seguridad para los pacientes"; "en ocasiones frecuentes se queda una sola persona para entregar el servicio. Designar elementos de acuerdo al tipo y necesidades de cada servicio"; "no son suficientes tres personas de enfermería"; "tener personal disponible para el pabellón porque luego sólo son 2 personas"; etc.

Otro grupo, que representa un 32% de las 63 aportaciones, es conformado por las declaraciones de 20 trabajadoras que comparten la opinión de que la falta de personal debe ser sanada a partir de la contratación, aunque algunas no alcancen ir más allá de formulaciones un tanto elementales del tipo "que haya más personal". Pero un total de 13 de las 20 propuestas formuladas explicitan claramente la necesidad de contratación y en algunos casos, hacen énfasis en la capacitación de personal. Una trabajadora llega incluso a indicar la "causa" de la escasez de fuerza de trabajo de enfermería en el HPI, en tanto que muchas otras justifican la necesidad de aumento del número de enfermeras en consecuencia del "tipo de paciente". Entre las declaraciones destacan: "que contraten más personal"; "faltante de personal en pabellones. Contratación de personal para aumentar capacidad en el trabajo"; "constantemente falta personal, como hoy estamos dos personas. Que contraten más personal pues es muy pesado quedarse dos personas con este tipo de paciente"; "que contraten recursos humanos para que no se desprotejan a los niños"; "existe muy poco personal para el tipo de paciente"; "La contratación de personal para el tipo de paciente"; "por poco interés de las autoridades. Pues que soliciten personal para remediarlo".

Otro 10% de las 63 trabajadoras creen que si se planificaran mejor los descansos y las vacaciones el problema de la "falta de personal" podría ser solucionado, ya que la raíz de la

dificultad es una distribución inadecuada y por este el grupo sugiere: "que dejen a cargo en el servicio a dos personas para que no se acumule el trabajo y una salga de vacaciones y otra se quede"; "no hay una buena distribución"; "coordinar las vacaciones, que no sean al mismo tiempo y controlar horarios"; "que haya cinco personas en cada servicio para que no se sienta la escasez en descansos y vacaciones", etc.

El 11% restante se refieren a puntos de vista aislados o ininteligibles, tales como "poner la mayor atención posible para ayudar más", o enfatizan la "calidad" o "capacitación de los recursos humanos": "que mejoren más los recursos humanos"; "capacitación para el personal y supervisores de velada. Personal responsable y mayores dirigentes".

Las enfermeras del HPI, que ya tienen su labor dificultada por la escasez de fuerza de trabajo, enfrentan además la insuficiencia o inadecuación de insumos, materiales, objetos y medios de trabajo. La conjugación de estas dos características seguramente va a imprimir a la jornada diaria unos niveles de cargas y desgastes significativamente acentuados. La gravedad del problema señalado como el más importante, que se refiere al "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso", puede ser resumidamente aprehendido en esta observación de una enfermera: "falta todo, lo que hay está en pésimas condiciones. Falta material como jabón, jeringas, medicamentos".

Al examinar los cuestionarios en la parte destinada a proponer medidas de intervención, la primera constatación es que prácticamente la mitad de aquellas que eligieron esta cuestión se limita a denunciar o a especificar la insuficiencia de material, equipo, etc., y, la otra mitad no va más allá de sugerencias vagas o ambiguas. Cuando se comparan los contenidos de las contestaciones sobre "falta de personal" con "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso", las diferencias se ponen en evidencia. En relación a la "falta de personal", un grupo expresivo de trabajadoras logra formular propuestas acabadas, como contratar personal, controlar el ausentismos, coordinar descansos y vacaciones, sustituir jubilación y retiro, etc., para enfrentar la escasez de fuerza de trabajo. Cuando se trata de "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso" podrían esperarse propuestas más explicitas tales como "adquisición de material", o "servicios de reparación y mantenimiento", o "suministración rutinaria de medicinas", pero las observaciones son formuladas de manera que se pueda tomarlas más como lamento que propiamente como reivindicación.

Las que optaron por denunciar o detallar las condiciones de deterioro del "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso" representan un 50% de las respuestas y a través de ellas se puede inferir sobre el nivel de privación a que son sometidos los internos y las trabajadoras en el HPI. Todavía este grupo tiene en su interior diferencias importantes.

Hay un subgrupo que se limita a afirmaciones tales como: "insuficiencia en todo"; "deficiencia de recursos materiales"; "bastante", etc. Hay otro subgrupo que prioriza la asociación de la falta

de recursos materiales con las incomodidades de los internos, ejemplificado por las siguientes observaciones: "no hay ropa suficiente. Que haya suficientes camas, colchones, ropas, cobijas, sábanas"; "camas, mesas, sillas están deterioradas por el uso"; "faltan muebles"; "que las camas de los pacientes estén en mejores condiciones", etc.

El tercer subgrupo está integrado por un número mayor de trabajadoras que hacen las siguientes observaciones: "el material de oxígeno, nebulizador, termómetro y sanitarios"; "no hay equipo completo. Hay veces que las pinzas no sirven y es necesario repararlo"; "sobre todo instrumental para preparar cirugías - tijeras, otras"; "no se cuenta para casos de emergencia"; "medicamentos y equipos, tanque de oxígeno, aspiradores"; "baumanometro, pinzas y equipo de curación", etc. Estas declaraciones permiten concluir dos cuestiones. La primera permite observar que los internos de un hospital psiquiátrico, además de la presunta pérdida de la integridad psíquica, sufren también la permanente amenaza de pérdida de la integridad física. Tal vez por esto se justifique el tanque de oxígeno para el caso de un paro respiratorio por sobredosis de medicina, o las tijeras, pinzas y el equipo de curación para cuidar de las heridas causadas por "accidentes", etc. La otra deducción es que la enfermería del HPI, al igual que la enfermería en general, tiene en la ejecución de las técnicas su tarjeta de identificación, es decir, sólo se hacen los trabajos de enfermería si se cuenta con pinzas y tijeras para hacer curaciones, aparatos para medir signos vitales, sábanas para arreglar camas, etc.

Las declaraciones de otras cuatro trabajadoras permiten percibir que, para ellas, la falta de equipo y material está condicionada más por el manejo inadecuado que hizo el turno que las precedió que por la escasez de los mismos. Ante la imposibilidad de explicar toda la complejidad de las políticas públicas de salud, pero que al final se materializan sencillamente en cantidad insuficiente de pastillas y sábanas, estas trabajadoras terminan por responsabilizar a sus compañeras, acusadas del delito de despilfarro, por tornar aun más difícil su quehacer diario. Por detrás del "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso" subyacen las relaciones interpersonales conflictivas.

De las 19 trabajadoras que apuntaran algún tipo de acción para enfrentar las dificultades consecuentes del "mobiliario y equipo deficiente/defectuoso", dos creen que el mantenimiento adecuado es la solución y por esto, afirman que es necesario "arreglar el mobiliario y no desecharlo, para evitar pérdida de dinero" y "tratar de conservar el material existente y solicitar mayor mobiliario y equipo". Aquellas que responsabilizan a las trabajadoras del turno que las precedió como responsables de la insuficiencia de material sugieren "que el personal que maneja deje suficiente material ya que en la noche es difícil encontrar a veces el medicamento necesario"; "que dejen equipo y traten de cambiar mobiliario"; "pedir más material de curación y equipo para que dejen"; "que dejen el necesario para el bien del paciente". Aunque no cabe discutir en este momento la naturaleza de la atención prestada por las enfermeras a los internos del HPI, lo cierto es que seis de este grupo de 19 trabajadoras manifiestan la preocupación por la calidad de la asistencia, formulando observaciones semejantes a esta: "que haya equipo

necesario en todos los servicios para mejor atención de los pacientes". Finalmente, el sub-grupo numéricamente más expresivo de estas 19 trabajadoras, que representa un 37%, es el que formula las propuestas mejor acabadas pero que no logran ir más allá de pedidos sencillamente enunciados, tales como: "que se nos de el material y equipo necesario y en buenas condiciones"; "que nos proporcionen un equipo adecuado y en buenas condiciones"; "que la institución cuente con mejores equipos y material"; "que el material sea el necesario para lograr el desarrollo de las actividades", etc.

La "falta de reconocimiento/respeto" se añade a la escasez de fuerza de trabajo y a las privaciones de recursos materiales y se convierte en el tercer gran problema enfrentado por las trabajadoras en el HPI. Todavía, esta evaluación de rechazo o de no aceptación profesional no se ubica en las discusiones más globales de la categoría cuando debaten sus dilemas particulares, como indefinición de objeto, papel y función, discusión impulsada muchas veces por el constreñimiento de la falta de prestigio social. La queja de la enfermería del HPI no toma como referencia y blanco todo el cuerpo social, sino que dirige su resentimiento, en la mayoría de las veces, en contra de la trabajadora de al lado, esto es, en contra de aquella que prepara las medicinas mientras ella baña a los internos.

Las conclusiones expuestas en los últimos dos párrafos tienen como referencia el análisis de los contenidos de las observaciones hechas por 29 trabajadoras. Casi la totalidad de las trabajadoras se limita a enfatizar el no reconocimiento del quehacer pero sin apuntar ningún tipo de acción. Sólo cuatro encuestadas identifican el no reconocimiento a partir del pago de bajos sueldos y de la no existencia de un sistema de premios e incentivos y de escalafón. Las aportaciones mejor elaboradas registran: "no hay incentivos económicos. Proporcionar al empleado que responda una buena compensación económica para poder solventar los gastos con la vida"; "no valoran al trabajo que uno realiza. Que tomen en cuenta mi trabajo y me codifiquen de acuerdo a la función".

Un total de 25 de las 29 trabajadoras dirigen sus quejas en contra de las enfermeras del HPI en general, o en contra de los superiores jerárquicos dentro de la propia enfermería, o en contra de otras categorías profesionales o de las "autoridades institucionales". El primer grupo, que dirige sus críticas hacia la propia enfermería, representa un 70% de los 25% considerados, y el 30% restante van a responsabilizar por su malestar a los psiquiatras y a otros profesionistas o a las "autoridades institucionales". Queda entonces evidenciada que la tendencia prevaleciente entre las trabajadoras de enfermería es la de atribuir a sus iguales la responsabilidad por una relación laboral conflictiva, cuya causa está relacionada a los atributos personales da cada quien, visto como carácter o personalidad, no alcanzando así vislumbrar órdenes de determinación más amplias, que hablan respecto a la organización y división de la enfermería en cuanto práctica social. Así, la "falta de reconocimiento/respeto" traduce la dificultad en la convivencia diaria y puede ser percibida a través de declaraciones tales como: "no son reconocidas por las personas que laboran. Existen muchos tipos de diferencias, la cual la confunden con la amistad"; "que

entre nosotros reconozcamos el trabajo de las compañeras"; "que las personas no reconozcan lo que tú haces. Tal vez no tomarles mucha importancia"; "el reconocer al personal que apoya y colabora y que no falta"; "no valoran mi trabajo. Que valoren mi trabajo, que no me presionen tanto". Incluidas en este grupo están también aquellas trabajadoras que prefieren nombrar directamente a sus superiores jerárquicos, señalando que de ellos parte la "falta de reconocimiento/respeto" de que son víctimas. Son trabajadoras que sugieren "que las jefas sean más accesibles y escuchen al personal", o que "no reconocen las supervisoras el trabajo que desempeñan".

Como se ve, para la gran mayoría de las trabajadoras las situaciones de desacuerdo y antagonismo que enmarcan las relaciones laborales derivan indudablemente de los desajustes individuales. En consecuencia, las propuestas para superación de los conflictos se restringen a la intervención sobre el "factor humano", lo que está perfectamente definido en esta sugerencia: "hace falta un curso de relaciones humanas y hacer énfasis en el mutuo respeto de compañeros". El 30% restante de aquellos que incluyen la "falta de reconocimiento/respeto" entre los cinco problemas más graves para la enfermería del HPI, buscan en algunas relaciones externas las causas de su intranquilidad. Las críticas tienen dos direcciones: hacia la "autoridades institucionales" en general, acusadas de desprestigiar el quehacer de la enfermería, y hacia los otros profesionistas. Estos últimos, aunque no sean claramente identificados, ciertamente son aquellos que comparten con la enfermería el mismo "objeto" de trabajo, es decir, el interno del hospital psiquiátrico y entre los cuáles están enrolados los psiquiatras y psicólogos, por lo menos. Las quejas van desde la no inclusión de la enfermería en un supuesto plan asistencial, pasando por denunciar la ignorancia de los demás sobre el quehacer específico de la enfermería, para finalmente justificar, a través de la "naturaleza peligrosa del enfermo mental", su derecho a tener una labor valorada y respetada por los demás. El análisis tiene como referencia las siguientes declaraciones: "que se tome en cuenta la opinión del personal de enfermería para el cuidado y atención del paciente"; "ya que muchas personas juzgan sin saber cual es nuestro trabajo y funciones que desarrollamos en la institución"; "no valoran el trabajo que hacemos. El riesgo que corremos. Que los demás reconozcan el riesgo que corre enfermería con los pacientes".

Al examinar los contenidos de las propuestas formuladas en otras cuestiones, debido a la multiplicidad de interpretaciones, muchas observaciones pueden tener una distribución distinta de aquella elegida por la trabajadora. Así, al analizar los comentarios referentes a "aislamiento", "otras", "falta de personal" y trabajo sin porvenir", entre otras, se torna posible efectuar un reacomodo tomando como base los contenidos expuestos. Una de las consecuencias principales sería el aumento de la gravedad de "falta de personal" y de "falta de reconocimiento/respeto". Para la mayoría de las trabajadoras estos dos problemas se encuentran interligados reforzándose mutuamente. El razonamiento más frecuente consiste en explicar la falta de personal debido al ausentismo y, al ausentismo, como una manifestación de falta de responsabilidad y respeto, sobre todo hacia las compañeras mismas. Por otra parte, como no existe control del ausentismo,

que debería ser llevado a cabo, según las trabajadoras, por el personal de enfermería con puestos de mando, utilizando para esto un sistema de punición y castigo, las enfermeras que acuden al trabajo se sienten irrespetadas ya que tampoco existe un sistema de premios e incentivos, como sería codificación y sueldos adecuados y escalafón.

Como fue señalado, los limitantes de orden individual son un sustrato bastante importante para que el conjunto de las trabajadoras apunte la "falta de reconocimiento/respeto" como uno de los problemas más graves. Pero las quejas que se sustentan en las presuntas debilidades personales están distribuidas en otros items, lo que evidencia aún más su importancia. En "aislamiento" se puede seleccionar. cuatro de los 12 comentarios: "el estar solo. Tratar de convivir con algún grupo del personal"; "tratar de servir amistosamente al personal aislado"; "socialización de las enfermeras con ellas mismas y con las autoridades"; "buscar comunicación con los demás compañeros"; Cinco de las 12 aportaciones incluidas en "otros" señala: "por compañeros, porque hay que batallar con todos por las diferencias de carácter"; "que el personal tenga un poco más de calidad humana"; "con buenas relaciones, se realiza un trabajo mas productivo. Falta de relaciones humanas para formar un equipo y todo se hace con gusto y agrado"; "falta de responsabilidad del personal. No tolerar tanta irresponsabilidad y falta. Los estímulos sean para el personal que en verdad trabaja"; "mayor responsabilidad del personal. No faltar tanto para no perjudicar al compañero"; Tres de las cuatro colocadas en "trabajo sin porvenir": "modificar las normas institucionales y superación profesional"; "que no codifican a la gente que tiene algún cargo en el hospital. Que jefas de servicio y supervisoras no estén codificadas de acuerdo al cargo que se tiene"; "debería existir escalafón"; En "falta de control", tres de las cuatro: "falta de control del personal. Mantener una supervisión equitativa con todo en personal en general"; "que no hay energía para que no falten mucho"; "con personal y pacientes".

No disponiendo de fuerza de trabajo en "cantidad" y "calidad" satisfactorias, agregándose a la inadecuación de los recursos materiales y desarrollando una labor marcada por situaciones conflictivas, es comprensible que el cuarto problema más importante para las enfermeras del HPI se traduzca en "carga de trabajo y ritmos pesados". Las 23 trabajadoras que hicieron comentario sobre carga y ritmos pesados expresan, a gran rasgos, dos tipos de evaluación. La primera da cuenta de que la carga en niveles acentuados se debe al ausentismo, a las vacaciones en fechas impropias o a la mala distribución de tareas. El segundo grupo afirma que las cargas son aumentadas debido a las características del interno y al cuidado que es necesario prestar. El primer grupo representa un 70% pero como fue señalado, están reunidos ahí todos aquellos que asocian carga de trabajo a disponibilidad de fuerza de trabajo, y también aquellos que sugieren la mala distribución de tareas como responsable por el aumento de las cargas. En este segundo subgrupo están tres aportaciones: "que se coordine más las actividades entre todos los turnos"; "las tareas asignadas son múltiples. Distribución adecuada del trabajo por tarea"; "que se ponga en la supervisión un personal capacitado con algún curso de relaciones humanas y de lo que es el puesto".

De las 16 trabajadoras incluidas en el primer grupo, que representa un 70%, un total de 13 identifica la escasez de fuerza de trabajo como causa de carga y ritmos pesados. La relación que establecen entre uno y otra cuestión es de causa/efecto y los contenidos de las observaciones no pasan de simples constataciones o sugerencias, tales como: "cuando falta personal el trabajo se hace más pesado"; "teniendo más personal se acabaran la carga de trabajo"; "que todo el equipo de trabajo luego falta mucho. Que todo el equipo del servicio sea sociable y que se apoye entre ellos"; "tener más personal y no cargar la tarea sólo a unas personas"; "a veces es demasiado trabajo cuando hay vacaciones"; "dividir el trabajo con dos personas".

El segundo grupo es compuesto por aportaciones de cinco trabajadoras, seguramente adscritas en el pabellón B, que justifica la elección de carga de trabajo o ritmos pesados como problema grave en consecuencia del esfuerzo físico desplegado en algunas actividades. Una vez más, en lugar de medidas, son registradas justificaciones y solamente una trabajadora sugiere que el esfuerzo físico podría ser disminuido si estuviera disponible el material y equipo necesarios: "hacemos uso cotidiano de la fuerza. Que se nos proporcione lo necesario para no levantar mucho peso". Las aportaciones de las otras dos trabajadoras son las siguientes: "el trabajo es pesado debido a que el paciente es adulto"; "es mucho trabajo estar levantando a los pacientes encamados"; "al cambiar las sábanas de los pacientes encamados"; "por cambiar todos los pacientes y bañarlos".

La falta de seguridad laboral es el quinto problema más grave apuntado por el conjunto de las trabajadoras de enfermería del HPI, y en sexto lugar aparecen las "condiciones inseguras". Cuando se analiza los contenidos de las sugerencias expuestas en la parte complementaria del cuestionario, se verifica que las dos cuestiones son interpretadas de manera bastante semejante, volviéndose casi sinónimos. Los mismos elementos o condiciones que caracterizan la labor de enfermería del HPI van a ser utilizados indistintamente para justificar la elección de uno y otro problema. Por esta razón, es conveniente examinar de manera conjunta la "falta de seguridad laboral" y las "condiciones inseguras", poniendo de relieve que si se hubiera procedido a una discusión anterior a la aplicación del cuestionario para homogenizar el significado de las dos cuestiones, seguramente los problemas relacionados a las condiciones inseguras/falta de seguridad laboral se tornarían aun más graves.

Del total de 82 cuestionarios analizados, 36 trabajadoras incluyeron, entre los cinco problemas más graves, la "falta de seguridad laboral", o las "condiciones inseguras", o ambas cosas. Mejor dicho, de las 36 enfermeras, un total de 14 escogerán solamente la "falta de seguridad laboral", otras 13 apuntaran solamente las "condiciones inseguras" y nueve incluyeran ambas cuestiones entre los cinco problemas más importantes.

Un total de 21 enfermeras hicieron comentarios o propuestas sobre la "falta de seguridad laboral". De estas, dos establecen asociación de la inseguridad con la legislación vigente o con la actuación del sindicato de la categoría. La primera no llega a comentar sobre la eficacia o

adecuación de las leyes pero enfatiza la necesidad de su cumplimiento al afirmar: "porque aunque existan leyes que nos protegen no se toman en cuenta muchas veces. Que si hay leyes explícitas se hagan respetar". La otra trabajadora deja vislumbrar que la inseguridad es provocada por la actuación basada en el favoritismo por parte del sindicato, acusado de "proteger a unos cuantos", lo que lleva a suponer que, para esta enfermera, la gran mayoría de las trabajadoras, incluso ella, no es beneficiada por las intervenciones sindicales. Otras tres trabajadoras hablan de falta de seguridad y apoyo sin especificar todavía que condiciones estarían contribuyendo para generar la inestabilidad. Las declaraciones "no tengo seguridad para laborar" y "más seguridad para laborar", pueden estar siendo referidas a la presunta peligrosidad de los internos, pero también a la insuficiencia de equipo y material, o a las condiciones físicas, eléctricas e hidráulicas deterioradas, entre otras. La tercera enfermera habla de falta de "apoyo hacia al trabajador en situaciones problemáticas" y de nuevo aquí, al no se saber exactamente lo que la trabajadora quiso decir con "situación problemática", se torna no viable cualquier evaluación.

Por su parte, otras dos trabajadoras hacen extensiva la "falta de seguridad al personal y pacientes". Al considerar que tanto uno como otro comparte la misma inseguridad, es razonable suponer que está asociada a las condiciones físicas del HPI, ejemplificada por riesgo de choque en los cables expuestos, caídas en el baño debido a la inexistencia de tapetes de hule y del agua que gotea permanentemente, iluminación deficiente, las ventanas y vidrios rotos, puertas sin candados, etc.

Para otra trabajadora, la inseguridad es consecuencia de la mala distribución de los internos en los pabellones porque, según ella, "mezclan pacientes agudos con crónicos" y la solución estaría en "separar por padecimiento y edad a los pacientes". Para otra enfermera, las situaciones que producen inseguridad no están exactamente adentro del HPI y por esto lo que sugiere es "más seguridad en cuanto a la entrada y salida del personal de servicio". Finalmente el comentario "y respeto nunca falta", hecho por otra trabajadora, no permite ningún tipo de evaluación, mientras la observación "inseguridad en sí mismos. Que las personas estén seguras de lo que hacen (la conciencia)", sugiere una crítica hacia la falta de preparación o capacitación del personal de enfermería. Hasta aquí fueron revisadas las aportaciones de 11 entre las 21 trabajadoras que hicieron comentarios o propuestas sobre la cuestión "falta de seguridad laboral". Como se vio, los contenidos expresan puntos de vista aislados o no muy bien definidos.

Tratándose de la cuestión que aparece en sexto lugar, esto es, "condiciones inseguras", dos trabajadoras van expresar también evaluaciones particulares, que son: "no hay condiciones físicas y morales que hagan sentir bien a la gente"; "no tenemos el material necesario. Tener equipo adecuado para nuestras funciones". Así, la primera trabajadora asocia "condiciones inseguras" a características del "factor humano" y la segunda a la inadecuación de los recursos materiales.

Excluidas las aportaciones que adquieren carácter particular en el análisis de la "falta de seguridad laboral" y "condiciones inseguras", que representan 11 entre los 21 comentarios o propuestas sobre la primera cuestión, y dos entre las 20 referidas a la segunda, es posible detectar puntos de vistas compartidos por un grupo más significativo. Para este grupo, el componente determinante que vuelve insegura la labor de las enfermeras del HPI es el propio interno, ya sea por su "naturaleza peligrosa", ya sea porque, en el imaginario de las enfermeras psiquiátricas, los internos encarnan también la amenaza de transmisión de enfermedades contagiosas, ya sea por la inadecuación de las instalaciones físicas o inexistencia de equipos, exponiendo a todos a una misma vulnerabilidad. Las relaciones con los psiquiatras son importantes también en la definición del origen de la inseguridad, traducida ahora por falta de confianza, muchas veces recíproca, hacia los procedimientos adoptados en el tratamiento.

Los niños y adolescentes internados en el HPI comparten el estigma corriente que califica a los locos de "peligrosos y violentos", y por esto son objeto de temor por parte de las trabajadoras de enfermería, que se consideran a sí mismas como blanco potencial y permanente de una presunta agresividad e imprevisibilidad imanentes a la locura. Las medidas para contrarrestar estas amenazas son distintas. Algunas creen que lo más eficaz sería disponer de "personal masculino", obviamente en función de la fuerza muscular superior a la femenina. Hay una trabajadora que apunta la importancia de adquisición de conocimientos para posibilitar el manejo adecuado del interno, mientras otras van a reivindicar la existencia de equipos de protección. Además, la peligrosidad imanente a la locura, justifica las medidas que persiguen la reparación de las instalaciones físicas, de manera que garanticen la protección de las trabajadoras. Es por esto que muchas se quejan de las puertas sin chapas y sin candados, de las ventanas rotas, de la iluminación deficiente, etc.

Como fue señalado, los internos del HPI encarnan también la amenaza de foco transmisor de enfermedades infecto-contagiosas. No en tanto, este temor está mucho más asociado a construcciones imaginarias, que justifican un deseado alejamiento, que propiamente el riesgo real de infección. Aunque uno u otro interno, pueda de hecho, ser portador de algún tipo de enfermedad infecciosa, estos casos no son expresivos numéricamente al punto de sustentar el pavor colectivo. El riesgo de contagio no pasa de un pretexto para evitar contactos físicos, porque de hecho lo que molesta y produce repulsa y temor es la locura.

Las relaciones conflictivas entre el personal de enfermería y los psiquiatras son también capaces de generar inseguridad y ésta puede ser manifestada o aprehendida de distintas maneras. Algunas enfermeras acusan a los psiquiatras de desconocer la realidad de los pabellones y de juzgarlas inhábiles, mientras otras cuestionan las órdenes y prescripciones médicas, considerándolas erróneas o inútiles.

Los análisis expuestos en los últimos párrafos fueron hechos teniendo como referencia las observaciones y propuestas formuladas sobre "falta de seguridad laboral" y "condiciones inseguras", pero considerando 10 de las 21 aportaciones sobre la primera y 18 de las 20 sobre la segunda. Estos 29 comentarios, de un total de 41, son aquellos cuyos contenidos expresan la opinión compartida por un número más significativo de trabajadoras, o sea, no son puntos de vista particulares.

Tomando conjuntamente 'falta de seguridad laboral" y "condiciones inseguras", son identificados los siguientes comentarios o sugerencias que vinculan inseguridad a las características del interno: "no hay mucha protección hacia el trabajador. Que exista personal masculino donde se requieren, como en el Pabellón C"; "por el tipo de paciente con los que trabajamos se nos debería de dar mayor seguridad mandando personal masculino a los diferentes servicios"; "agresión del paciente. Constantemente tenemos que estar alertas por el paciente"; "falta personal masculino para control de los pacientes agresivos"; "seguridad adentro del servicio por el tipo de paciente"; "cuando los pacientes agreden al personal. Pues que se nos dieran cursos para superación y que reconozcan el saber el manejo que debe dar a los pacientes"; "por el tipo de paciente. Más seguridad"; "no poner ninguna condición al trabajador ya que aquí sucede a cada rato (agresión del paciente)"; "que tenga el equipo y el material suficiente para protección para el personal, ya sea por la agresión física o microbiana"; "en cuanto a contraer infecciones, golpes de los enfermos, vigilancia estrecha en los alrededores de la institución"; "es que trabajamos sin prevención de infección"; "no hay seguridad cuanto a la salud personal debido a la deficiencia del hospital y dentro de él, proporcionando el material necesario para proteger nuestra salud"; "no tenemos las condiciones adecuadas para enfermedades físicas que llegan a tener nuestro paciente psiquiátrico (SIDA)"; "llegan a internar pacientes con enfermedades contagiosas. Detectar por medio de exámenes de laboratorio urgente y comunicar al personal"; "en el caso de alguna enfermedad infecto-contagiosa de algún paciente. Aislamiento (cubículo y material necesario para ello)'; "llegan a internar pacientes sin comunicar los riesgos. De inmediato los exámenes de laboratorio ya que internan con infecto-contagiosas".

En lo que se refiere a las condiciones físicas inadecuadas asociadas a la "peligrosidad" del interno, las quejas y medidas son las siguientes: "si el pabellón está inseguro se piensa que se puede fugar"; "por no haber en las áreas de trabajo puertas con chapas"; "por los vidrios, protecciones y candados"; "que las puertas de los cubículos estén más seguras; puertas sin candados. Asegurar las puertas, botiquines, poner vidrios que faltan"; "la central de enfermería debe tener mejor ubicación para mejor observación a los pacientes"; "las puertas no tienen chapas. Compostura de las chapas, iluminación"; "chapas, ventanas, baños".

La inseguridad inherente a la relación con los psiquiatras es aprehendida a través de las siguientes observaciones: "el personal médico no tiene seguridad en la enfermería para tomar decisiones, por lo que la ven en forma inferior"; "el médico ve de fuera el problema pero no lo

vive como el personal de enfermería. Se nos debe reconocer. Podemos manejar el problema por el tiempo y conocimientos adquiridos"; "las indicaciones médicas a veces son nulas"; "no se sabe si está bien o mal lo que hacemos. Vienen psicólogos y médicos e indican cosas distintas que producen descontrol. Ponerse de acuerdo el equipo para poder atender mejor al paciente; "muchas veces las indicaciones del médico son erróneas y eso ocasiona inseguridad en el trabajo. Que sean revalorados los tratamientos para estar seguras de hacer un adecuado manejo".

Como fue señalado, una misma cuestión puede ser entendida de distintas maneras por las trabajadoras y el "aislamiento", que aparece en undecimo lugar, es un buen ejemplo de este hecho. Las interpretaciones pueden ser divididas en dos grupos: los que relacionan el "aislamiento" con el interno y las que lo relacionan con las situaciones conflictivas al interior de la propia enfermería y que ya fueron analizadas cuando se consideró la cuestión "falta de personal". En este momento, es importante rescatar las sugerencias o medidas propuestas que involucran al interno porque lo que va quedar evidenciado es que los problemas relacionados a la "inseguridad" son reforzados. Esto ocurre porque las enfermeras, movidas por el temor a la agresión o a al transmisión de enfermedades infecciosas, van a proponer medidas que buscan "aislar" a los "pacientes agitados" o con enfermedades "contagiosas", en espacios especiales llamados cándidamente cuartos o cubículos. De las 12 aportaciones recogidas en la pregunta "aislamiento", un total de siete apunta la incomunicabilidad para ciertos "tipos" de internos como iniciativa para preservar la integridad física de las enfermeras. Las sugerencias son: "que hubiera cuarto aislado para pacientes agitados"; "no hay un lugar especial para aislamiento de pacientes. Que realmente exista un cubículo para aislamiento"; "para los pacientes con problemas"; "control de enfermedades infecciosas y transmisibles. Evitar el problema que me va a pasar con esa enfermedad"; "no existen lugares de aislamiento para pacientes infecto-contagiosos. Instalación de lugares aislados"; "no hay un cubículo adaptado y sanitario a ello"; "que se proporcione el necesario para el aislamiento".

El conjunto de las trabajadoras apuntan como séptimo problema más grave la "falta de apoyo laboral/familiar " y las quejas están dirigidas sobre todo hacia las mismas compañeras o hacia las "autoridades" y psiquiatras. Aunque claramente enunciada en la cuestión, la falta de apoyo familiar no constituye dificultad adicional para el quehacer de la enfermería, puesto que sólo dos trabajadoras incluyen en sus quejas un cierto resentimiento por falta de solidaridad de los familiares, pero no lo enmarca enfáticamente, sino que lo anuncia de manera difusa en quejas que van dirigidas principalmente hacia las compañeras y los superiores jerárquicos.

El análisis de la "falta de apoyo laboral/familiar" tiene como referencia un total de 19 observaciones hechas por las trabajadoras en la parte complementaria del cuestionario. De éstas, un total de seis no logran ser bien formuladas. Una trabajadora del turno de velada ejemplifica con una queja bastante llana como se manifiesta la falta de apoyo laboral, afirmando que "no hay oportunidad para cenar". Prosigue con una sugerencia todavía más

sencilla que traduce niveles de reivindicación mínimos: "que haya oportunidad de colación, 11 o 12 de la noche, por lo menos una fruta". Otras tres trabajadoras denotan resentimiento por la falta de "apoyo" pero no logran establecer claramente quienes lo manifiestan: "que el apoyo sea mejor"; "muy deficiente casi no se cuenta"; "no se cuenta con el apoyo cuando se requiere". Otras dos observaciones son ininteligibles.

De las 13 observaciones restantes, un total de siete expresa puntos de vista que ponen de relieve las dificultades en la convivencia diaria de las trabajadoras. Una vez más el "factor humano" o las limitaciones de "carácter y personalidad" son utilizadas para explicar las situaciones conflictivas. Por ende, la solución implica exigencias de cambios en el comportamiento de uno mismo o en el comportamiento de los demás, es decir, sugerencias inscritas en el plan individual. Aquí las quejas no priorizan los superiores jerárquicos dentro de la propia enfermería, esto es, jefas de pabellones, supervisoras, jefa general, etc., sino que van dirigidos indistintamente en contra de todo el personal. Las observaciones y propuestas son las siguientes: "el apoyo laboral es lo que menos hay. Que se diera más apoyo laboral y poner todo de nuestra parte"; "tal vez por falta de carácter mio. Ponerme más energía para solucionarlo"; "hacer conciencia al trabajador de la importancia de trabajar en equipo"; "las personas, compañeros y familia no valoran el trabajo. Necesidad de contar con el apoyo de las jefas y supervisoras"; "la falta de personal y la colaboración de unos y otros"; "no se puede trabajar con personal que no apoya, que sólo mide por cantidad y no por calidad. Motivar más al personal que colabora por parte de la jefa del hospital".

Las otras seis trabajadoras van a centrar sus críticas hacia las "autoridades institucionales" y psiquiatras, acusándolos de no apoyar al personal de enfermería. Seguramente entre las autoridades están incluidos el jefe de "paramédicos" y el director del HPI, además de la jefa general de enfermería y, en algunos casos, las supervisoras y jefas de pabellón. Las "autoridades" y los psiquiatras parecen negar cualquier ayuda cuando a la enfermería se les presenta algún tipo de problema, produciendo un malestar entre las enfermeras que se sienten discriminadas o excluidas por no recibir ayuda de los superiores jerárquicos. Las evaluaciones y propuestas de las trabajadoras son las siguientes: "se manifiesta a las autoridades los problemas y no se recibe apoyo ni respuestas positivas"; "que se nos diera más apoyo por parte de las autoridades"; "no se recibe por parte de los médicos y autoridades. Recibir ayuda manual por parte del médico de servicio cuando el pabellón amerita"; "la falta de apoyo laboral ya que no se cuenta desgraciadamente en esta institución. Falta mucho apoyo a nivel superior y si supuestamente uno es personal de confianza intermediario ¿porque no se esta tomando en cuenta?"; "que los familiares cooperen con uno y que las autoridades nos reconozcan".

La "supervisión deficiente" aparece como el octavo problema más importante para las trabajadoras y las 18 enfermeras que hicieron comentarios o propuestas acusan a las supervisoras de incompetentes o de negarles apoyo, enfatizando aun más las dificultades en las relaciones interpersonales. Solamente una trabajadora pone su cuestionamiento al nivel de las

supuestas actividades del supervisor: "pues que no hacen programas de acuerdo a cada servicio". Todos las demás van a referirse específicamente a la persona de la supervisora o lo dejan sobreentendido. Un total de 10 expresan opiniones que evalúan al supervisor como incapaz o irresponsable: "la supervisión no es buena, como en este momento, aún no se presentó al servicio. Que la supervisora se dedique más a realizar las labores de supervisión"; "que la supervisión realice realmente su trabajo"; "que se debe contar con una buena y capacitada supervisión"; "siento que el personal de supervisión es deficiente ya que no sabe mandar al personal que trabaja en la institución", etc. Otras siete enfermeras acusan a las supervisoras de no reconocer el esfuerzo o la dedicación de unos, de no apoyar solicitudes de otras, es decir, de negar actitudes de cooperación: "que cuando se saque demasiado trabajo no se critique el mismo y se pida más"; "saber reconocer a la persona que apoya y coopera"; "por no ofrecer apoyo cuando se necesita en cualquier unidad"; "que se nos apoyen en los descansos y extras que se piden", etc.

El aburrimiento por las "tareas repetitivas" se coloca como el noveno problema para el conjunto de las trabajadoras, lo que quiere decir que no representa una dificultad muy importante. En verdad, la rutinización de las actividades es usada como recurso para que la enfermera, rápidamente tenga la perspectiva de deshacerse del cuidado al interno, en cuanto cumpla la actividad inmediata que le fue asignada. La resistencia a los cambios o a las alteraciones en los procedimientos está tan enraizada que hasta las rotaciones anuales de áreas de trabajo provocan descontento generalizado. Pero el interés en la rutina como estrategia de defensa tiene también su contrapartida fastidiosa y es por esto que varias trabajadoras apuntan las "tareas repetitivas" como una limitante.

Un total de cuatro entre las 14 observaciones o sugerencias expresan evaluaciones de enfermeras que colocan a los pacientes como "chivos expiatorios", responsables primeros del aburrimiento de la labor cotidiana o hasta de impedir la verdadera práctica de la enfermería: "por el tipo de paciente"; "siempre es el mismo tipo de paciente. No se realizan en realidad funciones de enfermería, salvo en raras ocasiones"; "en el área de trabajo con los pacientes. Por su agresividad cuando ingresan"; "con pacientes crónicos es repetitiva la tarea. En los pabellones de agudos varía un poco más que en crónicos". Al contrario de estas cuatro trabajadoras, una pasante de enfermería denuncia que la rutina es perjudicial al paciente ya que se prioriza "más la cantidad que calidad de atención al paciente. Motivación, estímulos y recompensas a los trabajadores por el trabajo de calidad en cuanto a la atención a niños". Los demás comentarios expresan quejas, algunas vagas o ininteligibles, tales como: "no caer en la rutina", "con referencia al trabajo cambio de rutina"; "ya que no tendríamos conocimientos actualizados"; "no me gusta la rutina porque se empolva uno en lo mismo. Realizar varias actividades diferentes"; "son programas o acciones o como se les llamen que son tan de rutina que nadie los toma en serio".

Al analizar la "iluminación deficiente", que aparece como décimo problema, es necesario señalar que las instalaciones eléctricas dañadas van a dificultar sobretodo la labor de las trabajadoras adscritas en el turno de velada, ya que éstas necesitan de luz artificial durante toda la jornada. Es por esto que siete de las 25 trabajadoras del turno incluyeran la "iluminación deficiente" entre los cinco problemas más graves, lo que corresponde a 28% del personal que labora en aquel turno. Pero también cuatro trabajadoras del turno vespertino y dos del turno especial, cuyas jornadas se extienden hasta las primeras horas de la noche, y hasta las trabajadoras del turno vespertino, se quejan de las instalaciones eléctricas descompuestas. De esto se concluye que, tomándose los turnos de forma aislada, la magnitud del problema va presentar niveles diferenciados. De cualquier modo, un hecho es innegable, o sea, la escacez y la privación impuestos a un hospital psiquiátrico público, terminan por penalizar a las trabajadoras e internos con problemas que requieren como solución medidas que no se puede clasificar como complejas o de alto costo, como son los servicios de mantenimiento y adquisición de material, como lámparas y cables eléctricos. Las peticiones de las trabajadoras llegan a ser patéticas: "que se ponga más luz"; "que haya más lámparas"; "se nos responde que no se cuenta con los recursos económicos suficientes"; "no hay luz en el baño. Que arreglen instalaciones eléctricas"; "a menudo no hay luz en los baños, pasillos. La luz de baños de pacientes es deficiente"; "pasillos oscuros"; "la iluminación de los pasillos casi siempre falta"; Que vean la iluminación que siempre falta".

Las dificultades impuestas por el "horario", colocado como duodécimo problema, pueden ser observadas a través del examen de los comentarios hechos por 12 enfermeras. Para muchas trabajadoras, el inconveniente principal es la duración de la jornada, considerada muy extensa; para otras, la dificultad está en el período de entrega/recepción de turno. Las alternativas pueden variar entre reducción de la jornada, ajuste de los horarios, existencia de un tercer descanso mensual, o hasta la búsqueda de otro trabajo. Las observaciones de las trabajadoras son las siguientes: "que se reduzca y se trabaje menos horas"; "12 horas sábados, domingos y días festivos es mucho"; "que el horario fuese más accesible"; "2:00 pm ya está uno cansado y todavía estar una hora más es demasiado para una persona"; "horario de enlace en todos los turnos para tener mejor comunicación"; "problemas para la entrega de servicio. Ajustar horarios y turnos conforme la necesidad"; "en la forma de entregar y recibir"; "el tener un tercer descanso al mes"; "por el horario no puede uno estudiar. Que se respetara el horario para poder superarse"; "tratando de ir a buscar otro trabajo con cómodo horario". Las explicaciones de una trabajadora dejan claro las dificultades cotidianas de las mujeres que enfrentan doble o triple jornada de trabajo, pero dejan claro también, la imposibilidad de cumplimiento de las actividades en el HPI, así como la alternativa de solución restringida al esfuerzo individual: "porque tengo que trabajar y llego tarde a la unidad o necesito salir una hora antes para realizar actividades del hogar. Acomodar mi horario lo mejor posible".

El olor de los pabellones, sobre todo en las mañanas después de estar cerrados durante toda la noche, se vuelve bastante desagradable. En el pabellón B se mezcla el olor de orines y heces ya

que muchos internos de ahí no tienen control de esfínteres. Es por esto que algunas trabajadoras apuntan la "ventilación deficiente" como problema y hacen las siguientes observaciones o propuestas: "me ahoga el encierro. Poner ventiladores"; "que haya unos ventiladores"; "que haya más ventiladores para el bien de los pacientes porque en la mañana el olor es insoportable"; "en los dormitorios no hay buena ventilación para que el paciente no se sienta como en una cárcel", etc.

En la relación de las cuestiones presentadas a las trabajadoras fue incluida la alternativa "otras", para el caso de que la encuestada no identifique en la lista el problema que considerara estar entre los cinco más graves. Pero cuando se analizan los contenidos de los comentarios o sugerencias incluidas en "otras", colocado en decimocuarto lugar, no surgen nuevas revelaciones. Conforme fue señalado, cuando fue examinada "falta de personal", cinco de las 12 quejas o sugerencias incluidas en "otras" se refieren sobre todo al control del ausentismo. De las otras siete aportaciones, dos van expresar preocupación en cuanto a la impreparación del personal de enfermería para cuidar de los internos de un hospital psiquiátrico: "tener personal capacitado para el trato del paciente y no tratarlo como animales"; "personal mal preparado para desempeñar funciones de enfermería y capacidad para el trato de la conducta de determinado paciente". Y de nuevo en "otras" el interno vuelve a ser la justificación para denunciar la falta de apoyo o para evidenciar los riesgos, ya sea por el peligro de agresión o de contagio de enfermedades transmisibles: "apoyo con respecto a los pacientes y llegue ocasiones somos agredidas por ellos y eso no se cuenta"; "medios ambientes fríos. Problemas de salud de pacientes, contagio al personal".

En lo que se refiere al "ruido", pocas trabajadoras son molestadas por los gritos y llantos de los internos "agitados": "en ocasiones cuando los pacientes no llevan tratamiento normal"; "paciente agitado, gritando. Las cubetas que golpean molestan"; "el ruido que se tiene por pacientes inquietos"; "tener control para poder soportar". En "incapacidad de cambio de posición", sólo dos trabajadoras hacen observaciones o propuestas pero cada una revela entendimiento bastante particular: "no me han dado mi cambio de enfermera titulada. Que me cambien de codificación"; "no existe mobiliario adecuado".

Con todos los problemas identificados hasta aquí, parece que las enfermeras del HPI no pueden preocuparse con el futuro, quizás porque en el presente ya tienen demasiadas dificultades, quizás por no querer admitir la propia impotencia o la imposibilidad de hacer cambiar la realidad laboral. Lo cierto es que el "trabajo sin porvenir" aparece en último lugar entre los 20 problemas organizados por las enfermeras, y apenas una de ellas formula una declaración en la cual manifiesta su frustración con el quehacer de la enfermería en el HPI: "es como caer en un pozo profundo. Sólo estudiando, preparándose, puede uno salir de aquí".

Los testimonios

Este apartado contiene la transcripción de declaraciones de personas que estuvieron o siguen estando vinculadas al HPI en la condición de trabajadoras o internos. Además de considerar la posibilidad de hablar de sus experiencias, la elección de cada persona obedeció a criterios y a objetivos específicos. Con excepción de lo expuesto en el Testimonio 1, en todas los demás se utilizó un lenguaje coloquial, pero en la transcripción se intentó un texto más uniforme, eliminando muchas veces expresiones de uso corriente en las conversaciones, desde que se mantuviese el contenido de la declaración, aunque en detrimento de la forma original. Se buscó excluir también los contenidos repetitivos y aquellos que se alejaban mucho de las informaciones buscadas o del tema propuesto.

Testimonio 1

En el mes de junio de 1991, la dirección del HPI organizó, como lo hace periódicamente, el Curso Monográfico "Introducción a la Psiquiatría Infantil", destinado a estudiantes de enfermería de nivel medio. El Testimonio 1 es en realidad la transcripción de parte de los contenidos de la conferencia de la Coordinadora de Enseñanza de Enfermería, encargada de discutir el tema "Consideraciones teóricas de la comunicación en psiquiatría infantil":

"En general las relaciones que vamos a tener con nuestros pacientes van a depender de muchísimos factores, van a depender del estado emocional que tiene nuestro paciente, llámese niño o adolescente, se va inferir de alguna manera el establecimiento de nuestro plan de cuidados. Les recomiendo un plan de cuidados que existe completísimo, es de Schultz. Vienen todos los aspectos de planos de cuidados para todos los pacientes: psicóticos, neuróticos, con anorexia nerviosa, esquizofrenicos, farmacodependientes, alcohólicos y demás.

Para nosotros establecer la primera relación con nuestro paciente, si nos llega a un servicio de hospitalización, ¿cuál va a ser? Básicamente, dentro de los principios de la enfermería psiquiátrica entran: aceptar al paciente tal como es. Que viene sucio, que viene cochino, que viene intoxicado, que viene coprálico, mentándole, recordándole a la familia de todo mundo, ni modo: es nuestro paciente. Por lo tanto, vamos a recibir a nuestro paciente.

Les hemos pedido al personal de los servicios que mínimo reciban al paciente con la hoja de indicaciones y la historia clínica. El resto del expediente los pueden mandar después. Pero mínimo la hoja de indicaciones médicas, para saber cómo se llama el paciente, para poder decir: "Fernando, ¿cómo estás? Yo soy tu enfermera. Este es un hospital, un pabellón. Vas a convivir con un grupo de pacientes más o menos de tu misma edad, por un tiempo X. Pero esto no es una cárcel. Esto es un hospital". Empezar desde ahí a darle juicios de realidad al paciente y ubicarlo en tiempo, en espacio. Pregúntele cómo se llama, cuántos años tiene, qué le pasa, quién lo trajo, porqué está en el hospital, si es que el paciente puede dar esa información. Si se

encierra en un ostracismo, en un silencio que no quiere romper, van ustedes a respetar el silencio del paciente, pero no a tal grado que digan: "Ay, pues este no quiere hablar", y que les vaya a agredir.Tienen que ser muy observadoras, sobre todo con las actitudes que el paciente tenga. Estas observaciones les van a dar a ustedes la pauta para abordarlo, para dejarlo tranquilo.

Aquí en el hospital los pacientes ingresan por el servicio de urgencia. En muchas ocasiones llegan semiborrachos, intranquilos y por esto ya llevan una buena dosis de 25 mg de Sinogan y 10 mg de Aldol. El Sinogan a dosis de 25 mg potencializa el efecto de cualquier medicamento como sedante, tranquilizante y demás. El paciente se queda quieto de seis a ocho horas. Tienen que vigilar la presión arterial porque se les puede ir a cero, y comenzar a correr para meter una solución y hacerle que le suba a por lo menos 50.

Por lo tanto, desde que ustedes reciben al paciente, en el servicio de hospitalización, deben de mantener una actitud de aceptación para que el paciente se sienta de alguna manera aceptado, no rechazado, para saber que vino a una institución donde le van hacer caso. A lo mejor en su casa ni en cuenta lo toman, porque es un adolescente que tiene muchos problemas, que se droga, y tiene problemas de conducta, procede de una familia no integrada, falta la presencia del padre o de la madre, donde el padre es alcohólico, donde la madre se sale a trabajar todo el día, o alguno de los hermanos se drogan también, el paciente pertenece a una pandillita.

Por lo tanto, se los repito: aceptemos a los pacientes y la primera impresión que el paciente tenga de nosotros, al ser recibido en un servicio de hospitalización, porque así lo requiera, por muy confuso que llegue el paciente, muy agresivo, siempre, siempre será capaz de recordar como se le recibió en el pabellón. Si ustedes me lo reciben y me lo amarran, pero como de balazo, porque vienen echando patadas por todos lados, y me lo aislan, el paciente se va a acordar cuando empiece a entrar en la etapa de recuperación. Se va acordar que fue lo que pasó, como lo recibieron, en que condiciones llego, si lo aceptaron, rechazaron o castigaron. Si no se toma en cuenta esto, las siguientes etapas de relación de confianza y todo lo que hablan los autores no se va poder llevar a cabo.

Si el paciente viene con intenciones de destructividad, autodestructividad, heterodestructividad con el resto de las personas que lo rodean, sin conciencia de la enfermedad mental, sin poder establecer con él una comunicación, lo más indicado, y que generalmente ya viene indicado por el médico, es sedarlo para bajarle este estado de excitación motriz y si es necesario, todavía, hacer una sujeción para que el efecto del medicamento se concentre de tal forma que el organismo del paciente se le dé inmovilidad y pueda al paciente sedar y tranquilizarse. Se sugiere que se le quite la sujeción cuando el paciente esté tranquilo, dependiendo del estado en que esté.

LLegan en un estado de excitación, llegan muchas veces en un estado que se llama BPA de origen a determinar. No saben todavía porque el paciente llega gritando, agrediendo, y le ponen Brote Psicótico Agudo a Determinar. Se va a determinar sintomatología, etiología, comenzar la observación del paciente y ver si se encuentra en los criterios que tenemos de la OMS-ICD-DSM 3, la patología correspondiente a una esquizofrenia, una neurosis de ansiedad, una histeria conversiva, un proceso reactivo, etc.

La intención que nosotros tenemos es de ayudar. Pero vamos a aceptar a nuestro paciente tal como sea. Es muy difícil para nosotras decir: "Yo acepto a mi paciente tal y como es: cochino, mugroso, sucio, grosero, patalón. Yo lo acepto tal y como es". Lo acepto pero no lo acepto. Pero, en verdad, nosotros debemos tener una franca convicción de que estamos aceptando las condiciones del paciente. Aceptando y tolerando y vamos a marcar límites. Hasta aquí te acepto, pero de aquí para acá, no. Porque tú estás en un hospital que tiene normas, políticas, reglamentos y aunque no queremos, mi hijito, aquí vamos a seguir estas normas. Nosotros tenemos que ir fijando los límites al paciente para que no abuse. Una vez que nosotros adquirimos una relación de confianza, vamos a aceptar al paciente tal y como es.

¿Cuáles son los pasos para establecer una relación con el paciente? ¿Qué vamos a buscar para acercarnos al paciente? Vamos a buscar una motivación, vamos a buscar una capacidad para producir cambios importantes en la conducta del paciente. Para ello, hay ciertas estrategias para nosotros elevarnos la autoestima del paciente. Vamos a fijar límites primeramente. Lo vamos a aceptar como persona, pero no vamos a criticar a nuestro paciente continuamente. El paciente está tan sencillo, trae ideas de daño, alucinaciones, no tiene conciencia.

Mucho cuidado con los objetos que meten los pacientes a su cuarto, a su cubículo, cuando llegan a un servicio de hospitalización. Más aún se tenemos la indicación de vigilancia por intento de suicidio, vigilancia por intento de autodestructividad, por intentos de agresión. Entonces, cordones de zapato, cinturones de pacientes, cintas, corbatas, navajitas que se hayan metido, una reglita, cualquier objeto es suficiente para que el paciente lesione o se autolesione. En los servicios de hospitalización, las cubetas, las escobas, los trapeadores, las sillas, todos son instrumentos de agresión. En un momento dado, se pueden agreder los pacientes y la enfermera debe ser capaz de intervenir porque no va a permitir la imprudencia de que los pacientes se lleguen a medio matar. Con una silla, con toda la fuerza que tiene un paciente, le destroza la cabeza.

Teníamos un niño, que pasó a un hospital campestre, se llamaba Paulino. Le decíamos "El Negro". Era un niño que parecía que tenía 10 años, pero ya tenía 20. Tenía un RM, un daño cerebral, pero tenía una fuerza que ustedes lo veían enclenque, flacón, pero era capaz de aventar una mesa, dejándola caer en los pacientes. Para sujetarlo, necesitábamos por lo menos cinco gentes, hacerlo como taco y amarrarlo de los cuatro miembros y de la cintura. Era muy fuerte. Y ustedes dirán que cómo es posible que un niño tenga esa fuerza. Pero de verdad el paciente

tiene una fuerza de 20 gentes. Un adolescente de 1,75 mt, ¡imagínese! Debemos tener todas las medidas.

¿Porque se internan los adolescentes, pacientes agudos que tienen problemas de farmacodependencia? La familia ya no puede con él, simplemente no la obedece. Simplemente los chicos vagabundean, no llegan a la casa a dormir, se drogan en la calle, sustraen objetos para robarlos y conseguir droga. Asaltan y los agarra la patrulla y los golpean. Entonces ¿porque internan a los pacientes en el hospital? Dicen los padres: "Yo ya no lo aguanto. No nos obedece. No va a la escuela. Anda de vagabundo. Se anda drogando, anda con teporochitos, tomando alcohol y yo ya no puedo más".

Vamos a sustraerlo de su medio ambiente familiar, de su medio ambiente social, para protegerlo. De alguna manera, sin estos estímulos, el paciente se va a tener que centrar en un lugar como este, que es un hospital, en donde el paciente se va a tener que avocar a ciertas normas. Le vamos a fijar ciertos límites y va a tener que responder a ellos. Pero, básicamente, le va a alejar de aquellas sustancias que lo están jalando. Que presente síndromes de abstinencia, pues no. Porque se sustituye una droga por un medicamento, por un tranquilizante, por un antipsicótico, por un relajante, por un antialucinógeno, como lo es el Haloperidol.

Para establecer las relaciones de confianza, la enfermera debe estar segura de sus capacidades, segura de sus acciones, de sus conocimientos. Segura de que las acciones terapéuticas que va a trabajar con el paciente le van a beneficiar plenamente al paciente y le van a dar seguridad a ella para poder continuar con el acercamiento con su paciente. Hay pacientes que no van a ser capaces de hablar y la comunicación va a ser un poco difícil. Pero recuerden que hay varios tipos de comunicación. Hay comunicación verbal y no verbal. Existe todo un proceso de comunicación para establecer. Tomar en consideración todos aquellos aspectos que se manejan como son la expresión, los gestos faciales, el movimiento de las manos, la mirada de los ojos. Si la mirada es directa o evaden la mirada del paciente, o manifiesta a través de la mirada temor o inseguridad, si empiezan a tronar los dedos y el paciente está nada más observando, más él que ustedes. Por lo tanto todas debemos tener en consideración que es lo que estamos haciendo. Porque estamos tratando a una persona con problemas y que puede, en algún momento, interpretar nuestras actitudes porque no estamos siendo tan sinceras con el paciente. Parece mentira, pero el paciente psiquiátrico capta, capta rapidísimo las actitudes y los gestos y todos los movimientos que hacen las enfermeras. A veces da la impresión de que los pacientes nos están vigilando en lugar de que nosotros a ellos.

En la comunicación vamos a acercarnos al paciente para que hable de sus sentimientos, dependiendo de su estado emocional en que se encuentre. Vamos a darle tiempo suficiente para expresarse, porque en ocasiones los pacientes pueden presentar disartria, la dificultad para articular palabras y es efecto de medicamentos o es efecto de la desconfianza, se debe a muchas situaciones, hasta problemas de tipo neurológico. Por lo tanto, vamos a tratar de no llevar una

comunicación así rapidísimo, para que me conteste en este momento cómo te llamas, cuántos años tienes, de dónde provienes, qué estudias, qué haces. Oigan, el paciente se siente super bombardeado y va pensar: "Esta está loca. Peor que yo. ¿Qué le pasa?".

Es importante no emitir juicios. Conocer los sentimientos propios. ¿Qué nos causa el contacto con el paciente: rechazo, miedo, angustia, temor. Qué nos causa el acercamiento con el paciente? Debemos analizar realmente nuestros sentimientos, nuestro sentir, nuestros propósitos y objetivos antes de establecer la comunicación o la relación con él. Ustedes dicen: "Me gustan mucho los niños. Me gusta jugar con ellos". Estas son las respuestas cuando les preguntamos en el examen diagnóstico. ¿Realmente sientes tal ternura por los niños y somos capaces? Yo pienso que sí. Las enfermeras somos capaces de dar mucho sin que nos pidan. Somos capaces de desprendernos de muchas cosas para poder ofrecer ayuda. En este caso, en el caso de los pequeños, todavía tiene que haber un acercamiento tal que el niño diga: "Esta enfermera me está cuidando. La enfermera no me hace daño".

Es muy importante la observación de las enfermeras porque ellas ven, juzgan, critican, analizan, tamizan y dan información. No tratar de manipular al paciente y hacerlo parecer tonto. Jamás el paciente va a aceptar en el momento en que lo tratan de manipular. El paciente es más susceptible, sobre todo el paciente psiquiátrico adolescente. No fácilmente cae en la manipulación de la enfermera. Ni fácilmente va a permitir que lo hagan parecer un tonto, un estúpido, aunque esté muy confuso, aunque no tenga conciencia de la enfermedad mental. Si no tiene conciencia de enfermedad mental, si el paciente no es psicótico, menos todavía. El paciente con problemas neuróticos es mucho más difícil de manejar porque nada más está midiendo cuánto sabe la enfermera, qué tanto no sabe y qué realmente es capaz de hacer. Son muy observadores, realmente los pacientes con estas alteraciones observan más de lo que nosotros pensamos que observan. Y los niños no se diga. Los niños están al pendiente y nada más están cuidando a la enfermera para ver en qué momento le hacen esto o el otro.

En el pabellón B hay niños que rebasan ya los 20 años. Van a conocer un chico, que es el más grande, tiene más de 23 años y tiene una talla de un chico de cuatro o cinco años, es un chamacote que pesa sus buenos kilos. Son tan espásticos que se mueven de un sólo movimiento y hay que pasarlos al baño, vestirlos, cambiarlos, movilizarlos, darles de comer y, sinceramente, es una tarea agotadora. Algunos ya están barbones, se ve la edad cronológica pero la edad mental es menos. No tienen ni han desarrollado jamás la facultad para hablar, para comunicarse. La comunicación es con sonidos únicamente. El estímulo que reciben por parte de enfermería se puede decir que, en el aspecto emocional, es mínimo porque son muchas las actividades que se tienen que contemplar con ellos. Sin embargo, siguen aquí y van a seguir aquí.

¿Cuantas enfermeras hay? Nos vamos a ver terriblemente mal. Jamás he tenido una plantilla adecuada a las necesidades del hospital. Para un hospital con 200 camas, como inicialmente se

estableció, marcaba los índices de OMS 2,5 a 3,0. Jamás hemos llegado a alcanzar estas cifras y sobre todo mucho menos en aquellos aspectos de que el 60% de personal profesional y 40% de personal auxiliar. Durante casi 20 años el hospital ha funcionado con personal exclusivamente auxiliar. Apenas hace aproximadamente cinco años que nos hemos estado llenando un poco más de enfermeras tituladas contra 63 enfermeras auxiliares. Entonces ustedes se podrán dar una idea de que no se puede lograr una excelencia en la calidad de la atención de los chicos. Definitivamente no. Somos tres las especialistas en psiquiatría y estábamos tratando de hacer más especialistas, enviando por lo menos a una enfermera general cada año al curso post-técnico de enfermería psiquiátrica, de tal manera que al regresar se incorpora a las actividades, pasan a formar parte del equipo de enfermería y pudiese, a su vez, apoyarnos en la capacitación, actualización y en las actividades de los servicios. Sin embargo, este año regresa una más de las compañeras, ya vamos a ser cuatro. Pero este año no hubo candidatas para el curso. Requerimos de 10 especialistas como mínimo, y por los menos unas 10 o 12 enfermeras tituladas para trabajar con nosotros.

La intención del hospital es básicamente que nuevamente atendamos a la población con problemas de tipo agudo, no con problemas de daño orgánico que requieran de una hospitalización prolongada. Aún así se han metido innovaciones como la hospitalización parcial, de fin de semana o de inicio de semana. En la medida de lo posible, a los pacientes de tipo agudo se les debe dar usos de realidad, ubicarlos en la institución, en todas las áreas, espacio, tiempo y persona y aclararles que no están en un internado, si no en un hospital en tanto el médico determina cuánto tiempo va a estar acá. Pero que definitivamente no está abandonado en el hospital. Está durante un tiempo prudente para que el médico establezca el tratamiento, él se sienta mejor, pueda regresar a su núcleo familiar, pueda seguir en el ámbito escolar si está estudiando, o entrar a laborar en su medio laboral si está trabajando. Muchas veces les preguntan ustedes a los pacientes: "¿Porqué te trajeron al hospital?" Y contestan: "Por que me porté mal". Y si preguntas: "¿Qué significa para tí estar en el hospital?" Y no saben que este es un hospital. Creen que es un reformatorio, internado o cualquier cosa, menos un hospital, y más, les interesa es: "Cuándo me voy a ir. Cuándo me van a dejar salir".

Pero en ocasiones resulta un poco difícil trabajar con adolescentes. La especialidad en enfermería psiquiátrica es pesada y es un poco compleja, precisamente porque se manejan conductas. Y el manejo de conductas hace que más tarde más temprano, las personas que no tienen un buen equilibrio y no tienen una buena definición con respecto a cuál es su papel profesional, personal, de ama de casa, de otros tipos de situaciones, haga que se contaminen un poquito y que adquieran ciertos vicios de las conductas que estén manejado. Es muy difícil decir: "Ahí dejo en la puerta del hospital todos los problemas inherentes al hospital para poder hacerme cargo de mi propia problemática". Esto es muy difícil. En ocasiones se lleva uno los problemas y los trae, los andan paseando por todo México y por eso muchas veces uno se siente inestable, nerviosa, inquieta, empieza a presentar problemas de índole física, orgánica y

empiezan las úlceras y las cefaleas y las jaquecas, una serie de problemas estresantes que no nos permiten desarrollarnos profesionalmente.

Tratando de obtener una madurez emocional, nosotros requerimos de conocimientos científicos. Tenemos que tener una verdadera autocrítica sobre cual es nuestra personalidad, cómo nos conducimos, cómo nos comportamos, cómo actuamos. Veraz y constructiva, debemos tener un aumento de virtudes y confianza de lo que nosotros estamos haciendo. Podemos autocriticarnos y decirnos: "Caray, no estoy haciendo bien las cosas. Algo me está faltando. Mis relaciones con mis compañeras son malas, son pésimas. ¿Qué está pasando, me está afectando tanto mi problemática personal y familiar, tanto en mi medio de trabajo, que estoy regando prácticamente las actividades que estoy haciendo?. Estoy entrando en conflicto con mis compañeras porque llevamos unas pésimas relaciones humanas". No podemos sustraernos al hecho de tener problemas personales, pero no vaciarlos aquí, en el hospital.

Queremos crear un ambiente terapéutico. ¿Cómo lo vamos a crear. Qué es lo que nosotros perseguimos al crear un ambiente terapéutico en el hospital? Este ambiente terapéutico necesita muchas condiciones específicas. Lo ideal es poderlo alcanzar como todas las instituciones pero ¿se prestan? En muchas ocasiones no es posible porque para poder crear un ambiente terapéutico tienen que existir excelentes relaciones humanas, excelentes interrelaciones, excelente comunicación, crear todas las condiciones para poder mantener un ambiente muy semejante al que tiene el paciente en su propia casa. Tener un lugar propio, en donde tenga donde guardar sus cosas, en donde tenga todas las cosas en la mano. Aquí tratamos de tenerles un buró para que guarden sus pertenencias, pero también debemos tener muchísima vigilancia para que no introduzcan objetos que pueden ser peligrosos y nocivos para ellos mismos. Debe ser un ambiente tranquilo, donde no exista tanta luz, tanto ruido.

En muchas ocasiones, incluso, se ha tomado en consideración, por parte del médico y del equipo multidisciplinario, que el éxito de la recuperación del paciente depende en un 90% de enfermería y apenas un 10% de la participación profesional del médico y del resto del equipo. Esto porque nosotros estamos 24 horas, porque estamos 365 días al año, porque nosotros tratamos de primera mano, de primera intención y directamente al paciente. Sabemos cómo se comporta y cómo se conduce y qué cambios tiene y si su estado de ánimo es igual el de hoy que el de ayer. Nosotros tenemos en la mano todo el tratamiento, tenemos toda la rehabilitación, toda la recuperación del paciente.

Desafortunadamente en muchas ocasiones, al hacer las entrevistas al personal que se va integrar por primera vez a la institución, vemos que no reúne los requisitos que nosotros andamos buscando. Si ustedes entrevistan, por primera vez, a una persona que requiere de trabajar en una institución psiquiátrica como la nuestra, les va a decir: "Estoy dispuesta a todo, a cambios de horario, a asignación de funciones, pero lo que me interesa es trabajar". Si ustedes les preguntan cuál es su experiencia en atención a pacientes psiquiátricos, les dicen: "Únicamente las

prácticas que llevamos durante el desarrollo de la enseñanza básica de enfermería". Y preguntan ustedes: "¿Qué harías en caso de que un paciente con intento de fuga, con agresividad, con un brote psicótico donde no tiene conciencia de enfermedad, en donde su conducta es impredecible porque oye voces, porque alucina, ve cosas que no existen, tiene ideas místicas, se cree ella una persona muy importante, le gusta la megalomanía, está usted sola en el pabellón, ¿qué hace?. Porque hay momentos en que el paciente se inquieta, en que quiere agredir, en el que paciente intenta pegarle a todos los compañeros y medio matarlo. ¿Qué haces? No está el médico a la mano, usted está sola". Y contestan: "Pues corro. Me escondo. No sé que hago pero yo me salgo para que no me vaya a agredir el paciente". No. Tengo que comprometer mi persona y no voy a dejar que el paciente haga esto y no lo otro. Debe tener ciertos criterios para decidir que hacer en este momento. Tratar hasta donde sea posible de calmar al paciente, de evitar hasta donde sea posible que se fugue porque cuando el paciente entra a la institución toda la responsabilidad de lo que le pasa al paciente es de la enfermería. Un paciente hospitalizado en un pabellón de agudos es responsabilidad de enfermería: si se fuga, si se autodestruye, si se autolesiona, si se intenta ahorcar, matar, agredir a los demás pacientes. Por lo tanto, debe tenerse especial vigilancia en los pacientes con problemas de tipo agudo, ya que se van a encontrar con adolescentes de 1.80 mts, o 1.85 mts, o 1,90 mts. ¿Cómo van a evitar que un paciente, en una barda de 3 mts de alto, evite saltarla de dos brincos? Nunca. Saltar, correr y alcáncelo. El hospital tiene una zona bardeada bastante amplia y verán que en muchísimas ocasiones, el paciente con verdadero intento de fuga, se va, por encima de cualquiera y por encima de quién esté. A pesar de que aquí existe una caseta de vigilancia, el paciente se fuga.

Para tomar en consideración muchos de los aspectos que vamos a manejar posteriormente, debemos tener en consideración las necesidades básicas, primarias o biológicas de los individuos, las necesidades de alimentación, abrigo, higiene, descanso, sueño, oxigenación porque estas necesidades son vitales. Si carecen de cualquiera de ellas, empiezan a presentar problemas muy importantes, alteraciones emocionales muy importantes.

Las necesidades básicas secundarias o emocionales son las que requerimos para poder sentirnos importantes y como parte de un grupo social. Estas son: necesidades de amor, estimación, importancia, productividad, autosuficiencia, autorrealización, seguridad, reconocimiento, aceptación y autoimagen. Muchas de estas necesidades que aquí se mencionan son las que tienen nuestros pacientes y necesitan de la ayuda. Recuerden que la enfermera es maestra, es madre sustituta, es compañera, es una persona muy importante para el paciente si sabe manejar su rol y si no se sale de su rol. Muchas veces es común, en los pacientes, el rol de amistad que está brindando la enfermera para poderse acercar a él y él la toma como su noviecita. No, de ninguna manera. Nosotras no somos las noviecitas del paciente. Porque el paciente llega a tener tanta confianza y tanta intimidad con la enfermera que en el primer momento de descuido la agarra, la acuesta en la cama y se le va encima. ¿Qué hacer? Por lo tanto, hay que mantener ciertos límites. Hasta aquí llega mi papel y hasta aquí, no.

Muchos de los aspectos de formación que obtiene la enfermera durante su formación en educación básica no son suficientes para poder tener todos los elementos necesarios para dedicarse a la atención de pacientes, algunos con problemas de conducta muy importantes. Porque se ha tomado a la profesión de enfermería como un arte, como una ciencia. Una ciencia porque nos dan anatomía, psicología, nos dan todo lo más importante que nosotros consideramos nos puede servir para desarrollarnos en un futuro en un mercado laboral. Sin embargo, ya para meternos de lleno con pacientes con trastornos de conducta, debemos tener en consideración muchos aspectos: factores de autoridad, factores de dependencia, factores de sugestión, factores de transferencia, factores de índole emocional. ¿Porqué es importante todo esto? La profesión de enfermería siempre ha estado supeditada a las órdenes médicas, es el que establece el tratamiento, y dice: "Esto se va a hacer y cómo se va a hacer. Se van a seguir al pie de la letra mis indicaciones para que el éxito del tratamiento sea el esperado". Dependencia. Somos dependientes del médico. Actualmente decimos: "No. Somos un equipo multidisciplinario y cada quien opina y dice lo que mejor cree conveniente para la recuperación del paciente". Actualmente las enfermeras tenemos un criterio. Decimos qué está bien, qué no está bien. Hemos avanzado un poquito a que se nos de la opción de pensar y decir: "Yo voy a decidir qué es lo que está bien y lo qué no está bien". Y se poseen los conocimientos necesarios para decir: "Oiga, doctor, nosotros consideramos que la dosis que usted está estableciendo para el paciente está mal". Nosotros manejamos dosis pediátricas. A los pacientes que se les administra, por ejemplo, un medicamento del tipo de la Carbamacepina, o Tegretol, para mejorar los aspectos de la conducta, se manejan en suspensión. Entonces, estas dosis se deben manejar por kilogramos de peso. Si nosotros sabemos cuáles son las dosis indicadas por kilogramo de peso para un niño que tiene cinco años, pues entonces tenemos la opción de decidir y de opinar y de rebatirle al médico su indicación. Necesitamos saber para poder inferir directamente con él. La sugestión, efectivamente. Nosotros podemos sugerir en muchos de los aspectos cual es nuestra participación, cuales son nuestras observaciones respecto a nuestros pacientes psiquiátricos.

Tienen medicamentos tan fuertes y a dosis tan altas que pueden impregnarse. La impregnación es la cianorrea, desviación de los ojos hacia arriba, torsión, la saliva le sube y le baja como baba de nopal, etc. Todo esto por efecto de los medicamentos que estamos utilizando. Los efectos colaterales de los medicamentos son estos síntomas pero que se corrigen con la aplicación del medicamento que se llama corrector. Pero aplicación en condiciones en que el paciente se ve muy molesto, porque no puede abrir bien la boca, o que desvía los globos oculares hacia arriba y que se llega a torcer espantosamente, se le pone el corrector, con indicación médica, por supuesto. Los pacientes tienen indicado corrector sólo cuando es necesario. Pero, cuidado, no hay que caer en la manipulación del paciente. Porque son tan hábiles nuestros pacientes, para decir: "Me estoy torciendo, enfermera". Y la verdad es que quieren consumir el Akineton. Pero el Akineton no es como el Artane. Dejamos de utilizar el Artane porque, en ocasiones, los pacientes farmacodependientes juntaban tres o cuatro pastillas en las encías, en el paladar, en la

lengua y se las enjaretaban juntas y se llevaban precioso. Se usa otro que no tiene efectos tan tremendos. Una inyección le quita en cinco minutos todos los efectos que el paciente está presentando. Pero siempre y cuando estén seguras que el paciente está bien impregnado y que está presentando estos síntomas tan molestos. Repito: cuidado con la manipulación porque caemos fácilmente en ella."

Testimonio 2

Esta entrevista fue concedida por una enfermera titulada, que en 1991 acumulaba 19 años de antigüedad, y que después de trabajar 18 años en los pabellones, actuando como jefa o como supervisora, logró su transferencia para hospital de día. La entrevista fue dirigida en el sentido de rescatar la historia de la enfermera en el HPI y en base a su experiencia particular, la entrevistada hizo una evaluación de aquella trayectoria, enmarcando los conflictos en la relación entre las trabajadoras y entre éstas y los internos, intentado identificar las dificultades más rutinarias que se presentan en el quehacer diario:

"Yo entré en 1972 trabajando como auxiliar de enfermería. En este tiempo no había en este hospital personal preparado, es decir, titulado. La mayoría eramos personal con pocos conocimientos, o sea, el personal auxiliar de enfermería y el personal que había ascendido de intendencia a enfermería, o personal de vigilancia.
En estas fechas, a mí me pusieron como jefa del pabellón C, en el turno de la mañana. Era un pabellón que se manejaba puros pacientes farmacodependientes. Querían, en este tiempo, que este pabellón fuese utilizado de tipo terapéutico, es decir, no exactamente de custodia, de confinamiento, sino de tratamiento a base de terapia, de la farmacoterapia, terapia ocupacional y recreativa. Bueno, pero después, viendo que había problemas con los pacientes farmacodependiente que se habían juntado, por ejemplo, se juntaban 10 farmacodependientes, se percibió que había mucho más problemas en que se internaran pacientes farmacodependientes con deficientes mentales, epilépticos, psicóticos. Había una combinación que hacía que el servicio fuese un poco más pesado para el personal de enfermería.

Yo estuve ahí cerca de dos años y sí trabajaba muy bonito por que el personal de enfermería se identificaba. Yo, en este tiempo, era bastante joven, tenía 22 años. Entonces es como que te identificas con la juventud, hace que tú también te identifiques con los pacientes. No identificarse con sus problemas, sino que identificarse por su edad. Las personas muy maduras, muy grandes en edad, están como que reprimiendo sus conducta: "no hagas esto, no hagas lo otro". En este tiempo los pacientes eran activos, super inquietos, que botaban las almohadas, que las destripaban, jugaban entre ellos, se peleaban, había sus riñas. Pero una joven lo tolera más que una persona adulta. Me refiero a una persona de 40 años en adelante. Una persona de carácter muy fuerte no puede tolerar ciertas bromas de sus pacientes, que te digan una grosería. ¿Que ha pasado con el personal que tiene un carácter fuerte que van a estos pabellones?

Chocan con los pacientes, agreden físicamente, verbalmente, o el paciente agrede el personal de enfermería o de intendencia.

El pabellón de mujeres siempre ha estado así. Adolescentes mujeres con pacientes deficientes mentales chiquitos, de sexo masculino y femenino. Siempre ha estado así. ¿Por que motivo? Uno tiene que ponerse a investigar. ¿Por que a las adolescentes nunca las separan como lo hacen con los hombres? Y esto sigue en lo mismo, no ha cambiado. Ahí hay otro problema porque las adolescentes adoptan el papel de mamá con los pequeños. Y esto no es conveniente para una adolescente que viene aquí deprimida, madre soltera, que dejó a su niño en su casa. Llega aquí y encuentra otro y empieza a darle cariño y cuando se va, otra depresión porque deja aquí al niño. Estas son cosas que no me explico. ¿Por que no separar también a las adolescentes de los niños pequeños?.

Estuve en el C tres años, pero después que terminé la carrera es que estuve de supervisora. Pero casi siempre estuve en los pabellones como encargada de servicio, o sea, jefa de servicio. El único pabellón que fue distinguido por sexo era el B. Pero ahora es mixto, hombres y mujeres, encamados y ambulantes. Esto es lo que ha cambiado. Han reducido a tres pabellones cuando eran cuatro.

En el tiempo en que no había personal preparado, que no había personal titulado, existía un ambiente más cordial, como que menos de competencia, de unos ser más y otros menos. Lo que pasa es que se tomaba la experiencia de las personas que tenían más tiempo pero que no sabían tratar al paciente psiquiátrico. Ellas aprendieron empíricamente a tratar un paciente psiquiátrico, que era sujeción, medicamentos y agresión. Era el tiempo en que empiezan a contratar personal de enfermería. Este personal antiguo del que estoy hablando, era el personal que venía de La Castañeda.

Cuando se hizo este hospital, todo el personal que venía de La Castañeda se ubicó en este hospital. Entonces eran personas ya bastante maduras pero sin preparación. Pero sí, lo que tenía esta gente, era mucho deseo de trabajar. Esto nos daba impulso, a las que un poquito teníamos conocimiento, porque entonces conjugábamos: ellas quieren trabajar pero no lo saben hacer, pero les vamos a decir como. Se molestaban al principio porque nos decían que éramos muy jóvenes y no sabíamos como tratar a un paciente psiquiátrico. Decían: "Mira, te voy a enseñar: se amarra así, se le da el medicamento". Y contestábamos: "Sabes que, si le doy este medicamento, el paciente va a comenzar a presentar problemas". Y que decían: "Es que ustedes no saben tratar a un paciente psiquiátrico. A este paciente hay que sujetarlo, hay que imponerse porque si no, después a ti te va a mandar el paciente". Y yo contestaba: "No, no es esto. El paciente entiende". Y ellas: "No, es que son locos. Estos no te van a entender jamás". Y de nuevo contestaba yo: "No, el paciente entiende. Vamos a ver: si el paciente los ayuda a ustedes a poner una cama, a limpiar el piso, quiere decir que tiene razonamiento, algo". Además, los pacientes se va entrenando para bastarse por sí solos. Porque había mucha gente que no sabia

caminar y fueron saliendo. Podemos decir de P., el que sigue viviendo en pabellón C, que llegó aquí chiquito, que no sabía andar, y ahora camina, con su problema de paraplejia, hemiplejia y ya. Es útil para él y para los demás. Ellas no querían entender esto. Ellas querían nada más, sí trabajar, a su forma de ellas. Entonces percibía que la gente sí era responsable, sí quería trabajar, pero seguir la misma rutina o la misma tradición de La Castañeda y no actualizarse a las nuevas formas de actividad. Aquí, queríamos que el paciente se levantara a tal hora, se bañara, todos los cuidados generales, pero con todos los conocimientos, con técnicas. Hubo un tiempo en que no se podían llevar las técnicas, y creo que hasta hoy no se pueden seguir llevando, porque resulta que es mucha la población para el personal de enfermería.

Ahora te diré que también está mal administrado el personal de enfermería. Está ubicado en áreas en que a veces no es necesario. Se están perdiendo elementos, recursos humanos que pueden ser más útiles en tal área y los utilizan en otra área. Esto ocurre, a veces, por conveniencias personales. Voy, me apalabro con el jefe, le caigo bien...

Ha entrado mucho personal nuevo, preparado. Antes de 1972, cuando yo entré, habíamos dos generales en turno de velada, una en el turno de la mañana y nada más. No había ninguna titulada. Entonces cuando tú empezabas a querer cambiar, les molestabas porque pensaban que íbamos a empezar a pedir, a exigir más trabajo. Si tú les decías: "Sabes que, señorita, a este paciente tú le puedes dar terapias para que él aprenda a controlar esfínter". Pero ellas creían que esto no va dentro de sus funciones de ser enfermeras y que tenían mucho más actividades, que ver a que horas el paciente va a orinar, a defecar. Esto es lo que el personal no quiere, que haya cambios. Quiere seguir sus mismas rutinas. Y las rutinas ¿cuáles son las de aquí, de nosotros? Son muy específicas: llegan, recepción del turno, baño de paciente... Te podría nombrar todas las actividades de la mañana y de la tarde que se han ido... como decirte... rutinas de hace no sé cuantos años. No sé cuantos años tendrá el hospital, no estoy segura de la fecha. Total que viene personal nuevo y trata de modificar, pero el personal que está abajo ya se envició y empieza a hacer problemas a quienes proponen cambios en la forma de trabajar. Por ejemplo, que les exija vigilancia estrecha, que permanezcan en el patio vigilando al paciente para que no se autoagreda, no se defeque, no se desvista, que no esté tomando agua sucia. Entonces lo hacen dos días pero después, cuando van pasando, dicen que es aburrido estar ahí, vigilando a estos... Hemos tenido problemas con las fracturas, heridas y a veces no nos damos cuenta. Lo reportamos pero no nos damos cuenta de cuando sucedió, si no hasta que el paciente ya esté sangrando, o nos damos cuenta de la fractura dos o tres días después cuando empieza el edema del miembro.

Entonces son cosas que uno quiere que cambien, pero como ya son muchos los enviciados, ya no puedes cambiar, de veras. A veces porque no te apoyan, empezando por nuestras jefas. La jefa de enfermería no te apoya; sigue el médico que está como jefe de paramédicos, y nadie te apoya. Tú ves que, si exiges, ellos van al sindicato y te reportan, diciendo que tú estás exigiendo más de lo que las funciones de él. Entonces quien queda mal es usted. Tú eres la

mala, la capataz, la negrera. Entonces uno termina por decir: "¿Qué hago si nadie me hace caso?" Que hagan lo que quieran, a veces piensa uno. Lo que uno trae dentro y dices no, a mí no me van a dominar, que me importa que me corran, porque al fin sé que tengo otro trabajo, lo voy a encontrar. Es decir, si tú sabes hacer la enfermería, lo puedes hacer en otra parte.

La relación de las enfermeras con los residentes creo que no hay, o sea, no hay comunicación del personal de enfermería con los residentes. El residente llega y dice: "¿Como están los pacientes?" Así, nada más, sin ver, a la sala de juntas. Y contesta la enfermera: "Bien, doctor, fulanito está inquieto". Y sin ver a los pacientes, los residentes les están dando una indicación. Hasta por teléfono te dan una indicación. Entonces uno pierde la confianza en el médico. A veces, una enfermera que tiene mucha iniciativa, ve como está el paciente y ella misma le da un Ackenton y ya. Entonces uno pierde mucho la confianza porque le dice dar tal cosa al paciente sin siquiera mirarlo. Entre el personal de enfermería y los residentes no hay comunicación.

Ahora, entre el jefe de servicio y el psiquiatra que está coordinando el servicio, ahí sí, hay mucho más comunicación. Preguntan como ve usted a este paciente, etc. Los demás médicos, por ejemplo, el que está en la dirección de paramédicos, no, de hecho no hay comunicación. No está en condiciones de recibirte cada vez que tienes problemas con un paciente. Muchas veces, yo, por ejemplo, como supervisora, encontraba yo que a tal paciente le habían dado equivocadamente el medicamento. Y esto era diario, en todos los pabellones y en todos los turnos. Dicen: "Ay, dí al fulanito el medicamento de sutanito". Esto ocurre diario. Si la chica es muy, como te diré, honesta, lo comunica. Pero, si no, lo guarda y ya. Hubo un tiempo en que los médicos se quejaban porque se hacía cambio de medicamentos y había un mes en que no se llevaba el cambio . Entonces, el paciente no mejoraba, al revés, iba empeorando.

Yo salí de la supervisión, salí exactamente harta de que no me hacían caso. Había muchos problemas en los pabellones y a cada día sacaban más... violan tus órdenes... Este día no lo autorizo porque no hay personal y este día van a la jefatura y lo autorizan y tú tienes que sacar el servicio a como te dé. Tú tienes que cooperar como supervisora; tú tienes que cooperar como enfermera general, como de intendencia, como de todo. La supervisora quiere que seas una maravilla de gente. No. Cuando me fui de la supervisión, rompí todos los papeles porque no quería acordarme de nada. Yo guardaba unas copias. Son copias de todos los reportes que levanté, como cuando esta M. C. dio una cachetada a un paciente. Pensaba: "No me van a querer, pero a mí no me importa la gente. Lo único que me importa es el paciente. La única persona que está en intermedio para que las autoridades se den cuenta de lo que está pasando con los pacientes, soy yo. Si yo me doy cuenta de que fulanita está dando una cachetada a sutanito, ¿porque no la voy a reportar, si es mi papel? Es mi papel como responsable de supervisión, como persona y como enfermera, como todo. Esta persona la voy a perjudicar pero ¿que tal si algún día cambia sus actitudes, sus impulsos? Te digo que en esta ocasión me sentía yo muy desesperada, que esto no mejora que, al contrario, están echando mucha gente encima, que amenazan. No había apoyo de la jefa. Yo sentía que la jefa, como te diré, que son personas

que tratan de ser un amortiguador. Llega la persona agredida por la supervisora y le dice: "No, no le hagas caso, sabes como es la supervisora, porque está en el Seguro, quiere implantar sus leyes aquí". Cuando yo entré al Seguro, ya llevaba 12 años aquí, entonces soy más hecha aquí y no hay ninguna disciplina relacionada con la de aquí. Como la distribución de pacientes, esto funciona de maravilla en otras partes porque si hay 50 pacientes y somos dos, 25 son suyos y 25 son míos. Y hay rotación: hoy te toca los encamados y tú te vas a ser responsable de ellos. Trabajamos en equipo pero vamos a ser responsables. Esto nunca lo han querido aquí, nunca lo van aceptar. ¿Por que? Porque si a mi paciente le sucede algo, soy yo la responsable. Aquí va a ser la distribución con el personal que hay, no con lo que hay en la plantilla. ¿Sabes porque hay ausentismo? Porque es tapado por las autoridades. Por ejemplo: el 24 faltaran fulanita y sutanita y mañana van a buscar a quien se las justifiquen. Lo justifica y queda limpio, sin faltas, y vuelve a faltar mañana. Aquí hay muchos vicios como lo de checar tarjeta. Dicen: "Sabes que, no voy a venir o voy a llegar tarde, checa mi tarjeta". Y a todos los niveles, no digamos nada más que en enfermería. Entonces es otra cosa que sí nos afecta en los pabellones, en los servicios de enfermería. Además, puede uno mismo checar la tarjeta pero nadie garantiza que esté en el pabellón. La gente llega y va a platicar con uno, con otro y cuando van a recibir el turno ya no tiene tiempo para hacerlo bien. Ya hay agresión entre el personal que va a entregar y recibir el turno, ya hay un choque, ya entregan como quieren, pues se cuenta los pacientes, ve el material y ya. No hay esto de que "mire fulanito, sutanito estuvo... pasó esto..." No. Ya no van para decir están todos vivos, están limpios...

La rotación de turno a nosotros de enfermería si nos cae un poco pesada porque uno se acostumbra a trabajar en ciertos servicios, con tales compañeros y además a la rutina de cierto servicio. Las jefes también se acostumbran a uno, a tu forma de trabajar. Entonces es una costumbre, una rutina que agarramos y que se nos hace difícil cambiarla dentro de un año. Después de un año te cuesta trabajo volver a otras actividades, a relacionarte con otro medio. No debía de ser esto... lo sentimos... yo no me explico... pero en todos los lugares nos cae muy pesado el cambio. Los médicos que están en los servicios también no aceptan luego, luego. A veces llegan a pedir: "Sabes que, a fulanita, regrésala a mi servicio porque no funciona sin ella". Es decir, el médico no se siente a gusto para trabajar con otra persona. Esta persona nueva que llega, como que se siente rechazada, empieza a no funcionar, ve que el servicio está en malas condiciones, que el personal la rechaza, entonces, hay fricciones entre ellos.

Lo que se pretende con los cambios es que el personal esté apto para cualquier servicio. En el momento necesario, puedas decir: "Fulanita no vino y tu entonces te pasas". Pero contestan: "Ay, yo no. No conozco el servicio. ¿Que voy a hacer ahí? A mí me espantan estos pacientes". Haz de cuenta que como que le trauma pasar a otro servicio. El mayor problema aquí es la rotación de servicio, que tu llegues y digas: "Tienes que pasar al pabellón C porque falta personal". Haz de cuenta que les dijiste lo peor. Creen que es en contra de ella, en contra de su persona lo que estás haciendo. No piensan que es porque lo necesita el pabellón y que en el

hospital tenemos una función. Cuando nos contratan, no nos dicen: "Va a quedarse en este pabellón indefinidamente".

En supervisión, el trabajo como quiera sale. Pero que tú llegues a pensar que va a faltar fulanito y que tengo que sacar a sutanito, se va a poner la cosa fea. Y más. Van a llegar a agredir verbalmente. En el pabellón, la jefe, te exige: "Mándeme una persona porque necesito". La otra dice: "De aquí no sale nadie porque cuando estamos solas nadie viene. Nosotras nos fregamos solas". Entonces es una riña sin fin. El personal no está consciente de que tenemos que servir en todos lados, en todas las áreas, que no nos importa el servicio, ni el compañero, si no la necesidad del hospital. Pero de esto no estamos conscientes jamás. Cuando vienen estos cambios, viene todo el egoísmo: "Yo no voy a enseñar a fulanita todo lo que aprendí, que me costó trabajo". En vez de decir: "Que bueno, compañeras, que bueno que llegaron. Te voy a enseñar a los pacientes". Esto no hay. Hay un rechazo... está uno mudo... la mirada...

En las fechas de cambio, los directores se van de vacaciones, para que digan: "No puede haber ninguna retractación de orden porque no está el director". Se queda una jefa para dar las caras pero dice que no se puede cambiar porque no está el director y esto lo hizo con el director y el administrador. Ellos no están y no se puede cambiar nada. Yo estaba de supervisora en la tarde y cuando había cambios, yo les pasaba un rol pero ellos no lo respetaban. Y ahí, nos dicen: "Tú dijiste que no me iba a cambiar". Yo explico: "Es que cambiaron la orden". Entonces perdimos confianza, perdimos todo con el personal que ya tenemos ganado.

Yo me daba cuenta, en la supervisión, porque llegamos sin que se den cuenta porque tenemos llaves, y tú observas y ves que fulanito está inquieto y llega otro y le da una patada, y tú le dices: "¿Porque le pegaste? Y contestan: "¿Yo?, No le pegué". Y tu le dices: "Entonces quieres reporte". Pero como sabes que el paciente no va hablar, porque fulanita no va a decir que le pegó y la única que vio fui yo. Dice el doctor G.: "Mientras no tengas testigo, no es válida tu declaración ni tu reporte". Así es que estás perdida. Si yo iba a reportar cosas, que la fulanita dio una patada en tal parte y yo vi la equimosis que tiene ahí. Pregunta el doctor G.: "¿Quien más vio?" Y contesto: "Nada más yo vi". Él dice: "No, pues tienes que tener un testigo". ¿Y de dónde saco el testigo? Otra persona llega y dice: "¿Que crees que fulanito acaba de pegar a tal paciente?" Y digo: "¿Está usted dispuesta a decir la verdad?". Ella contesta: "No. ¿Para que voy a tener problemas?. Mejor sólo le digo a usted para que veas". Entonces, todo por temor no se denuncia y la que denuncia no quiere denunciar arriba para que no tenga problemas con la institución, con las autoridades. Entonces son cosas que se tienen que ir encubriendo, y así muchas cosas. Es triste decir que es por descuido.

Porque, mira, ahorita el hospital está en una temporada en que tiene elementos de enfermería, tiene elementos de intendencia, está con personal capacitado. Entonces el personal que era antiguo, de La Castañeda, la mayoría se jubiló. Todo el personal que tiene aquí, la mayoría se capacitó en cursos, monográficos, hasta cursos de especialización. Entonces quiere decir que lo

que hacen ya lo hacen con.... es más penado porque lo hacen con conocimiento de lo que puede suceder. Y aún así, te digo, el personal nuevo que ha llegado se ha contaminado en el anterior. ¿Porque? No sé. Yo creo que es más cómodo, es decir, más que reformar, unirse.

Yo percibo que el personal considera al enfermo mental como un desecho de la sociedad, como que vienen a vigilarlo, a cuidarlo de algo que no sirve. Es muy fácil porque el personal que llegaba aquí, que no le gustó trabajar en otras áreas, supuestamente más difíciles. Aunque la psiquiatría, siento, es mucho más difícil que otras especialidades porque manejar un paciente psiquiátrico es más difícil que manejar uno de pediatría. Antes tenían la idea de que están locos, nunca decían que eran enfermos mentales. Ahora se modificó el término. Es que son palabras así obscenas, son "estos locos, quien sabe que". Había personal así, tan grosero, tan agresivo, como te diré, así como que sienten coraje hacia al paciente, no lo toman como ser humano, sienten coraje de que son enfermos, como que el paciente tiene la culpa de estar enfermo. Y cuando el paciente es el más ajeno a su enfermedad. Entonces, el coraje de que el paciente defeca en el piso, da un coraje porque el paciente es un cochino. Pero no saben que su capacidad no le da para ir al baño y tampoco ellas nunca les han enseñado para que vayan al baño, no se ha preocupado por enseñarle, por habilitarlo. Pero sí lo culpan de estar loco. Entonces yo siento que este es el error más grave que tiene el personal. Nosotros podríamos hacer mucho por estos niños.

Mira, ahora que he salido yo, que estuve 18 años en los pabellones y apenas un año que estoy en hospital de día, no sabía que existían tantas terapias. El personal no conoce lo que es la modificación conductual tal como la estoy viendo ahora con la psicología; no se conocen los tratamientos psiquiátricos que se dan a externos; no se conoce la socialización, la psicopedagogía; no se conoce el apoyo de grupo; no se conoce la terapia de pareja. No, ahí en los pabellones el personal no conoce. Apenas hace un año y medio que yo conozco todo lo que funciona aquí. Ve nada más en que ignorancia vive uno. Entonces si yo hubiera sabido esto antes, cuando estaba en el pabellón, creo que yo hubiera podido dar manejo al personal. Lo único que aprendes es que llegan ahí maestros de educación especial a hacer su servicio, y enseñan que el niño empiece a manejar la cuchara. Entonces muchos pacientes saben manejar la cuchara, pero pueden aprender a manejar control de esfínter, porque será mucho más fácil modificar su agresividad, su hiperactividad, el autoagredirse. Entonces uno podría modificar teniendo armas, pero como no se las conoce... y las tenemos en el hospital...

El hospital sí estimula para que la gente se capacite pero el personal no quiere aceptar. Mira, ya casi la mayoría del personal tiene problemas para recibir un curso. Se dice, a tal fecha se va a dar un curso para todo el personal que quiera participar, pero nadie va a anotarse. Nadie. Sí, lo económico tiene mucho que ver si tú trabajas bien, el que tú seas puntual, el de la asistencia. En los hospitales donde hay estímulo por puntualidad y por asistencia, uno tiene que asistir temprano y llegar diario porque además sabe que es bien recompensado, esto a la quincena o al mes. Pero aquí nunca se ve esto. Así como tú decías que el personal asciende de intendencia a

enfermería, lo que pasa es que el personal de intendencia que entró antes, ya llegaba con un sueldo de enfermero. Si tú sabes, yo gano menos que el señor A. [auxiliar de enfermería que ascendió de intendencia] porque él esta mejor codificado. Si tú sabes, la jefa del pabellón B, está como supervisora y mejor codificada que yo, y ella tiene la primaria y es auxiliar de enfermería. Yo tengo la carrera terminada y la misma antigüedad. Entonces las codificaciones se dieron en este tiempo. Cuando hubo codificaciones así se dio: yo estoy en este lugar y te voy a promover. Aquí es uno de los peores sueldos que hay para una enfermera. La enfermera no está estimulada aquí, por esto no les interesa tomar cursos ni hacer nada. Mira, de una general, ahorita, a una psiquiatra son cincuenta mil pesos, al máximo setenta y cinco mil pesos. Entonces te digo, estas chicas a lo mejor a ellas les gusta el hospital como a mí. Yo tenía mucho cariño por el hospital porque aquí yo me formé, yo saqué de aquí mi carrera, me hice aquí enfermera. Yo entré aquí con un curso raquítico y yo de aquí sé todo. Entonces de aquí tomé mucho cariño.

Yo estuve mucho tiempo en el C, luego en el D y en el B. En los crónicos estuve poco tiempo, porque sentía yo que no era mi fuerte, aparte que sentía que me daba mucha tristeza saber que los pacientes eran muy agredidos por el personal y que no podías hacer nada. Mira, en este pabellón... eran como las 12 de la noche... era un niño así, chiquito, corriendo por acá, afuera del pabellón. Entonces lo agarra [la enfermera] y se quitó el zapato, y toma y toma... Entonces te quedas y preguntas: "¿Porque le pegas?" La enfermera responde: "Es que es un pinche loco... para que se le quite y vaya a dormirse en su cama. ¿Porqué no entiendes? Ya le dice. Tú, ¿para que estudias, para limpiar cagadas? Mejor vete a otra parte". Así, con estas palabras... Por esto es que las enfermeras aquí se vuelven muy apáticas, estamos desmotivadas, no tenemos motivo para seguir cambiando cosas porque sabemos que no hay apoyo.

En los pabellones no se aprende nada, nada más las puras técnicas que dicen: defiéndete. Es decir, estamos a la defensiva. Si uno aprende con el personal de psicología, entonces aprendes que el paciente viene con problemas, que en su casa tiene limitaciones de muchas cosas, cosas graves, como tener un padre autoritario, una madre demandante. Y llegan aquí y el personal les dice: "Aquí te vas a chingar, aquí vienes y aquí te vas a someter, aquí no estas en tu casa". Ellos tienen muchos problemas y si tú vas hacer lo mismo, ¿donde ellos van a encontrar el alivio, con el chocho?, ¿Crees que con el chocho ya se van aliviar? No, porque el paciente tiene problemas y quiere comunicarse contigo, con los médicos. Están deseosos de que tu los escuches. Y cuando es pura represión: "Vete a dormir, son las ocho de la noche". El personal de velada puede estar viendo televisión pero el chamaco tiene que estar durmiendo a las ocho, cuando está acostumbrado a ver televisión. Cuando el paciente no tiene sueño, entonces que se quede deambulando, que platiques un rato con él, pues para esto estamos, y el paciente va a acabar por aburrirse o cansarse. O entonces decir al doctor que el paciente no puede dormir. Entonces son cosas que sí tendrían que modificar para que el paciente recibiera una buena atención. Mira, antes había una cocina, estaba equipada. ¿Tú crees que no podríamos tener un té para dar al paciente?, Un té. Porque esto tranquiliza al paciente, porque ve que tú le estás haciendo caso.

Él, lo que quiere, es que tú le hagas caso, demanda atención, demanda todo esto porque no lo tiene en su casa. Entonces estas cosas no se manejan aquí.

Hubo un tiempo en que yo me sentía muy bien en el pabellón C. Fue una de las temporadas más bonitas para mí. Mira que era una capacidad de pacientes de 30, 35. Llegó a haber como 38 pacientes. De veras pacientes que venían del tribunal del menor, que traficaban y hacían y hacían. Era tan bonito. No sé. ¿Será porque la juventud te ayudaba mucho?.

Testimonio 3

Se reunieron cinco pasantes de enfermería para una entrevista colectiva y se lograron las aportaciones transcritas en el Testimonio 3. Sin identificar las contribuciones de cada quien, se buscó establecer una evaluación de la práctica de la enfermería, intentando hacer un paralelo entre las expectativas profesionales y la realidad manicomial, identificando el impacto de la nueva inserción y rescatando las críticas hacia la práctica de la enfermería en el HPI.Como complemento del Testimonio 3 fueron incluidos fragmentos de la relatoría de una de las pasantes. Esta relatoría es tarea obligatoria y su presentación debe contener, para cada servicio donde estuvo adscrita la pasante, la justificación, objetivos, descripción de las actividades, situaciones encontradas y conclusión. Se pueden agregar sugerencias, observaciones y comentarios:

"La enfermería es una carrera muy satisfactoria, a pesar de todas... Es bonito tener contacto con los pacientes y ahorita más que estamos con los pacientes psiquiátricos. La enfermería enfocada a nivel de psiquiatría es muy diferente, es parte de la enfermería, pero el hecho de estar en un hospital psiquiátrico es muy diferente de un hospital general. Tienes que dar más cuidado, más atención al paciente, estarlo vigilando y todo eso.

Con respecto a lo que habían dicho en el CONALEP acerca de que lo es la enfermería y lo que se está viendo aquí, yo pienso que sí, hay alguna cosa que se enlaza. Pero es muy diferente que nos lo digan a que nosotros lo veamos, son experiencias muy aparte, o sea, las experiencias de aquí, adquiridas, a que nos platican. Es muy diferente porque aquí hay muchas patologías que uno no sabe ni de dónde provienen. Hay enfermedades que uno no sabe ni porque se dan. Enfocando en algunas patologías, por ejemplo los niños autistas. En la escuela nos dan sus signos y síntomas, su manera de comportarse. Entonces ya metido en la realidad, hay comportamientos diferentes de un niño a otro. Cada uno presenta diferentes reacciones. Es decir, a mí me dijeron una cosa y el niño está presentando otra y también es autista.

En la escuela nos enseñan como atender a un paciente psiquiátrico, los mejores cuidados que uno le puede brindar. Pero ya estando uno en un hospital del gobierno, que no tiene muchos recursos económicos, el cuidado va a ser diferente porque no tenemos cosas que nos hacen falta. En la escuela nos dan una idea pero aquí muchas veces hay que improvisar. Aquí, el ideal

es que sujetes a un paciente con una sábana de algodón para no lastimarlo ni crearle lesiones. Aquí no, definitivamente no hay material. Tú lo sujetas con la sábana que hay, sintética, y por esto muchas veces el paciente se lesiona. Aparte de esto, hay falta de capacitación porque no hay una técnica adecuada para sujetar, y lo sujetan como pueden; si está agresivo como puedes lo amarras. ¿Y lo que pasa cuando el médico pide un estuche diagnóstico?. Hay que buscarlo fuera porque en el pabellón no hay.

La experiencia en el HPI... decepciones pienso que hubo varias. No ejerces la carrera tal como debe ser y se pierde mucha práctica. Experiencias te llevas muchas. De las agradables, es que pudiste contribuir con la mejoría del paciente. El hecho de que convivas con un paciente psiquiátrico te da mucha satisfacción porque ves problemas económicos, sociales y porque no decirlo, también problemas espirituales. En el pabellón D, por ejemplo, llega un paciente con psicosis orgánica y tú lo ayudas a tratar de salir de esta enfermedad. En el B es muy diferente. Se hace rutinario el servicio y tú no ves nunca la mejoría, no tienes la satisfacción de ver al paciente salir adelante. A veces se hace aburrido, pesado, que siempre lo mismo. Ahí no hay respuesta.

Es muy diferente el trato en un hospital general y en un hospital psiquiátrico. No cualquier persona se acostumbra a tratar a estos pacientes. Hay que tener un poco más de valor para esto. Llega uno con todas las ganas de ayudar y de repente por algo personal o apoyo personal, o material, para hacer los cuidados que sean necesarios y uno dice, ni modo, con lo que haya. Como es un hospital de gobierno... a lo que tenga. Otra cosa que nos sucedió a nosotras en un principio, es que nosotras venimos con muchas ganas de servir al servicio, de ser útiles y siempre nos dio lo mismo, o sea, nos utilizaron como fuerza de trabajo, y por esto mismo hicieron que perdiéramos las ganas y nos pusimos como empleados, como trabajadores. Es muy diferente el tipo de personal. Hay que saber tratarlo porque si no se hace muy pesado estar en un solo servicio porque hay personas muy negativas, y luego con los pacientes aun más. Y aquí nos tomaron como fuerza de trabajo, no como personas que vinieron a apoyar. Por lo menos teníamos muchas cosas que hacer diferentes a las que hacían aquí el personal. Pero como que a veces se negaban, o decían: "Tú no me vas a hacer más que yo que tengo tantos años trabajando aquí". Entonces, aunque uno quisiera ponerles las ganas no se podía, por el personal tan conflictivo, que es más en este hospital. Quién sabe porque. Hubo ocasiones en que nos decían: "Tu no me vas a enseñar a tratar a un paciente psiquiátrico. Yo tengo 18 años trabajando aquí". Con esto nos hacen sentir mal. Nosotras estamos recién salidas de la escuela, pues no sabemos muy bien el manejo de un hospital y menos aun de un hospital psiquiátrico. Venimos con muchas ganas de ayudar, de servir. De repente hay una persona que te pone un alto. Pues ni modo, seguimos adelante. ¿Que podemos hacer?.

Otro problema con el personal es que uno trae técnicas y las quiere, por ejemplo, llevar a cabo en terapias o cualquier cosa. Pero el personal queda así como que, y se voltean a vernos como personas extrañas. Si vamos a llevar una terapia con cualquier paciente, ellas piensan que es

una cosa extraña, que es una cosa extraña llevar a cabo los conocimientos. Son desilusiones que se llevan tanto, que el personal de enfermería es muy conflictivo, por decir, los pacientes reciben mal trato. Uno se lleva desilusiones bastante grandes porque uno los quiere hasta mimar, y le dicen no, porque son pacientes psiquiátricos y se van.

Lo que pasa es que uno viene de la escuela con su técnica, con el equipo y aquí, no ven la técnica de uno, ni lavan el termómetro y lo ponen en otro. No llevan a cabo las técnicas. ¿Que pasa entonces con el tendido de camas?. No se puede hacer muy bien porque hay que hacer con lo que se tiene aquí. No se sabe realmente lo que se debe hacer, no funciona, no hay material y recursos para realizar. Y el mismo personal anda faltando. Las enfermeras no llevan técnicas por lo mismo, que llevan tiempo trabajando con el mismo tipo de paciente. Es rutinario.

Hay personas de intendencia que pasan a enfermería. ¿Como es posible? yo digo. Como se puede ver, este es un hospital de tercer nivel y debe haber, no personal muy especializado porque, quizás, no haya recursos, pero que hubiera enfermeras generales y especialistas en psiquiatría. Pero no personas que nunca en su vida estudiaron enfermería y que pasan así, porque sí. Es con lo que uno tiene más conflicto. Por sus años de trabajar aquí, creen que lo saben todo, que pueden mover todo así. Una persona de intendencia que pasa a auxiliar de enfermería, y que tú ves como está inyectando, y ves que está mal. Se lo dices, contestan: "Tú no me vas a enseñar". No hacen asepsia, no aspiran. Yo siento que en el hospital... sí, es bonito trabajar aquí, es bonito trabajar con los pacientes, aprendes mucho con ellos, pienso que lo de enfermería no, como que no.

Cuando entré al servicio social en este hospital, tenía muchas ganas de trabajar pues estuve de práctica en el Fray [Hospital Fray Bernardino Álvarez] y me gustó mucho el trabajo con los pacientes. Por esto escogí aquí. Al principio, miedo. Al principio, en el pabellón B, como que siente que no puedes hacer mucho. Los pacientes eran medio agresivos. Como que no nos quieren, y sentí miedo. Pero estuve ahí y pude trabajar con uno o dos pacientes porque no hay el apoyo suficiente del personal. No nos ayudan y el proceso termina en la rutina.

Nosotras no podemos entrar a la terapia porque tenemos que cuidar a los pacientes que no entran a la terapia. Yo pedí permiso para ir a la terapia y la jefa me dijo que no. Entonces no me estaban viendo como una enfermera, sino como una cuidadora. Lo que hice fue llevar mi material, papel, tijera y el único con que pude trabajar fue con N. y con otro. Cuando vinieron unas chicas a hacer sus prácticas aquí, hicimos una fiesta. Entonces con las seis practicantes pudimos hacer alguna cosa pero con el personal no. Tienen la grabadora, y dijimos, bueno, vamos a bailar, pero ellos lo ven mal. ¿Como una enfermera se va a poner a bailar con los pacientes? Te tiran de loca. Incluso un paciente de ahí [del pabellón C] me llegó a decir: "Tú estás loca porque haces lo mismo que nosotros hacemos, porque quieres jugar con nosotros, porque quieres bailar con nosotros?"

Yo pienso que hay mucho negativismo por parte del personal, claro que hay excepciones, como en todos lados, pero sí hay negativismo. Dicen: "Yo, porque lo voy a hacer si no soy enfermera general. Yo soy auxiliar, a mí no me toca esto. A mí no me pagan más". Yo siento que en todos los hospitales y lugares es lo mismo. Pero aquí yo siento que es bastante. Los trabajadores de aquí no hacen las cosas hasta que reciban una orden más alta, de la jefa.

Hubo un tiempo en que salimos a correr con los pacientes al patio antes de bañarlos pero luego empezaron los problemas. No había tiempo, según la jefa. Dice que había que bañarlos y dar el desayuno rápido. Y había libres para trabajar con los pacientes y esto se convierte en un grave problema. Se le vuelve rutinario. No piensan en la calidad sino en la cantidad. Todo debe ser rápido. Vamos hacer esto, pero rápido, para que sobre el tiempo.

Quería decir que el personal trata a los pacientes como objetos, sólo el beneficio del personal, se preocupan por el tiempo. Nunca lo ven como paciente, sino como objeto. Yo pienso que tenemos que ver que el paciente es primero y no nuestro tiempo. No les importa que el paciente llore. Lo que dicen es que está molesto y nunca nos ponemos a ver porque llora el paciente. Sólo cuando el paciente está grave es cuando nos damos cuenta. El paciente es un objeto y no un sujeto. Sólo quieren cumplir con su turno de trabajo, su rutina diaria. Por ejemplo, ni en la alimentación. Dicen al paciente: "Tú ya no vas comer porque no alcanza". Aun cuando el paciente pide una ración más, o que se queda con hambre, ya no se le da. Luego están llorando los pacientes y no sabemos si tienen frío o se van a enfermar, pero como son pacientes que tienen retraso mental dicen: "Pues que van a sentir frío se ellos no sienten nada". Los toman así, como objetos. Inclusive, yo una vez hice un experimento. Había una niña con retraso mental y vi que ella reaccionó bien conmigo, lo que yo le mando, lo hace, y el personal la tiene como persona que está loca. Y le dije: "Hablale a tal enfermera". Ella fue, le habló pero ella no le hizo caso. Entonces fui yo y le hablé. Entonces vi la relación como tratan al enfermo. Uno se da cuenta que, aun que tengan su retraso mental o lo que sea, sí nos hacen caso, nos entienden.

Los pacientes entran a la rutina. Como ve que los demás se desvisten, él también se desviste para el baño. Desayuno diario, diario es lo mismo. Si el paciente quiere hacer otra cosa, quiere salir del cubículo donde los están vistiendo, no puede salir porque la enfermera le dice: "No te salgas hasta que yo te diga". Si tiene la necesidad, el paciente, de ir al baño, de recoger alguna cosa en su cama, no lo dejan y dicen: "Aquí te vas a quedar hasta que terminen los demás". Y yo, no lo niego, unas veces lo he hecho porque, quizás, ya estamos en la misma rutina, ya estamos igual. En el D pasa lo mismo, todos tienen que salir. Nadie se puede quedar adentro. Yo estoy contra de esto porque para mí es frustante, aburrido estar afuera y más para ellos que están todo el día, de la mañana hasta la noche. Hay pacientes que se meten adentro a acostarse un rato, a leer un cuento porque no los dejan afuera porque, como hay niños con retraso mental grave, se les arrebata las cosas. Entonces, estando adentro, el personal los saca. No los dejan adentro porque dicen que entran a manipular. Yo no lo creo.

Fragmentos de la relatoría de una pasante

Nombre del servicio: Hospital de Día
Sugerencias: sensibilizar al personal de enfermería asignado a este servicio para que brinde una aceptación del personal que llega a realizar servicio social o prácticas de enfermería (...) Las actividades de parte de enfermería que me percaté, fue el negativismo, la no aceptación del personal, entorpeciendo mis objetivos planeados.

Nombre del servicio: Urgencia
Descripción de las actividades: El servicio de urgencias en uno de los principales del hospital ya que a través de el se canalizan a pacientes a los diversos servicios de la institución (...) Al ingresar el paciente al hospital se le acompaña indicándole las reglas institucionales (si el paciente se encuentra en condiciones) entregándolo a la jefe del servicio junto con la papelería correspondiente.

Nombre del servicio: Unidad D
Justificación: Es uno de los servicios de hospitalización el cual se encarga de brindar atención a pacientes del sexo masculino (niños escolares) y femenino (8-18 años) con patologías psiquiátricas crónicas y agudas, en donde pude percatarme que las más frecuentes son los trastornos esquizofrenicos, trastornos de conducta, brote psicótico, intento suicida, crisis convulsivas tónico clonicas generalizadas, retraso mental, etc.
Objetivos: Conocer las patologías más frecuentes; conocer el tratamiento psicofarmacológico empleados en las diversas patologías; conocer los cuidados de enfermería empleado en pacientes con agitación psicomotriz; brindar atención y confianza al paciente psiquiátrico en forma individual.
Descripción de la actividades: Durante la realización de mi servicio en esta unidad, pude desempeñar la atención directa con el paciente, en conjunto con la higiene personal, momento que aproveché para detectar anomalías en su cuerpo, teniendo una relación más estrecha con los pacientes, diferenciándolos por su sintomatología y patología, desempeñado un trato diferente para cada uno de ellos. Así como este tipo de actividad, desempeñe la preparación y administración de medicamentos, teniendo la oportunidad de registrar en la hoja de enfermería los patrones de conducta, sintomatología, tratamiento de pacientes de nuevo ingreso. Brindándose también la oportunidad de desempeñar actividades administrativas como canje de material en CEYE, recoger medicamentos de farmacia. Se emplean terapias recreativas por la mañana tratando de interrelacionarse con todos los pacientes y permitiéndoles expresar sus inquietudes ó permitiéndoles expresar su angustia llevando en todo momento la interrrelación enfermera-paciente.

Situaciones encontradas: Comentarios mal infundados por personal de enfermería de base en cuanto a mis actividades, ya que no acepté que me manipularan para sacarles su trabajo correspondiente. La solución la obtuve cuando traté de ganarme su confianza en una forma manipuladora, elevando su ego y su autoestima. Una vez aceptada, empecé a desligarme de su compañía, sobrellevando yo la situación. Otra de las situaciones, fueron interrupciones frecuentes que impidieron el logro de mis objetivos planeados al ingresar a la unidad, ya que el motivo era ausentismos del personal en las diversas áreas de hospitalización.
Conclusiones: Durante todo el tiempo que estuve desempeñando mis actividades, pude ampliar mis conocimientos así como la adquisición de nuevos, entre los cuales destacan las diversas técnicas de sujeción, terapia ocupacional a pacientes con intento suicida, cuidados de enfermería a pacientes con agitación psicomotriz, etc.

Nombre del servicio: Unidad C
Descripción de las actividades: En la incrementación de terapia ocupacional a pacientes ambulantes nos dejó gratos resultados ya que se logró la atención de un 15% de pacientes.
Justificación: Servicio de hospitalización el cual brinda atención a pacientes adolescentes del sexo masculino con diversos problemas psiquiátricos sobresaliendo la farmacodependencia, brote psicótico, problema de conducta y retraso mental, teniendo una capacidad de 36 camas sensibles.
Descripción de las actividades: Dentro de este servicio es uno de los que proporciona atención de patologías psiquiátricas en donde tiene la oportunidad de mantener una comunicación directa con el paciente durante la realización de sus prácticas higiénicas e ingesta de alimentos, valorando la sintomatología y patrón de conducta que presentaban para la incrementación de la terapia recreativa y ocupacional, donde tienes la oportunidad de expresar todas sus inquietudes.

Testimonio 4

En el Testimonio 4, el cotidiano del pabellón C es discutido por un adolescente de 17 años, internado durante 34 días como consecuencia de un intento suicida, practicado después de saberse portador del virus HIV. En esta entrevista, lo que se buscó fue rescatar la rutina del pabellón desde la experiencia vivencial de un interno, así como la evaluación del trato de las trabajadoras de enfermería hacia estos internos. El contacto con este adolescente se dio cuatro meses después del internamiento, en ocasión de una consulta externa de acompañamiento. La entrevista fue realizada fuera del HPI:

"Como a las siete de la mañana nos paran a bañar. El agua tarda mucho en llegar. Luego llega muy caliente, hasta quema. Ya luego la medía las enfermeras. Hay algunos pacientes que las enfermeras sí los bañan, algunos crónicos. Todos se bañan juntos. Bueno, pero si hay más de 20 pacientes, van de pocos en pocos porque hay pocas regaderas, como siete. Lo único malo de los baños de ahí es que avientan mucha creolina, y la creolina huele horrible, y luego la pisa

uno, los que no tienen chanclas. No se puede hacer mucho del baño porque es insoportable el olor de creolina. Luego, como a los tres días de estar ahí, conseguí unas chanclas. Pero antes tenía mis zapatos y siempre andaba con zapatos. Es muy difícil ahí tener objetos personales, como para higiene. No hay donde guardar. No se puede tener cosas personales porque lo agarran los otros pacientes o se pierden. O los mismos enfermeros, que según ellos los van a guardar, pero se quedan con ellos.

Las toallas para el baño son sábanas. Creo que hay muchísimas sábanas pero no las sacan todas. Agarran como que seis sábanas para secar a todos los pacientes. Yo siempre acostumbraba terminar de bañarme primero para poder agarrar una sábana limpia porque luego ya están mojadas y así se seca uno y el otro. La ropa es así como de toque. El que llega primero, agarra la mejor. Pero eran horribles, ropas desgarradas y a algunos les quedaban cortas. No tenían la ropa con un orden para cada quien.

Las enfermeras se portan bien durante el baño. No tratan mal, que manden bañar rápido o con golpes. Creo que todos los pacientes tardan juntos para bañarse como 20 minutos. Después hay que peinarse y arreglarse para el desayuno.

La comida a veces es buena, a veces ni ganas dan de comer. Lo que más acostumbraban dar es huevos. Nos fastidiábamos de que había veces de que en la mañana, para desayunar, huevos; en la cena, huevos. Había veces en que hasta en la comida se daba huevos. Ya se fastidiaba uno. Hay uno de intendencia que sirve a los pacientes. Nada más las enfermeras les dan de comer a los crónicos. Había uno que se quedaba acostado, que había que dar comida en la boca, forzada.

Cuando terminan de bañar, nos llaman para el medicamento y lo tomamos antes de desayunar. Había un chico que lo que hacía era morder la medicina, y era obvio que la medicina le quedaba en las encías. Él escupía mucho, y a la hora de escupir, botaba la medicina. Las enfermeras nunca se daban cuenta. Hubo otro chavo, que era amiguísimo, pero que la verdad lo tratábamos muy mal, lo golpeábamos y todo. Pero, por otro lado, con nosotros, el chico se avivó. Que día y noche se la pasaba acostado, siempre estaba así, en pose de zombi, no abría para nada los ojos, no tomaba líquidos, comía muy poco y siempre decía que se le iba a romper el estómago porque no hacía del baño, y esto por lo mismo que no tomaba líquidos. Y preguntaba por su abuelita, que cuanto tiempo dura mi abuelita. Yo empecé a meterle en la cabeza que si tomaba líquidos, atole, mucha leche, agua, pronto iba llegar su abuelita. Y poco a poco sí...Porque yo era el que le daba la medicina a él. Y yo siempre veía que se quedaba en las encías y con la cuchara le quitaba la medicina para que él se la tomara. Él ya no está en el hospital, ya salió.

Después del desayuno, a las diez de la mañana, hay terapia ocupacional. Nos ponían a dibujar, o manual, o íbamos al pabellón D a jugar básketbol. Pero luego no hacíamos nada y teníamos que regresar a acostar, a tirarnos en el patio o a ver que se hacía. La terapia no me gustaba porque para los adolescentes que tienen la edad que tienen, y no están muy malos, era super

aburrido porque esto de armar casitas, hacer cochinitos... que de dados... era como que de kinder. Los días más aburridos son los sábados y domingos porque no hay nada, absolutamente nada, nada para hacer. Son unos días pésimos.

Las enfermeras se las pasan algunas jugando con los pacientes o mirando, nada más de lejos, observando y ya ponen en su libreta de reporte como se portó este paciente, quien estuvo intranquilo, quien estuvo algo fuera de lo normal. Fuera de lo normal es que empiezan a saltar, a correr, a gritar o que le de por agresividad.
La comida es a las 12. Casi lo que siempre daban eran albóndigas. A veces daban carne. Este horario de la comida a las 12 es una regla. Pero está mal el horario porque acaba uno de desayunar, a las nueve, y luego a las 12 es la comida. Y después, hasta las siete de la noche, es la cena. Pues en este período, de las 12 hasta las siete, está uno muriendose de hambre y a preguntar a que horas estos cabrones nos van a dar de cenar. Yo contaría que a las 12 sería el desayuno, aunque ya es muy tarde. Debían de dar la comida a las dos, lo que es normal, y no a las 12 porque luego estábamos comiendo y el solazo en la cara y nosotros ahí, comiendo. Usamos la cuchara para comer porque el tenedor y el cuchillo es muy peligroso. No somos nosotros los que lavamos los trastes. Hay algunos que se acomedían, que hay que recorrer las sillas y los platos, pero esto ya es voluntario. Hacerlo para desaburrirse. Era aparte.

Después de la comida, no se hace nada. Pasea de un lado a otro o luego nos prestabam la pelota de básketbol. Las terapias de martes y jueves de las tardes, las películas, sí me gustaban. Las películas son adecuadas por los mensajes. La terapia ocupacional que daban en la tardes en el hospital de día servían mucho porque se desaburría uno de estar encerrado.

Después de esto, es la cena, y tenía el sol todavía. A las siete nos mandan a acostar. Hay que pasar adentro con llaves y no puedes salir. Las camas, las cobijas y los colchones son lo normal. Claro que hay algunos que están mejores que otros. Yo lo que hice desde el primer día en que llegué fue cambiar el colchón y agarrar unas cobijas nuevas que había en otra cama. Una vez me cambiaron de cama pero yo me llevé mi colchón y mis cobijas. Esto sí lo tenía yo. Los otros se quedan con lo que haya.

Yo no tenía miedo de dormir adentro del pabellón, encerrado con llave. Pero había veces en que P. se pasaba toda la noche, absolutamente toda la noche, llora y llora y llora. No dormíamos, la pasábamos como zombis y tomábamos todo el día para dormir.

La violencia depende del paciente porque hay diferentes tipos de violencia. Pues había unos que a la violencia la llevan a un punto que hasta que no veían sangre se tranquilizaban. Pasó esto una vez, cuando yo estaba allá, pero entre nosotros mismos lo calmábamos. Porque cuando abrían las puertas, pues el otro cuate ya estaba así medio, como que estaba aquí, como que no. Lo calmábamos agarrándolo de los brazos.

Yo diría que, en parte, ya la persona viene de fuera agresiva y, en parte, yo digo que el mismo encierre, en vez de que lo calme, lo altera más, porque no ves una libertad plena, porque estás atrás de una rejas. Cuando uno anda afuera, en el pasto, está un poco más relajado. Pero cuando uno está adentro, siente la presión. Su punto de violencia se altera, porque se está ahí por violencia, si está encerrado, se siente apretado, crece más su coraje.

Este chavo que era amiguísimo, la verdad lo tratábamos muy mal, lo golpeábamos y todo. Yo le golpee nada más dos veces. Yo no lo golpeaba feo, pero había otro que sí se la pasaba golpeándolo muy feo, y yo nada más así, poquito. Yo lo golpeaba con las manos, pero el otro chavo tenía unas chanclas de palo y con esto una vez le abrió la cabeza. Lo golpeábamos porque no teníamos nada que hacer. Para desaburrirnos, lo golpeábamos.

Había enfermeras muy pesadas y otras que platicabamos con ellas, nos hablaban bien, y otras que ya no lo hacen por el sentido humano, sino porque ya es su trabajo. Yo atribuía es que tratan a las personas como si fuera un animal porque ya no lo ven como una persona. Nosotros mismos, dábamos coraje a las enfermeras porque uno está un poquito más consciente de las cosas y venía la agresividad de las enfermeras. La agresividad de las enfermeras, por ejemplo, es que a veces los amarran injustamente. Había veces, que una cosita, y que el otro lo hacia peor, pues lo amarraban. Estas cositas puede ser que estuviera molestando a un compañero, o que le contestaba a una enfermera. Yo nunca me dejé a las enfermeras. Yo trataba a la enfermera como ésta me trataba. Si me trataba feo, yo la trataba feo, aunque me acusara con el doctor. Yo pienso que ellas están en un hospital psiquiátrico y deben de tener comprensión con los pacientes porque para esto están en este hospital. No están en un hospital cualquier, sino en un hospital psiquiátrico, un hospital especial porque se trata de la salud mental. Entonces, como puede ser posible que un enfermera que está en un hospital psiquiátrico, trate a un paciente así. Debe de tratarlo con comprensión, manejar su tipo de enfermedad, y llegarle por la manera que vea ella que el paciente va a sentirse seguro con ella y le puede tener confianza. Creo que hay algunas que están a gusto con el trabajo que hacen, pero otras que lo hacen nada más por el dinero, por la necesidad de dinero en la familia, necesidad económica.

Los doctores de ahí son hipócritas. No hay ningún doctor que se le pueda realmente confiar sinceramente. El tipo como ellos manejan está mal. Se siente la tensidad del doctor como para sentirse uno desenvuelto. No hay una confianza. Hay más confianza en una doctora que en un doctor, porque como que las mujeres son un poco más sensibles, se incomoda uno más. Yo, cuando iba a las consultas de urgencia, siempre pedía hablar con una doctora, fuera quien fuera, porque con el doctor, en vez de salir bien de ahí, salía peor. En vez de que uno haga un relax, lo tensan a uno más de lo que uno iba. Se siente la presión, se siente el aburrimiento del doctor, aunque ellos traten de esconderlo. Es la hipocresía. Esto se llama así.

Las enfermeras del Hospital Darío Hernández, donde estuve 15 días luego del intento de suicidio, tomando un vaso de cloro y 40 pastillas, las enfermeras de allá eran super amables. Al

llegar aquí, yo sentí el cambio de hospital porque, a pesar de que en aquel yo estuve 15 días, sí se me hicieron aburridos porque pasaba todo el día acostado. Pero se ve el cambio. Allá las enfermeras eran más cariñosas, había unas que te llamaban mi amor, mi rey, mi hijito, se quieres agua, se quieres el pato. No me gustaba hacer en el cómodo, entonces agarraba mi suero y iba al baño. Pues, muy buenas gentes, muy amables. Entonces se ve el cambio. ¿Que como puede ser posible, que en un hospital que trata otro tipo de enfermedades, las enfermeras sean más gentiles que en este hospital? Debería de ser al revés, o igual.

La relación de las enfermeras del HPI entre sí es como todo: las envidias, porque una tiene el privilegio de salir con el doctor; la otra porque iba al cine y las otras se enojaban; o la otra que no podía estar platicando; la otra que no podía faltar. Entonces, cuando faltaba una, pues hablaban mal de ésta; cuando faltaba la otra, hablaban mal de ella. Es lo normal, esto pasa aunque no sean enfermeras.

Los de intendencia gozan de un privilegio que no deben de gozar. En la tarde, había uno de intendencia que trataba a los pacientes como si fuera un enfermero, esto a los que se dejaban, porque a nosotros, que no nos dejábamos, ahora sí que lo mandábamos a freír papas. Gritaba a los pacientes, los llegaba a golpear, pues a mí esto no se me hacía justo porque no era enfermero, era de intendencia. Se suponía que debía estar trapeando y no, estaba platica y platica con las enfermeras, y en el cubículo de las enfermeras. Entonces éste se creía enfermero y mandaba y gritaba. Algunas veces me dijo groserías y yo se las regresé. Que se chingue, que se vaya a la chingada.. y algunas veces se va a los golpes. Por decir, si alguno se pone agresivo, en vez de calmarlo, iba y le daba uno.

Había una enfermera, que por no tener atención a unos pacientes, uno de estos pacientes le tomó odio. Llegó un momento que el chavo le tomó tanto odio que se le aventó encima. Yo estaba ahí, estábamos ahí, pero yo, de la sorpresa, me quedé impactado y en verdad, no hice nada. Pero cuando reaccioné, ya le había dado duro. Ella, embarazada, faltó varios días después. Que hubiera golpes de los pacientes hacia las enfermeras, era porque ellos les tomaban odio porque no les tomaban atención.

Después que me fui de alta, yo regresé varias veces al hospital porque, cuando estás adentro piensas que cuando salga, no regreso nunca. Pues, estando afuera, pues sí, de repente a visitar a las personas que lo trataron bien a uno. Y esto era a lo que yo iba, pues que hubo personas muy amables que yo fui a visitar.

De cierta forma, no es lo mismo andar afuera del pabellón a estar dentro de un pabellón. La vida cambia increíblemente. A pesar de estar dentro del hospital, no es lo mismo pasear por el hospital, que estar adentro de un pabellón, aunque sea de visita. Cambia, cambia. Se siente el ambiente, la deprimencia. Uno anda muy feliz afuera del hospital, recorriendo los jardines. A mí me gusta mucho ir, pues, al jardín, porque es grandísimo y me gusta andar caminando por

ahí, recordar travesuras que hice, cuando jugamos futbol, cuando nos sacaban a pasear. Me gusta ir porque me siento tranquilo, porque además es un lugar muy, muy tranquilo. Pero detrás de aquellas paredes es otro mundo porque los compañeros, los problemas que ellos tienen, es muy diferente. No se siente lo mismo andar paseando, platicando afuera a estar adentro del pabellón.

Se me hace muy interesante la pregunta sobre las medicinas porque llega un momento, en mi punto de vista, que la medicina, en lugar de que le ayude a uno, lo adormece, lo amenaza uno, ya anda uno como idiota por el hospital. Uno ya está entre consciente y como que no, de como es la onda. Hay muchos pacientes que de tanta medicina que les meten, en vez de que se compongan, pues su mente la están destruyendo por tanta droga, por el Diazepan, por el Melleril, por el Nafranil. Pues juntan todas estas drogas, pues es obvio que el cuerpo, por un lado... tal vez lo ayude. Pero en mi punto de vista, no creo que lo ayude porque lo afecta, porque es mucha droga y lo único que hace es adormecer el cuerpo, hacer que el cuerpo se vuelva inútil, porque se vuelve uno como un idiota, no sabe ni quien es quien. Entonces, llega un momento en que uno sólo quiere pasarsela durmiendo, por la medicina. Gracias a Dios, a mí no llegó a pasar esto porque a mí me veían más plantado en la tierra, no me veían tan mal. Mi mal, sí, era grande, pero se podía manejar platicando, no exactamente con tanta medicina. A mí me daban muy poca medicina. Al principio, me daban cuatro pastillas por la mañana, cuatro por la tarde y cuatro por la noche. Al principio, andaba yo que no sabía ni que onda, pero ya después reacciona uno. Pues sí, es muy dañina la medicina para los enfermos psiquiátricos. Por un lado, no digo que no hagan bien porque, por una parte, sí me ayudaron a mí bastante, pero por otro lado, afecta mucho. A veces, yo pienso que, inconscientemente, su cuerpo ya está acostumbrado a una droga que, automáticamente, él, tal vez sin querer, se vaya a esta droga, aunque no sea la misma droga del hospital. Buscas una otra droga, exige, ya no es de que él quiera volverse vicioso, o que le haya gustado, sino que la usan como un cruce... .Yo pienso que debe haber varios pacientes del hospital, los más listos, que saben que las drogas los adormecen y ellos piensan que si tomo estas pastillas, me voy a olvidar mis problemas, no voy a afrontar realmente como es la vida."

Testimonio 5

En el duodécimo día de su permanencia en el pabellón D, una adolescente de 16 años, que recibió el diagnóstico de brote psicótico como justificación de reclusión, hizo la narrativa contenida en el Testimonio 5. La elección de esta adolescente se debió al rápido cambio en su comportamiento durante los 15 días en que estuvo internada, cambios que se consideran estar asociados a la capacidad de desciframiento del rol y de la lógica manicomial, lo que le permitió la renovación de estrategias para lograr la libertad. Así, fue pedido a esta adolescente que hablara de su experiencia en el HPI, de su vida, gustos e intereses, no en el intento de trazar su perfil psíquico, pero sí con el de apreciar la historia personal de una adolescente típica que puede haber iniciado ahí su "carrera de enfermo mental".

"Lo que sucede es que al principio, cuando llegué aquí, yo me torné muy rebelde porque a mí no me gusta estar encerrada. Nunca en mi vida me ha gustado. No es que sufra de claustrofobia ni nada. Sino que no me gusta estar encerrada en este lugar por tres horas. Me siento muy inquieta. Me gusta hacer cosas... ya estoy arreglando la silla, el piso, el otro. Entonces me molestó mucho estar en el hospital porque realmente, en el principio, yo no sabía ni porque me habían traído. Y todavía no sé. Pero el doctor B. me dice que es porque quiero hacer muchas cosas que yo todavía no puedo hacer. Quiero andar en moto, en coches, en helicóptero. Me he subido a un helicóptero. Esas cosas a mi mamá no le gustan. Ella cree que estoy mal. Todos tenemos problemas y buscamos una fuga. Yo las fugas que encuentro son estas. Irme a bailar, irme a esto, irme al otro, irme al cine, ver una pelea de boxeo. Sea lo que fuera, pero algo que sea fuera de lo normal, de lo común.

Entonces en el hospital me sentí yo muy mal. Incluso ¿comenté que yo rompí un vidrio? Lo que pasa es que desde que llegué no quería aceptar nada y me agarró seguridad. Me dice el doctor P.: "¿Les tienes miedo?" Yo contesté: "No". Dijo el doctor P.: ¿Ah, No?". Me dice el doctor I. R.: "¿Les tienes miedo?" Y nuevamente contesté: "No, no les tengo miedo". Vino el doctor I. R. y me dijo: "Si quieres, no le hablamos a seguridad". Yo le dije: "No. Sí le hablamos. La verdad, traiga a seguridad. No me importa". Pero cuando vi la seguridad, la realidad de lo que era la seguridad... que les dice: "Orale, amárrenla.". Y me desaté, a los tres me les zafé, pero gracias a eso me dejaron un moretón aquí [señala el brazo izquierdo], por la fuerza, por yo oponerles fuerza. Me inyectaron, me hicieron que durmiera y el otro dia no sabía ni que onda. Fue el sábado. El domingo estuve todo el día dormida y hasta el lunes supe lo que pasó. Entonces por terca... yo probé lo que es seguridad, por eso... a fuerzas, a fuerzas.

El viernes me internaron. El sábado rompí el vidrio. El domingo estuve durmiendo y hasta el lunes yo vi la realidad aquí. El sábado y el domingo yo estuve en otro país. No se. Ida. Entonces cuando pasó todo eso sufrí mucho porque como siempre he sido rebelde, nunca me ha gustado que me impongan algo. Nunca me ha gustado que me digan: aquí te quedas porque aquí te debes quedar.

En mi casa no estaba yo bien y por eso vine aquí. Ahora me explicó el doctor B.. Me dijo:"No es porque seas rebelde, porque seas inquieta. No. Es porque el ambiente de tu casa está muy pesado para ti. Nos gustaría que pudieras sobrevivir. Poder cuidarte, pero deberás cuidarte. No estar exponiéndote a peligros. Es decir, no debes de subir a una moto con alguien que maniobra mal". Gracias a Dios no me ha pasado nada. Nada en cuanto a que no me he quedado coja. Sí, me he caído, pero con raspones. Pero eso se quita con medicinas o con el tiempo.

Entonces la verdad es que el ambiente del hospital me gusta, ya me gusta. Lo que no me gusta es el trato de las enfermeras que se quedan a velar. Porque las enfermeras que se quedan a velar siempre te regañan. O sea, yo no puedo dormir y me dice: "Sabes que, tú me duermes. No vas a

hacer lo que tú quieras". Y es que no puedo dormir. Pero como ella está dormidota, lo que le molesta es que yo la despierto. Es una enfermera, pero no quiero decir nombres para no comprometer. Pero claro que se queda otra señora, la señora S., que me llevo muy bien con ella.

Entonces ya. Ya superé esta etapa. Ya superé todo. Nada más estoy esperando el viernes. Pero como pacientes sufrimos, sufrimos. Nadie de los que ingresan están acostumbrados a vivir con gente que tenga retraso mental, o que no oye, o que no habla bien o que no sé. Yo no estaba acostumbrada, entonces para mí fue extrañísimo.

En el principio, en los primeros cinco días, yo me tomé que a mí me valía, me valía todo. Pero ahora me doy cuenta de que realmente no sé. Como que siente que Dios te pone en un lugar especial para que tú puedas realizar ciertas cosas. La verdad es que creo mucho en Dios y sí lo amo muchísimo. Entonces siempre he recurrido a Él, pero Él, en situaciones, no me ha ayudado por mi misma, por mí forma de ser. Entonces ya, ya estoy moderando.

Tú tienes tres días que me conoces pero las personas que me conocieron desde el principio dicen: "Oye, que cambio tan drástico diste". Porque antes era super rebelde. Pero ahora soy más dócil, más maleable... Pero el ambiente... Yo me siento en un mundo raro... porque es obvio, yo no soy retrasada mental, ni me quise quitar la vida, o sea, yo no hice nada en contra de mí. Claro que me expuse. Pero no hice nada en contra de mí.

Por eso le digo al doctor.... No me quieren dejar salir el viernes. El doctor P. me dijo que hasta el lunes. Y yo le dije: "¿Sabes qué, doctor? Sí, yo me voy a poner a llorar. Es que ustedes creen que soy una niña, que no sé tomar mis medicamentos". Porque decían que no, ¿porque quien iba a darme los medicamentos? Pues, yo, ¿no? Entonces me dijeron: "Sí. Te vas el viernes y luego regresas en miércoles. Y si todo está bien en tu casa, te vas de alta el viernes". Entonces nada más voy a estar mañana y pasado mañana ya me voy de alta. Estoy hasta el miércoles en mi casa, llego miércoles, estoy jueves aquí y viernes me voy de alta. Entonces voy a estar en sí tres días. No más tengo que aguantar tres días y si ya soporté 12, que no aguante tres. Yo ya no me quiero desesperar. Ya no me quiero enojar. Yo no me enojo. Sí, soy berrinchuda porque sí, y acepto que soy así. Pero yo misma me asombro del cambio y pienso: ¿como es posible que sea yo, como?. Esta no era yo. El cambio es por el ambiente. El ambiente es muy pesado por lo mismo que un niño ya está llorando, que el otro ya se metió en el baño, esto, que lo otro... y eso es lo que me hizo cambiar. Es una situación totalmente diferente.

En mi casa yo hago y deshago lo que yo quiero. Sí, me regañan, me llegan a castigar. Pero mi mamá me regaña a la noche y a la mañana ya me quitó el castigo. Entonces yo a mi mamá la sé manejar para que ella me compre a mí muchas cosas. O sea, mi mamá me puede traer así, como una muñeca. Pero a mí no me gusta. ¿Porque mi mamá me tiene que vestir?. Yo ya estoy en una edad en puedo trabajar, o seguir estudiando, o mantenerme a mí misma para que no sea una

mantenida de mi mamá. Y voy a cumplir 17 años y pronto voy a ser mayor de edad y esto de que mamá dame para esto, dame para el otro, a mí no me gusta.

Y sí creo que esto fue lo que me hizo cambiar: el ambiente, los doctores, los pacientes nuevos. Ahora hay dos ingresos. Una niña que se llama T, pero grueso, por intento de suicidio. Estos dos ingresos, T. fue uno de ellos. Entonces yo me siento mal. ¿Como es posible que tú, teniendo mi edad, intentes suicidarte? Yo me siento hasta cierto punto responsable porque estoy ahí, estoy durmiendo con ellas, con T., con Y., que sigue decaída y así no van dejarla salir. Desde que se fue una niña que se llama G., que intentó quitarse la vida pero con pastillas, desde que se fue G., Y. como que se apagó mucho. Entonces yo estoy así, animándola, pero ella ya sabe que me voy el viernes y también se siente mal. Y también T. se siente mal. Ella también se tomó medio frasco de unas pastillas para dormir, ya estaba envenenada, para morir. La trajeron de urgencia. Me siento yo mal porque digo, ¿como es posible que estas muchachas estén aquí?. Ya sé que los doctores son los responsables. Ya sé que las enfermeras, pero siempre hay un momento en que ellas pueden hacer algo en contra de ellas mismas. Que tal si va al baño, no sé. Por esto me gusta andar atrás de ellas, para que se den cuenta que pueden progresar rápido. Que si Y. quisiera, podría salir en cinco días, pero ella no quiere. T. ya está poniendo más de su parte. Ya quiere ir a la terapia, ya quiere muchas cosas, pero todavía no es posible porque acaba de llegar. Y sé que les pueden dar privilegios. Yo ya tengo privilegios. Ya voy a la jefatura, ya voy al dentista, al oculista. Yo digo que es un privilegio porque estás encerrada, entonces, de repente te sacan, que padre, ¿no?. Y ves que bonito está el pasto y cosas que no veías antes, que no te importaban. Pasabas por el pasto y hasta lo golpeabas. Hay que cuidarlo porque a todos nos cuesta trabajo mantenerlo limpio y bonito. Si tiramos basura, si arrancamos las hojitas...

Entonces, sí, me gusta ayudar a la gente, muchísimo ayudarla. Pero me enojo con gente que no coopera. Yo por dentro me enojo. Yo me hago trizas el hígado, pero yo me guardo mi coraje. No me gusta, por ejemplo, si en este momento Y. me dice: "Tonta, callate". Yo no voy a decirle: "Eres una quien sabe que". No. Yo me callo porque cuando me enojo, me transformo totalmente. El día en que quebré el vidrio, yo no me callé. Yo quería salir y yo no me callé. Yo lo hice, e incluso me hice responsable. Voy a pagar este vidrio porque fui yo. Sí, me cuesta trabajo esconder el coraje, pero sí lo escondo. Si me enojo ahorita, por decir algo, contigo, prefiero seguir platicando pero ya no te hago caso.

Cuando regrese a la casa pienso que voy a seguir este comportamiento. Pienso que voy a ser obediente y ya. Lo que diga mi mamá. Porque si no lo hago, yo solita me perjudico. Bueno, tienes razón, si lo hago me regresan aquí. No, no quiero estar aquí (y toca madera). Ya no quiero estar aquí porque no estoy en mi ambiente. Mi ambiente es una moto, un coche, estar en el parque.

Yo no le hice caso a mi mamá. Siempre hice lo que se me dio la gana. Entonces por eso, precisamente, estoy aquí. Para corregirme. Y a la hora de salir que yo no me sienta desubicada. Tengo muchas ganas de salir porque quiero ver a mi mamá, quiero ver a mis hermanos, quiero ver a mis vecinos, a mi tío, a mucha gente que he dejado de ver y que me van a preguntar: "¿Donde estuviste?" Voy a decir que estuve internada en el hospital por la garganta, que es por la garganta que estuve en el hospital. Porque si digo que estuve aquí no me lo van a creer, porque ellos siempre me han dicho que soy muy inteligente. Inclusive dijo mi mamá que en el encefalograma salí con una capacidad superior a la normal. Dijo mi mamá que eso lo dijo la doctora.

Lo que no me han dicho es que tipo de sangre soy. Me sacaron sangre dos veces por cambiarme de cama. Bueno, cambiarse de cama con sacar sangre dos veces es porque tenía un registro. Por decir, si estoy en este banquito, estoy registrada como en el banco número uno. Entonces no saben que persona tienen ahí, pero me tienen a mí registrada. Entonces, si yo me cambio de repente, te pones mi ropa y te sientas aquí, a ti te van a hacer el estudio que a mí me tuvieran que hacer. Entonces me cambié de cama porque me enojé. En este día,. precisamente el domingo, cuando me desperté; el lunes me cambié de cama, me fui a una chiquita. Entonces ya habían perdido mi registro, no me encontraban, no me ubicaban.

Lo que me decían en la mañanita, cuando me sacaron la sangre por segunda vez... lo que me da más risa... me dijeron que si me hacían la prueba del embarazo. Y yo digo: "Ay, sí... porque yo ni siquiera... y todavía...". Dice el doctor: "Quiero el examen de orina de Y.". Y dice una pasante: "Ahí, sí, claro. Para ver si está embarazada. ¿Verdad, doctor?" Y yo: "Sabes que, yo no estoy embarazada". Y dice el doctor a la pasante: "Sé más cautelosa, por favor". Mire nada más esta mujer. Me da risa porque yo nunca he tenido relación con nadie, y esto de ...a ver, vamos a ver si está embarazada. Como voy a estar si yo sé que no. Dice el doctor que es para ver si tengo alguna enfermedad. Yo le digo:. "Sí, pero no divulgue a los cuatro vientos de que estoy embarazada porque sí lo van a creer que sí es cierto".

Te digo que no me querían dejar ir porque... así estuvo la cosa. Llegó el doctor B. y fue por mí. Yo le digo: "¿Que pasó, doctor? Gracias por la visita de mi mamá". Él me dice: "Ayer hablé con tu mamá. Yo le dije que te vas el viernes o el lunes". Y yo le digo: "No. Quiero irme el viernes". Entonces el doctor P. entra en ese momento y dice: "El lunes te vas, ¿verdad?" Y yo digo: "No, no me quiero iir el lunes. Yo me quiero ir el viernes. Es que ustedes no me entienden. No quiero estar aquí". Entonces dice el doctor B., como diciendo, sale P.. Entonces que se cae. Entonces el doctor B. me dice: "No, no llores, sino van a creer que estás mal". Digo: "Sí, es cierto. No, no voy a llorar. Pero me da mucho coraje que ustedes no confían en mí. Creen que no puedo tomar el medicamento, que soy una bebé, que me va a caer. Sé que tengo que tomar el medicamento. Es para mi bien. Y sí lo voy a tomar". El doctor B. me dice: "Te vas el viernes, ¿oíste? "Digo: Gracias, gracias".

Mi relación con las enfermeras, pues, me llevo bien con todas, excepto una, que es muy mandona, y le gusta manipular a la gente y no nos atiende a nosotros como pacientes. No nos hace caso. Yo se lo digo al doctor. Ella se llama I.. ¿Para que esconder el nombre si ya lo saben todos? Tiene un carácter muy feo. Es la jefa. Me estoy poniendo con Sansón a las patadas, pero digo que también David estaba chiquito y también ganó. Quiero ponerme con Sansón a las patadas. David era más chiquito, mas era más perspicaz, más inteligente y pudo matar a Goliat con una piedra. Entonces yo creo que todos tenemos mucho de David.

Los problemas, nuestros traumas que tenemos desde chiquitos, por decir: si tu mamá nunca te compró un dulce, cuando eres adolescente quieres dulces porque nunca te los pudieran comprar. Pero cuando te compran todo, como a mí, dices, bueno y ahora ¿que?. Ya me compraron mis tenis, mis zapatos, mis pantalones de mezclilla, mi chamarra, mis lentes, todo lo que quise, todo. Pero ahora ¿que quiero? Es como una contradicción. Dices: tengo todo pero no tengo nada. Tienes todo por tus padres, pero por ti no tienes nada. Aquí es donde estoy me dando cuenta. Pues, necesito ropa, necesito cepillo, necesito zapatos, pero mi mamá no me los puede traer porque no se hacen responsables de cosas de valor. Pero... o sea... está bien, en cuanto a mi bienestar, yo estoy bien. Estas ropas que traigo no me molestan, pero no me agradan porque no me gustan, porque a lo mejor me gustaría estar como tú, traer mis pantalones de mezclilla, mis tenis, mi sudadera, o sea, ser yo. La verdad, es que me miro... es que no eres tú, no eres tú misma. Ya, ya estoy bien en el hospital.

Las ropas... aparte de que te puedes contagiar con una infección. Sí, porque esto de la lana me sacó estas ronchitas. Hay ropas que no las lavan, por decir, los suéteres de lana no los lavan diario. Entonces si te pones uno, aparte que la lana pica, te da comezón. Por eso me dieron esta ropa a mí. Voy a traerla mañana y el viernes. La lavo en la noche, me pongo un camisón, y en la mañana me la pongo. Pero lo que no me gusta es que te dan la ropa que sobra. O sea, tienen toda la ropería, de shorts, de playeras y te dan la más fea, la que no se usa, pues. Quien sabe porque. Yo digo que para que no se les gaste. Como que nos hacen sufrir también, para que valores lo que tenemos en nuestra casa. Yo digo que nos hacen sufrir porque nos dicen de repente: " Sabes que, te pones eso porque es lo único que hay". Yo sé que hay pero sé que no te pueden dar doble ropa. O sea, si en la mañana te dieron esta ropa, por la noche no te pueden dar otra.

Entonces, precisamente por esto, por la forma que me trataron aquí... Pero sí, me trataron bien pero en el principio yo decía: estos doctores están locos. ¿Que les pasa?. ¿Creen que yo estoy lóca o que?. Me dijeron: "No, no estás loca pero tu inteligencia la estás usando mal, usándola negativamente. En lugar de que te apures ya, saques tu carrera y piensas después en divertirte, no. Estás haciendo cosas que no debes. Todo el día saliendo en la moto, en el coche, en helicóptero". Es decir, son cosas que no van, porque en mi casa tengo que hacer cosas y hasta ahorita no he comprendido, hasta ahorita valoro lo que tengo: mi casa, mi familia, mis zapatos, mis tenis.

Que bueno que ya voy a salir, ¿no?, Porque ya voy a poder vestirme, ya puedo venir y presumir... miren, ya, ya no necesito que me prestes nada. Ya, no. Hasta se las regreso, mi reina. Entonces, otra cosa que me molesta es que no se hacen responsable de la ropa de uno. A mí me robaron mi chamarra, una de mezclilla Levis. Yo la traje. Negra, Levis, era americana. Si me había costado un buen dinero. Lo que más me preocupa es que ahí traía una llave de mi tío y que era muy importante para él. Pero, pues ya, ya cambió la cerradura y ya, ya pasó. Pero este coraje todavía lo tengo. No precisamente coraje de decir: devuelvanme mi chamarra. Se que es un abuso. Es un abuso el hecho de que la tengan ellas. Estoy seguro si voy a la ropería y la reviso ahí la encuentro. Pero, para que buscar otro problema si ahorita estoy bien, nada más espero jueves y ya me voy. Porque si dices la chamarra o mi libertad, pues mi libertad.

Pero yo me siento mal. Yo quiero estar como la canción que dice: "Ya no vive aquí. Se marchó de aquí. Fue tan de repente que no dejó su dirección". O sea, no olvidarme, no. No desafanarme, pero sí salir. Salir porque yo quiero ser doctora. Todavía no sé en que especialidad me voy a poner. Pero lo voy a pensar. Ahorita estoy en la preparatoria y puedo pensar en la universidad, que quiero hacer. Así es como yo quiero estar. No retrasar todo lo que he aprendido, manejarlo bien. Por ejemplo, aprender a manejar una moto, aprenderlo bien. No tengo moto pero mis amigos tienen. Mi mamá no me la compra porque dice que antes me compra mi ataúd. Yo digo, de broma, que coopero para el ataúd.

Me gusta mucho la aventura, la emoción de las cosas, por esto quiero también entrar en la judicial, a la Policía Judicial Federal. Pero lo malo es que mi mamá no quiere. Yo lo voy a hacer porque me gusta. Ya me dijeron que cuando complete 18 años ya me van a aceptar. Yo digo que es un trabajo así, no exactamente de planta, un trabajo que un día me voy con un agente a ver unos narcotraficantes, por decir así. Me gusta este suspenso, esta trama, que hay por detrás de las cosas. Tengo tíos que son judiciales. Es muy peligroso, pero es muy interesante. Me dijeron que iban a ver si realmente resistía. Primero hacen una prueba de resistencia, de que tiro al blanco, de no sé que. O sea, no es fácil que me acepten. Simplemente a una mujer es muy, muy difícil que la acepten en la judicial. A un hombre, teniendo la complexión y un cuerpo... pero a una mujer no, porque somos mujeres, precisamente. Hay excepciones. Tienen que ser mujeres que tienen la sangre muy fría, porque eso que de repente te encuentras a un narcotraficante... como que tú o él... como que ha de ser algo muy feo, esto de decir, o lo mato yo o él me mata. Como que sí es feo.

Como que todo lo que quieren esconderme a mí del mundo es lo que yo más busco. Si mi mamá me quiere esconder una moto, ahí voy a buscar un amigo que tiene una moto. Si mi mamá me quiere esconder un coche, ahí voy por un amigo que tiene coche. Y tengo muchísimos amigos, tengo como, fácil, así como 150 amigos. De amigas, no. Con muchachas de mi edad, no. Como que son muy inmaduras. Son muy chismosas Me gusta la gente más madura. No me gusta platicar con niños de mi edad. Son bien sangrones. Sí, les hablo pero esto

de que sean mis amigos, no, porque son muy inmaduros y no saben ni que onda. En cambio, con los más grandes puedes aprender.

¿De la relación entre los médicos y las enfermeras? Como que las enfermeras se molestan por las órdenes que les dan los médicos. O sea, a las enfermeras les cae mal que les digan, por ejemplo: "A la Y. me la tienen lista a las 12 de la mañana porque vamos ir con el pediatra". Se enojan, hacen sus corajes por los doctores. Los doctores son exigentes pero son padres. Todos los doctores. Hasta el jefe de la división, que es el doctor G., hasta a él le hablo bien. Les hablo bien a todos porque los conozco, porque han ido al pabellón y les digo: Hola, doctor, ¿como estás?. O sea, tengo mucha facilidad para entablar una platica. Me gusta mucho platicar y por esto, precisamente, también estoy aquí. Porque luego hablaba yo sola. Nadie me hacía caso, entonces yo decía: mira Y., vente, vente. Pero hablaba en voz alta para mí. Entonces decía mi mamá, espérate. A veces, tenía tantas cosas que hacer en el día que olvidaba hasta de que tienes mamá. Tengo que hacer esto, tengo que hacer el otro, ya hasta te olvidas que tienes que llegar a tu casa".

Apuntes finales

Aunque la realidad manicomial sea exhaustivamente discutida, conocida y divulgada, aunque inteligencias privilegiadas se han dedicado desde siempre a escribir miles de libros y artículos sobre el loco y su destino, es inaceptable que alguien pueda adentrarse en un pabellón de un hospital psiquiátrico sin quedarse perplejo. El enfrentamiento permanente en los pabellones del HPI, involucrando de un lado un grupo humano predominantemente femenino que desarrolla ahí sus actividades laborales y, del otro, un grupo de jóvenes y niños temporalmente reclusos, bajo el argumento de recibir tratamiento psiquiátrico, es un ejemplo cruel de una realidad que si bien puede ser explicada, no puede ser ni justificada ni tolerada.

Estos dos grupos, es decir, trabajadoras de enfermería y "enfermos mentales", son integrantes de los estratos más empobrecidos de la población y esta afirmación no necesita ser respaldada por cuestionarios o encuestas. Todos saben que la enfermería en México, como ocurre en la países dependientes, es una práctica reservada mayoritariamente a las mujeres del proletariado. Todos saben también que la clientela de las instituciones manicomiales públicas son aquellos que no pueden enfrentar los costos de los servicios privados, del diván del psicoanalista o de terapias alternativas . Sin embargo, esta afinidad social sólo sirve para volver vulnerables a estos dos grupos, tornándolos en blanco común de explotación y sometimiento, con poca o ninguna posibilidad de actuación en el sentido de denunciar o de imponer la necesidad de cambios.

Aunque es verdad que en los pabellones del HPI, enfermeras e internos comparten la desventajosa condición de víctimas sociales, un acercamiento más detenido de la relación entre estos dos grupos revela los refinamientos de una dinámica perversa y pone al descubierto diferencias importantes en el interior de los grupos. Las enfermeras y los internos participan cotidianamente en una lucha en donde se miran recíprocamente con desconfianza, se ponen en la condición de adversarios, se descalifican mutuamente y se acusan unos a los otros como responsables por su sufrimiento y descontento, ya sea en la experiencia que unos enfrentan por ser tachados de "enfermos mentales", ya sea en el desarrollo de actividades laborales insatisfactorias.

Buscando elementos explicativos que ayuden en la comprensión de la existencia de grupos humanos que eligen el ambiente hospitalario como centro de trabajo, Pitta[1] recurre al concepto

[1] Pitta, Ana. Hospital: dor e morte como ofício, Editora Hucitec, Sao Paulo, 1991, pp.74-77.

de subiimación, apuntado como importante en la comprensión del fenómeno. Aunque se esté en acuerdo de que tal concepto pueda de hecho, tener un valor inestimable para la comprensión de la naturaleza del trabajo en salud, en estos apuntes finales no se tiene la pretensión de discutirlo satisfactoriamente por la sencilla razón de la imposibilidad de manejarlo con soltura.

De todos modos, conviene recuperar algo de la discusión propuesta por Pitta que, recurriendo a Freud, aclara que existen dos tipos fundamentales de pulsión, es decir, las sexuales y las de autoconservación. Las primeras conducen al camino del placer, mientras las de autoconservación detendrían al sujeto delante de eventuales peligros. Pitta, prosigue señalando que Freud desarrolló posteriormente una discusión sobre la pulsión de muerte y apunta que esta podría dar la clave para el entendimiento de la satisfacción y la enfermedad en el trabajo, aclarando que existen tres destinos fundamentales para esta pulsión: "a *confusao apaixonada*, que se 'traduz pela componente apaixonada do projeto, da qual a pulsao de vida (sexual) é o mestre de obras; a *realizacao pulsional pela percecpçao*, onde o individuo se coloca através de uma atividade em contato com o horror e o sofrimento, e a profissao funciona como um álibi de un gozo secreto através da percepçao de certas situaçoes atrozes (...) a *sublimaçao*, onde o processo vai até a representaçao mental interiorizada e a satisfaçao das pulsoes é obtida através da percepçoes visuais, olfativas, auditivas, cenestésicas (...)".[2]

A partir de Pitta, se puede concluir que la sublimación es una estrategia a la que se recurre para la solución de conflictos intrapsíquicos entre pulsiones, utilizando para tanto mecanismos de reparación que hacen que una energía libidinal primitiva, desexualizada, pueda ser desplazada para objetos y finalidades valoradas social y narcisistamente. Gran parte de las pulsiones sexuales suelen ser canalizadas para actividades de sublimación y pueden dar esta contribución porque se prestan al cambio de su meta inmediata por otras más anheladas y no sexuales.

De esta manera, la labor en un ambiente hospitalario, el tener que lidiar con situaciones desfavorables traspasadas por dolor, sufrimiento y muerte, puede tener en la sublimación uno de sus puntos claves de sostenimiento, porque permite manipular y transformar pulsiones instintivas en actividades reconocidas socialmente. "O cuidar de uma pessoa doente é inserido num contexto social onde a piedade e solidariedade sao sentimentos valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivencia da espécie e de uma certa sociabilidade que tem na harmonia o seu

[2] Idem p.75-76

paradigma e na saúde um elemento indissociável a esta harmonia; este cuidar deverá ter um valor de natureza moral e ética que canalize energias e simpatias".[3]
Ahora bien, una cuestión importante a considerar es el alcance explicativo del concepto de sublimación cuando se trata de trabajadoras de enfermería de hospitales psiquiátricos. En otras palabras: ¿Es la sublimación una estrategia verdaderamente importante que contribuye para explicar la permanencia de un grupo de trabajadoras en los pabellones del HPI?. Preguntado de otra manera: ¿La sublimación suele ser exitosa para el conjunto de las trabajadoras de enfermería del HPI?.

Contestar a estas indagaciones es como "disparar en la oscuridad", debido al desconocimiento del asunto y, si para algo sirve, es pura especulación. Uno de los supuestos fundamentales de la sublimación parece ser su componente placentero o de satisfacción, cuando energías libidanales primitivas sufren un proceso de desexualización a través de la realización de actividades "reconocidas y valoradas socialmente". De ahí, se impone la necesidad de otra pregunta elemental: ¿Cuidar a los internos del HPI es una labor reconocida y valorada socialmente, es decir, las trabajadoras que se dedican a este quehacer, experimentan tal aprobación social?.

Los conceptos sobre la locura que circulan por el cuerpo social, y que mezclan contenidos científicos de la psiquiatría dominante con aquellos que la sociedad maneja desde hace muchos siglos al margen de esta cientificidad, tienen plena vigencia en el HPI. La población experimenta un verdadero estado de pavor frente al loco y la locura y éstos, despiertan sentimientos como repulsión y temor. Las enfermeras del HPI, además de manejar estos conceptos en relación al llamado "enfermo mental", realizan una exageración o una caricaturización de las supuestas características naturales del loco. El interno del HPI es alguien impredecible a quien se debe de temer; es violento y posee una fuerza física descomunal; es alguien que se daña a sí mismo y a los demás, que genera problemas en el ámbito familiar y perturba la sociedad; es alguien ininteligible y su existencia misma no tiene sentido ni explicación porque finalmente, no es más que un objeto, una cosa que los demás tienen que cargar.

Las dificultades de la enfermería podrían ser enormemente disminuidas si su función logra ser abiertamente declarada como sólo de vigilancia o de guardianes al interior de los pabellones. Pero la enfermería, carga hasta hoy, los valores concebidos desde hace mucho tiempo, alardea ser un arte, sostiene que las mujeres que la ejecutan cumplen con una misión ya que son

[3] Idem p.77

supuestamente dotadas de una vocación, de un humanismo y de solidaridad impar, son magnánimas, despojadas, desprendidas, están siempre listas a ayudar, son amigas, compañeras, maestras y madres sustitutas de sus pacientes.
Es Pitta la que informa sobre un estudio de una psicoanalista inglesa, realizado en un hospital general de Londres, de 700 camas, en donde revela la diversificación de sentimientos que experimentan las enfermeras hacia los pacientes: "a situaçao do trabalho suscita sentimentos muitos fortes e contraditórios na enfermiera: piedade, compaixao e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes, inclusive inveja ao cuidado oferecido ao paciente".[4] Este conturbado cuadro emocional que invade a las enfermeras es inherente al hecho de cuidar y asistir a los pacientes, pero hay que denotar que tal estudio fue realizado en un hospital general, es decir, con enfermeras que cuidan a pacientes portadores de patologías "orgánicas", y, aunque incorpore todas las dificultades propias al manejo del dolor y sufrimiento del otro, deja siempre abierta la posibilidad de situaciones compensatorias o positivas como son la sensación de éxito debido al restablecimiento, cura o retardamiento de la muerte del paciente, su gratitud y la de los familiares y finalmente, el reconocimiento y valoración social de aquella labor.

El estereotipo del interno del HPI, expuesto en diversos momentos de esta investigación, deja claro la imposibilidad, para el conjunto de las enfermeras, de nutrir hacia él una cierta riqueza de sentimientos contradictorios. La descalificación o valoración negativa del "enfermo mental" despierta casi siempre, si no exclusivamente, el sentimiento de odio y sus derivaciones, como son la repulsión, el resentimiento, el miedo. el enojo, etc., siendo casi completamente imposible experimentar los sentimientos llamados nobles que derivan del amor, esto es, la piedad, la compasión, el deseo de ayudar, etc.

Aunque ocurran esfuerzos aislados por parte de alguna trabajadora en el sentido de recuperar al interno del HPI como merecedor de cuidados y asistencia, estos intentos no llegan ni a la condición de denuncia, sino que se inscriben en el plano de las quejas individuales sin ningún tipo de repercusión colectiva. Esta trabajadora pronto se sentirá forzada a asumir las actitudes, comportamientos y conceptos adoptados por el grupo, es decir, a "enviciarse". Este proceso trae en sí la contradicción de representar, al mismo tiempo, condiciones facilitadoras para el desarrollo de las tareas diarias de la enfermería, ya que permite la elaboración de distintos mecanismos de defensa o estrategias de sobrevivencia, pero también impone serias dificultades porque es la base misma que sustenta la descalificación de la labor.

---

[4] Idem p.74

Así, la insatisfacción de las trabajadoras de enfermería del HPI con su propio quehacer empieza a ser generada a partir de la apreciación que hacen sobre su "objeto" de trabajo, es decir, el interno, esta cosa, este desecho de la sociedad, este animal peligroso, impredecible, mugriento, cochino, patalon, etc., que termina por volver inútil y sin sentido toda su labor, dejando la desconfortable sensación de pérdida de tiempo y de energía. Y son algunas de estas supuestas características naturales del interno que producen un fuerte malestar entre las enfermeras, lo que las lleva a enfrentar la jornada laboral diaria en permanente estado de tensión.

También, es el "objeto" de trabajo de las enfermeras del HPI lo que les impide un pleno ejercicio de la enfermería, "ciencia y arte" que tiene en la ejecución rigurosa y disciplinada de las técnicas, su orgullo y su eficacia. El cuerpo del "enfermo mental" no sirve para ser manipulado, no se presta para la realización de curaciones meticulosas o complejas, no requiere de control permanente de signos vitales, no impone la necesidad de colgarse de aparatos sofisticados a los cuales se debe de vigilar permanentemente, no permite la administración de drogas inyectables por diferentes vías, no se pueden utilizar sondas, ni catéteres, etc. El "enfermo mental" es, al fin y al cabo, un "paciente" que frustra las expectativas profesionales de las enfermeras del HPI, ya que cuidarlo significa asistirlo básicamente en las necesidades de alimentación, sueño, higiene y excreción, es decir, tareas sin ningún atractivo e incluso repugnantes. Es por esto que subyace en los testimonios y declaraciones de muchas trabajadoras una valoración negativa de su quehacer, que llega incluso a ser considerado degradante.

Si por una parte, las enfermeras del HPI hacen una autoevaluación profesional negativa, condicionada a la vez por la naturaleza del "enfermo" que cuida, experimentando una falta de identidad profesional frente a la imposibilidad de ejecución de técnicas, por la otra, se resienten también del no reconocimiento de su labor en las relaciones externas. El primer momento de esta falta de aprobación se verifica al interior mismo del HPI, esto es, en las relaciones con los demás profesionales que comparten el mismo "objeto" de trabajo, acusados de desconocer la labor de la enfermería, en lo que tiene de pesada y peligrosa. Un segundo momento de esta falta de aprobación estaría dado a partir de la comparación con las distintas "especialidades" de la enfermería, y la certidumbre de ser calificada como rama inferior o hasta como actividad ajena a la profesión.

La complejidad del quehacer de la enfermería en los pabellones no está dada solamente a partir de sus relaciones con los internos o con los demás profesionistas del HPI, sino que al interior

del grupo la convivencia diaria es también extremadamente conflictiva. Como no logran identificar los determinantes que les impone finalmente una práctica cotidiana profundamente insatisfactoria, las trabajadoras terminan por culpar, además de los internos, a las compañeras mismas por el malestar y dificultades que enfrentan.
La enfermería del HPI, al igual que la enfermería en general, está traspasada por las mismas contradicciones, conflictos e indefiniciones impuestos por la división social y técnica del trabajo. En el HPI, la enfermería realiza una ficticia y desastrosa combinación entre la modalidad funcional y el trabajo en equipo tomando, de uno y de otro, elementos que puedan ser al mismo tiempo facilitadores y complicadores del trabajo. La adopción del modelo funcional, que presupone la ejecución rigurosa de técnicas, ya está en un principio comprometida, pero el hecho de fragmentar el cuidado en tareas trae, por un lado, la posibilidad de desentenderse del interno y de su presencia perturbadora tan pronto la actividad sea cumplida, además de garantizar la desresponsabilización individual por el interno, porque al estar encargado al conjunto de las trabajadoras, permite la maniobra de que todos, pero fundamentalmente nadie, sea responsable por lo que le ocurra.

Por otra parte, la asignación de tareas, dictadas por la división social y técnica y por la escisión entre trabajo intelectual y trabajo manual, lleva a la conformación de dos grupos bien específicos que conviven en permanente estado de tensión, esto es, aquellas que ocupan puestos de mando -jefa general, supervisoras y jefas de pabellón- y, aquellas que se ocupan más directamente del cuidado del interno -las auxiliares de enfermería-. Sustentando los pleitos y conflictos entre estos dos grupos están los distintos niveles de capacitación dados por la enseñanza formal, es decir, escolaridad diferenciada. El saber formal y quienes lo detentan son invalidados bajo distintas argumentaciones, o sea, nada más sirve para justificar diferencias en la jerarquía interna, el de ser poco importante o desechable porque las características del "enfermo mental" y el trato que requiere prescinde de entrenamiento formal, llegando incluso a ponerse en duda la importancia de la presencia de enfermeras tituladas o especialistas en el HPI, como si esta presencia significara una opción individual inexplicable o equivocada. A su vez, las auxiliares de enfermería, que se apoyan en la antigüedad para reafirmar y defender un saber informal forjado en el hacer, son tachadas de ignorantes o incapaces y acusadas del manejo inadecuado o hasta cruel de los internos. En medio de este fuego cruzado, el "enfermo mental" es utilizado sin ningún pudor, siempre que se presta para imponer algún tipo de intimidación, provocación o derrota del pretenso adversario.

De la modalidad del trabajo en equipo, la enfermería del HPI conserva uno de los principios fundamentales de la Escuela de Relaciones Humanas, según el cual, el desarrollo exitoso de una

actividad laboral es dado por el compromiso individual de los sujetos involucrados. Como consecuencia, los problemas que se presentan se van a remitir automáticamente a los atributos, o falta de atributos personales de cada quien, acusado de no dar lo mejor de sí para el bien común, de ser irresponsable, negligente, incapaz, no cooperativo, etc. Este razonamiento contribuye decisivamente para que la jornada laboral se convierta en una tormenta cotidiana, porque induce al entendimiento completamente distorsionado de los determinantes y mediaciones que comprometen negativamente al proceso de trabajo y la alternativa es sencillamente la de culparse a sí mismo o culpar a los demás por las dificultades diarias.

Habría que considerar que la enfermería del HPI se resiente también de ejecutar un supuesto "plan terapéutico" de cuya elaboración no participan. Este "plan terapéutico", dictado por el psiquiatra, incluye la administración de drogas, la atención de necesidades básicas y la imposición de normas disciplinarias a los internos, pero la verdad, las dos primeras actividades forman parte de la tercera. Es así, porque hacer que interno tome las drogas, o que se bañe, o que duerma según los horarios establecidos son nada más que recursos o artificios utilizados para someterlo e imponerle el cumplimiento de las reglas y normas vigentes en la institución. Este disciplinamiento de los internos es, en realidad, la gran tarea de la que están encargadas las trabajadoras de enfermería del HPI.

La jornada cotidiana en el HPI se vuelve todavía más atribulada, debido a los contratiempos consecuentes de la baja prioridad en la aplicación de recursos destinados a la "salud mental", o mejor dicho, a los hospitales psiquiátricos públicos, conllevando a la inexistencia, insuficiencia o deterioro en lo que se refiere a material, medicamento, mobiliario, equipamiento, instalaciones físicas, etc. Esta situación de penuria es señalada masivamente por las trabajadoras, como también es reconocida por la dirección del HPI, pero ésta hace una lectura invertida de esta condición, interpretándola como si fuera un obstáculo a ser enfrentado y traspuesto, quizás hasta con honor u orgullo, porque "la Institución que aunque es pobre, es la que da servicio a más de 60% de la población de México".

Para hacer frente a un proceso laboral frustrante y dañino, las enfermeras del HPI recurren colectivamente a unos cuantos mecanismos de defensa que les permiten cumplir con la jornada diaria y retomarla al día siguiente. El ausentismo, que según Libouban[5] , es la expresión de la ineficacia de defensas competentes para el enfrentamiento de dificultades, suele ser la estrategia más utilizada por las trabajadoras de enfermería del HPI para preservarse de los daños

[5] Idem p. 156

producidos por la labor en los pabellones. Al contrario de lo que ocurre en la mayoría de los centros de trabajo, en donde el ausentismo es considerado problema grave que suscita la búsqueda de solución para disminuirlo o combatirlo, además de poner en riesgo de punición a aquellos que lo practican, en el HPI esta transgresión es abiertamente tolerada. Además de la ausencia ostensible al puesto de trabajo, hay también otros recursos utilizados por las enfermeras para alejarse de los pabellones el máximo de tiempo posible, como son los permisos oficiales de entrada y salida, los retrasos o salidas tempranas no autorizadas, el checar tarjeta de entrada pero retardarse para asumir las actividades en el pabellón o ausentarse durante la jornada siempre que sea posible. Explicar el consentimiento del ausentismo de las enfermeras del HPI implica reconocer la difícil labor que enfrentan, así como el poco rigor en el cumplimiento de las normas disciplinarias, aunada a la falta de cohesión interna entre las trabajadoras, impidiendo una convivencia laboral basada en la solidaridad y ayuda mutua, pero revela sobre todo el desinterés en relación al cuidado prestado a los internos.

Otro conjunto de estrategias estaría dado a partir de la concepción, compartida por el colectivo de las enfermeras, de lo que es el "enfermo mental". La imposiblidad de entender lo que es la locura y la consecuente descalificación del "enfermo mental", que ve incluso, cuestionada su condición de ser humano para ser considerado objeto o cosa, permite la adopción de varias alternativas para desentenderse de él y de su nefasta compañía. Estas alternativas incluyen el cumplimiento de las actividades en el menor tiempo posible a fin de reducir el contacto, la verbalización de asuntos ajenos al trabajo, la ejecución de pasatiempos como tejidos, bordados, costura, crucigramas, concomitantes al desarrollo de la actividad, sobre todo durante el período denominado "observación y cuidado del paciente", la adopción de la violencia verbal, física o el uso de drogas, siempre que la conducta de algún interno sea considerada molesta y la burla, las ridiculizaciones y los comentarios cínicos con respecto a los internos.

Algunos otros mecanismos utilizados por la enfermería del HPI se refieren a la manutención y conservación de la rutina diaria, garantizando el cumplimiento de las tareas, adoptando los mismos procedimientos cristalizados desde hace años y el rechazo a incorporar o admitir cualquier pequeña modificación en el desarrollo de las actividades cotidianas. Hasta los mismos cambios anuales de área de trabajo, previstos desde siempre en los reglamentos del HPI, produce gran malestar entre las trabajadoras y, en el día a día, la amenaza siempre presente de ser desplazada para cubrir faltante en otro pabellón, genera pleitos irreconciliables. A través del apego a la rutina y de la resistencia al cambio, las enfermeras buscan limitar las posibilidades de enfrentar situaciones nuevas o no previstas, es decir, vale cualquier iniciativa para evitar

sorpresas desagradables reduciendo el enfrentamiento solamente a lo que es conocido y esperado.

Ahora bien, a pesar de todos los esfuerzos de las enfermeras del HPI para construir un estereotipo negativo del "enfermo mental", recurso que les permite despojarlo y descalificarlo al máximo de manera que pueda ser fácilmente manejado, "siempre existe el peligro de que el interno parezca humano", pero como esta posibilidad despierta fuertes angustias y conflictos, debe ser alejada porque admitirla abiertamente llevaría, entre otras cuestiones, a poner en jaque el propio quehacer y la forma como es ejecutado.

Dicho de la manera menos convencional y académica posible, las enfermeras del HPI son al fin y al cabo los sujetos sociales encargados de hacer que los internos sepan el precio que tienen que pagar por no respetar las normas y reglas sociales, y por adoptar conductas francamente en desacuerdo con aquellas consideradas razonables y aceptables. La reclusión temporal de los internos en los pabellones del HPI, bajo vigilancia de la enfermería durante las 24 horas del día y todos los rituales de humillación y sometimiento que le son impuestos, si no logran excluir las posibilidades de reincidencia, sirven por lo menos como sanción adecuada y castigo inmediato, permitiendo a la institución devolverlos a la sociedad después que hayan introyectado la condición de "paciente mental" y de cumplir con los actos del "mea culpa".

Los internos del HPI conforman dos subgrupos extremadamente vulnerables: los niños, porque pasan por una etapa de la vida en donde son completamente dependientes y sojuzgados por los adultos, a los cuales pueden hasta enfrentar pero en condiciones francamente desventajosas; los adolescentes, porque vivencían un período particular de grandes indefiniciones, además de no tener garantizado ningún derecho. El internamiento de unos y otros ocurre siempre bajo la fuerza o por medio de engaño, es decir, en contra de su voluntad.

El primer contacto del futuro interno con el personal hospitalario, esto es, psiquiatra y enfermeras, que Goffman llama procedimiento de preparación o de programación, es reconocido por la enfermería como decisivo en el comportamiento que el interno va asumir durante su reclusión e influirá de manera significativa en la evolución del tratamiento. Durante este ritual, si el "enfermo mental" reacciona violentamente en contra de la admisión, recibe el castigo adecuado, es decir, será drogado, conducido al pabellón y amarrado a la cama; si acepta calladamente su destino inmediato, le serán dados "usos de realidad", es decir, será informado que permanecerá encerrado en un pabellón de un hospital psiquiátrico durante un período que el

psiquiatra juzgue conveniente, pero que se trata de un hospital y no de una cárcel o reformatorio, que tendrá que obedecer a normas, reglamentos, etc.

Como lo aclara Goffman[6] , apenas entra en la institución empieza para el interno un proceso sistemático de mortificación del yo, una serie de degradaciones, depresiones, humillaciones y profanaciones del yo. En el HPI, estos rituales de mutilación del yo de los niños y adolescentes tienen validez absoluta y los responsables de su ejecución, aunque no lo hayan decidido ellas mismas, son las trabajadoras de enfermería.

La separación entre el mundo externo y el mundo del pabellón significa ya el inicio de la mutilación del yo, puesto que conlleva a la pérdida de rol y de las referencias que el sujeto tenía de sí mismo, forjadas a partir de las relaciones interpersonales y de la rutina diaria, a través de las cuales sostenía la elaboración de su propio rol, es decir, reconocerse y ser reconocido en su individualidad.

Apenas ingresa en el HPI, el interno será también despojado de todas sus pertenencias personales, y en la medida en que estas pertenencias son una extensión del sentimiento del yo, tal desposesión implica sufrimiento y pérdida de "equipos de identificación". El interno no tiene derecho a conservar ningún objeto porque casi todo suele ser considerado peligroso porque dicen que puede servir como instrumento para agresión y autoagresión. Además de esto, no hay ni gavetas ni buró individual en donde el interno pueda guardar sus pertenencias y es harto difundido que el personal de enfermería no se hace responsable por ningún objeto y/o pertenencias particulares. Confiscadas su ropa y demás posesiones, el interno recibirá en cambio las ropas de la institución, distribuidas indistintamente sin observancia de tallas, feas, de calidad grosera, desgarradas, viejas, iguales, despojando así el interno de su acostumbrada apariencia e imponiéndole una desfiguración personal.

La intimidad que uno guarda de sí mismo va siendo sistemáticamente violada a partir del momento mismo del ingreso, cuando el interno es manoseado y destituido de sus pertenencias. La profanación del yo prosigue en rituales humillantes y cotidianos cuando los internos son obligados a exposición física del cuerpo durante los baños conjuntos, en donde son observados por los demás compañeros y por el personal de enfermería y asi mismo, durante las horas de sueño cuando están siempre visibles en los dormitorios colectivos. Además de estar permanentemente ofrecido a observación para el personal que trabaja en los pabellones, o que

---

[6] Goffman, Erving. Internados, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1984, pp. 25-82.

ahí acude eventualmente por motivos distintos, el interno no puede impedir que, durante los días de visitas autorizadas por el psiquiatra, sus familiares lo vean en cirscunstancias tan deplorables.
La rutina en los pabellones del HPI no está organizada teniendo como referencia el bienestar del interno, sino que al revés porque las actividades son estructuradas de manera de garantizar el funcionamiento de la institución y ésta tiene un fin en si misma. Dicha lógica de funcionamiento conlleva a otras mortificaciones del yo porque las actividades cotidianas son impuestas o forzadas y no permiten ningún acomodo personal. Los horarios para comer, dormir, bañar, etc., guardan poca o ninguna relación con aquellos que el interno solía elegir en el mundo exterior. Pero al interior del pabellón, con o sin sueño, el interno es obligado a acostarse cuando así lo establezca el reglamento; la comida tiene que ser deglutida aunque le parezca desagradable o que el horario no le convenga; las drogas tienen que ser tomadas quiera o no quiera el interno, y así sucesivamente.

Las relaciones sociales forzadas son también fuentes permanentes de tensión y angustia llevando también a la mortificación del yo. En los pabellones, el interno carece de toda y cualquier privacidad y durante las 24 horas del día tendrá a su lado sujetos que no ha elegido como compañeros. A estos sujetos deberá exponerse y también deberá observarlos en su desgracia. Tendrá que soportar el contacto con otros seres humanos que muchas veces adoptan actitudes o comportamientos que él no puede entender, o que le parezcan absurdos o repugnantes, tendrá que ser testigo de humillaciones y degradaciones impuestas al otro, pero tendrá que dejarse ser visto en las mismas circunstancias.

Quienes están encerrados en los pabellones del HPI tienen la certeza de ver su integridad física permanentemente amenazada, es decir, pierden la seguridad personal y sufren la mortificación del yo a través del cuerpo. Los internos saben que cualquier conducta considerada inadecuada, cualquier falta o acto de rebeldía puede desencadenar actitudes violentas por parte de las enfermeras, pero no sólo de éstas, sino también de los afanadores y a veces hasta del personal de seguridad, porque parece que cualquier miembro del equipo institucional tiene derecho sobre cualquier miembro del grupo de interno. Los castigos pueden ser moderados o severos e incluyen golpes, inmovilización por camisa de fuerza, contención en la cama, sedación a través de drogas y con impacto a nivel psíquico están las amenazas de castigo, los gritos, los maltratos verbales como burlas, ridiculizaciones, comentarios cínicos, apodos despreciativos, etc.

La dinámica manicomial extremadamente perversa del HPI termina por generar en los internos altos niveles de sufrimiento, tensión, angustia, enojo y rebeldía y, cada uno, según su capacidad

y limitación, va a desarrollar mecanismos de sobrevivencia que le permitan enfrentar circunstancias tan agobiantes, pero estas estrategias no asumen carácter colectivo. De cualquier manera, las relaciones de poder establecidas al interior del HPI reducen a los internos a la condición de "eslabón más frágil de la cadena", es decir, con poca o ninguna posibilidad de contestación y enfrentamiento. Aún así, muchos internos pueden adoptar, sobre todo en los primeros días de reclusión, comportamientos marcadamente rebeldes y asumir actos violentos dirigidos hacia las trabajadoras de enfermería, recurso siempre presente como contrarespuesta a la violencia anterior de que fue víctima. Las agresiones físicas por parte del interno puede tener también como blanco a uno de sus compañeros, sobre todo aquellos más débiles, debido a características de personalidad, fragilidad física, consecuencia de los efectos colaterales de las drogas o, por el sufrimiento psíquico por el cual pasa. Como consecuencia de la reclusión en los pabellones y del trato que ahí reciben, la desesperación y la furia que invaden al interno pueden llegar a niveles bastante severos, provocando actos tan violentos en contra de otro interno que pueden incluso, llevar a la muerte. En el año de 1990 fueron registradas dos defunciones de internos provocadas por conflictos de esta naturaleza.

Sometidos a todos los procesos de mortificación del yo, los internos del HPI no tienen otra alternativa más que la de reconocer el estatus especialmente bajo a que son reducidos por la institución. Perciben claramente los sentimientos negativos que las trabajadoras de enfermería experimentan hacia a ellos, se reconocen como rechazados, identifican la indiferencia, el miedo, el temor y la repulsión que su existencia misma produce en aquellas trabajadoras. Se angustian y sufren por el trato deshumano que reciben, llegando incluso a sentir que lo califican como cosa u objeto y que se los compara a animales.

Pero los internos del HPI, cuentan afortunadamente con la posibilidad de "remisión espontánea" de la "enfermedad mental", aunque no definitiva, además del presunto éxito del tratamiento. Algunos internos consiguen hasta realizar la hazaña de reducir el tiempo de reclusión, esto es, convencer el psiquiatra de su restablecimiento y apresurar su alta. Para salir lo menos dañado posible de los pabellones del HPI, los internos recurren a diferentes estrategias, realizando una combinación que por lo general incluye: dar muestras, en primer lugar, de que se reconoce como "paciente mental" y de que está convencido, por lo menos aparentemente, de los errores que cometió con su conducta pasada; reconocer también, aunque aparentemente, que el tratamiento que recibe tiene como finalidad única e incontestable su propio bienestar; suprimir cualquier signo que pueda ser calificado como patológico, como es el llanto, por ejemplo; participar entusiastamente de las actividades indicadas, mismas que suelen ser aburridas, como es el caso de algunas terapias ocupacionales que en el decir de Goffman "matan el tiempo

misericordiosamente"; someterse calladamente a todos los reglamentos, esto es, acostarse en los horarios determinados, comerse todo lo que le fue servido, es decir, cumplir con todas las actividades que "torturan el tiempo" como también lo califica Goffman; no dar muestras de enojo o descontento frente a las actitudes violentas del personal de enfermería hacia algún compañero, sino que al revés, dejar sobreentendido que apoya y considera justas tales actitudes y lo más importante, mostrarse cooperativo e incluso ayudar a las enfermeras en su labor, como cuidar que otro interno tome las drogas, conducirlo hasta el baño, servir agua al grupo o participar en la contención de algún "enfermo" y ponerle la camisa de fuerza cuando así lo indique la enfermera.

Explicar la presencia de niños y adolescentes en los pabellones del HPI no requiere ningún esfuerzo puesto que todos son internados involuntariamente, ya sea bajo la fuerza o bajo el engaño. Pero entender y explicar la presencia en los pabellones de un grupo predominantemente femenino que presumiblemente ha escogido esta labor como profesión, ya es tarea más compleja. Quizás los procesos de sublimación puedan dar alguna contribución en el sentido de aclarar tal elección, como lo puede hacer también la realización pulsional por la percepción que parece ser la manifestación de instintos sádicos capaces de generar placer a través del contacto con el horror y el sufrimiento. Es más sencillo considerar los determinantes de naturaleza económica, pero si los sueldos son sabidamente bajos, si la gran mayoría de las enfermeras no tienen calificación formal y si el proceso laboral, según ellas mismas, genera tanto sufrimiento y desgaste, además de no ofrecer una contrapartida placentera, ¿porque no se dedican entonces a vender flores?. Pero formular tal proposición o tal indagación, quzá sirva nada más para poner en duda la sanidad mental de quienes la plantean. En un ejercicio académico, como es el caso de esta investigación, está prácticamente prohibida la indignación y la denuncia porque éstas, suelen ser calificadas como ineficaces, además, de dejar sobreentendida la incapacidad en el manejo de contenidos científicos que garanticen la explicación racional de recortes de la realidad. Hay leyes, determinantes y mediaciones que finalmente, son las que se deben de buscar para sostener la elucidación aséptica de los fenómenos, pero, la información y el conocimiento no pueden servir para aquietar la conciencia.

Bibliografía

1. Ajenjo, Carlos Rodriguez Ajenjo. "(Im) Posibilidades de un cambio", mimeo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1984, 8 pp.

2. Ajenjo, Carlos Rodriguez. "Salud mental y sociedad - Notas en torno a la locura, la cordura y el orden capitalista", Memorias del I Curso Internacional de Investigación en Salud Mental, Quito, 1989, 15 pp.

3. Almeida, Maria Cecilia Puntel de y Juan Stuardo Yazlle Rocha, O saber da enfermagem e sua dimensão prática, Cortez Editora, São Paulo, 1986,128 pp.

4. Blauberg, I. Diccionario marxista de filosofía, Ediciones de Cultura Popular, México, 1988, 344 pp.

5. Bravo, Cecilia Victoria Avedaño Y María Elena Ortega Hernandez. Medicina social: consumo y salud-enfermedad, Tesis de Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1990, 84 pp.

6. Breilh, Jaime. Epidemiología: economía, medicina y política, Fontamara, 2a. edición, México, 1988, 244 pp.

7. Canguilhen, Georges. Lo normal y lo patológico, Siglo XXI Editores, 7a. edición, México, 1986, 242 pp.

8. Castel, Robert. El orden psiquiátrico, Las Ediciones de La Piqueta, Madrid, 1980, 343 pp.

9. Conti, Laura. "Estructura social y medicina", en: Giovanni Berlinguer et alii. Medicina social y sociedad, Fontanella, Barcelona, 1972, pp. 287-310.

10. Donnangelo, Maria Cecília F. y Luiz Pereira. Saúde e sociedade, Duas Cidades, 2a. edición, São Paulo, 1979, 124 pp.

11. Engels, Federico. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Ediciones de Cultura Popular, México, 1974, 54-107 pp.

12. Foucault, Michel. Doença mental e psicologia, Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975, 98 pp.

13. Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica I, FCE, 2a. edición, México, 1990, 575 pp.

14. Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica II, FCE, 2a. edición, México, 1992, 411 pp.
15. Foucault, Michel. Microfisica do poder, Graal, 8a. edición, Rio de Janeiro, 1986, 295 pp.

16. Foucault, Michel. Vigiar e punir, Vozes, 9a. edición, Petrópolis, 1991, 277 pp.

17. García, Juan César. Pensamento social em saúde na América Latina, Cortez Editora, São Paulo, 1989, 238 pp.

18. Germano, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil, Cortez Editora, São Paulo, 1984, 118 pp.

19. Goffman, Erving. Internados, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1970, 379 pp.

20. Laurell, Asa Cristina. "Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social", mimeo, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, s/f, 9 pp.

21. Laurell, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social", en: Revista Latinoamerticana de Salud, México, 1982, pp. 7-25.

22. Laurell, Asa Cristina y Mariano Noriega. La salud en la fábrica - Estudio sobre la industria siderúrgica en México, Ediciones Era, México, 1989, 232 pp.

23. MacMahon, Brian y Thomas F. Pugh. Principios y métodos de epidemiología, La Prensa Médica Mexicana, 2a. edición, México, 1988, 339 pp.

24. Marcos, Sylvia (Coordinadora). Manicomios y prisiones, Red-ediciones, México, 1983, 277 pp.

25. Martini, Claudio. El fin del manicomio, Ed. Nueva Sociología, 2a. edición, México, 1983, 178 pp.

26. Marx, Karl. El capital, Tomo I, Vol. I, Libro primero, Siglo XXI Editores, 12a. edición, México, 1988, 381 pp.

27. Mello, Cristina. Divisão social do trabalho e enfermagem, Cortez Editora, São Paulo, 1986, 94 pp.

28. Pitta, Ana. Hospital: dor o morte como ofício, Editora Hucitec, 2a. edición, São Paulo, 1991, 198 pp.

29. Rouquayrol, Maria Zélia. Epidemiologia & saúde. Medsi, Rio de Janeiro, 1987, 416 pp.

30. Rosen, George. De la policia médica a la medicina social, Siglo XXI Editores, México, 1985, 379 pp.

31. SSA, Dirección General de Salud Mental, Programa Nacional de Salud Mental 1988-1992, México, 98 pp.

32. SSA, Dirección General de Salud Mental - Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, México, 32 pp.

33. SSA, Dirección General de Salud Mental - Normas Técnicas para prestación de servicios de salud mental, Diario Oficial, 21 de agosto de 1987, México, 14 pp.

34. Silva Graciette Borges. Enfermagem profisional - Análise crítica, Cortez Editora, São Paulo, 1986, 143 pp.

35. Vasquez, Griselda Uribe et alii. El trabajo femenino de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara/México, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. III, n. 2, 1991, Washington, pp. 100-111