

Trastornos mentales: Una mirada antropológica sobre la construcción del concepto de salud mental a partir del personal del Hospital Día en Villavicencio

Trabajo de grado
Escuela de Ciencias Humanas
Programa de antropología

Presentado por:
Daniela Vela Mora

Directora:
Claudia Margarita Cortés García

Universidad del Rosario
2020



Agradecimientos

A Claudia Cortés, por mostrarme la antropología médica e iniciarme en los estudios de género y feminismo, desde entonces mi vida no ha sido la misma y lo agradezco de todo corazón. Por siempre estar dispuesta a guiarme durante todo este proceso y porque ante mis momentos de crisis, invariablemente sabía qué decir y cómo apaciguar mis temores.

A mi papá y mi mamá, por la dedicación, el amor y la fuerza que siempre me han dado. Les doy gracias por siempre estar para mí y por apoyarme en cada proyecto y momento de mi vida.

A Nico, mi hermano, por enseñarme la fortaleza y la valentía que debemos tener para sortear las dificultades de la vida. También le doy gracias porque él fue la principal motivación para ver la clase de antropología médica, materia que me cautivó y que ha día de hoy lo sigue haciendo.

A Paola, por leerme, aconsejarme y corregirme siempre que lo necesité, por motivarme a seguir escribiendo aun cuando me sentía frustrada e incapaz, y por siempre creer en mí y en este trabajo.

A Valentina y Mafe les doy las gracias por ser unas amigas increíbles, por siempre estar dispuestas a escucharme hablar de salud mental, por motivarme a seguir en pie y por todos los buenos momentos juntas.

Gracias al equipo de trabajo del Hospital Día por recibirme en el programa, por la amabilidad y por siempre tener la disposición para trabajar conmigo.

Contenido

Introducción	4
Capítulo 1. Son como chinitos chiquitos. Dinámicas de profesionales de la salud mental en el Hospital Día.....	11
<i>Con estos chicos no hay mucho que hacer</i>	14
<i>Esto es como un jardín y uno se vuelve como una mamá</i>	28
Capítulo 2. “Hacer una vida normal”. Nociones de salud y enfermedad mental en el Hospital Día	39
<i>Experticia versus experiencia. El Hospital Día como lugar de convergencia</i>	41
1. De la experiencia y el amor	43
2. La experticia y la teoría	46
3. Experiencia y experticia desde la psiquiatría	48
4. De los practicantes y la experiencia	50
<i>Nociones de salud y enfermedad mental dentro del Hospital Día</i>	53
<i>Es normal que una persona tenga una enfermedad mental, pero anormal que no lleve una vida como el resto.</i>	58
Conclusiones.....	63
Referencias.....	69

Introducción

"La locura no se puede encontrar en estado salvaje. La locura no existe sino en una sociedad, ella no existe por fuera de las formas de la sensibilidad que la aíslan y de las formas de repulsión que la excluyen o la capturan."

Michel Foucault

De alguna u otra manera, genera un poco de temor entrar por primera vez a la Unidad de Salud Mental. Recorrer los pasillos, en ese momento, fue un choque con la realidad: camillas, enfermos de todas las edades, acompañantes cansados e incluso, agentes del INPEC vigilando pacientes con esposas en sus manos. Aunque sabía a qué iba y por qué, las dudas no dejaban de rondar por mi cabeza. "¿Que diré? ¿Cómo lo diré? ¿Aceptarán la presencia de una extraña como yo en sus rutinas?" eran preguntas que me aceleraban el corazón. Las miradas siguiendo cada paso que daba me generaron inseguridad, pero seguí firme por cada pasillo, recorriendo con mis ojos cada lugar para adaptarme y entender que transitaría por este lugar un largo tiempo.

Mentiría si dijera que este panorama no me asustó. A pesar de pasar por este pasillo todos los días durante varias semanas, nunca me pude acostumbrar a ese frío particular, a ese olor que era una mezcla entre aroma de hospital, suero, gel sanitizante y fluidos corporales como orina, sudor, sangre y en algunas ocasiones, vómito o diarrea. Pero, como siempre, seguí mi camino hasta llegar a la gran reja blanca en la que debía timbrar para que un celador se acercara a abrir para seguir mi recorrido hasta llegar al área en donde se lleva a cabo el Hospital Día en Villavicencio.

El programa Hospital Día hace parte de la Unidad de Salud Mental del Hospital Departamental de Villavicencio. Este programa apuesta por una alternativa diferente a la hospitalización de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental, esto mediante la implementación de actividades terapéuticas, cognitivas y ocupacionales realizadas por los pacientes. El Hospital Día hace parte del sistema de hospitalización parcial¹ en el cual se busca que: "los pacientes aprovechen de forma adecuada su tiempo libre" pues en lugar de estar encerrados en un hospital, ocupan su tiempo en diversas actividades; buscan facilitar la interacción social de los

¹ La hospitalización parcial hace referencia a cualquier hospitalización que dure menos de 24 horas

pacientes, disminuyendo su aislamiento; el acceso a tratamiento grupales y a terapias ocupacionales.

La motivación para hacer este trabajo de investigación surgió mientras investigaba sobre la salud mental en Villavicencio. Fue gracias a esta búsqueda que descubrí el programa Hospital Día, el cual me cautivó porque desconocía esa forma de tratamiento para los trastornos mentales. Uno de los aspectos que más llamó mi atención fue el hecho de que el programa fuera público, pues la mayoría de estos son privados.

Desde un principio tuve claro que mi intención no era trabajar con los pacientes, pues esto requiere de herramientas, metodologías y conocimientos que no poseo, esto me motivó a trabajar con el personal de salud mental y a indagar sobre las prácticas profesionales y la interacción que tenían con los pacientes. Posteriormente, empecé a preguntarme por las formas en las que el equipo de trabajo del programa comprendía la salud mental, la enfermedad mental y las formas de tratamiento.

El primer día llegué hasta el salón en el que se encontraban los pacientes y el personal de salud mental. Me hicieron pasar y sentarme en una banca mientras que la reunión semanal del personal daba inicio. Allí, pude notar que los pacientes que iban llegando, pasaban a desayunar y luego se acomodaban para ver televisión. Me pareció curioso, porque pensé que tal vez tendrían alguna otra actividad por hacer. Después de esperar a que la coordinadora de la Unidad de Salud Mental llegara para así poder entrar a la reunión, entramos a un pequeño salón en donde ya estaba el personal del programa.

Mientras esto pasaba y antes de que fuera mi turno de presentarme ante los miembros del equipo de trabajo del Hospital Día, en mi cabeza rondaba la pregunta de mi investigación: ¿Cómo los profesionales de la salud vinculados al programa Hospital Día en Villavicencio construyen el concepto de salud mental y lo materializan en su práctica laboral? Me preguntaba de qué manera lo diría para que no sonara complicado y fácil de entender.

Mientras llegaba mi momento de hablar, los miembros del equipo de trabajo del Hospital Día discutían sobre la situación de algunos pacientes. Allí, supe que habían unos que tenían discapacidad cognitiva y su aprendizaje era diferente; otros que no eran capaces de movilizarse por su propia cuenta, lo que implicaba que si los familiares no podían llevarlos al programa,

simplemente no asistían; y por último, la situación recurrente de que los pacientes llegaban del fin de semana, ansiosos, aburridos, perezosos y hasta deprimidos, según lo describían algunos miembros del equipo de salud, lo cual significaba un problema para el programa, pues implicaba que los pacientes no se sentían bien si no estaban dentro del mismo.

Posteriormente, me pidieron que me presentara y que contara qué quería hacer y por qué me interesaba el tema de la salud mental. Estaba un poco nerviosa, pero el personal de salud mental fue muy amable conmigo y poco a poco los nervios se fueron desvaneciendo. Ya entrados un poco en confianza, empezamos a hablar de distintas cosas del programa, como los ejercicios que se hacían, las dinámicas y el carácter de los pacientes. Respecto a este último tema, me dijeron que los pacientes de Hospital Día eran más bien “calmados y tranquilos”, y que, por lo tanto, el programa no era muy interesante o llamativo porque allí “no había tanta acción”. “Si oye gritos, vaya a hospitalización. Allá está la acción. Acá más bien es tranquilito”, fue lo que me dijeron entre risas. La reunión finalizó y todos salieron de la habitación para iniciar con las actividades del día.

En cuanto me acomodé en un escritorio que estaba al fondo del salón en el que estaban los pacientes, se acercó a mí un miembro del equipo de trabajo del Hospital Día. Él retomó algunos temas tratados en la reunión y me aclaró algunas dudas que tenía sobre el programa y la manera en la que los pacientes entraban al mismo. Me contó que el programa busca desarrollar habilidades sociales en los pacientes que, debido a sus diagnósticos, no se logran desenvolver autónoma y satisfactoriamente en la cotidianidad. Así mismo, me explicó que el programa ofrece una atención integral a los pacientes, ya que cuentan con profesionales de distintas áreas de la salud que están disponibles para atender las necesidades de los mismos. Sin embargo, el énfasis está en la atención de terapia ocupacional.

Al estar dentro de la Unidad de Salud Mental y del programa Hospital Día, me dio curiosidad saber qué se entendía por salud mental, si había un concepto grande con el que se trabajara desde el programa y si este concepto se acoplaba a la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud. Pero definir la salud mental ha resultado ser una tarea bastante compleja ya que, por un lado, definir la salud mental, de alguna forma, implica delimitar lo “normal” y lo “anormal” en las personas de determinada sociedad. Por otro lado, resulta complejo porque no se ha logrado llegar a un consenso para determinar la corporalidad de la misma.

La importancia de la conceptualización de la salud mental recae en que ésta delimita los tratamientos a realizar e incluso, el trato hacia los pacientes por parte del personal de salud mental. Es por esto que Carballeira et al (2017) expresan que para lograr un cambio en la intervención de la salud mental y en el tratamiento de los trastornos mentales, se debe, primero reconocer las formas en que el personal de salud define la salud y las enfermedades mentales. Segundo, se debe reconocer las prácticas laborales que inciden en la definición de los tratamientos a implementar. Por tanto, al estudiar nuevas formas de intervención, el personal de salud juega un papel primordial. Para el caso particular del programa Hospital Día, resulta esencial analizar cómo los profesionales de la salud vinculados al programa, que funciona en Villavicencio, construyen el concepto de salud mental y lo materializan en su práctica laboral.

El siguiente trabajo de investigación consta de dos capítulos los cuales se desarrollarán de la siguiente manera. El primer capítulo tiene como nombre *Son como chinos chiquitos*, el cual tiene como objetivo caracterizar el proceso salud-enfermedad-atención del programa Hospital Día desde la experiencia de los profesionales de salud vinculados a este. También, tiene como fin identificar las prácticas profesionales que ponen en marcha el personal de salud para la intervención de las enfermedades mentales y la interacción con los pacientes.

Este capítulo cuenta con descripciones de la cotidianidad del Hospital Día, las actividades que se desarrollan allí, las rutas e itinerarios de los pacientes, el cuidado y la atención psiquiátrica que reciben los pacientes y las jerarquías profesionales entre psiquiatría y personal de salud. Esto, con el fin de reconocer las prácticas laborales que inciden en la definición de los tratamientos a implementar, pues estos son fundamentales para conocer lo que el personal vinculado entiende por salud mental. Considero que es en esas prácticas que se da cuenta que la salud mental es definida desde la enfermedad mental.

Así mismo, dentro de este capítulo, se abordan debates sobre los posibles estigmas que pueden llegar a tener o no los miembros del equipo de trabajo del Hospital día aun cuando son trabajadores del sector de la salud mental. Sánchez (2016), expresa que existe una creencia errónea que supone que los profesionales de la salud mental, por trabajar en el campo de la salud mental no presentan ningún estigma o discriminación frente a estas. Por esta razón el autor afirma que, a pesar de estar involucrados en el ámbito de la salud mental, muchas veces los mismos profesionales de esta área son los encargados de reproducir la estigmatización y

construyen el enfermo mental desde la peligrosidad, la incapacidad y la necesidad de aislamiento.

Otro de los debates a tratar es que el estigma no es exclusivo hacia los pacientes. Pues históricamente las personas adscritas al campo de la psiquiatría han sido estigmatizadas por trabajar allí. No obstante, Yepes (2010) y Alazraqui (2017) dicen que formas de tratamiento alternativo, como es la internación parcial (la internación parcial se realiza cuando el tratamiento requiere ser más activo que la consulta externa, pero menos que la hospitalización), y los profesionales que trabajan y aplican estos tratamientos han sufrido y sufren de estigmatización por salirse del marco experimental de la biomedicina².

Digo que se sale del marco experimental de la biomedicina porque ese tipo de tratamiento pretende que las personas estén menos tiempo recluidas en instituciones psiquiátricas y evitar la cronicidad del trastorno que se puede llegar a dar debido a las estancias prolongadas en lugares en donde no hay posibilidades de salir o de realizar actividades cotidianas.

Pero, al detallar la operatividad del Hospital Día, me di cuenta que en lugar de ser dos formas de tratamiento contrastándose³, estas convergen dentro del programa, pues se busca darle mayor libertad al paciente desligándolo un poco de la hospitalización, pero al mismo tiempo se le suministran psicofármacos que pretenden “nivelar el desequilibrio químico en el cerebro”.

El segundo capítulo tiene como título *Hacer una vida normal*, el cual tiene como objetivo rastrear las nociones sobre salud mental que elabora el personal de salud vinculado al Hospital Día desde su rol como profesionales y trabajadores de una institución pública. Así, se reconoce cómo construyen los profesionales de la salud vinculados al programa el concepto de enfermedad mental desde el marco de las creencias y representaciones, y desde los elementos sociales y culturales que afectan el “enfermar psiquiátricamente” en Villavicencio.

El capítulo iniciará con la descripción de cuatro casos particulares de situaciones vividas en el Hospital Día por parte de distintos profesionales de la salud mental. Esto permitirá tener un

²De acuerdo a Pool & Greissler (2005) y Helman (2007) por biomedicina se entiende la práctica en salud basada en los fundamentos médicos y los principios de la fisiología, la anatomía y la bioquímica. También se conoce a este sistema como medicina universitaria o convencional.

³ Los tratamientos pensados desde la biomedicina y los pensados desde la antipsiquiatría.

acercamiento a las formas en las que ellos construyen el concepto de salud y enfermedad mental desde la experticia y la experiencia laboral en el área de salud mental. Posteriormente, se habla de algunas nociones sobre salud y enfermedad mental que pude detallar en el programa mediante la etnografía. Finalmente, se mencionan algunos casos específicos en los que se da cuenta de lo que se entiende por normalidad y anormalidad por parte de los profesionales de salud mental vinculados al Hospital Día.

Este capítulo comprende la discusión sobre la salud mental construida desde la enfermedad mental y que esta sea vista como una condena, siendo el enfermo culpable y los encargados de su atención inquisidores que libran el mal de la sociedad (Márquez Romero, 2010). Lo anterior, radica en que la salud mental en Colombia es entendida como estado dinámico que permite a las personas desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar y poder trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (República de Colombia, 2013). A pesar de ello, esta definición resulta genérica y problemática al incluir en una misma dimensión elementos que vinculan el bienestar, la calidad de vida y las enfermedades. En este último caso, las enfermedades, es donde se ancla la definición que en la práctica se usa en nuestro país (Ruiz Eslava, 2015).

En el caso concreto del programa Hospital Día, se hace evidente que la salud mental se define desde la enfermedad, pues al expresar mi interés por trabajar en el programa, me recomendaron que estuviera atenta a la unidad de Hospitalización. Además, constantemente instan a los pacientes a tener “una vida normal”, que deben aprender a hacer cierto tipo de actividades para “cuando nos integremos otra vez a la sociedad” y que “el trabajo es prepararte en este tiempo para que aprendas a estar bien afuera”.

Así mismo, a lo largo del capítulo me apoyo en el caso de tres profesionales de la salud mental que trabajan en el programa, las cuales me permiten dar cuenta de las diferencias entre lo que se entiende por salud y enfermedad mental. Pero, sobre todo, me permiten dar cuenta de cómo las formas de tratamiento pueden variar según la experticia y la experiencia de la persona.

Este trabajo de investigación tiene como base un diseño etnográfico mediante el cual fue posible examinar las interacciones del personal de salud adscrito al programa Hospital Día y producir interpretaciones profundas desde el punto de vista del personal. Lo anterior, a través

de la interpretación y el análisis de prácticas y conocimientos inmersos en sus espacios laborales frente a proceso salud-enfermedad. atención.

Para el desarrollo del trabajo, la investigación se condujo en el programa Hospital Día, ubicado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Departamental de Villavicencio. Allí se realizó observación en las horas de funcionamiento del programa, de lunes a viernes, durante aproximadamente dos meses (junio-julio de 2019). También, se realizaron entrevistas a la psiquiatra encargada del programa y a los 3 auxiliares/profesionales especializados en otras áreas de la salud. Lo anterior, con la intención de conocer sobre la forma en la que entraron al programa, el rol que cumplen en este, sus percepciones sobre salud y enfermedad mental, y las formas de tratamiento y atención. Asimismo, estas entrevistas semiestructuradas me permitieron comprender mejor el funcionamiento del Hospital Día.

Para la recolección de la información, se implementó un diario de campo en el que se consignaron datos como percepciones y sentimientos frente a diversas situaciones ocurridas dentro del programa, los cuales fueron obtenidos mediante la observación. Además, al conversar con los miembros del equipo de trabajo del programa, pude obtener información sobre percepciones de estos frente a los pacientes, los diagnósticos y los tratamientos; los cuales son aspectos que guían la mayor parte de este trabajo.

Esta investigación me permitió dar cuenta de que el concepto de salud mental resulta ambiguo y genérico. Esto permite que sea abordado y conceptualizado de distintas maneras, dependiendo de la formación académica y la experiencia laboral de las personas que trabajan en este sector de la salud. A lo largo del trabajo, doy cuenta de que estas distintas formas de abordar la salud mental convergen en el programa Hospital Día.

Para finalizar, considero que este trabajo de investigación permite dar cuenta de que el ejercicio profesional está permeado por diferentes factores tales como la experiencia y la experticia. Así mismo, invita a reflexionar sobre las dificultades que se pueden presentar al momento de desarrollar un programa como Hospital Día, pues la falta de recursos, el comportamiento de los pacientes y la falta de interés por parte de los familiares significa un mayor esfuerzo para los profesionales de la salud mental, que en ocasiones parece no dar frutos (Martínez Hernández, 1998).

De igual manera, este trabajo permite reflexionar sobre la preocupación de la antropología médica frente a la construcción de una etnografía de la enfermedad y, sobre todo, para ver más allá de los síntomas. Esto desde la comprensión de la importancia de la conceptualización de la salud y la enfermedad mental, pues hacer esto resulta crucial para determinar los tratamientos. Lo interesante en esto recae en que no es necesario apoyarse exclusivamente en los síntomas de las personas diagnosticadas, sino que unos análisis a las prácticas profesionales en salud mental pueden dar cuenta de ello.

La salud mental fue un tema que me fue apasionando de a poco, pero desde temprana edad. Una de mis abuelitas vivió por más de 16 años con Alzheimer y con el paso de los años pude ver cómo su condición se deterioraba hasta llegar a la muerte. Esto me hizo cuestionar el funcionamiento del cerebro y los tratamientos que reciben las personas que perciben el mundo de una forma distinta. No obstante, el tema quedó suspendido por varios años hasta que en el 2014 a mi hermano, con 15 años le dio una trombosis cerebral y en medio de todo ese drama familiar volvió a surgir mi interés por el cerebro y las formas particulares en las que las personas se pueden llegar a comportar. Cuando conocí la antropología médica y el alcance que desde esta se podía tener para conocer sobre los sistemas médicos y sobre cómo se ve la enfermedad desde distintos puntos de vista, me cautivó y encontré la manera de estudiar lo que quería desde la profesión que había elegido.

Capítulo 1. Son como chinitos chiquitos. Dinámicas de profesionales de la salud mental en el Hospital Día.

Las diferentes formas de actuar y pensar de algunos individuos dentro de una sociedad han causado curiosidad desde tiempos inmemorables. Esto implicó una búsqueda de saberes y conocimientos para poder explicar esas diferencias, por esta razón los ahora conocidos como trastornos mentales, anteriormente eran definidos como rupturas con lo natural, como maldiciones o incluso como posesiones demoniacas.

González de Rivera (1998) hace una evolución histórica de la psiquiatría, es por esta razón que expresa que los orígenes de la psiquiatría se remontan a los albores del pensamiento humano, pues los primeros médicos conocían mejor los procesos mentales que los fisiológicos. No obstante, también advierte que, durante siglos, el tratamiento que se le daba a las personas

socialmente distintas o los comúnmente llamados locos han estado anclados a la religión y a la comprensión de fuerzas externas inmateriales. Estos tratamientos variaron según la época y el contexto, pero era frecuente que a esas personas las internaran en centros para darles “tratamientos morales” o eran torturados, pues se creía que estaban poseídos o que les faltaba razón. Esto nos ayuda a entender que la preocupación por el pensamiento humano no es algo que surgió de la nada, sino que es una incógnita que nos ha rodeado desde hace mucho tiempo atrás.

Ahora bien, Huertas (2001) expone que la psiquiatría fue algo que se repitió por distintas partes de Europa y que coincidió con las revoluciones de finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX. Esto da cuenta, según el autor, de la estrecha relación entre la psiquiatría y los contextos socio- políticos, de esta forma, por mucho tiempo se optó por un régimen de disciplina en un contexto estructurado, en donde los pacientes estuvieran controlados y bajo la supervisión de un psiquiatra. Debido a esto, las personas que eran diagnosticadas con algún trastorno mental eran reclusos en estos centros de forma indefinida, pues más allá de un tratamiento, se buscaba una forma de contención para las personas consideradas peligrosas (Alazraqui, 2017: 35).

Pero la labor de los psiquiatras no se quedó exclusivamente en la supervisión de los “locos” pues desde hace varias décadas y hasta en la actualidad, estos profesionales de la salud son los encargados de determinar si una persona puede o no ser condenada a una cárcel o debe ser remitido a un centro especializado. Esto, a mi parecer, da cuenta de la función que en el fondo tiene esta especialidad, pues básicamente ellos son los encargados de dictaminar las líneas entre la normalidad y la anormalidad. Y con esto, la responsabilidad de determinar quién hace parte de la normalidad y quién no.

Posteriormente, en la década del cincuenta, se empiezan a desarrollar psicofármacos que toman gran acogida entre los grupos de psiquiatras. A pesar de esta nueva medicación se seguía apostando por una reclusión total de los pacientes, lo cual implicaba grandes gastos económicos, pues los pacientes pasaban, prácticamente toda su vida allí y las instituciones llamadas manicomios, sanatorios o psiquiátricos debía costear la manutención de estos y el alto costo de los psicofármacos (Vázquez-Bourgon, et al, 2012).

A mediados de 1960 surge la antipsiquiatría⁴ como un movimiento dentro de la medicina social, que pretende redefinir los principales presupuestos teóricos de la psiquiatría y en particular los tratamientos coercitivos y darles mayor autonomía a los pacientes (Macaya, 2018). De esta manera, los tratamientos basados en el uso de camisas de fuerza, duchas frías, aislamiento, inmovilizaciones prolongadas y altas medicaciones, se cuestionan y se plantea que los profesionales de la salud, especialmente los psiquiatras, no se enfrentan solo a tratar patologías, sino a personas marcadas por categorías sociales y personales (Vásquez, 2011).

Uno de los presupuestos que busca redefinir, particularmente, es la definición de enfermedad mental, ya que desde la psiquiatría esta es vista como un desequilibrio neuroquímico y la mejor forma de tratamiento eran los psicofármacos. Por el contrario, la antipsiquiatría argumentó que la enfermedad era un mito mantenido por algunas conveniencias sociales o una forma de estigmatizar a las personas que se salían de lo “normal” (Yepes Roldán, 2010: 6). También expuso que la enfermedad era una construcción social y cuestionó lo patológico de la misma. (Porter & Rodríguez, 2002: 14).

Es en este contexto que desde la psiquiatría se empezó a abogar por tratamientos comunitarios, con los cuales se buscaba que los pacientes tuvieran una “resocialización” (esto se refiere a que las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental dejaran de estar recluidas en psiquiátricos y así poder realizar actividades cotidianas como trabajar o entablar relaciones afectivas), una mayor autonomía e independencia. Esto teniendo en cuenta que los pacientes psiquiátricos estaban condenados a ser reclusos en sanatorios de por vida, sin importar el diagnóstico. Por estas razones, se empezaron a desarrollar programas que distanciaron un poco a los pacientes con la hospitalización psiquiátrica.

Ahora bien, que la psiquiatría se empezara a distanciar de terapias coercitivas y buscara la forma de realizar tratamientos más enfocados a la resocialización del paciente, implicó que otros profesionales se vincularan al campo de la salud mental. Una de las profesiones que se vio en la necesidad de acoplarse a los nuevos tratamientos y a empezar a ver a los pacientes más allá de solo los síntomas fue la enfermería. Esto conllevó a que los profesionales de esta área de la salud desarrollaran programas con enfoques más humanistas, o sea, que se centraran más en el paciente, en su entorno y en un trato más digno, y no solo enfocado en la enfermedad. En las últimas tres décadas se ha desarrollado una nueva enfermería de salud mental, la cual

⁴ En el capítulo 2 se abordará con mayor profundidad el movimiento antipsiquiátrico

busca que los profesionales vinculados a esta especialidad tengan las capacidades y habilidades para responder a las necesidades de cuidados que requiere la comunidad (Alazraqui, 2017).

En el presente capítulo, se pretende indagar sobre los retos que presentan los profesionales de la salud mental vinculados al Hospital Día al momento de desarrollar actividades que buscan generar mayor autonomía y habilidades sociales en los pacientes. Así mismo, se pretende dar cuenta que las prácticas y las relaciones que establecen los profesionales con los pacientes, están mediadas por una serie de estereotipos sobre lo que implica la enfermedad mental.

Para esto se intentará, primero, identificar las prácticas profesionales que ponen en marcha el personal de salud vinculados al Hospital Día para la intervención de las enfermedades mentales y la interacción con los pacientes; y, segundo, caracterizar el proceso salud-enfermedad-atención del programa Hospital Día desde los profesionales de salud vinculados a este.

El capítulo iniciará con el apartado *Con estos chicos no hay mucho que hacer*, donde se hace una descripción de las actividades diarias del programa, las dificultades y retos para lograr que los pacientes desarrollen autonomía mediante terapia ocupacional; posteriormente, se hablará de la dicotomía entre lo que se hace en el programa y lo que se espera que se haga, esto dará paso a la tensión entre psiquiatría y antipsiquiatría, mostrando que existe una tendencia hacia el *hospitalismo* que implica que los pacientes sienten y creen que no pueden estar bien por fuera del programa.

Luego se da paso a *Esto es como un jardín y uno se vuelve como una mamá*, aquí se habla de la forma en la que los cuerpos de los pacientes del programa son moldeados con el fin de que se acomoden a lo que socialmente se entiende por normal. Así mismo, se expone el comportamiento maternalista⁵ que tiene el personal para con los pacientes, reproduciendo así estereotipos sobre la enfermedad mental y cómo esto afecta el tratamiento de los pacientes.

Con estos chicos no hay mucho que hacer

El programa se integra por: una psiquiatra, quien está encargada de valorar, diagnosticar y determinar si los pacientes ingresan o no a Hospital Día; una terapeuta ocupacional, encargada

⁵ Hablo de maternalismo pues todo el personal de salud mental que trabaja en el Hospital Día es mujer

de planear y ejecutar las actividades durante el programa; una auxiliar de terapia ocupacional quien ayuda en el desarrollo de estas actividades; y, una auxiliar de enfermería, quien hace seguimiento a la atención médica y hospitalaria de las personas que se vinculan al programa (por ejemplo, toma de signos vitales, administración de medicamentos, etc.). Además de esto, una vez a la semana una psicóloga de la Unidad de Salud Mental del Hospital Departamental se reúne con los pacientes y hace distintas actividades con ellos. Adicionalmente, estudiantes de último semestre de enfermería van a realizar prácticas en el programa. Estas las realizan los martes y miércoles durante dos semanas y luego llega un nuevo grupo de practicantes.

Hospital Día tiene capacidad para atender a 22 pacientes que estén dentro de un rango de edad de entre 17 años y 80 años, son hombres y mujeres de distintas clases sociales, algunos de Villavicencio y otros de ciudades cercanas que ingresan por algunos días. Aunque la capacidad es de 22 personas, normalmente el número de paciente oscila entre los 13. Los pacientes que entran al programa están diagnosticados clínicamente con algún trastorno mental pero que en el momento no están en crisis. La persona que asisten al programa es porque presenta algún trastorno mental parcialmente controlado. Esto implica que no estén pasando por una crisis psicótica⁶ y que no requieran una hospitalización completa. En el programa, realizan actividades de terapia ocupacional con el fin de lograr una rehabilitación cognitiva y que el programa sea un lugar en donde los pacientes pueden estar, realizar diversas actividades, socializar y tener a alguien que esté pendiente de ellos. Estar en crisis hace referencia a que los pacientes estén sumamente alterados, que necesiten atención y vigilancia constante. En resumen, no estar en crisis implica que los pacientes sean capaces de movilizarse por sí mismos, que sean ellos mismos los que se tomen los medicamentos y que no requieran de una atención tan estricta como en Hospitalización. En este punto es importante recalcar que el programa Hospital Día no cuenta con recursos suficientes para la ejecución de las actividades ahí planeadas y necesarias para los pacientes. Sin embargo, esto no es exclusivo del programa, por el contrario, es un problema general del Hospital Departamental de Villavicencio pues para el 2018, según Semana, los activos presentaron un déficit 14%, el patrimonio bajó 41% y los pasivos aumentaron un 57%. Esto último se traduce en un incremento de 25.000 millones a 70.000 millones (Revista Semana, 2019). Esta situación económica del Hospital repercute en las actividades y en el presupuesto limitado del programa Hospital Día.

⁶ La crisis psicótica es entendida como una ruptura con la realidad en donde las personas no distinguen si lo que perciben hace parte de una alucinación o no.

Así mismo, los profesionales aclaran que es necesario que los pacientes que entren al programa no padezcan de algún tipo de narcodependencia o si la tuvieron que ya se hayan desintoxicado, pues porque el programa no está adecuado con ese tipo de necesidades.

El programa funciona de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30pm. Desde las 7:30 am hasta las 9:30 am los pacientes llegan al programa, en ese tiempo y mientras esperan que lleguen todos, se les dan las medicinas correspondientes a cada uno y el desayuno. Mientras todos los pacientes llegan, se ve televisión. Luego desayunan y realizan alguna actividad de ejercicio que, casi siempre, es zumba. Luego de esto se acomodan las mesas y las sillas para que los pacientes coloreen, pinten, armen rompecabezas o jueguen juegos de mesa. A medio día, los pacientes toman el almuerzo para luego da espacio a una siesta. Al despertar, hacen otra actividad manual y finalmente, se van para sus casas.

Para esto, los individuos asisten algunas horas al día al programa, con el fin de que puedan realizar las actividades diarias cotidianas e integrarse a la vida social el resto de día. Poniéndolo así, parece que el programa es flexible, sin embargo, el trasfondo de este es que resulta ser rígido, pues las actividades y la misma instancia de los pacientes dentro del programa resulta ser monótono y rutinario. Los pacientes duran más o menos 15 días dentro del programa, luego salen y dependiendo de lo que decida la psiquiatra pueden volver al programa o no. Esto conlleva a que están variando entre entrar y salir del programa constantemente, y como expuse anteriormente, esto supone que las actividades no se logren desarrollar con mayor profundidad. Que las actividades no puedan desarrollarse con profundidad implica que lo que se haga en el programa debe ser a corto plazo y sencillo, además resulta que las actividades terminan siendo las mismas cada semana y si varían es realmente poco.

Este tipo de actividades se inscriben en el modelo de las internaciones parciales, espacios impulsados por el movimiento antipsiquiátrico que pretende dar mayor libertad y autonomía a los pacientes. Igualmente, mediante este tratamiento se busca: aportar relaciones humanas, interacciones emocionales, el desarrollo de competencias personales, nuevos aprendizajes y experiencias que permitan una posible mejora en los pacientes. Así mismo, como el paciente solo asiste al programa durante algunas horas al día, se espera que el resto de la jornada pueda desarrollar con normalidad su cotidianidad, y al mismo tiempo se espera alejar al paciente de la hospitalización psiquiátrica para evitar dependencia a esta (Alazraqui, 2017).

El segundo día que asistía al programa Hospital Día, el personal de salud me explicó que el programa busca desarrollar en los pacientes “las habilidades sociales”. En este caso, las habilidades sociales consisten en saber interactuar con las personas y lograr desenvolverse en la cotidianidad. Esto implica que los pacientes puedan, por ejemplo, saber utilizar el transporte público y manejar dinero. Que por distintas circunstancias no desarrollaron a cabalidad, esto incluye comunicación, interacción.

Esto con el fin, según el personal de salud mental del programa, que se puedan “desarrollar satisfactoriamente” y en mayor medida, que puedan desenvolverse de forma autónoma en la cotidianidad. “Desarrollarse satisfactoriamente” hace referencia a que lleven una “vida normal” o sea, que puedan tener autonomía económica, que consigan un empleo, que no dependan tanto de sus familiares y que cada vez sean menos los ingresos a la Unidad de Salud Mental, ya sea en urgencias, hospitalización y Hospital Día. No obstante, ese “desarrollarse satisfactoriamente” también va dirigido a lo que los familiares quieren y esperan del paciente, y sobre todo las peticiones van a que estos sean capaces de ayudar en “cosas mínimas de la casa como lavar loza, organizar la habitación y hasta preparar su propia comida”. Esto lo pude notar porque luego del fin de semana era un tanto recurrente escuchar al personal de salud mental reproducir las quejas que daban los familiares sobre los pacientes.

El personal de salud mental del programa me comentó que una de las estrategias que habían implementado para que los pacientes ayudaran más en la casa y que aprendieran a hacer tareas básicas, era hacer que ellos mismos recogieran su bandeja de desayuno y almuerzo, y que al final de cada comida se responsabilizaran por desechar los residuos de comida y demás elementos desechables. Esto lo empezaron a implementar porque antes el personal les pasaba las bandejas, pero los familiares se quejaron porque los pacientes, en la casa no hacían nada, ni pasar cubiertos ni nada.

El día que conocía al personal de salud fue en una reunión semanal, se habló de las dificultades de algunos pacientes, como un anciano que, por la rigidez de su cuerpo debido a la edad y a la discapacidad intelectual, no lograba hacer muchas de las actividades físicas propuestas. Así mismo, se presentó la preocupación porque algunos pacientes no eran capaces de llegar y salir del programa por cuenta propia, pues no sabían qué buseta debían tomar. Ante esto, parte del

personal manifestó que se podría hacer un ejercicio de simulación, en donde los pacientes fingieran tomar la buseta que los llevara a la casa.

Algunas semanas después, el personal llegó con cartulinas y marcadores con el fin de hacer los letreros que simularan los de las busetas. Mientras le preguntaban a cada paciente qué buseta les servía, se hizo evidente que algunos de ellos no tenían esa respuesta, simplemente no sabían qué buseta pasaba por su casa o le servía. Ante esta situación, el personal les preguntaba el barrio en el que vivían y así les decían qué buseta les podía servir.

Luego de hacer los carteles, los pacientes se dividieron en dos grupos, los que iban a estar sentados esperando que la “buseta” pasara, y los que serían la “buseta”. En un principio los pacientes estaban algo tímidos, pero al repetir la actividad se veían un poco más animados. Esto pasaba con los más introvertidos, sin embargo, los más extrovertidos empezaron a no tomar en serio el ejercicio, y poco a poco se empezó a ver el desinterés de los pacientes por la actividad.

La actividad de las “busetas” dan cuenta de que el personal, a pesar de tener diversas perspectivas profesionales, realizan actividades que incorporen estas distintas perspectivas en las que trabajan. Esto da cuenta de lo que expresan Vázquez-Bourgon et al (2012) al decir que es imperioso hacer énfasis en las necesidades de las personas y no aplicar una serie de intervenciones estandarizadas y descontextualizadas desde cada ámbito profesional. En el caso del Hospital Día, las personas que están casi todo el tiempo con los pacientes son la auxiliar de terapia ocupacional y la profesional de terapia ocupacional. Esto implica que las intervenciones que se hacen no están descontextualizadas profesionalmente. Sin embargo, esto no niega la posibilidad de que cada miembro del equipo de trabajo tenga distintas formas de abordar el tratamiento y las actividades a realizar⁷.

A pesar de que las actividades cuentan con diversos enfoques profesionales, ciertas tareas como dibujar frutas, hacer flores con materiales reciclados o pintar, para algunos pacientes resulta tedioso. Durante una jornada, el personal de salud mental les pidió a los pacientes que se organizaran en la mesa grande, mientras lo hacían daban indicaciones sobre la actividad que iban a hacer. Algunos pacientes expresaban que no lo querían hacer, que les parecía aburrido

⁷ Este tema será abordado con mayor profundidad en el capítulo 2.

y que preferían hacer otra cosa. Sin embargo, el personal los acomodó para que realizaran los dibujos de su fruta favorita.

La actividad transcurrió sin mayor problema por algunos momentos, pero pude observar que los pacientes que en un principio no querían hacer el dibujo, comenzaron a hablar con otros y a expresar que no deseaban dibujar más. Ante esta actitud, el personal de salud mental les pidió que por lo menos terminaran el dibujo o que lo arreglaran un poco agregándole más color. Sin embargo, este mandato no fue acatado y sencillamente se levantaron de la silla y se pusieron a caminar un poco por el salón, esta situación produjo que dos de los pacientes que sí estaban motivados con hacer los dibujos se dispusieron a terminar los trabajos de los otros.

Ahora bien, ese tipo de comportamientos que pueden llegar a tener algunos pacientes frente a las actividades propuestas implica para el personal de salud mental un mayor esfuerzo para lograr que ellos se ejerciten y fortalezcan las habilidades necesarias. Estas situaciones pueden llegar a generar tensión dentro del programa, pues los pacientes se empeñan en no realizar las actividades y los miembros del personal de salud mental se esmeran para que si las hagan. No obstante, la tensión es tal que a veces me daba la impresión de que el personal de salud mental casi que los obligaba a realizar las actividades.

Al decir que casi obligaban a los pacientes para hacer las actividades, hago referencia a que, en algunas ocasiones, pude observar que, aunque los pacientes no estén interesados o a gusto con el ejercicio planteado, los miembros del personal de salud mental los presionan y casi que les exige que hagan los ejercicios. Esto trae como resultado que los pacientes, en efecto, hagan los ejercicios, pero no los hagan con agrado. La actitud de los profesionales y hecho de que los pacientes parecían obligados a realizar las actividades, me hizo percatar que a pesar de que el Hospital Día no cumple la función de una hospitalización completa y se supone que le brinda a las personas alternativas de tratamiento en donde tengan más libertad, se sigue cumpliendo parcialmente con el modelo disciplinario de la psiquiatría, en el cual los pacientes deben obedecer por completo las órdenes del personal médico y por lo tanto, no salirse del marco disciplinario.

Un día, el personal de salud mental les pidió a los pacientes que se organizaran en frente del televisor pues iban a realizar los ejercicios matutinos de zumba, ante este orden uno de los pacientes preguntó el por qué debían hacerlo y expresó que era mejor hacer otra cosa ya que él

no quería bailar. Al escuchar las quejas del paciente, un miembro del personal de salud mental le contestó “Todos los días en la mañana hacemos zumba, ahí (haciendo referencia al programador pegado en la puerta principal) dice que todas las mañanas se hace zumba” y luego le pidió al paciente que se acomodara para empezar el ejercicio.

Empezó la clase de zumba y un par de pacientes se veían motivados y con actitud de bailar, mientras que los demás parecían hacer los ejercicios solo porque tocaba. Pasaron algunos minutos y se veía que todos hacían un esfuerzo por coordinar los movimientos y llevar el ritmo, de hecho, parecía que se divertían siguiendo los pasos de zumba. Pese a esto, de un momento a otro, el paciente que se había mostrado inconforme con el ejercicio se apartó del grupo y se quedó inmóvil, viendo desde el fondo a sus compañeros bailar. El miembro del personal de salud mental, al percatarse de lo ocurrido se acercó al hombre y le pidió que se acoplara al grupo para terminar los ejercicios, al obtener una respuesta negativa le insistió para que se acomodara y le preguntó el por qué no quería bailar y él le contestó que porque esa música no le gustaba ya que hablaba de sexo y otras cosas que no permitía la biblia. Posteriormente se sentó en una silla y observó al resto de sus compañeros hacer los ejercicios.

Madoz-Gúrpide et al (2017) expresan que debido a las reformas que han ocurrido en cuanto a la salud mental, se pretende rescatar y respetar la autonomía de los pacientes, y supone una mayor participación de estos, en el plan terapéutico que se pueda dar. Pude intuir que esas reformas se encuentran en el Hospital Día, pues como me dijeron reiteradas veces, allí se busca que los pacientes que ingresen al programa sean más autónomos y logren desenvolverse sin mayor dificultad en la cotidianidad.

Sin embargo, la mayoría de las actividades que pude presenciar en el Hospital Día eran realizadas dentro de los espacios del mismo. De igual manera, estos estaban planeados y no dejaban mucho a consideración de los pacientes. Es decir, que las actividades propuestas simplemente eran presentadas a los pacientes, los cuales debían acatar las instrucciones y realizar los juegos según los parámetros estipulados. Por esta razón, me causó curiosidad el día en el que las actividades de la mañana se realizaron en el polideportivo del Hospital Departamental de Villavicencio. Ya que este espacio podría dar la oportunidad a los pacientes de realizar las actividades que ellos quisieran.

Era temprano en la mañana y todos nos alistamos para ir al polideportivo, pues luego de varios días lloviendo por fin era posible salir. El personal de salud mental se movía de un lado para otro, parecía que tenían afán, mientras tanto les pidieron a algunos pacientes que llevaran algunos balones y un ajedrez.

Al llegar al polideportivo dividieron a los pacientes en tres grupos: los que jugaban fútbol, los que jugaban basquetbol y otros que estaban sentados en las gradas jugando ajedrez. La mañana transcurría con normalidad mientras hablaba con el personal de salud mental, sin embargo, en un momento dado regañaron a uno de los pacientes por jugar con uno de los balones, le dijeron que era mejor que se sentara y siguiera jugando ajedrez. A pesar de esto, cuando el personal se dio cuenta, éste estaba caminando por una pequeña montañita que allí había y ante los reclamos del personal de salud mental para que se sentara, él alegó que quería caminar y que no se quería estar más tiempo sentado.

Luego de que el personal de salud mental le dijera que se sentara y siguiera jugando ajedrez, yo seguí mi conversación con el personal. Una de ellas me estaba contando cómo llegó al programa y otras cosas personales, cuando de repente interrumpió su historia para regañar a uno de los pacientes, esta vez era uno de los más jóvenes, que en lugar de jugar fútbol o basquetbol quería jugar ajedrez. Pero le decían que no, que debía jugar a algo más, algo que incluyera actividad física, esta situación desató una discusión que terminó cuando el paciente se rehusó a jugar con los balones y se sentó en las gradas para jugar ajedrez.

Estas dos situaciones, vividas un mismo día me hicieron cuestionar sobre la participación que tienen los pacientes en la organización de los planes terapéuticos y los retos que implica lograr esto en un programa en donde los pacientes son tan variados⁸. Para el momento que asistí al programa, había pacientes de distintas edades. Había un adolescente de 17 años que se aburría con facilidad. Hacía las actividades rápido y siempre quería hacer algo más, una señora de unos 20 - 25 años que me daba la impresión de que solo le gustaba ver televisión; y un señor de unos 65 - 70 años que le gustaba hacer las actividades, pero se veía limitado físicamente para realizarlas. A pesar de que el programa Hospital Día principalmente recibe a personas mayores de edad, existen múltiples diferencias en cuanto la movilidad de los pacientes, los gustos y las preferencias en cuanto a las actividades.

⁸ son variados en cuanto a la edad, el diagnóstico y la situación familiar que presentan.

No solo por los diagnósticos sino por los gustos de cada uno, las habilidades y la edad. Cibanal (2007) expresa que la enfermería de salud mental debe tener en cuenta que los pacientes son muy diversos, pues hacen parte de grupos sociales y culturas diferentes. Por lo tanto, es deber de estos profesionales de la salud tener una sólida formación teórico-práctica para poder brindar un servicio humano que satisfaga las necesidades de salud. Sin embargo, lograr que las actividades a realizar sean “personalizadas” implica una mayor complejidad por esa misma diversidad de la que habla Cibanal (2007).

Un lunes, a eso de las 9:45 am llegó la psiquiatra al salón en donde estaban los pacientes, les pidió que se acomodan en círculo y minutos después de que los pacientes se sentaran les preguntó “¿Qué tema de la vida diaria les gustaría que trabajaran más?” y como ningún paciente tuvo la iniciativa de decir algo, empezó a preguntar persona por persona, pero ninguno preguntó sobre cómo movilizarse por la ciudad o por cómo realizar compras en el supermercado, ese tipo de preguntas eran las que yo suponía que se harían. No obstante, se tornó en un espacio para que los pacientes expresaran algunas inconformidades respecto a sus relaciones familiares. Ese día había una serie de capacitaciones para el personal de la Unidad de Salud Mental, por lo tanto, la sesión con la psiquiatra no fue tan extensa y fue necesario que a los pacientes los acomodaran en el salón en donde toman los alimentos y los pusieron a hacer dibujos.

Con esta reunión que se dio entre psiquiatra y pacientes hizo evidente esa complejidad, pues a pesar de que la psiquiatra les preguntó específicamente sobre las actividades a realizar, algunos de los pacientes que se animaron a hablar se expresaban respecto a las inconformidades con familiares o personas cercanas y no sobre el Hospital Día específicamente. Esta situación permitió dar cuenta de algunas de las complejidades a las que se enfrentan los profesionales vinculados al programa, pues además de tener distintos diagnósticos y edades, también presentan distintas necesidades respecto a sus relaciones sociales y afectivas. También tuve la impresión de que el ámbito familiar y afectivo de los pacientes es más relevante para ellos, que la necesidad de aprender a tomar buseta o dar y recibir cambio de dinero. De igual manera, me parece pertinente aclarar que durante el tiempo en el que asistí al programa, esta fue la única vez que escuché que les preguntaran a los pacientes que querían trabajar o hacer.

Ahora bien, no todos los pacientes se mostraban inconformes con las actividades que se realizaban, algunos llegaban motivados y con ganas de aprender a hacer distintas cosas. Por

ejemplo, una de las pacientes llegó un día diciendo que quería aprender a hacer manillas, que por favor le enseñaran. Ante esto, un miembro del personal de salud mental le dijo que si quería aprender debía llevar ella misma los materiales, pues en el programa no tenían materiales para eso. Al día siguiente la señora llegó al programa con una bolsa plástica y en un momento mientras los demás jugaban juegos de mesa o veían televisión, ella se organizó en una mesa y llamó al personal de salud mental para que le ayudarán.

El miembro del personal de salud mental se sentó junto a la paciente que ya tenía una idea de cómo hacer las manillas, y le dio algunos consejos de qué colores combinar o qué piedras utilizar. Al día siguiente cuando llegué, la paciente se me acercó y me mostró las manillas que había hecho, que ya tenía una idea de cómo hacer otras manillas y también me contó que había vendido unas de las que había hecho. Sin embargo, expresó que el miembro del equipo de trabajo que le había ayudado la regañó por vender las manillas tan baratas y que le estaba enseñando a saber a cómo cobrarlas para así poder ganarles algo.

Otra paciente, recién llegada al programa, se acercó a una mesa en donde tenían distintos materiales como cartulinas y cartones, los contempló por algunos segundos y aprovechó que uno de los miembros del personal de salud mental se acercó para manifestarle que quería aprender a hacer decoraciones navideñas y le preguntó que si era posible hacerlas. Sin embargo, le contestó que tocaba ver si era posible, porque normalmente esas cosas se hacían a final de año, apenas para navidad y porque no contaban con los materiales necesarios ni la disposición de todos los pacientes.

Este tipo de situaciones que pude notar en el programa me hicieron cuestionar el límite entre lo que quieren y esperan los pacientes aprender en el programa y lo que el programa les puede ofrecer. Al seguir a Vázquez-Bourgon et al (2012) se revela que hay un desequilibrio en la atención de la salud mental entre las necesidades asistenciales de los pacientes y la provisión de servicios comunitarios para el tratamiento de la patología psiquiátrica. Así lo que resulta es que algunos pacientes quieren aprender distintas cosas que les pueda servir para ser más autónomos, pero son limitados por los servicios que ofrecen o no ofrecen en el programa. Estos servicios a su vez están definidos por las prioridades que marca el personal a cargo (temporalidades o recursos).

Al entrevistar a un miembro del equipo de trabajo de Hospital Día, me contó que antes a los pacientes les enseñaban a hacer bolsas de basura, decoraciones para navidad, sembrar distintas plantas y hacer manualidades con material reciclado. Incluso les enseñaban a saber cuánto cobrar por lo que realizaban. Particularmente me contó el caso de una señora que había estado en Hospital Día pero que mejoró y no tuvo la necesidad de volver.

Casi como si me estuviera contando un secreto, se me acercó y en voz baja me dijo:

— ¿Si ha visto a la señora que a veces viene?

— ¿la que vende bolsas plásticas? — Le pregunté

— ¡sí! esa — contestó.

— Ella antes venía acá al programa, vivía con la mamá y prácticamente dependía de ella, casi no hacía nada en la casa. Pero acá le enseñamos a colaborar más en la casa y a hacer sus propias cositas. Por ejemplo, aprendió a hacer bolsas plásticas y luego de que salió del programa se ha sostenido vendiendo bolsas. Aprender eso fue muy importante porque la mamá se murió y pues a ella le tocó hacerse cargo de ella misma. ¿Sí? entonces ella vende bolsas plásticas, a veces viene y nos saluda con mucho cariño, y a veces le compramos bolsas.

Al preguntarle por qué este tipo de enseñanzas, cómo hacer bolsas, hacer jardinería, decoración navideña y manualidades con materiales reciclados, no se seguían haciendo. Me contestó que la jardinería tocó suspenderla debido a la temporada de lluvias, pues podía ser riesgoso para los pacientes. Riesgoso en cuanto a que el espacio en donde tienen el jardín es en un patio grande y para llegar allí es necesario subir una pequeña cuesta, esto puede resultar peligroso si los pacientes no tienen la suficiente agilidad física y como había estado lloviendo, se genera barro que hace más complicado el transitar por allí. Además de esto, no se ha vuelto a hacer jardinería porque al actual grupo no le gusta ese tipo de actividades y no les gusta ensuciarse las manos. El riesgo, y particularmente el riesgo a que se lastimen o cayeran y con esto deviniera una complicación física aparece como un detonante que también va a limitar y priorizar el desarrollo de las actividades.

Respecto al resto de actividades, la auxiliar me dijo que no se hacían porque se dieron cuenta que hacer talleres tan grandes y complejos no era tan útil, pues cuando están listos para hacer las actividades bien salen del programa. Por lo tanto, le dan prioridad a las actividades que sean sencillas de aprender y de realizar. Esto se realiza así porque los pacientes no duran mucho

tiempo en el programa y por lo tanto no tienen tanto tiempo para aprender a realizar determinada actividad o manualidad.

Ahora bien, al asistir al Hospital Día noté que existe una constante tensión entre los familiares de los pacientes y el programa integrado por los profesionales de la salud, pues los primeros expresan en reiteradas ocasiones que no ven avances o progreso de sus familiares y que en la casa no hacen mayor cosa. El personal de salud, por otro lado, expresa que los pacientes luego del fin de semana llegan desmejorados y que prácticamente es necesario iniciar de cero y volver a trabajar con los pacientes para que no solo se sientan bien estando en el programa.

Que los pacientes lleguen “desmejorados” hace referencia a que, entre semana y asistiendo al programa se encontraban bien, realizando las actividades y sobre todo de buen ánimo durante la mayor parte del tiempo. Pero durante el fin de semana con los familiares, comúnmente, los pacientes se limitan a comer y a dormir, en algunas ocasiones no se toman los medicamentos y hasta se deprimen o se ponen más ansiosos. Esto repercute al momento de volver al programa, pues llegan con mucho sueño, inquietos y hasta deprimidos, sin ganas de hacer mayor cosa y de vez en cuando, los lunes o martes después del fin de semana, prefieren quedarse sentados viendo televisión sin realizar ningún ejercicio.

Esta situación conlleva grandes esfuerzos por parte del personal, sobre todo al inicio de la semana, puesto que todo lo que se había trabajado y avanzado la semana anterior puede verse afectada por lo ocurrido el fin de semana. O sea, que, si los pacientes habían estado bien durante la semana, habían estado activos en la realización de actividades y ejercicios, pero el fin de semana tuvieron problemas o no se sintieron del todo bien, la semana siguiente cuando lleguen, el personal de salud mental deberá volver a trabajar y fortalecer actividades y pensamientos anteriormente tratados. Esto último hace referencia a volver a trabajar con los pacientes en pensamientos menos negativos y más enfocados a la realización de las actividades y de superar las dificultades.

Resultaba usual escuchar a los profesionales de la salud mental decir “los pacientes llegan a la casa a dormir y no hacen mayor cosa” y posteriormente, hablando con la psiquiatra, me expresaba que el hecho de que los pacientes estuvieran bien dentro del programa, pero que el fin de semana que no asistían a este, se sintieran mal, indispuestos o sin ganas de hacer las cosas daba cuenta de un *Hospitalismo*. Esto alude a que los pacientes, de alguna manera sienten

la necesidad de permanecer dentro del Hospital Día, pues tienden a creer que si están fuera de este no van a poder mejorar o al menos sentirse bien. Este *Hospitalismo* no solo repercute en el trabajo extra del personal de salud mental, sino que también repercute en los pacientes pues estos sienten y creen que no mejoran si no están en el programa.

Considero que la hipótesis del *Hospitalismo* responde a la idea de la psiquiatría en la cual los pacientes deben estar internos para así poder “mejorar”. Se trata de una idea que los pacientes parecen adoptar como propia. Esta situación, a mi parecer, es un reflejo de lo que los pacientes aprenden dentro del programa, pues si este tuviera más opciones y les dieran más libertad para realizar otro tipo de actividades, que generara en ello una mayor confianza en su propia autonomía, y no solo las planteadas por el personal de salud mental, creo que estas personas no sentirían que estar fuera del programa fuera una situación que los llevara a “desmejorar”.

Esto es así porque, como en reiteradas ocasiones me manifestó el personal de salud mental vinculado al programa Hospital Día, allí se espera que los pacientes que ingresen sean personas que luego de una valoración médica con un psiquiatra, este determine que no está teniendo una crisis, o sea, que no presente alteraciones entre la realidad y lo ficticio. Básicamente se espera que los pacientes que entren a Hospital Día no requieran de una Hospitalización psiquiátrica y que los tratamientos médicos se puedan realizar entre la casa y el programa, y que asistir a este sea para recibir terapia ocupacional e interactuar con más personas.

Sin embargo, que las personas creen que no se pueden sentir bien fuera del programa repercute en que pidan en reiteradas ocasiones ingresar al programa. Esto se vuelve tan repetitivo que ha habido casos de pacientes que duran asistiendo a Hospital Día varios meses e incluso años. Y esto a la larga da cuenta que la internación parcial no ha funcionado y que sigue existiendo una dependencia con respecto a la creencia de necesitar una hospitalización.

Madoz-Gúrpide et al (2017) expresan que, a pesar de que se dio una salida de los hospitales psiquiátricos dándole fin a los límites físicos, las barreras imaginarias siguen existiendo e impiden que las personas logren una integración real. Entonces, aun cuando los pacientes no están reclusos en un hospital, la integración al mundo resulta complicada. En el caso del programa Hospital Día esta situación no es ajena, ya que los pacientes siguen ingresando al programa. La psiquiatra del Hospital Día decía que para muchos pacientes resulta complicado salir a “la vida real” porque: tienen un pronóstico laboral nulo, tienen más de 50 años o incluso

deterioro cognitivo. Sumado a esto, algunas familias no se hacen cargo de sus familiares y el programa resulta ser el mejor lugar en donde los pacientes pueden estar y pasar los días.

Frente a esta situación, autores como Buiza et al (2014) y Ortiz-Lobo (2008) expresan que el proceso de tratamiento y recuperación, en gran medida recae en el personal de salud mental. En diálogo con esta argumentación, considero que en el programa Hospital Día esta responsabilidad no es exclusiva del personal. Ya que, por un lado, este programa no es una hospitalización, en la cual el personal está pendiente y se responsabiliza de los pacientes todo el tiempo, todos los días. Con esto hago referencia a que el Hospital Día es una internación parcial, lo que implica que el personal de salud vinculado a este solo esté al tanto de los pacientes durante las horas de funcionamiento del programa.

De igual manera, me parece apropiado mencionar que el personal de salud mental llega muy temprano en la mañana (más o menos 6:30 am) y mientras son las 7:00 am (hora en la que empiezan a llegar los pacientes) realizan los cronogramas, planean algunas actividades e incluso organizan datos de los pacientes. Ahora bien, respecto a los momentos en los que el personal de salud mental compartía el mismo espacio con los pacientes, pude notar que algunos días parecía que los primeros no le prestaban mucha atención a los segundos (sobre todo cuando los practicantes de enfermería asistían al programa). Sin embargo, en mayor medida el personal estaba pendiente de los pacientes, pues era frecuente escucharlos preguntar si se tenían hambre, si estaban cansados o a veces preguntaban por su estado de ánimo.

A pesar de esto, se espera que los pacientes aprendan lo necesario dentro del programa para que cuando estén fuera de él se puedan desenvolver con normalidad⁹. Por otro lado, porque los familiares o personas a cargo de los pacientes también tienen un rol primordial dentro de la recuperación, pues estos deben brindar apoyo a los pacientes para que tengan menos ingresos a los programas de salud mental; y por último, porque la modalidad del programa, que implica que los pacientes no ingresen por mucho tiempo, conlleva a que múltiples pacientes entren y salgan del programa constantemente y según el personal, esto compromete el aprendizaje de los pacientes.

⁹ La normalidad se entiende como la capacidad que tengan los pacientes para desempeñarse en la cotidianidad sin la necesidad de parientes u otras personas para lograrlo.

Con este último punto hago referencia a que, al ver y entender un poco las dinámicas del Hospital Día, siento que de alguna forma los diferentes factores que convergen en el programa repercuten en este y en el personal de salud mental vinculado. Entonces, puede que estos últimos esperen y pretendan enseñarles a los pacientes a ser un poco más autónomos y aprender a hacer cosas básicas como comprar comida o utilizar transporte público, pero si el fin de semana no ponen en práctica lo aprendido y por el contrario casi que lo olvidan, implica para el personal de salud mental un mayor esfuerzo.

Y no es solo eso, pues el tiempo que pasan los pacientes en Hospital Día también representa, a mi parecer, otro factor que impide que la responsabilidad recaiga de forma exclusiva en el personal de salud mental. Pues a pesar de que estos últimos tengan la intención de enseñarles a los pacientes a ser autónomos y capaces de responder por ellos mismos, el poco tiempo que pasan en el programa impide que esto sea del todo así.

Esto es como un jardín y uno se vuelve como una mamá

El Hospital Día es un programa de internación parcial, dirigido por una psiquiatra, encargada de valorar y hacer un seguimiento a los pacientes que ingresan. Además de esto, es la facultada de interceder con los familiares y de alguna forma, ayudarles a entender que la enfermedad no solo compete a la persona diagnosticada sino también a los demás que la rodean.

Conforme a lo que pude escuchar, dialogar y observar, la psiquiatra es la persona encargada de aumentar o disminuir la dosis de medicamentos de los pacientes, de hablar con estos para ver cómo se sienten respecto a su estadía en el programa; y a pesar de que debe atender consultas con otras personas, en la medida de lo posible está disponible para hablar con los pacientes si esto es lo que quieren o necesitan. Además, durante el trabajo de campo pude notar que a pesar de que no estuviera todo el tiempo en el salón con los pacientes, si llegaba a pasar algo (que algún paciente se sintiera mal) los demás miembros del personal de salud mental acudían a ella para ver qué se podía hacer.

Un profesional en terapia ocupacional es la persona encargada de coordinar y programar las actividades y los ejercicios a desarrollar durante la semana. Así mismo, se encarga de estar pendiente de los pacientes durante el tiempo que se encuentren en el programa. Durante el

tiempo que asistí al Hospital Día noté que esta persona está casi todo el tiempo con los pacientes, habla con ellos y los motiva a hacer las actividades propuestas. Y cuando algún paciente se mostró impaciente, ansioso o preocupado por algo, este profesional de la salud mental se encargaba de calmarlos y de intentar solucionar y mejorar la situación o problema de ellos. Además de esto, esta persona es la encargada de realizar los viernes el cine foro, el cual consiste en una simulación de una sala de cine, incluyendo la compra de boletas de entrada, las crispetas, la gaseosa y los dulces. Así mismo, ella es la encargada de elegir la película que se va a ver y de organizar el espacio para que parezca una sala de cine. Por lo general, se priorizaban las películas infantiles, siguiendo las recomendaciones profesionales.

Un par de veces pude escuchar que la profesional en terapia ocupacional les decía a los pacientes que no les podía poner películas de acción, de suspenso o de miedo porque no era bueno para ellos. Y para reafirmar su posición decía que la psiquiatra ya les había explicado que ellos solo podían ver películas animadas o infantiles porque las otras podían hacer que pensarán cosas que no debían. No obstante, era evidente el descontento de los pacientes por las películas que veían, pues algunos se quejaban de que siempre eran caricaturas y que ellos querían ver otro tipo de cosas.

La persona auxiliar de terapia ocupacional era la otra persona que se encontraba desde temprano acompañando a los pacientes en el salón, esta persona era la encargada de ejecutar las actividades de terapia ocupacional y desde lo que pude observar, era la encargada de las cosas y actividades más manuales. Por lo tanto, hacer flores de papel, dibujar y colorear eran las actividades que dirigía. Así mismo, pude observar que tenía una relación un poco más cercana con los pacientes, por lo tanto, les preguntaba por la familia, el trabajo o el estudio.

Estando en Hospital Día, pude apreciar que la relación de esta persona con los pacientes era un poco más estrecha, pues los pacientes se acercaban a hablar con ella, le contaban cómo habían estado el fin de semana con sus familiares, y al momento de hacer manualidades u otras actividades era a ella la que se dirigían para que les ayudara o para que los escuchara.

Particularmente, recuerdo el caso de una paciente que siempre se veía alegre y más motivada para hacer los ejercicios que el resto. Esta señora siempre llegaba temprano, con una buena actitud y cuando los demás pacientes llegaban, ella los saludaba muy amable y conmigo era igual. Sin embargo, pude notar que uno que otro día llegaba al programa como decaída y baja

de nota, y en esos días se acercaba a la auxiliar de terapia ocupacional y le contaba lo que estaba pasando en su casa y lo que la tenía así. Igualmente, era a ella que los pacientes acudían para pedir ayuda en manualidades o para que jugara con ellos fútbol o cualquier otro deporte.

La otra persona que estaba la mayor parte del tiempo con los pacientes era la auxiliar de enfermería. Ella era la encargada de tomarle los signos vitales a los pacientes apenas llegaran al programa y durante el transcurso del día era la que les suministraba la medicina a los pacientes. Sin embargo, la relación que tenía con los pacientes no era tan cercana como otros miembros del equipo de trabajo.

Finalmente, agrupo a las personas que interactúan y trabajan con los pacientes cada cierto tiempo durante la semana, pero no entran dentro de los profesionales de la salud mental vinculados al programa Hospital Día, porque hacen rotaciones con las demás áreas de la Unidad de Salud Mental.

Por un lado, está la psicóloga, quien va al programa los miércoles de cada semana y se encarga de realizar diversas actividades con los pacientes. Durante el tiempo que asistí al programa logré ver que en un primer momento los acomodaba en círculo y uno por uno, les preguntaba cómo se sentían y cómo habían estado de ánimo. Posteriormente les hablaba sobre distintas habilidades sociales. Un día, por ejemplo, les habló de la comunicación oral y la importancia de esta en las relaciones sociales y les pidió que se organizaran en pequeños grupos de cuatro personas y que representaran la habilidad social que les había tocado. En el grupo en el que yo estaba nos tocó la resolución de problemas y lo representamos en una pequeña obra de teatro en la que tres personas peleaban por dinero y luego uno de los pacientes intervenía para calmar las cosas.

Por otro lado, están los estudiantes de enfermería de último semestre, que realizan sus prácticas dentro del Hospital Departamental de Villavicencio. Estas personas van martes y miércoles por dos semanas y luego son rotados a otras partes de la Unidad de Salud Mental. Durante su tiempo en el Hospital Día, los estudiantes de enfermería llegan desde temprano y prácticamente reciben a los pacientes, esto implica que están pendientes de ellos cuando llegan, les dan los medicamentos, les toman los signos vitales y si es necesario les ayudan a darles el desayuno. Algo particular de estas personas, es que desde que llegan están muy pendientes de los pacientes y siempre parecen estar dispuestos a escuchar lo que estos tienen para contar.

Ahora bien, las actividades que realizan con los pacientes o eso que llamé prácticas profesionales en el Hospital Día, las clasifiqué en tres momentos: el primer momento es el primer martes (siempre era este día, ya que era el momento en el que los practicantes nuevos iniciaban con el grupo de pacientes), ese día hacen actividades para que ellos conozcan a los pacientes y estos últimos a ellos. Las actividades comúnmente eran sobre decir el nombre y lo que le gustaba hacer, su fruta favorita, color favorito, cuántos años tenía y de dónde era; un segundo momento, ocurría más o menos el miércoles de la primera semana. Ese día se les daba una charla a los pacientes sobre higiene, podía ser sobre cómo cepillarse los dientes de manera correcta, sobre la importancia del lavado de manos y en general sobre lo necesario que es el aseo personal; el último momento, lo ubico en la segunda semana de asistencia al programa, estos días los estudiantes se dedicaban a realizar actividades y juegos con los pacientes.

Resulta pertinente, para mí, hablar sobre las actividades que se realizan en el programa porque estas en su mayoría, están enfocadas hacia la corporalidad de los pacientes. Esto quiere decir que los ejercicios se desarrollan en torno a actividades físicas como lanzar pelotas, soplar vasos, correr e incluso pintar, y se deja un poco de lado actividades como armar rompecabezas o jugar juegos de mesa. Ahora bien, que las actividades se centren más en la actividad física permite dar cuenta de las limitaciones que se construyen en torno a los pacientes diagnosticados médicamente con algún trastorno mental, ya que revela las creencias que se forman en torno a la enfermedad mental. Con esto no quiero decir que las actividades cognitivas sean más importantes que las actividades físicas, sino que me causa curiosidad el hecho de que se prioricen estas últimas, pero frecuentemente se haga referencia a la necesidad de desarrollar habilidades cognitivas que permitan al pacientes salir del programa y “llevar una vida normal”

Por ejemplo, en el cine foro realizado el viernes, en reiteradas ocasiones los pacientes expresaron que no deseaban ver más películas animadas, que deseaban ver películas de otro tipo, como de acción o más emocionantes que no implicaran dibujos animados. Sin embargo, el personal de salud decía que eso no era posible, que debido a su enfermedad ellos debían ver otro tipo de películas y que las de caricaturas infantiles eran más apropiadas para ellos. En otro momento un miembro del equipo de trabajo del Hospital Día me dijo que debido a los diagnósticos de los pacientes que estaban en ese momento era complicado realizar actividades que implicaran más movilidad o esfuerzo físico (los pacientes diagnosticados con depresión y ansiedad). Estas situaciones dan cuenta de un problema frecuente en el programa, pues en

ocasiones el personal de salud mental, en su intención de generar autonomía en los pacientes, pero al mismo tiempo de realizar un acompañamiento organizado, caen en la infantilización de los pacientes.

Considero que las prácticas profesionales del personal de salud mental del Hospital Día dan cuenta de la corporalidad por la que pasa la enfermedad mental. Pues es mediante el cuerpo que son controlados los pacientes y a su vez los trastornos con lo que estos fueron diagnosticados. Igualmente, según el personal de salud mental, las actividades están enfocadas en desarrollar las habilidades que se creen ausentes a causa de la enfermedad mental. Entonces, a las personas diagnosticadas con algún trastorno mental se le dota de características, que poco a poco van enmarcando lo que debe y no debe hacer y lo que puede y no puede hacer. Esto quiere decir que, desde el diagnóstico, el cuerpo de los pacientes es rotulado con las actividades que pueden y deberían hacer. Un ejemplo es que las actividades propuestas para los pacientes, desde mi punto de vista, son similares a los que realizan los niños en los primeros años de escolaridad.

Lupton (2012) expresa que, la percepción del cuerpo y sus males, no como realidades biológicas universales, sino como una combinación de procesos discursivos, prácticas y materia física, tienen una relación simbólica y simbiótica con los discursos e ideologías que rigen la sociedad (Lupton, 2012: 59).

Las ideologías que rigen en las sociedades son las encargadas de moldear los cuerpos y las percepciones que se tengan de estos. Por lo tanto, se reafirma que la creación de enfermedades es empleada para diferenciar a los sujetos de determinadas sociedades de acuerdo con sus formas de ver y categorizar al mundo (Foucault, 1976). Una forma en la que convergen el cuerpo y la enfermedad es la locura. Como lo expresó Foucault (1967), durante los siglos XVII y XVIII los procesos de diagnóstico desarrollados por la psiquiatría produjeron enfermedades mentales, fruto de clasificar lo normal y lo anormal. Este mismo autor argumentó que las enfermedades mentales son un constructo social y que la psiquiatría es un sistema de conocimientos que ejerce poder disciplinario sobre los cuerpos y las mentes.

Las enfermedades mentales creadas por la psiquiatría han sido utilizadas para coaccionar los cuerpos, el comportamiento y el rol de estos dentro de la sociedad (Porter & Rodríguez, 2002: 68). Esto enfocado a lograr que la persona encaje en lo que se entiende como normal dentro de

la sociedad (Álvarez, 2008: 11). En el Hospital Día era frecuente escuchar por parte del personal de salud decir a los pacientes que debían mejorar para poder hacer “una vida normal” o que debían trabajar dentro del programa para así salir a “la vida real”.

La vida real o normal de la que hablaban en el programa, la entendí como la cotidianidad fuera del programa y que la preocupación persistente en el personal de salud iba dirigida a que los pacientes logaran desenvolverse sin problema en los distintos ámbitos de la vida, esto debido a que la mayoría de los pacientes que asisten al programa dependen de algún familiar.

Como era habitual, los pacientes estaban en el salón viendo televisión, esta situación resultaba frecuente porque: los pacientes que llegaban más temprano no tenían nada más que hacer mientras que los demás llegaban; y porque a veces era necesario esperar a que los estudiantes de enfermería llegaran o porque el personal de salud mental estaba terminando de acomodar todo para realizar las actividades. De repente llega una de las profesionales y les pide que se reúnan en un círculo, pasados algunos minutos los pacientes estaban organizados y sentados. La profesional de la salud les empezó a hablar de la importancia de que cada uno pudiera asistir al programa por su propia cuenta, pues a algunos familiares les resultaba complicado llevar a los pacientes al programa.

Respecto a la idea de Hospital Día, pude darme cuenta que para el personal de salud mental este es un lugar al que los pacientes pueden asistir en lugar de una hospitalización psiquiátrica, también sirve para que no estén solos en la casa y para que sean “más juiciosos y organizados con la toma de medicamentos”. Y aunque en un principio creí que los pacientes tenían una visión muy distinta de la utilidad del programa, con el paso de los días y las semanas, esto se vieron intrigados por mi presencia en el lugar y poco a poco se fueron acercando a mí. Me contaban de por qué estaban allí, cómo habían llegado o simplemente me hablaban de cualquier cosa. Particularmente recuerdo dos momentos en los que entable una conversación con algunos pacientes.

Era temprano y no todos los pacientes habían llegado al programa, por lo tanto, los que sí estaban veían televisión o recorrían el lugar. Había una chica muy activa en los ejercicios y sobre todo era muy curiosa, siempre preguntaba el porqué de las actividades y quería hacer parte de todo. Esta paciente algunos días atrás se había cuestionado mi presencia en el lugar y luego de que yo hiciera mi presentación ante los pacientes, creo que sintió un poco de confianza

hacia mí. Desde entonces todos los días me saludaba, me preguntaba cosas o simplemente decía cosas graciosas para que me diera risa.

Sin embargo, ese día se acercó a donde yo estaba y me dijo que estaba aburrida, que si jugaba algún juego de mesa con ella mientras los demás llegaban. Yo accedí a jugar con ella y trajo el Jenga (este juego consiste en rectángulos de madera que deben ser apilados para que turno por turno, los jugadores saquen una de las piezas y el que deje desarmar la torre pierde). Empezamos a jugar, pero yo estaba un poco nerviosa de que el ruido que hacían las fichas al caerse incomodara a las demás personas. Como esto no parecía suceder seguimos jugando.

Poco a poco me fue contando que antes de llegar a Hospital Día había estado en Hospitalización, pero no en el Hospital Departamental de Villavicencio sino en un lugar llamado Vive. Me contó que allá la cosa era muy complicada y que maltrataban a las personas, que por eso prefería el Hospital Día, porque no tenía que estar interna, no la obligaban a hacer ejercicio si se portaban mal y porque la trataban mucho mejor.

Luego me dijo que en Hospital Día le quedaba poco tiempo y que, por un lado, le gustaba porque así se podía quedar hasta tarde en el computador, porque no tendría que madrugar y porque se podía quedar todo el día en la casa sin que la molestaran. Pero, por otro lado, no quería volver a las calles porque sabía que volvería a consumir drogas y ya se había librado de eso, entonces me dijo: “Yo vuelvo, já yo vuelvo, es que ¿qué hago en la casa o en la calle?” pues me comentó que prefería ir al programa, para así no tener la tentación de las drogas.

Otra paciente, varias semanas después se me acercó y me empezó a contar que el fin de semana se había sentido muy triste, que tenía problemas familiares porque se estaba separando del esposo y sobre todo que sentía la casa muy sola. Ante esta situación me comentó que asistir al Hospital Día había sido muy bueno para ella, pues fue allí donde se dio cuenta que ella valía como persona y que durante 20 años había estado a merced de su esposo, que prácticamente no tenía criterio para nada pues el esposo hasta le compraba la ropa que ella se ponía.

Se mostraba triste ante la situación que estaba viviendo, me dijo que sentía que había perdido 20 años de su vida con un hombre que no la valoraba y solo la maltrataba. Pero que al llegar al programa y hablar con profesionales como la psiquiatra y la psicóloga se dio cuenta que eso estaba muy mal y que debía empezar a cambiar su vida y a disfrutarla. Por esto me dijo que ir al Hospital Día era muy bueno para ella, que se sentía acompañada y querida, no solo por sus compañeros sino también por el personal de salud mental.

Un miembro del equipo de trabajo empezó a hablar de lo descuidados que eran algunos pacientes en cuanto a su movilidad en la ciudad. Puso el ejemplo de un paciente que salió a las 3:30 pm del programa y cuando ella salió del Hospital lo vio en la parada del bus y cuando le preguntó el por qué no se había ido este le contestó que, porque la buseta que necesitaba no había pasado, ante esto ella le preguntó hacia dónde iba y le ayudó a tomar la buseta correspondiente.

Al contarme esa situación, estaba visiblemente preocupada por la movilidad y seguridad de los pacientes, pues me decía que habían pasado muchas horas y el paciente no se había ido a su casa y que su familia debía estar preocupada por la demora. De igual manera, me expresó que el asunto de la movilidad de los pacientes era algo realmente complejo y significativo en el Hospital Día, pues en algunas ocasiones si los familiares no pueden movilizar a los pacientes estos no asisten al programa.

En esa conversación también entendí que el tema de las familias de los pacientes es transversal a lo que ocurre en el Hospital Día, pues en varias ocasiones el personal me manifestó que muchas veces los familiares no tienen el tiempo o la disposición para llevar y pasar por los pacientes al programa. Como fue el caso de uno de los pacientes con edad avanzada. Este era un señor de aproximadamente unos 80 años que no hablaba y tenía movilidad limitada, por lo tanto, requería de ayuda para moverse y para hacer otras actividades. Este caso les preocupa a los miembros del equipo de trabajo porque un familiar era el encargado de llevarlo y recogerlo del programa, el problema radica en que este transportaba al anciano en una motocicleta, la cual no parecía lo suficientemente segura para él. Esta situación da cuenta de que el presupuesto con el que cuenta en programa Hospital Día no es suficiente para cubrir la necesidad de algunos pacientes de contar con un vehículo que sirva como ruta para llevarlos al programa y luego llevarlos de regreso a sus casas. Por lo tanto, la responsabilidad del transporte recae en los familiares de los pacientes.

La profesional de la salud mental siguió hablando con los pacientes, diciéndoles que se preocupaba por ellos incluso fuera del programa, y dio el ejemplo de una de las pacientes que a veces parecía perderse. Contó que un día iba por la calle, en el carro y vio parada, con cara de perdida a una de las pacientes. Quería bajarse a ayudarla, pero cuando encontró espacio para estacionar, la paciente ya no estaba. Es decir, que existe una fuerte preocupación por la “incapacidad” de los pacientes por desempeñarse en el día a día, o por no comportarse “normalmente”.

Ahora bien, estando en el Hospital Día pude notar que los cuerpos de los pacientes no solo deben acomodarse a lo que se entiende socialmente como normal, también se reproducen estereotipos sobre la enfermedad mental, que en ocasiones van dirigidos a, como declaran Porter & Rodríguez (2002) entender a los pacientes psiquiátricos como inferiores, y en el programa, específicamente como menores de edad que no pueden desenvolverse en la cotidianidad por cuenta propia.

Frases como “Esto es como un jardín y uno se vuelve como una mamá” era recurrentes. Y no era solo que el personal lo dijera, algunas actitudes que tenían frente a los pacientes me hacían notar que realmente lo pensaban así. En reiteradas ocasiones, una de las auxiliares les pidió a las pacientes que se acomodaran en una silla cerca de ella, esto con el fin de poder peinarlas y hacerles trenzas, destacando la necesidad de autocuidado y la imagen personal. Uno de los tantos días que peinaba a las pacientes, la auxiliar se percató que yo la estaba observando y le dio un poco de risa, luego se acercó a mí y me dijo que era necesario peinarlas porque muchas veces ni ellas ni sus familiares lo hacían y llegaban al programa muy despeinadas.

Igualmente, Sánchez Castillo (2016) manifiesta que la actitud de los profesionales de la salud mental hacia los pacientes y los trastornos que padecen, intervienen de forma significativa en la calidad de los cuidados y la recuperación requeridos por los mismos. Teniendo en cuenta que a pesar de que estos profesionales de salud tienen un contacto regular con las personas que padecen alguna enfermedad mental, su actitud frente a estas termina reproduciendo el estigma.

Considero que una mala actitud frente a los pacientes o estigma psiquiátrico, como algunos autores han nombrado (Sánchez Castillo (2016), en el caso del programa Hospital Día, no necesariamente se presenta como un rechazo a los pacientes por el hecho de tener algún tipo de trastorno mental, sino que se da en forma de maternalismo. Pues a mi parecer, los pacientes son vistos y tratados como personas que no son capaces de realizar distintas acciones básicas por su cuenta.

Esto lo vi materializado cuando el personal de salud se refería a los pacientes como “chicos” “amiguitos” “chinitos chiquitos” y que “acá somos como una familia” viendo que los pacientes tenían alrededor de 60 años. Esta forma de referirse a los pacientes también se reflejaba en las actividades que se realizaban en el programa, pues se buscaba que las actividades no implicaran

mucho esfuerzo, como si fueran niños pequeños a los cuales se debían cuidar con extremo cuidado.

Esto lo veo problemático porque se supone que el programa Hospital Día, según la psiquiatra, tiene la función de mejorar la calidad de vida de los pacientes; las habilidades cognitivas que son toda la parte de atención, concentración y memoria; todas las habilidades motoras finas que hacen referencia a patrones de movilidad, agarre, alcance; y para trabajar en actividades de la vida diaria como alimentación, higiene, vestido, independencia, autonomía y funcionalidad. Sin embargo, que el personal tenga una actitud maternalista, hablo de maternalismo porque el equipo de trabajo es conformado únicamente por mujeres¹⁰, con los pacientes limita el aprendizaje de estos, e incluso puede llegar a implicar que caigan en un *hospitalismo*.

Al hablar con el personal, me expresaba que “hay que empezar a darles un buen trato, yo a veces me convierto casi que, en la mamá de ellos, si se ha dado cuenta hay uno que, beso, abrazo y yo antes como que los sobreprotejo mucho, me dicen: es que usted a veces es muy maternalista con ellos pero yo pienso que eso es lo que toca darles a ellos, porque estos pacientes con mucha dedicación y mucho amor, mejora y van saliendo”.

Esto llamó mi atención pues pude notar que existe una tensión entre lo que se supone que hace el programa, que es lograr que los pacientes tengan una mayor autonomía en la vida diaria y lo que pasa en el programa, pues allí el personal trata a los pacientes como si fueran niños pequeños, restringiendo o limitando las opciones de los pacientes para desarrollar habilidades sociales.

Siguiendo a Ruiz (2017) las personas discapacitadas son objeto de infantilización, en las cuales se les considera incapaces para actuar de manera independiente. Así mismo, se le hace creer al “discapacitado” que es una persona “normal” de la sociedad, pero se le margina de las actividades cotidianas. Ruiz también hace referencia a las diferentes edades que puede tener un individuo en condición de discapacidad (edad legal, social, biológica) esto para expresar que la premisa de una necesidad de transición a la vida adulta hace referencia a dejar de tener el estatus de menores de edad.

¹⁰ En el primer apartado del segundo capítulo se dará profundidad a las cuestiones de género y su con los trabajos de cuidado

Es pertinente recordar que el trabajo de Ruiz fue realizado con personas con discapacidad intelectual, condición que conlleva un fuerte estigma respecto a lo que puede y no puede hacer la persona. Hago esta aclaración porque mi trabajo no está enfocado a personas en condición de discapacidad intelectual, sin embargo, la infantilización que pude notar en el programa está mediada por los mismos estigmas que el mismo autor describe en su trabajo.

Para finalizar, considero que las prácticas profesionales realizadas en el marco del programa Hospital Día dan cuenta, en primer lugar, de lo que se espera que hagan y no hagan los pacientes diagnosticados clínicamente con alguna enfermedad mental. Pues las actividades son planeadas considerando lo que “no pueden hacer bien” y lo que sería más sencillo de realizar. En segundo lugar, exponen que los pacientes no tienen tanta participación al momento de decidir sobre el plan de tratamiento de ellos mismos. En tercer lugar, y, por último, se muestra que a pesar de que los profesionales de la salud mental vinculados al programa juegan un papel fundamental en el tratamiento de los pacientes, la responsabilidad no puede caer solo sobre ellos. Esto quiere decir que los familiares y personas cercanas a los pacientes también tiene son responsables en el proceso de acompañamiento.

En un segundo apartado, las prácticas profesionales son enfocadas hacia la corporalidad de la enfermedad mental. Esto quiere decir que las actividades que frecuentemente se realizan en el programa están centradas en las habilidades físicas de los pacientes. Ahora bien, en este apartado se expresa la importancia del cuerpo al momento de hablar de enfermedades mentales, pues es mediante este que son controladas las personas diagnosticadas con trastornos mentales. Para finalizar, es imperioso entender que los cuerpos de los pacientes, además de tener que acomodarse a lo que socialmente se entiende por normal, en reiteradas ocasiones estos son utilizados para reproducir estereotipos sobre la enfermedad mental. Para el caso del Hospital Día, los estereotipos están encaminados a la infantilización de los pacientes, por lo tanto los pacientes, en su mayoría son tratados como si fueran niños pequeños incapaces de hacer las cosas por cuenta propia.

Capítulo 2. “Hacer una vida normal”. Nociones de salud y enfermedad mental en el Hospital Día

Desde finales de los años cuarenta hasta mediados de los años sesenta, la enfermedad mental se rigió bajo el discurso hegemónico de la biomedicina, por lo tanto, los trastornos mentales eran explicados y tratados como un desequilibrio químico en el cerebro. Por esta época, los recién descubiertos psicofármacos entraban en auge y esto dio pie para que los problemas de salud mental se vieran como algo patológico que alteraba el funcionamiento del cerebro y que podía ser curado mediante fármacos. Posteriormente surge el movimiento antipsiquiátrico que buscaba, principalmente, la autonomía de los pacientes psiquiátricos y esto conllevó a la abolición de los manicomios, pues según el movimiento, estos lugares limitaban la agencia de los pacientes, potenciaban la sintomatología y cronificaban la enfermedad (Gómez López, 2017). De igual forma, cuestionaba la veracidad de los diagnósticos, pues se argumentaba que la enfermedad mental era un mito creado por algunas conveniencias sociales y como una forma de estigmatizar a las personas que se salían de lo “normal” (Yepes Roldán, 2010: 6). Esto implicó que el movimiento no fuera bien recibido en los círculos médicos ni por la opinión popular, pues atacaba formas estructurales de segregación.

David Cooper describió la experiencia de la forma de tratamiento alternativo nombrada Villa 21, este consistía en que un hospital psiquiátrico de Londres dejó a los pacientes en un ambiente de libertad, sin restricciones y sin violencia por parte del personal. A pesar de que esta forma de tratamiento fue exitosa no tuvo mayor impacto en la psiquiatría.

Actualmente, la arteterapia es una de las formas de tratamiento recurrente dentro del movimiento de la antipsiquiatría. Gómez López (2017) da cuenta de la experiencia de la arteterapia en una mini-residencia en Madrid, España. En este lugar los pacientes experimentaron con distintos materiales, colores y texturas para materializar sus deseos, gustos o temores. Se espera que mediante el arte se pueda romper con el imaginario social, normalmente negativo, sobre la locura, y que la sociedad se pueda convertir en un espacio de contención frente a las crisis de las personas y disminuya su sufrimiento (que en muchas veces es producto del estigma que produce el ser etiquetado con una enfermedad mental).

Siguiendo a Vásquez Rocca (2011), puede afirmarse que el concepto de salud mental va más allá de diagnosticar y tratar a las personas con enfermedades cerebrales o con trastornos

involuntarios de conducta como si fueran enfermos mentales. Implica deconstruir nociones como el de locura y anormalidad, conceptos vinculados a este campo. Al respecto, Ríos Molina (2014) define la locura como un constructo cultural y como una dimensión simbólica de la enfermedad mental, esto implica que las enfermedades mentales, sin importar de qué tipo, son tomadas como locura. Así mismo, afirma que esta construcción es empleada para clasificar a las personas según lo que se considera “normal” y lo “anormal” en la sociedad, y por lo tanto lleva a coaccionar el comportamiento de las personas.

Así mismo, se cuestiona el hecho de que el síntoma, entendido como una manifestación derivada de la percepción de la enfermedad por el mismo paciente, se ha tratado de reducir al signo; entendiendo el signo como la evidencia objetiva de una enfermedad proporcionada por el profesional de salud (Martínez Hernández, 1998: 647). En este sentido, y retomando los aportes de diferentes antropólogos médicos (Kleinman y Good, 1985; Devon y Good, 2009), la enfermedad mental se caracteriza por unas manifestaciones no localizadas orgánicamente y por expresar los malestares de lo social en el cuerpo.

Algunos de los autores que deben mencionarse son: Arthur Kleinman (1985), Byron Good (1985), Hinton Devon (2009) y Michael Winkelmann (2008) los cuales afirman que los sistemas o las formas de atención médicas están íntimamente relacionados con los factores económicos, sociales, políticos y filosóficos de una cultura y que estos factores afectan directamente los diagnósticos y los tratamientos de la enfermedad. Para el caso de Colombia debe hacerse obligada referencia al antropólogo Carlos Alberto Uribe (1999) quien argumenta que es necesario, desde la etnografía aprender la forma de vida y la visión del mundo del paciente, esto con el fin de identificar las razones que éste le adjudica a la enfermedad.

Esta nueva concepción de la enfermedad mental como algo cultural da paso a la articulación entre la antropología médica y la psiquiatría (Martínez Hernández, 1998: 645). Teniendo en cuenta esto, la antropología médica se ha preocupado por ver más allá de los síntomas y construir una etnografía de la enfermedad. Martínez Hernández (1998) afirman que esa etnografía de la enfermedad consiste en una apertura al entorno cultural en el que viven las personas que manifiestan síntomas, los interpretan y los entienden; resaltando la importancia de percepción de las personas en cuanto a su padecimiento.

Ahora bien, la tarea de conceptualizar la salud y la enfermedad mental resulta un trabajo engorroso, pues, así como la salud y la enfermedad en general, varía según la época y el lugar en la que se conceptualice, por variaciones en aspectos sociales, políticos, culturales, económicos y religiosos. Por consiguiente, en el presente capítulo se pretende hacer un rastreo de las concepciones de salud mental y enfermedad mental por parte del personal de salud mental del programa Hospital Día.

En un principio se hablará de los límites y las formas en las que convergen en el programa la experticia y la experiencia de los profesionales de la salud mental, en los tratamientos y en las prácticas profesionales dentro del Hospital Día. Para esto se dará cuenta de 4 casos ocurridos con algunos de los profesionales de salud mental del programa, casos en los cuales se marcan los límites de lo teórico y lo práctico. Para finalizar, se expondrá que en el programa Hospital Día la experiencia y la experticia en el área de la salud mental resultan complementarias, pues es necesario conocer a los pacientes para saber qué actividades harían con mayor agrado y conocer lo teórico para saber qué tipos de ejercicios les sirven dependiendo de las necesidades de cada paciente.

Posteriormente se rastrearán algunas nociones de salud y enfermedad mentales encontradas en los profesionales de la salud mental del Hospital Día. Lo que se busca resaltar en este apartado es qué nociones propias de la psiquiatría comunitaria y de la biomedicina coinciden a la hora de definir los límites de la salud mental. Para esto se realizarán descripciones de observaciones realizadas en el programa.

Las descripciones van enfocadas a mostrar que a pesar de que los profesionales de la salud mental entiendan que la enfermedad mental es algo que puede afectar a cualquier persona y que existen factores sociales y culturales que intervienen en la enfermedad, también entienden que la enfermedad mental es producida por un desequilibrio químico y que por lo tanto es necesario tomar medicamentos para nivelarlos.

Experticia versus experiencia. El Hospital Día como lugar de convergencia

Para este trabajo de investigación la experticia es definida como la habilidad experta en el campo de la salud mental. Esta habilidad se establece sobre la base de los conocimientos de la

especialidad y saber aplicar el conocimiento profesional en la resolución de problemas del entorno laboral. Mientras que la experiencia es conceptualizada como el saber adquirido, con el ejercicio de cualquier empleo en el área de salud mental.

En el ámbito del cuidado de enfermos, a menudo se presenta un debate sobre los límites de la experiencia y de la experticia (Gasull. 2005: 21). Pues si bien es cierto, resulta crucial que los profesionales de la salud estén empapados de conocimientos técnicos que les permitan desarrollar su profesión. Sin embargo, la experiencia también resulta ser un aspecto fundamental a la hora de cuidar de los enfermos.

Este debate no ha sido externo a los cuidados de pacientes con enfermedades mentales. Como lo expresaba el personal de salud mental del programa Hospital Día, para trabajar allí es necesario que tengan experiencia en el área de salud mental y que tengan conocimiento sobre el tema. Es por eso por lo que más o menos, una vez al año reciben capacitaciones al respecto, para tenerlos actualizados sobre teorías. Ahora bien, gracias a la experiencia vivida en el Hospital Día, respecto a ese debate, pretendo argumentar que la experticia y la experiencia de los profesionales de la salud mental convergen en los tratamientos y las prácticas profesionales dentro del programa. Para dar cuenta de esto, narraré 4 casos de profesionales de la salud mental del programa que creo ejemplifican a cabalidad la divergencia de la experticia y la experiencia. El primer caso es una muestra de cómo la experiencia profesional juega un papel importante a la hora de interactuar con los pacientes y sobre todo, para pensar y desarrollar las actividades para con estos; el segundo presenta el caso donde la experticia o saberes profesionales tienen mayor relevancia frente a lo que se puede hacer y lo que no con los pacientes; el tercer caso evidencia que es necesario poseer experticia para saber cómo se deben ejecutar las acciones, pero siempre teniendo en cuenta la experiencia y el conocer previamente a los pacientes con los que se trabaja; y por último se presenta el caso en el que se muestra que resulta crucial la experiencia, pues conocer a los pacientes, sus dolencias y gustos permite saber qué ejercicios son más adecuados para ellos. Sin embargo, estos siguen siendo pensados desde la experticia profesional.

En el marco de este trabajo de investigación, las prácticas profesionales serán entendidas como todas las actividades que los profesionales de la salud mental vinculados al programa Hospital Día realizan con los pacientes durante las horas de funcionamiento del programa, y que están directamente relacionadas con los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.

Habían pasado algunos días desde mi primera entrada al programa Hospital Día, ya tenía un poco de confianza con el personal de salud mental y muchas dudas en mi cabeza. Algunas de las que más resonaban eran sobre las motivaciones del personal de salud mental para entrar al programa, la formación de cada uno y si llevaba algún tiempo trabajando en salud mental. Como ya tenía un poco de confianza, empecé a indagar y a buscar respuestas a mis preguntas. Esto me llevó a conocer un poco más sobre los profesionales de la salud mental, su entrada y estancia en el programa Hospital Día. A continuación, se presentarán en detalle estos cuatro casos:

1. De la experiencia y el amor

Al entrevistar a una de las profesionales de la salud mental del programa Hospital Día me enteré que llevaba varios años trabajando allí. Dado que trabaja en el programa desde hace más de 25 años me pudo contar cómo eran las dinámicas de ese entonces, sobre las necesidades que impulsaron a que el programa se distanciara físicamente de Hospitalización y otros cambios ocurridos desde entonces.

“¿Cómo llegué a trabajar acá? bueno, yo había terminado de estudiar. Había estudiado algo de salud y nutrición, de enfermería, y un buen día me dijeron, eso fue en 1986, que había una vacante y vine y me presenté, duré como 15 días en inducción. Y yo creo que para trabajar aquí, más para ese entonces, yo no tenía pues nada de experiencia, pero lo lo, como lo esencial para trabajar con estos pacientes es el carisma que uno tenga y y el trato que uno les dé, porque como ha visto usted doc, a veces, ya por tanto tiempo, pero lo esencial es el trato bien a ellos ¿sí? porque son unos pacientes que vienen de afuera, que han sido maltratados y eso y entonces no es que llegar aquí y que empezarlos a tratar igual, no” (Profesional de la salud mental, entrevista. 2019).

También me contó que con la experiencia adquirida a través de los años trabajando en el programa, se pudo dar cuenta que es necesario conocer a los pacientes para así saber qué actividades se pueden realizar y qué cosas podrían funcionar más. Dice, por ejemplo, que sabe que a un paciente le gusta dibujar o pintar, pues se le pone a hacer esa actividad, o si a otro paciente le duele una rodilla pues no lo pueden poner a correr o a hacer ejercicios con los que se puede lastimar más.

Así mismo, expresaba que dentro del grupo de personas que asisten al programa Hospital Día, según los diagnósticos o preferencias de los pacientes los divide en subgrupos. Entonces, por un lado, están los que les gusta ver televisión, los que les gusta jugar juegos de mesa y los que les gusta pintar.

“... yo no le puedo pedir a uno de los pacientes una actividad, un ejemplo, a ese paciente, una actividad bien organizadita o bien hecha porque por su temblor, por su somnolienta, porque está con somnolencia pues toca actividades diferentes, más sencillas, por lo menos con otro de los pacientes si él siempre pinta, pues toca ponerle hoy un dibujo diferente, lo hemos puesto a pegar también”. (Profesional de la salud mental, entrevista. 2019).

Al dialogar y escuchar las historias sobre los pacientes pasados y actuales, sentí que la experiencia era un aspecto relevante a la hora de llevar a cabo el tratamiento y de planificar y realizar actividades con los pacientes, pues conocerlos bien resulta crucial. No obstante, me hizo pensar en algo que no se me había ocurrido, la cercanía, el cariño y hasta el amor que se puede llegar a sentir por los pacientes con los que se está trabajando. Al dialogar con este miembro del equipo de trabajo de Hospital Día comprendí que es crucial sentir empatía con las personas que padecen algún trastorno mental para cuidarlos. Esta situación, como expone Bárbara Starten citada en Gasull (2005: 19) deja ver que,

“la práctica cotidiana de la salud debe sustentarse en un sistema sólido de valores humanísticos que la enfermera debe cultivar a lo largo de su vida profesional e integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación humanística-científica constituye la base de la ciencia de Cuidar” (Gasull, 2005: 19).

Pero el conocer a los pacientes no solo repercute en las actividades, también repercute en las formas en las que los profesionales de salud mental se relacionan con los pacientes. Como se hace explícito en uno de los encuentros

“hay que empezar a darles un buen trato... pero yo pienso que eso es lo que toca darles a ellos, porque estos pacientes con mucha dedicación y mucho amor mejoran y van saliendo porque es más importante eso, a veces que la misma medicación. Un paciente deprimido, usted llega y le da la medicación y le dice venga y trabaje, sin mucho afecto y dedicación, no va a salir de ahí. En cambio, venga para acá, que esto o aquello, con toda la humildad y todo el amor, pues van saliendo” (Profesional de salud mental, entrevista. 2019)

Este integrante de los profesionales de salud mental del Hospital Día me expresaba que constantemente los pacientes son personas maltratadas, ya que muchas veces las personas de entornos cercanos no entienden que tiene una enfermedad mental.

Ahora bien, que este tipo de situaciones, como el cuidar desde el amor, se de en profesiones en las que la labor es cuidar de las personas, principalmente de enfermos, no resulta descabellado. García Bañón et al (2004), exponen que, como la mujer ha estado históricamente confinada por imposiciones sociales al hogar y que la enfermería, que tiene su origen en el cuidado materno pues solo podía ser ejercida por mujeres, debido a que el “instinto materno” era lo necesario para cuidar, adoptara un carácter de arte doméstico.

En este punto no resulta extraño que el personal de salud mental se vea a sí mismas como “mamás” dentro del programa y que vean a los pacientes como “chinos chiquitos”. Pues siguiendo a García Bañón et al, se da cuenta que este tipo de comportamiento y pensamiento ha estado presente desde hace varios siglos en los roles de cuidado, pues las mujeres han sido las que que, históricamente, se encargan del cuidado de los niños, de los ancianos y de los enfermos, mientras que las labores de curación generalmente han sido asignadas a los hombres.

Ahora bien, el cristianismo tuvo gran impacto en la enfermería, pues impulsó conductas dirigidas a la docilidad, pasividad y la obediencia al sacerdote o médico. En el caso del Hospital Día, esto se puede detallar en algunos ejercicios cotidianos como, por ejemplo, la temática de las películas que pueden o no ver los pacientes. Pues la toma de esta decisión es exclusiva de la psiquiatra, que, aunque también es mujer, da cuenta de una diferencia de rangos y posiciones respecto a las profesiones de cada uno de los miembros del equipo de trabajo.

Arango & Pineda (2012) exponen que hay una relación entre las profesiones de cuidado y la cercanía a lo doméstico, lo cual otorga destrezas o saberes que se creen propios de las mujeres. Estos autores manifiestan que esto es problemático porque limita las acciones realizadas por mujeres, pues estas son vistas como un trabajo doméstico y no como una profesión.

Particularmente, en el caso de la peluquería, que las mujeres se dediquen a cortar, tinturar y peinar el cabello es visto como destrezas femeninas y por lo tanto no se valora tanto como el trabajo realizado por hombres, pues en este caso es visto como innovación en cuanto a destrezas y conocimientos.

En cuanto a la enfermería, Gasull (2005) citando a Gilligan y a Noddings, expresa que en esta profesión el cuidado es lo fundamental, así como lo ideal moral y ético. También menciona que, gracias a las teorías de Gilligan, luego de varios años, la enfermería tomó distancia de la medicina y se empezó a construir como una profesión diferente. Esto marcó un cambio importante en la enfermería, ya que durante varios siglos la obediencia a la autoridad profesional era el principio básico de las enfermeras. Sin embargo, esto fue cambiando gracias a la incorporación de una ética de la responsabilidad, la cual consiste en una ética del cuidado genuino en la que la persona se mantiene responsable, pero al mismo tiempo está abierto a las correcciones.

No obstante, Gasull (2005) manifiesta que las mujeres en general estaban sumidas en un rol sumiso y obediente. Para esta afirmación tiene como respaldo algunos estudios de género realizados durante los años ochenta y noventa, los cuales muestran que las mujeres juegan un rol pasivo, obediente, emocional y privado que se centra en el cuidado y no en la curación. En el Hospital Día, el personal eran todas mujeres, del grupo de estudiantes de enfermería que asistían al programa, solo 1 o 2 eran hombres, y de forma general, en la Unidad de salud mental del Hospital Departamental la gran mayoría del personal eran mujeres, a excepción de hospitalización, pues allí había un médico psiquiatra y varios enfermeros. Esto que pude observar en campo da cuenta del rol que cumplen las mujeres en los procesos de cuidado y que los hombres, que históricamente se han mostrado como más fuertes y dedicados a la curación, se encuentren en las áreas que se creen más peligrosas como lo es hospitalización.

2. La experticia y la teoría

El primer día que fui al Hospital Día, mientras me acomodaba en un escritorio que me habían permitido usar, se acercó un miembro del personal de salud mental y me empezó a contar que llevaba 2 años aproximadamente en el programa, el cargo en el que estaba y lo que realizaba con respecto a los pacientes. Esta conversación, o más bien aclaración por parte del profesional de salud mental tuvo lugar luego de salir de una reunión semanal, en la cual se trató el tema del analfabetismo de dos de los pacientes del programa y se le preguntó a este profesional si había la posibilidad de que les enseñara a los pacientes a leer, pero respondió que no era posible porque se salía del límite de lo que podía hacer con respecto a los conocimientos aprendidos en la carrera profesional.

Al acercarse a mi escritorio me dijo que no podía enseñarles a los pacientes a leer porque lo que había estudiado iba más enfocado a las actividades corporales, como el autocuidado o actividades de ABC¹¹ y no sabía realmente cómo enseñarles a leer, que eso le competía a un profesional del lenguaje que supiera cómo enseñarlo. En esa charla también me explicó alguna de las teorías que estudió en la universidad y que ponía en práctica en el Hospital Día.

Estas aclaraciones se me hicieron curiosas, pues en la reunión había entendido por qué no podía enseñarles a leer a los pacientes que lo necesitaban, y porque nadie más me había hablado explícitamente de teorías o conocimientos adquiridos en la universidad. Sin embargo, pasé desapercibido eso y no fue hasta que un día, mientras los pacientes realizaban algunas actividades físicas, que nos pusimos a hablar y me contó un poco más sobre su paso en Hospital Día, señalándome que antes había trabajado en Consulta externa y que tenía experiencia en el área de salud mental.

El que me hablara del *Modelo de ocupación humana* como algo relevante que había aprendido en la universidad y que lo tuviera en cuenta para el desarrollo de su labor dentro del programa Hospital Día, parecía importante para el miembro del personal de salud mental del programa. Esto cobra sentido si entendemos que “Es a partir de la formación universitaria cuando el estudiante fortalece competencias profesionales a fin de ser autónomo, desarrollar compromiso social, capacidad crítica racional, tomar postura transformadora, entender el respeto por el otro y su compromiso con el desarrollo y fortalecimiento de la profesión” (Caro, 2009: 174). Pues la experticia, resulta relevante a la hora de determinar las formas en las que se puede tratar a los pacientes.

No obstante, en el día a día dentro del programa pude notar que no hacía referencia explícita a esas teorías de las que me había hablado, en su lugar, le ponía a hacer distintas actividades a los pacientes y se limitaba diciendo que esa actividad les ayudaría con cierta habilidad. Un ejemplo de esto son las sesiones de zumba, que se llevan a cabo en las horas de la mañana dentro del programa Hospital Día. Allí los pacientes se ponen de pie en frente de un televisor, que muestra distintos ejercicios, previamente planeados y organizados por el profesional de salud mental, quien me expresó en una entrevista que este tipo de actividades están

¹¹ Las actividades de ABC son actividades básicas cotidianas como cortar uñas y peinarse

encaminadas a “...trabajar todas las habilidades motoras finas que son todas las partes de patrones de movilidad, agarres, alcances” (Personal de salud mental, entrevista. 2019).

No obstante, tiene en cuenta los gustos de los pacientes para determinar más o menos qué tipo de canciones les puede poner a bailar y qué clases de zumba, con sus respectivos movimientos les pueden gustar más y se les facilitará realizar. Pues como me contó en algún momento, muchas veces los pacientes llegan “como muy tiesos”, “casi no se mueven o no hacen bien los ejercicios”. Sin embargo, si se les motiva con música que les guste y pasos no tan complicados los pacientes le van cogiendo el gusto y cada vez más se sueltan y disfrutan más la zumba.

Otro ejemplo son los viernes de cine. Algunos pacientes son los encargados de repartir el dinero (didáctico) para que así puedan comprar la entrada, las crispetas, la gaseosa y los dulces. Esta actividad, según el personal de salud mental, tiene la intención de “...trabajar en actividades de la vida diaria, parte de alimentación, higiene, vestido, independencia, actividad iniciativa, autonomía y funcionalidad” pues esa actividad se pretende como una simulación de la “vida real” y les permite practicar para aprender a comprar y a recibir el cambio.

A pesar de que este miembro del equipo de trabajo del Hospital Día, recurrentemente me hablara de teorías y de distintos conocimientos que adquirió en su formación profesional, a la hora de planificar las actividades con los pacientes se hacía evidente que tenía en cuenta los gustos, limitación y preferencias de estos, con el fin de que los ejercicios se realizaran de forma satisfactoria. Por lo tanto, considero que este caso permite dar cuenta que tanto la experticia como la experiencia confluyen para que se lleven a cabo las actividades previstas para con los pacientes.

3. Experiencia y experticia desde la psiquiatría

Al escuchar hablar a la psiquiatra del Hospital Día, tuve la impresión de que utilizaba un lenguaje un poco más técnico. Cuando hablaba con los pacientes podía escuchar que les hablaba de medicamentos particulares, diagnósticos y tratamientos, cosa que no pasaba con el resto del personal de salud mental, pues me percaté que estos últimos hablaban de los mismos temas, pero más desde la cotidianidad y era evidente que intentaban hablar de tal forma que los pacientes pudieran entender más fácilmente.

El día que entrevisté a la psiquiatra tenía algo de miedo e intriga pues esta, a diferencia del resto del personal de salud mental, tenía su consultorio propio y estaba un poco alejado del gran salón en dónde estaban la mayor parte del tiempo los pacientes. Me hizo pasar y realmente me sentí en una cita médica. Ella estaba en el computador tecleando mientras me pidió que me sentara y por algunos segundos se quedó viéndome, como preguntando qué seguía o qué me traía hasta allí.

La entrevista siguió, me narró cómo había entrado al programa Hospital Día, el tipo de diagnósticos que tienen los pacientes que entran, las edades y la finalidad del programa. Particularmente hubo algo que me llamó bastante la atención, cuando estábamos hablando sobre cómo había llegado al programa me contó que antes de que ella llegara había una problemática, pues había varios pacientes que llevaban dos años sin salir, lo cual resultaba contraproducente respecto a lo que se espera del programa, pues se busca que los pacientes no estén “internos”.

Respecto a esta problemática me manifestó que:

“Cuando yo llegué acá, ponle que había muchos, muchos, muchos pacientes que no habían salido, o sea, teníamos como unos 12 pacientes que llevaban más de 2 años. Entonces cuando empezamos a darles salida, ellos me decían que por qué yo los sacaba, sentían como si los estuviera echando de un trabajo o ¿sí? Entonces eso también fue un ejercicio bonito incluso con el equipo, porque en ese momento el equipo pensaba que esos pacientes se iban a poner muy mal, y muchos de ellos arrancaron y están trabajando, están bien, los sacamos como de esa dependencia” (Psiquiatra, entrevista. 2019).

Esto me hizo cuestionar los límites de la experticia y la experiencia de los profesionales de salud mental dentro del programa Hospital Día. Pues, si bien la psiquiatra tiene amplia experticia con los temas de salud mental, es hasta el momento en el que conoce los casos particulares de los pacientes y del programa en general, que puede tomar decisiones que busquen solucionar los problemas. Me permitió entender que, en este caso, se hace desde el conocer, ya que resulta relevante que la psiquiatra tenga conocimientos respecto a cómo actuar frente a las personas con enfermedades mentales, pero al tiempo es crucial que conozca a los pacientes, sus dificultades y sus necesidades para así, mediante los conocimientos adquiridos en su formación profesional pueda realizar las actividades pertinentes.

4. De los practicantes y la experiencia

Por último, quiero dar cuenta de otro caso en el que veo que convergen la experticia y la experiencia de los profesionales de salud mental que integran el programa Hospital Día. Los estudiantes de último año de enfermería, de una de las universidades de Villavicencio, realizan sus prácticas dentro del Hospital Departamental de Villavicencio y se rotan cada cierto tiempo por las distintas áreas del mismo. Para el caso de Hospital Día, cada grupo de estudiantes va al programa martes y miércoles, por dos semanas y luego son cambiados.

Entonces como expuse antes, llegan los martes en la mañana, se presentan ante los pacientes y realizan diversas actividades para conocerse, el miércoles les hacen capacitaciones, la mayoría de las veces que pude observar, sobre higiene corporal, dental y sobre habilidades sociales. Todo esto ocurre mientras una profesora está pendiente de los practicantes, la forma en que interactúan con los pacientes y cómo desarrollan las actividades.

Uno de los días en los que los practicantes estaban trabajando con los pacientes, pude darme cuenta que mientras los primeros tomaban las onces, la profesora les pidió a los estudiantes que se reunieran y empezó a preguntarles a cada uno sobre el paciente que se le había asignado, sobre qué diagnóstico tenía y si habían podido entablar conversación o saber más o menos los gustos de estos. Esto último resultaría crucial para las actividades siguientes, pues debían saber qué podían hacer y qué no.

Otro grupo de practicantes acababa de llegar al programa, ellos tenían planeada una actividad que consistía en que a cada paciente se le amarraba un pequeño globo inflado en cada tobillo y debían procurar que estos no se reventaban, pero al mismo tiempo debían intentar reventar los de los demás, y ganaba la persona que tuviera al menos un globo sin reventar en su tobillo. El ejercicio parecía transcurrir sin mucha novedad, había algunos pacientes más emocionados con el juego que otros, algo habitual en las actividades que hacían. Sin embargo, luego de un tiempo la actividad se tornó aburrida debido a que había pacientes con más habilidades físicas que otros y podían reventar los globos con mayor facilidad. Sumado a esto, una de las pacientes no estaba nada contenta con la actividad pues detestaba el sonido que se producía cada que un globo era reventado, por este motivo desistió de la actividad y se salió del salón.

Posterior a esta actividad pude darme cuenta de que la profesora que estaba pendiente de los practicantes les hacía énfasis en que debían saber un poco sobre los pacientes para así determinar qué actividades se podrían hacer. También les recalcó que era necesario conocer el diagnóstico del cada uno, si sentía algún malestar y si estaba medicado o no, entre otros detalles que resultan sustanciales, pues a veces el estar deprimidos, ansiosos o con tembladera (como era el caso de uno de los pacientes) impide que las actividades se desarrollen con normalidad. Esta situación habla de, retomando a Caro,

Las prácticas profesionales, donde hay un encuentro entre estudiantes, docentes y comunidad, es importante que el estudiante sea sensible cuando trabaja con las denominadas “situaciones clínicas” y rompa el paradigma utilitarista en donde solo ve la situación clínica como una ganancia para su aprendizaje que espera traducir en un elemento de evaluación cuantitativa; es el momento que los profesionales deben aprovechar para formar al estudiante en la cultura del amor, la sensibilidad, la comprensión de la persona, de manera y que las integre a su crecimiento personal y a la utilidad ética que le provee al currículo, lo mismo que a la utilidad de continuidad que este le genera (Caro, 2009:174).

En un momento el personal de salud mental intervino y les aconsejaron a los practicantes que estuvieran más atentos a lo que les gustaba y lo que no les gustaba a los pacientes. Pues, poniendo de ejemplo la actividad de reventar globos, les dijeron que la paciente que detestaba y se asustaba mucho con ese sonido se había molestado mucho y que en la medida de lo posible debían velar porque todos los pacientes estuvieran bien, que las actividades fueran de su agrado y que se pudieran realizar.

Lo que quiero mostrar con esta historia es que, a pesar de que se tengan los fundamentos teóricos de lo que se debe hacer, las prácticas que se deben realizar y las actividades propicias para cada grupo de pacientes, dependiendo del estado de salud en el que se encuentren y el lugar resulta primordial escuchar a los pacientes, conocerlos, saber qué les gusta y qué les incomoda. Por esa razón la profesora los hacía estar muy pendientes de la persona que tenía a su cargo, porque si no se está atentos hasta la comunicación no verbal, terminan realizando ejercicios que irriten o incomoden a los pacientes.

Al detallar estas cuatro situaciones ocurridas en el programa Hospital Día, pretendo dar cuenta que la experticia y la experiencia de los profesionales de la salud mental de ese programa, convergen en los tratamientos y en las prácticas profesionales. Pues, a pesar de que algunos

profesionales hablan, actúan y parecen darle más importancia a la experiencia y otros a la experticia, para los profesionales de salud mental que trabajan en el Hospital Día, resulta sustancial que tanto la teoría como la práctica sean tenidas en cuenta, ya que sirve poco saber sobre terapia ocupacional, psiquiatría o enfermería si no se conocen las particularidades de los pacientes con los que se trabaja.

Considero que, al intentar integrar la experticia con la práctica en un programa como Hospital Día, los pacientes son percibidos más allá de su diagnóstico o enfermedad. Pues no son vistos exclusivamente como un simple diagnóstico (con esto hago referencia a que no son solamente vistos como la enfermedad que se les diagnostica clínicamente), sino que realmente el equipo de trabajo se da a la tarea de acercarse a los pacientes, de conocerlos, de saber sus gustos, qué hacía antes de entrar al programa y qué hace y cómo se siente los fines de semana cuando no asisten. Así mismo, el Hospital Día cuenta con reuniones con los familiares, esto con el fin de acercarlos un poco más al proceso que llevan los pacientes, a contarles algunas novedades, expresarles las preocupaciones y a escucharlos. Esto también se da con el fin de que los familiares comprendan que sus seres queridos están enfermos y que esa enfermedad no solo los afecta a ellos, sino que es algo que afecta a todo el núcleo.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social (Esguerra de Cárdenas, 1991: 28).

Los pacientes son vistos como personas atravesadas por diferencias culturales, sociales, familiares, entre otras, que los hacen ser diferentes. Por lo tanto, resulta significativo que el personal de salud mental tenga en cuenta estos aspectos para así encontrar las mejores formas de tratamiento y, sobre todo, la mejor forma de tratar a los pacientes. Desde la experiencia del hospital día, estas interacciones entre disciplinas, entre cargos, entre trayectorias, entre diálogos profesionales y en la integración por una mejor relación profesional de la salud – paciente se hace explícita en el abordaje terapéutico con los pacientes.

Nociones de salud y enfermedad mental dentro del Hospital Día

La enfermedad y salud mental han sido tratadas y conceptualizadas de distintas formas dependiendo de la época. Fue hasta finales del siglo XVIII que Robert Fleury hace un cuadro en el que plasma la idea de tratar a los perturbadores del orden como enfermos, dándole paso al nacimiento de la psiquiatría (Yepes Roldán, 2010: 1). Para el siglo XIX, la psiquiatría adquirió una imagen pública y los psiquiatras empezaron a trabajar en la esfera pública, primordialmente en la esfera judicial, pues estos especialistas eran los encargados de decidir si una persona era “apta” o no para afrontar el castigo pertinente a los crímenes cometidos (Porter & Rodríguez, 2002).

De hecho, desde la década de los setenta se plantea la necesidad de redefinir los principales presupuestos teóricos de la psiquiatría (Macaya, 2018). De esta manera, los tratamientos coercitivos y altas medicaciones se cuestionan y se plantea que los profesionales de la salud, busquen e implementen alternativas a estos tratamientos. Esto con el fin de que los pacientes tengan terapias menos agresivas, con menos efectos secundarios y que al mismo tiempo les permitirá tener más libertad para realizar otras actividades cotidianas (Vásquez, 2011). Así, de fondo se busca que el trabajo del profesional de la salud vaya más allá de solo la identificación de síntomas para entender a las personas en sus contextos cercanos.

Actualmente en nuestros grupos sociales, más allá de relacionar la salud mental con la salud pública en el ámbito de lo judicial, es pertinente ver que los trastornos mentales afectan a personas de diferente nivel socioeconómico y de diferentes áreas geográficas, e impactan económicamente a quienes las padecen y a sus familias. Todas estas afectaciones demuestran que la salud mental no puede ser desligada de la salud en general, pues no afecta exclusivamente la parte mental de las personas, sino que incluye la vida misma. Es por esto que se hace necesario que la salud mental sea un componente de la salud pública (Posada, 2013). Sin embargo, decir que “La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa e indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” como lo define la Organización Mundial de la Salud resulta ser una definición genérica y ambigua, que hace un intento por abarcar salud, bienestar y enfermedades mentales en una sola definición de manera superficial. Esta cuestionada

definición ha sido acogida por distintos países del mundo entero y Colombia no ha sido la excepción.

En nuestro país, la salud mental es definida en la Ley 1616 de 2003 como

“un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”

Esta definición, resulta aún más amplia y se le agregan más componentes que la hacen compleja de entender y al final no se entiende qué es la salud mental. Así mismo, estas definiciones me hacen pensar que lo sano que esté una persona es evaluado según su nivel de productividad, pues se hace mucho énfasis en que puedan trabajar y contribuir a la comunidad.

Desde esta aproximación polisémica, para este trabajo, desde la aproximación empírica, la salud mental fue percibida, desde las experticias y experiencias profesionales, como un campo de conocimiento en salud, relacionado con unas respuestas disciplinares, sociales y políticas de los contextos, que tiene afectación desde lo definido normativamente y delimitado por unas prácticas laborales vinculadas a la intervención de salud.

Al asistir durante varias semanas, pude darme cuenta que a pesar de estar en medio de una Unidad de Salud Mental no se hablaba de forma explícita de este concepto. De hecho, resultaba más frecuente escuchar hablar a los profesionales de la salud mental sobre la enfermedad mental. Esto me resultaba curioso, pues desde que empecé a pensar en este trabajo de grado, sentía que iba encaminado hacia “LA SALUD MENTAL”. Sin embargo, al estar dentro del programa empecé a escuchar otro tipo de palabras y conceptos que parecían no relacionarse con la salud mental, sin darme cuenta, claro, que estas aproximaciones eran las que me permitirían rastrear las nociones de salud mental dentro del programa Hospital Día.

Desde los años 60 se cuestionó la corporalidad de la enfermedad mental, y pasó a ser entendida como algo socialmente construido, esto quiere decir, que lo que se entiende por salud mental fluctúa según la época y el lugar en donde se pregunte. Las enfermedades son físicamente localizadas en el cuerpo humano, esto significa que determinado órgano o sistema presenta una falla. Sin embargo, hacer esa localización corporal con las enfermedades mentales ha resultado controversial y complejo. A esta complejidad se suman las nociones de enfermedad mental

como algo socialmente construido, ya que algunos autores como Foucault y Porter han planteado que estas enfermedades han sido creadas para legitimar la intervención en los cuerpos de las personas “anormales”.

A diferencia de las enfermedades corporalmente delimitadas, la enfermedad mental puede variar según la sociedad. Esto quiere decir que diversos factores influyen de forma directa en lo que se entiende como normal y anormal con respecto a la salud mental. Un ejemplo puede ser el siguiente: si en una comunidad sumamente religiosa se entiende que lo normal es ayunar por tres días, puede que en otra comunidad que no sea religiosa, esta práctica resulte anormal y hasta los pueden llegar a tildar de locos.

Los factores sociales y culturales son necesarios para poder medir, cada cultura tiene un, una visión diferente de la salud, del comportamiento, entonces, pues obviamente hay que tener en cuenta eso para poder definir si hay o no una enfermedad, por ejemplo, con los indígenas, con personas de otras culturas no, lo que aquí puede ser anormal allá no, ¿ves? lo social hay que tenerlo en cuenta, lo religioso también. (psiquiatra, entrevista. 2019)

Sin embargo, que exista una visión de la enfermedad mental como algo socialmente construido, no implica que las nociones de esta, desde el punto de vista de la biomedicina haya desaparecido. De hecho, estas dos formas de interpretar y entender los trastornos mentales conviven.

Por lo tanto, la enfermedad mental que es vista como un desequilibrio que genera alteraciones en el comportamiento, como lo expresó la psiquiatra del programa hace referencia a que “...la enfermedad es el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de entidades externas que afectan el funcionamiento orgánico; la intervención está orientada a la curación, entendida como un arreglo anatómico-fisiológico mediante una acción directiva y vertical” (Restrepo & Jaramillo, 2012: 203). Lo anterior conlleva a que, muchas veces, en los tratamientos psiquiátricos sean implementados psicofármacos para ayudar a nivelar los desequilibrios químicos del cerebro. No obstante, estos son utilizados a la par con tratamientos comunitarios, extrahospitalarios y alternativos que a grandes rasgos abogan por tratamientos más humanitarios en donde los pacientes tengan mayor libertad y no se vean reprimidos en hospitales psiquiátricos.

En el Hospital Día, la enfermedad mental es algo que tiene múltiples dimensiones, como lo social, cultural, orgánico e incluso religioso. Esa misma variedad se encuentra en los tratamientos, pues como he expuesto anteriormente, algunos miembros del personal de salud mental del programa consideran que es necesario realizar tratamiento con “amor y cariño”, ya que es desde allí que se logran curar los pacientes. A pesar de que en reiteradas ocasiones me expresaron eso, pude detallar que cuando un paciente se encontraba intranquilo la solución era dirigida hacia los psicofármacos y no hacia el amor. Entonces, si un paciente expresaba que no tenía ganas de hacer las actividades porque tenía sueño, el personal decía que el medicamento le estaba generando mucho sueño y que era necesario hablar con la psiquiatra para que revisara la fórmula.

También pude observar que a pesar que, discursivamente el programa está orientado a la separación de la hospitalización psiquiátrica y aboga por una mayor libertad de los pacientes, la enfermedad mental es pensada desde, la coerción, pues los pacientes parecen estar obligados a asistir al programa. Con esto me refiero a que constantemente se recalca que deben ir para que puedan prepararse para salir a “la vida real”. Las enfermedades mentales creadas por la psiquiatría han sido utilizadas para coaccionar los cuerpos, el comportamiento y el rol de estos dentro de la sociedad (Álvarez, 2008: 11). Este coaccionar no es ajeno al Estado, pues es este el que determina qué es lo normal qué no lo es; así mismo, es el encargado de regular los tratamientos, las medicinas y delegar entidades para el tratamiento y prevención de las mismas (Bravo & Silva, 2011: 55). La regulación que realiza el Estado se puede exhibir en la creación de leyes y acciones institucionalizadas, pues es mediante estas que determina lo que se espera que sea normal en el comportamiento de las personas.

Por otro lado, la atención es pensada desde la infantilización, y como ya he detallado, los pacientes son vistos como niños pequeños que requieren de constante supervisión para que se les indique qué deben hacer y qué no. Así mismo, esta infantilización se ve reflejada en las palabras que se utilizan para hacer referencia a los pacientes, pues los llamaban niños y chicos, y también decían que el programa es como un jardín de niños en donde ellas (las profesionales de la salud) son las mamás; otra de las aristas es la de la medicalización, pues a pesar de que el personal de salud mental manifiesta que cree que “desde el amor los pacientes se logran curar”, cuando alguno de esto presenta alguna crisis se indica que es problema con el medicamento y que es necesario aumentar la dosis.

Eran pasadas las 9:15 am y uno de los pacientes había llegado hacía relativamente poco, lo cual generó incomodidad en el personal de salud mental, pues la entrada al programa va hasta las 9:00 am. Pero como este comportamiento era habitual en el paciente, no le prestaron mucho cuidado. Luego de la llamada de atención, el paciente tomó su desayuno y posteriormente expresó que se sentía mal, que tenía malestar y que se quería ir para su casa.

Ante este pedido, el personal de salud mental que estaba presente en ese momento le dijeron que eso no era posible, que solo la psiquiatra era la que podía autorizar la salida de un paciente y que ella en ese momento estaba ocupada y no podía atenderlo. El malestar del paciente persistía, tanto así que le pidieron que extendiera una colchoneta en el suelo y se acostara ahí por unos momentos mientras se sentía un poco mejor. La situación seguía empeorando y el paciente cada vez se notaba más ansioso, pedía casi que con desesperación que lo dejaran ir para su casa, que allá se sentiría mejor y que prometía no desviarse en el camino hasta allá.

Como el personal de salud mental no cedía ante las peticiones del paciente, este optó por ir a buscar a la psiquiatra por su cuenta. Mientras esto ocurría, en el salón en donde estaba los demás pacientes, algunos profesionales de la salud mental del programa se notaban preocupados por el comportamiento del paciente, aludiendo a que estaba muy alterado y ansioso y que por lo tanto era “...necesario hablar con la doctora para que le suba la medicación” (Personal de salud mental, conversación entre ellas. 2019)

Esta situación me hizo comprender que, a pesar de que se crea que” mediante los cuidados con amor los pacientes se recuperan”, también se cree en la necesidad de las medicinas para controlar algunas actitudes derivadas de las enfermedades mentales. Pues a pesar de que se busque que los pacientes tengan tratamientos menos coercitivos como lo es la hospitalización, se siguen teniendo perspectivas de lo que es la salud y enfermedad mental desde la biomedicina, desde la cual “...la salud mental está sustentada en un monismo biologicista en el cual lo mental se reduce a procesos biológicos; en consecuencia, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas” (Restrepo & Jaramillo, 2012: 203).

Leer que algunos miembros del equipo de trabajo del Hospital Día consideraban el “amor” como una forma de tratamiento puede hacer creer que este se desliga de los cánones de la biomedicina al momento de tratar las enfermedades mentales (duchas frías, alisamiento, etc.)

y parece apegarse un poco más a las nociones de antipsiquiatría. No obstante, al detallar sobre las prácticas profesionales dentro del programa, pude dar cuenta que los tratamientos desde el amor no están tan alejados de la biomedicina, pues se sigue abogando por la necesidad de psicofármacos que ayuden a contrarlar el comportamiento de los pacientes y además no se promueve la autonomía de estos. Esto conlleva a que los pacientes reincidan en el programa y duren en este por mucho tiempo, mientras que el equipo de trabajo espera que los pacientes tengan un paso no tan prolongando allí.

Durante el tiempo en el que asistí al programa tuve la sensación de que existía un fuerte predominio de la noción de enfermedad mental frente al concepto de salud mental, pues al hablar sobresalía la enfermedad mental, era de lo que más se hablaba y eso me resultó curioso, pues siendo un programa público creí que este se acoplaba al concepto de salud mental estipulado por la Ley 1616. Sin embargo, como este concepto es tan amplio cabe la posibilidad de que se construya y modifique la definición de esta. En este caso, este se matiza desde la propia experiencia y experticia de los profesionales de la salud mental del programa.

Es normal que una persona tenga una enfermedad mental, pero anormal que no lleve una vida como el resto.

Ahora bien, las nociones de lo que es entendido por salud y enfermedad mental, desde la biomedicina, están permeadas en el programa Hospital Día. Teniendo en cuenta esto y el hecho de que estas nociones convergen con las ideas de formas de tratamiento distintas, un poco orientadas a la psiquiatría comunitaria, quise ver cuáles eran los límites de cada una de estas nociones y las formas en las que influyen en el concepto de salud y enfermedad mental en el programa.

Directamente indagué con algunos miembros del personal de salud mental del programa Hospital Día sobre qué entendían que era la enfermedad mental y en un caso en particular me dijeron que “Enfermedad mental, es como difícil, es algo como que a todos nos puede llegar, es hereditario, por problemas de consumo, de la casa. A todos nos puede llegar, al rico al pobre” (Personal de salud mental, entrevista 2019). Así mismo, me dijeron que era necesario entender que era algo normal, que le podía pasar a cualquier persona, pero que muchas veces ese tipo de enfermedades no eran comprendidas pues se tenían a generalizar con él “es que está loco” pero

no se entendía que la persona padece de alguna enfermedad mental que lo hace comportarse o pensar de forma distinta.

A pesar de que la enfermedad mental es vista como algo “normal” que le puede ocurrir a cualquier persona, parece ser que no es normal que las personas que padecen de este tipo de enfermedades lleven una vida distinta a la “normal” o a la que llevaría una persona que no padece estas enfermedades. Con esto quiero hacer referencia a que al preguntar por la enfermedad mental me contestaban que era algo normal. Sin embargo, parecía que los pacientes dependieran económicamente y en general de sus familiares, aspecto que según lo que observé es bastante común entre las personas que sufren trastornos mentales, no es normal y por eso se espera que los pacientes puedan aprender a hacerse responsables por ellos mismos.

Eran aproximadamente las 10:15 am cuando uno de los pacientes empezó a expresar que debía irse temprano del programa ya que tenía que presentar un examen para poder acceder a la educación superior. Ante esta petición el personal de salud mental le dijo que eso no era posible, que él debía permanecer en el programa hasta las 3:00 pm y que después sí podía hacer lo que quisiera. No obstante, ante la negativa del personal, el paciente siguió insistiendo por varios minutos, hasta les dijo que iba a llamar a los padres para que vieran que era verdad lo de su examen.

Transcurrieron algunos minutos y la situación era la misma, el paciente diciendo que necesitaba salir para realizar un examen y el personal de salud mental diciendo que no era posible que saliera antes de la hora fijada para la finalización de la jornada del programa, que para eso había un horario establecido y que él no podía entrar y salir a la hora que se le diera la gana (esto debido a que en varias ocasiones se le llamó la atención por llegar tarde al programa). Mientras esto ocurría yo observaba y escuchaba atenta, fue entonces que uno de los miembros del equipo de trabajo se me acercó y me expresó su molestia, diciéndome que era el colmo que el paciente no hubiera programado el examen para otro día pues sabe cómo es el horario del programa. También me expresó que si él sabía que se debía ir temprano hubiera sido mejor que no asistiera ese día, pero que ese comportamiento en él no se le hacía extraño, ya que siempre quería hacer lo que quisiera sin importar las reglas.

Para ese momento el paciente se veía bastante molesto. Alegaba con sus padres por el teléfono celular y les decía que programa no lo iba a dejar salir, que ya había explicado que debía hacer

un examen importante pero que esto parecía no ser una razón suficiente. La situación llegó a tal punto que él estaba alegando, hablaba fuerte, casi que gritando, y decía que de verdad necesitaba irse. Ante este panorama, los miembros del personal de salud presentes en el salón se le acercaron y le pidieron el favor de que se calmara, que su comportamiento estaba alterando al resto de pacientes y que entendiera que las reglas del Hospital Día eran claras y no se podían estar rompiéndolas.

De repente todo se puso más tenso, el paciente casi a gritos les decía que si no lo dejaban salir él lo haría por su propia cuenta, fue entonces que les gritó que claro, no lo dejaban salir porque su futuro era Hospital Día y que como era una persona con un trastorno mental no tenía derecho a una educación superior o algo por el estilo, que simplemente debía asistir al programa y conformarse con eso. Respecto a estas fuertes palabras, el equipo de trabajo le contestó que eso no era verdad, que claro que querían que estudiara pero que debía aprender a acatar las normas, entonces le recordaron que durante las actividades él no hacía caso, fomentaba el desorden y saboteara los ejercicios, y con respecto a la salida le dijeron que era necesario que hablara con la psiquiatra. Finalmente, el paciente pudo salir temprano.

Con el pasar de los días, el escuchar frases como “hacer una vida normal” se convertía cada vez más en algo frecuente. A pesar de la frecuencia, mi asombro e inquietud no se disipaba, no lograba entender de qué hablaban ¿qué se suponía que era tener una vida normal? ¿quién en su “sano juicio” tenía una “vida normal”? y ¿cómo se logra tener una vida normal? eran algunas de las preguntas que merodeaban mi cabeza cada vez que escuchaba esas frases.

Del personal de salud mental escuché varias veces que les decían a los pacientes que se tenían que “ponerse bien” como una forma de decir que debían aliviarse de su enfermedad. Sin embargo, nunca logré entender del todo bien eso, no entendía si es que el hecho de asistir era garante de que “se pusiera bien”. Estas dudas retumbaban en mi cabeza, pues ya sabía que los pacientes no duraban mucho tiempo en el programa y solo recuerdo dos historias de pacientes que lograron independizarse y tener un poco más de autonomía en su vida. Pero luego de hablar con la psiquiatra estas preguntas tomaron más fuerza ¿cómo se supone que una persona diagnosticada con un trastorno mental crónico pueda ponerse bien si su panorama laboral es nulo? o ¿cómo lo haría una persona que lleva prácticamente toda su vida así?

La verdad las últimas veces que escuché decir eso al personal ya no lo creía. De alguna forma eso había perdido sentido para mí. Primero, porque de tantos años de funcionamiento del programa solo me habían hablado de un par de ejemplos exitosos de no volver a este y lograr desenvolverse en la cotidianidad; segundo, porque comprendía que, debido al diagnóstico, para algunos pacientes el ser autónomos resultaba complicado. Por ejemplo, una paciente analfabeta de avanzada edad y sumado a eso diagnosticada con cierto grado de discapacidad intelectual. Entonces, como me dijo la psiquiatra, el Hospital Día se presenta como un espacio en el que los pacientes pueden estar, realizar otro tipo de actividades, recibir alimento y atención, para así poder estar bien en “la vida real”. Estas palabras, junto a la manera en las que las pronunciaban, con euforia, parecían formas de motivar a los pacientes a que no estuvieran tanto tiempo en el programa. Pero volvían las preguntas a mí, ¿la vida que llevan no es la real? ¿todo lo que están viviendo, incluido el asistir al programa cumple la función de simulador para saber qué hacer luego? Así mismo, hubo una frase que me llamó muchísimo la atención, les dijeron a los pacientes que el tiempo en el programa era necesario ya que en este tendrían bases para “hacer una vida normal” a “ser útiles para la sociedad” y a “ser autónomos”

Entendía lo de autónomos, pues resulta complicado que una persona de 45 años siga dependiendo de los padres para las cosas más básicas o que a esa edad no sepa manejar dinero. Complicado porque los padres no duran para siempre y muchas veces los familiares no son conscientes de las limitaciones que un trastorno mental puede ocasionar o simplemente no tienen el dinero, tiempo o disposición para mantener y cuidar. Pero no entendía eso de “ser útiles para la sociedad” ¿útiles en cuanto a qué? o ¿por qué tendrían que ser útiles? Estas preguntas rondaban mi cabeza, pues recordaba que la psiquiatra en algún momento me había dicho que el programa servía como lugar de paso para las personas que tenían un pronóstico laboral nulo. Entonces ¿Las personas valen por lo que pueden trabajar? y ¿tener trabajo es igual a ser útil? nunca pregunté eso, pero con el paso de los días fui consiguiendo algunas respuestas. ¡Las personas valen por lo que trabajan! pues las historias exitosas de pacientes del programa terminan con el mismo final, aprendieron a trabajar por su cuenta y ahora no dependen de sus familiares.

Con respecto a lo de “hacer una vida normal” me hizo cuestionar lo que sería la normalidad y la anormalidad para el personal de salud mental del Hospital Día.

En esta concepción de la salud mental se califica como “normal” a todo aquel que no se considera trastornado o que no es etiquetado como tal: -normal- es el que se tolera a sí mismo y es tolerado; -normal- es el que tiene la suerte de formar parte de la definición convencional del no trastorno mental: es decir, tienen la buena fortuna de no caer en el área de lo que se define como el campo de la psiquiatría” (Restrepo & Jaramillo, 2012: 204)

Esto me ayuda a entender que lo “normal” de lo que tanto habla el personal de salud mental del Hospital Día, hace referencia a llevar una vida como si no tuviera una enfermedad mental y que, de alguna forma, esperan que en el programa puedan aprender a comportarse de tal forma. Lo cual veo problemático, ya que como expuse anteriormente, hay personas con diagnósticos que simplemente no les permiten vivir esa normalidad que se espera. Así mismo, pienso que el incentivar este tipo de normalidad se cae en una estigmatización, la cual implica que las personas que padecen de algún trastorno mental no son normales.

Esto lo confirmé cuando escuché que el personal de salud mental hablaba de algunos pacientes pasados y empecé a inferir qué era lo que se entendía como “una vida normal”. Me contaron la historia de una señora que iba de vez en cuando al programa, de hecho, la alcancé a ver un par de veces ir a ofrecerles bolsas para la basura. Esta señora hace varios años asistió al programa y por limitaciones gracias a su enfermedad vivía y dependía de su mamá. Sin embargo, esta señora poco a poco dejó de necesitar asistir al Hospital Día al punto que no volvió más, y empezó a vender diferentes productos tales como bolsas plásticas que le ayudaron a ser más autónoma y a saber manejar su propio dinero sin la necesidad de su madre. Con esta historia, comprendía que la normalidad es vista como eso, poder vivir autónomamente, trabajar y básicamente no depender de un familiar o alguien más para poder vivir.

Así como esta historia, muy por encima me contaron que otras dos personas habían pasado casi por lo mismo. Decían que esos pacientes habían asistido al programa pero que luego de un tiempo no se vieron en la necesidad de volver más, pues habían logrado conseguir algún trabajo (sobre todo en ventas) y ya no dependían económicamente de sus familiares. Esto, de forma general es lo que se espera que logren los pacientes que asisten al programa. Al momento de narrar estas historias, me expresaron que el “éxito” de los pacientes que habían salido del programa, en parte, se debía a los diagnósticos que tenían, pues eran más activos físicamente y les gustaba realizar ejercicios de jardinería y demás manualidades.

No obstante, el trastorno que padecen no es, de alguna manera, la única limitante para que los pacientes se desarrollen como el personal de salud mental espera. Existen múltiples factores que pueden imposibilitar esto, un ejemplo es la edad de los pacientes, pues si están en una edad avanzada será más complicado que sean contratados.

Un ejemplo que tengo muy presente respecto a esto era un paciente de 80 años, este señor tenía muy limitada la movilidad y el habla, ignoro la razón, pero sí sé que debido a una discapacidad intelectual y a que nunca hicieron el esfuerzo por enseñarle, era analfabeta. Este señor era llevado al programa por un familiar todos los días, y desde temprano tomaba su desayuno y se quedaba sentado en un sofá enfrente del televisor y cuando era momento de realizar actividades, a él le ponían colores para que dibujara o pinturas para que pintara. Posteriormente, hablando con el personal de salud mental me comentaban que con pacientes como él no es mucho lo que se puede hacer y que por lo tanto el programa se convierte en un lugar al que pueden asistir para no quedarse solos en la casa, sin la supervisión o apoyo de alguien.

Estos relatos observados y escuchados dentro del programa Hospital Día, me permiten dar cuenta que los profesionales de la salud mental se apoyan más en los conceptos de la biomedicina para detallar lo que es y lo que no es enfermedad mental. Sin embargo, a pesar de saber que los factores sociales, familiares y económicos de los pacientes influyen en la calidad de vida de los pacientes y en la forma en la que ven y viven la enfermedad, estos factores parecen no estar tan presentes dentro de las alternativas de intervención que propone el equipo.

Conclusiones

Al analizar cómo los profesionales de la salud vinculados al programa “Hospital Día” en Villavicencio, construyen el concepto de salud mental y lo materializan en su práctica laboral, pude darme cuenta de que llegar a un consenso de lo que es o no es la salud mental resulta sumamente complejo. Como lo he expresado a lo largo de este trabajo de investigación, no solo por los diferentes cambios en la conceptualización de este, sino que también por el hecho de que puede pasar por un término relativo. Esto dependiendo de la sociedad en la que se encuentre, la época y la religión, entre otros factores que pueden modificarlo.

Ahora bien, de mi paso por el programa Hospital Día logré comprender que efectivamente, la noción de salud mental contemplada por la Ley 1616 de 2003 es la que predomina entre el personal de salud mental. Sin embargo, que esta definición abarque tantos aspectos permite que se tengan distintas miradas de esta. Con esto quiero decir que, si bien se tiene un concepto grande de lo que es la salud mental en Colombia, esto permite que sea abordada desde las competencias de distintas profesiones. Entonces, el personal de salud mental de Hospital Día considera que la salud mental es algo que puede afectar a cualquier persona, sin importar el estrato social o las creencias religiosas, pero a la hora de realizar los tratamientos con los pacientes, este concepto se empieza a ver permeado por la experticia y experiencia profesional.

En consecuencia, al realizar este trabajo de investigación doy cuenta que el concepto de salud mental es un concepto con muchas variantes lo que ha implicado que desde su aparición sea complejo de definir. No obstante, entiendo que los profesionales que trabajan en esta área de la salud de alguna forma u otra implementan diversos elementos para construir lo que sería para ellos la salud mental y desde allí trabajar.

Ahora bien, entiendo que la construcción del concepto de salud mental por parte del personal vinculado al programa no es algo que se dé de la nada, y durante mi trabajo de campo pude rastrear distintas nociones de lo que se entiende por salud y enfermedad mental. Autores como Sánchez (2016) declaran que se puede llegar a creer que al trabajar en el sector de la salud mental no se tendría por qué tener estigmas sobre el tema, pero esta estigmatización es reproducida muchas veces por los mismos profesionales de la salud que trabajan en este campo, quienes han construido al “enfermo mental” desde la peligrosidad, la incapacidad y la necesidad del encierro o el aislamiento.

Sin embargo, de las primeras cosas que pude detallar al momento de observar el funcionamiento del Hospital Día fue que el personal de salud mental trataba a los pacientes como si estos fueran niños pequeños, o como yo lo propongo, una infantilización hacia los pacientes, lo que implica que se refieran a ellos como niños y chicos. Esta forma de construir al “enfermo mental” desde la incapacidad se ve reflejada en los profesionales vinculados al programa Hospital Día, pues reiteradamente dicen cosas como “uno se vuelve como una mamá” “esto es como un jardín” “el hospital es nuestro segundo hogar”

Estas frases, que se tornaron repetitivas, pues el personal de salud mental le decía esto a los pacientes y a veces cuando charlábamos también me lo decían, junto con algunos comportamientos para con los primeros, me hicieron entender que esa estigmatización de la que habla Sánchez (2016), primero se queda corta en cuanto a las prácticas profesionales y; segundo, porque no contempla la idea de que los pacientes sean vistos y tratados como niños. Así mismo, en la literatura consultada (Sánchez, 2016 & Ruiz, 2017) no se encontró un concepto que diera cuenta de esta situación, ya que en su mayoría hablaban de infantilización en personas con discapacidad intelectual, pero los pacientes que asisten al programa, casi en su totalidad, no presentan esta discapacidad. Por esta razón propongo la infantilización para dar cuenta de esta situación presentada en el Hospital Día.

De hecho, esas frases me hicieron cuestionar la autonomía de los pacientes dentro del programa, por un lado, porque desde el punto de la antipsiquiatría, lograr una autonomía en los pacientes es fundamentales, pues es mediante esta que las personas pueden dejar de lado las hospitalizaciones y demás formas de tratamiento coercitivas y, por otro lado, porque el personal muchas veces se muestra impaciente si las actividades no se desarrollan como se esperaban.

De igual manera, estas situaciones con los pacientes me hacen pensar en la agencia de estos, ¿hasta qué punto son libres dentro del programa? ¿de qué sirven las actividades si son impuestas por el personal? ¿por qué no son tomadas en cuenta las propuestas de los pacientes? Y, por último, me pregunto si la agencia de las personas medicamente diagnosticadas con algún trastorno mental es diferente a las que no han sido diagnosticadas y ¿cuál es la razón de esto?

Ahora bien, el estigma no es exclusivo de los pacientes, de hecho, Yepes (2010) y Alazraqui (2017) dicen que formas de tratamiento alternativo, como es la internación parcial son estigmatizadas por salirse del marco experimental de la biomedicina. Pero al detallar la operatividad del Hospital Día me di cuenta de que en lugar de ser dos formas de tratamiento contrastándose¹² estas convergen dentro del programa, pues se busca darle mayor libertad al paciente, desligándolo un poco de la hospitalización, pero al mismo tiempo se le suministran psicofármacos que pretenden nivelar el desequilibrio químico en el cerebro.

¹² Los tratamientos pensados desde la biomedicina y los pensados desde la antipsiquiatría.

Personalmente este hallazgo causó gran impacto, ya que entendía la psiquiatría y la antipsiquiatría como polos opuestos. Por lo tanto, si el programa se paraba desde uno de estos ejes no podía utilizar las herramientas del otro. Sin embargo, puede detallar que en el Hospital Día convergen estas dos posturas, ya que se aboga por tratamientos comunitarios que logren dar mayor autonomía y libertad a los pacientes, pero al mismo tiempo son implementados y administrados psicofármacos con los cuales se pretende controlar ciertas actitudes, comportamientos y pensamientos.

Otra de las nociones sobre salud mental que encontré en el programa hace referencia a que este concepto es construido desde la enfermedad mental. Por lo tanto, se habla más de enfermedad mental que de salud mental, y esta es definida desde lo que no es, es decir, una enfermedad. No obstante, esto no es algo nuevo ni descabellado, Ruiz Eslava (2015) expone que es desde las enfermedades que se ancla la definición de salud mental que en la práctica se usa en el país.

En este punto es relevante recalcar que la enfermedad mental se ha visto como una condena, siendo el enfermo culpable (Márquez Romero, 2010). Sin embargo, creo que en el Hospital Día esto no se cumple a cabalidad, pues se entiende que el paciente no es culpable de la enfermedad (no obstante, en ocasiones sí es culpabilizado si no cumple con los reglamentos del programa y si no “pone de su parte” para recuperarse) y tampoco se ve al personal de salud mental como los que salvan a la sociedad del mal. Pero de alguna forma sí se ve la enfermedad mental como una condena, pues muchas veces esta imposibilita a las personas a hacer cientos de actividades que se toman como “normales”.

En el caso concreto del programa Hospital Día se hace evidente que la salud mental se define desde la enfermedad, pues al expresar mi interés por trabajar en el programa me recomendaron que estuviera atenta a la unidad de Hospitalización, pues según ellas, esa unidad es más interesante, además constantemente instan a los pacientes a tener “una vida normal” o que deben aprender a hacer cierto tipo de actividades para “cuando nos integremos otra vez a la sociedad” y que “el trabajo es prepararte en este tiempo para que aprendas a estar bien afuera”.

Ahora bien, en cuanto a las prácticas profesionales, discrepo un poco con Carballeira et al (2017) & Vega et al (2016) quienes manifiestan que, para cambiar el paradigma de la implementación de prácticas coercitivas a los pacientes con trastornos mentales, compete a los profesionales que se están formando en salud mental, pues de ellos es la decisión de trabajar

con ese tipo de ejercicios y a Sánchez Castillo (2016) quien expresa que la actitud de los profesionales de la salud mental hacia los pacientes y los trastornos que padecen, perjudican de forma significativa la calidad de los cuidados y la recuperación requeridos por los mismos. Entiendo que los profesionales de la salud mental son los encargados de los tratamientos de los pacientes, pero creo que es limitado el hecho de poner toda la responsabilidad en estas personas. Como lo puede evidenciar en el programa Hospital Día, factores tales como los recursos económicos, el comportamiento de los pacientes y la actitud de los familiares perjudica el tratamiento de las personas que lo requieren.

Estos diversos factores, no solo afectan el paradigma psiquiátrico, también interfiere en las actividades que se realicen. Si bien Vázquez-Bourgon et al (2012) manifiestan que es necesario que las actividades que se realicen con los pacientes estén conectadas entre las distintas áreas de conocimiento que convergen dentro del programa. O sea, que las actividades que se realicen sean pensadas desde la psiquiatría, la terapia ocupacional y la enfermería. Sin embargo, considero relevante tener en cuenta que los pacientes son muy distintos y que incluso los trastornos que padecen pueden hacer que las dinámicas del programa funcionan de formas diferentes. Un ejemplo de esto es que si un paciente llega muy ansioso o deprimido no podrá hacer las actividades de forma correcta.

Finalmente, considero que la realización de este trabajo de investigación contribuye a entender que el concepto de salud mental ha variado con el paso del tiempo y que este ha sido moldeado por las distintas teorías que han surgido. De igual manera, da cabida a cuestionarse una única manera de entender la salud mental. En mi caso, entiendo que en el programa la enfermedad mental puede ser abordada o construida y plasmada en las prácticas profesionales de distintas maneras como, desde la enfermedad mental, desde lo planteado por la Organización Mundial de la Salud o desde las formas de tratamiento.

Así mismo, evidencia que este cambio de concepción de lo que es y no es la salud mental ha traído como consecuencia variaciones en los tratamientos para los trastornos mentales. Uno de esos cambios en el tratamiento derivó en la modalidad de hospital día. Para el caso del Hospital Departamental de Villavicencio, espacio en el que realicé el trabajo de campo, pude denotar que allí, a pesar de alejarse de los tratamientos coercitivos se siguen implementando otras formas de curación, como es la toma de medicamentos y la presión para asistir al programa.

Este trabajo de investigación contribuye a la antropología médica colombiana, el acercamiento a un programa de tratamiento alternativo a la hospitalización psiquiátrica. Lo cual puede significar darle paso a nuevas investigaciones que abarquen el tema de la salud mental en Colombia. Tema que puede enriquecer los conocimientos que se tienen, desde la antropología, sobre salud, enfermedad y tratamiento. Así mismo, creo que esta investigación puede abrir un campo de trabajo que vincule los aportes de la antropología, los estudios de las profesiones y los estudios de ciencia sobre la construcción de saber, campo poco abordado en el país.

Particularmente creo pertinente que se investigue sobre la relación entre el género y los pacientes diagnosticados clínicamente con algún trastorno mental, pues durante mi trabajo de campo pude notar que la mayoría de los pacientes eran mujeres y que el trato hacia esta era diferente frente a los hombres. Además, porque históricamente las enfermedades mentales como la locura o la histeria han sido catalogadas como problemas de mujeres. Sin embargo, como mi trabajo de investigación está enfocado hacia el personal de salud, este aspecto no fue tenido en cuenta para desarrollarlo más a profundidad.

Una de las aristas que no toqué en este trabajo fue el de los pacientes, pero creo que para futuras investigaciones sería un tema interesante. Poder ver, de alguna forma el otro lado del programa resultaría sumamente interesante, pues son estas personas las que reciben la atención y pueden tener una perspectiva diferente tanto de la salud y enfermedad mental, como de la importancia o necesidad de programas de internación parcial. En el marco de este trabajo, considero pertinente hacer una investigación con mayor énfasis en la agencia de los pacientes, pues a pesar de ya no se implementen las duchas frías, los electrochoques y demás, a los pacientes siguen siendo, de alguna forma, sometidos por las indicaciones del personal.

Ahora bien, considero que esta aproximación desde la perspectiva de los pacientes puede brindar a la antropología médica colombiana una mirada menos institucionalizada al tratamiento de enfermedades mentales. Así mismo, permite tener un acercamiento a las distintas formas de tratamiento que emplean los pacientes y las familias de esto, y sobre todo porque facilita conocer sobre las enfermedades mentales desde las propias vivencias y creencias de los pacientes.

Referencias

- Alazraqui, Hugo (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica de UCES*, 22(2), 32-47.
- Álvarez Martínez, J. M., & Fernando Colina. (2008). La Invención de las enfermedades mentales. Madrid (España). Gredos.
- Arango, Luz & Pineda, Javier. (2012). Género, trabajo y desigualdades sociales en peluquerías y salones de belleza de Bogotá. *Revista CS*, 93-130.
- Buiza Aguado, C., Uría Rivera, T., Serrano Coello de Portugal, A., Ahijado Guzmán, Z., Delfa Álvarez, A., Frigolet Mayo, P., Ortega Rojo, & Rubio Plana, A. (2014). El Hospital de Día-Centro Educativo Terapéutico Pradera de San Isidro: Un dispositivo para el tratamiento intensivo de trastornos mentales graves en niños y adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 16(61), e19-e32.
- Bravo, O. A. (2011). *Las prisiones de la locura. La construcción institucional del preso psiquiátrico*. Cali: Editorial Universidad Icesi.
- Carballeira, L., López, I., Cocho, C. and Nocete, L. (2017). La experiencia de los profesionales de salud mental en formación en torno a las prácticas coercitivas directas. [online] *Mad In America Hispanohablante*. Disponible en: <https://madinamerica-hispanohablante.org/0contenciones-percepciones-de-los-profesionales-de-salud-mental-en-torno-a-las-practicas-coercitivas-directas-lopez-cocho-carballeira-y-nocete/>
- Caro, Sarita. (2009). Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.
- Cibanal Juan. (2007). A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9(2), 09-13.
- Cooper, D. G., & Menéndez, I. (1978). *La gramática de la vida: estudio de los actos políticos*. Barcelona: Ariel.
- Esguerra de Cárdenas, I. (1991). Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatra. *Avances en Enfermería*, 9(1), 27- 34.

- Hinton, Devon y Byron Good. (2009). eds. La cultura y el trastorno de pánico. Palo Alto: CA University Press de Stanford.
- Foucault, Michel, & Utrilla, J. J. (1976). Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1967) Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. Londres: Tavistock.
- Gasull, María. (2010). *La ética del cuidar y la atención de enfermería*. Universitat Oberta de Catalunya. Barcelona, España.
- García Bañón, Ana M^a, Sainz Otero, Ana, & Botella Rodríguez, Manuel. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&tlng=es.
- Gómez López, Y. (2017). Arteterapia y antipsiquiatría: el arteterapia como una herramienta de cambio. *Revista de Psicología-Tercera época*, 16, 97 -120.
- Helman, Cecil. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: CRC Press.
- Hinton, Devon y Byron Good. (2009). La cultura y el trastorno de pánico. Palo Alto: CA University Press de Stanford.
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 1(1), 9-36.
- Kleinman, Arthur y Byron Good. (1985). Cultura y depresión: Estudios en antropología y psiquiatría intercultural del afecto y el trastorno. Estudios comparativos de sistemas de salud y series de atención médica. Los Angeles: University of California Press.
- Ley 1616 de 2013. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, D.C. Colombia, 21 de enero de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Luchtenberg, E., & Cannellotto, A. (2010). Medicalización y sociedad, lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades. Buenos Aires (Argentina) UNSAM 2010.
- Lupton, D., Zimmerman, E., & Escobar, J. (2012). La medicina como cultura la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Medellín (Colombia) Universidad de Antioquia.

- Macaya Sandoval, X. C., Pihan Vyhmeister, R., & Vicente Parada, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 338-35.
- Madoz-Gúrpide, A., Ballesteros Martín, J. C., Leira Sanmartín, M., & García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud Pública*, 91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272017000100300
- Márquez Romero, M. I. (2010). De las narrativas de la locura: ¿Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental. *Revista de recerca i formació en antropologia*, 12, 25.
- Martínez-Hernández, À., Orobítg, G., & Comelles, J. M. (2000). Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad. E. González y JM Comelles (comps.), *Psiquiatría Transcultural*, 117-246.
- Martínez Hernández, Á. (1998). Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(68), 645-659.
- Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología médica teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Maya Mejía, J. M., & Blanco Restrepo, J. H. (1997). *Fundamentos de salud pública*. Medellín (Antioquia, Colombia) Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB).
- Minsalud.gov.co. (2017). Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud mental. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>.
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
- Nación (2019). La olla podrida del principal hospital del Meta. *Semana*. Recuperado de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/corrupcion-en-el-hospital-de-villavicencio-meta/604004>
- Ortiz Lobo, A. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. *Átopos*, 7: 26-34.

- Palacios, F. F., & Cervantes, J. A. D. (2000). Normalidad y anormalidad: esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. *Revista Polis*, 1, 247-262.
- Pool, Robert & Geissler, Wenzel (2005) Interpreting and explaining sickness. En: Robert Pool & Wenzel Geissler. *Medical Anthropology*. New York, Open University Press: 52-62.
- Porter, Roy, & Rodríguez, J. (2002). *Breve historia de la locura*. Turner.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-8.
- Restrepo-Espinosa, Maria Helena. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 39-55.
- Restrepo Ochoa, Diego, & Jaramillo Estrada, Juan (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista facultad nacional de salud pública*. 30(2), 202 - 211
- Ríos Molina, A. (2014). La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del manicomio General La Castañeda, 1910-1920 (Vol. Primera edición electrónica). México, D.F.: El Colegio de México.
- Sánchez-Castillo, María del Pilar (2016). Estigma en los profesionales de salud mental (tesis de maestría). Universitat Jaume, Castellón de la Plana, España.
- Serrano, C., Cabanillas, R., Morales, B., Delgado, A., Castillo, S., del Pino, M., & Guillén, M. (2018). Delimitando la coerción y los cuidados enfermeros en salud mental: una aproximación cualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, (20): 19 -26.
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud (2a ed) México DF, México. Siglo Veintiuno.
- Ruiz Eslava, Luisa. (2015). Salud mental en tiempos de guerra: Una Reflexión sobre la Relación Conflicto Armado – salud Mental en el Pueblo Indígena Emberá en Situación de Desplazamiento Forzado. *Rev. Fac. Med.* 2015;63(3):399-406.
- Ruiz, Hernández, Juan Daniel. (2017) *¿Por siempre niños? Corporalidad y discapacidad intelectual: una aproximación sociológica al cuerpo discapacitado* (Tesis de pregrado). Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
- Uribe, Carlos Alberto. (1999). Narración, mito y enfermedad mental: hacia una psiquiatría cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28(3), 219-238.
- Vásquez Rocca, Adolfo. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de Enfermedad mental y crítica de la 'razón. Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 31 (3): 7-20

- Vázquez-Bourgon, et al (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(6), 323-32.
- Vega, P., Aliaga, V., Ferrada, C. and Sateler, A. (2016). Experiencia De Los Profesionales De La Salud Al Implementar Terapias Complementarias En Su Quehacer Profesional. *Horiz Enferm*, 27(2) 8-17.
- Winkelman, M. (2008). Culture and Health: Applying Medical Anthropology. *Jossey-Bass*
- Yepes Roldán, L. E., Vélez A. Hernán, Toro Greiffenstein, R. J., & Palacio Acosta, C. A. (2010). *Psiquiatría* (sexta edición), Medellín, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas.