

LA VIVENCIA DEL INGRESO PSIQUIÁTRICO DESDE LAS MIRADAS DEL PACIENTE Y EL PERIODISMO LITERARIO

Sofía Kofoed Alonso

RESUMEN: El objetivo es investigar el paisaje del ingreso psiquiátrico desde la perspectiva subjetiva del paciente. A partir de tres entrevistas en profundidad a personas que han ingresado en distintas circunstancias en España, se comparan las narrativas autobiográficas con las recogidas en el periodismo literario y la literatura de no ficción. A pesar de la evolución de la psiquiatría, existe una transculturalidad donde convergen las percepciones del paciente psiquiátrico a lo largo de las décadas, destacando las similitudes entre el paisaje sanitario y el punitivo paisaje carcelario, así como el uso frecuente de psicofármacos que reemplacen la terapia para paliar los síntomas sin atajar el origen del malestar.

PALABRAS CLAVE: Ingresos psiquiátricos, Pacientes psiquiátricos, Paisajes reconstruidos, Periodismo literario, Salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Arnau, Esther y Lola, cuya honestidad, confianza y humildad hacen posible este trabajo, que espero sienta la base de otras muchas investigaciones.

Gracias a las personas que me acompañaron cuando yo estuve ingresada cuando era niña. A mi familia y amigas por su paciencia y amor incluso cuando era difícil de querer porque estaba enferma. Y a mis compañeras de ingreso, especialmente a Blanca, por conseguir que un infierno a veces pareciera un campamento de verano.

Gracias a los psiquiatras que no se dedican a medicalizar a sus pacientes, sino a tratarlos. Gracias a los psicólogos que ven más allá de los síntomas de la enfermedad para llegar a su origen. Gracias a las enfermeras que cuidan desde el cariño. Gracias a todas las personas que escuchan antes de juzgar.

Gracias a Nellie Bly por la valentía de su reportaje literario, a Leonora Carrington por su sinceridad y sensibilidad, y a Susanna Kaysen por escribir uno de los libros que más he releído y que mejor define la experiencia del ingreso según como yo la viví.

Gracias a mi tutora Carmen Gaona por acompañarme en esta investigación, introducirme a la teoría de la reconstrucción del paisaje y apoyarme cuando cambié drásticamente de tema para enfocarlo a la vivencia del ingreso.

ÍNDICE

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | INTRODUCCIÓN | 6 |
| 2. | JUSTIFICACIÓN | 8 |
| 3. | OBJETIVOS..... | 10 |
| 4. | HIPÓTESIS..... | 11 |
| 5. | ESTADO DE LA CUESTIÓN | 11 |
| 6. | METODOLOGÍA | 13 |
| 6.1. | Método de investigación | 13 |
| 6.1.1. | El paisaje del ingreso | 13 |
| 6.2. | Obtención de testimonios | 14 |
| 6.2.1. | Formulario | 14 |
| 6.2.2. | Entrevistados..... | 15 |
| 6.2.3. | Cláusula ética..... | 17 |
| 6.3. | Entrevistas | 17 |
| 6.3.1. | Estructura de preguntas | 17 |
| 6.4. | Análisis de resultados | 17 |
| 7. | MARCO TEÓRICO | 18 |
| 7.1. | El periodismo literario | 18 |
| 7.2. | Subgéneros del periodismo literario..... | 19 |

| | | |
|--------|--|----|
| 7.2.1. | Diez días en un manicomio (1887)..... | 19 |
| 7.3. | Literatura de no ficción: las memorias | 20 |
| 7.3.1. | Memorias de abajo (1943) | 21 |
| 7.3.2. | Inocencia interrumpida (1993)..... | 24 |
| 8. | ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 25 |
| 8.1. | El subpaisaje interior..... | 25 |
| 8.1.1. | ¿Locura o cordura? | 25 |
| 8.2. | El subpaisaje del tratamiento..... | 28 |
| 8.2.1. | Impresiones generales..... | 28 |
| 8.2.2. | Del privilegio al castigo..... | 29 |
| 8.3. | En cuanto a la medicalización..... | 33 |
| 8.4. | Subpaisaje público..... | 37 |
| 8.4.1. | Hospital, refugio y cárcel | 38 |
| 8.4.2. | El paso del tiempo..... | 40 |
| 8.5. | Subpaisaje sanitario..... | 41 |
| 8.5.1. | Los psiquiatras | 41 |
| 8.5.2. | Los psicólogos..... | 41 |
| 8.5.3. | Los enfermeros | 42 |
| 8.6. | Subpaisaje social | 42 |

| | | |
|-------|---|----|
| 8.7. | Subpaisaje compartido | 44 |
| 8.8. | Subpaisaje privado | 44 |
| 8.9. | Subpaisaje reconstruido | 45 |
| 9. | DISCUSIÓN | 46 |
| 10. | CONCLUSIÓN | 46 |
| 11. | BIBLIOGRAFÍA | 51 |
| 12. | APÉNDICES | 54 |
| 12.1. | Apéndice 1: Clasificación de preguntas según subpaisaje | 54 |
| 12.2. | Apéndice 2: Resultados de las entrevistas | 58 |

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se posiciona como uno de los grandes retos del siglo XXI a nivel global. En España, las cifras son cada vez más preocupantes: cuatro de cada diez españoles valoran de forma negativa su salud mental, como recoge el informe *La situación de la Salud Mental en España 2023* de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA en colaboración con Fundación Mutua Madrileña. Según los datos, casi el 75% de la población general considera que la salud mental en España ha empeorado en los últimos años, atribuyendo mayoritariamente su detrimento a factores de dificultad económica, incertidumbre ante el futuro, el estrés diario, la pandemia de la COVID-19 y vivir en una sociedad más competitiva y/o individualista. Solo una minoría (6,1%) opina que la salud mental general ha mejorado, a pesar de haber una mayor concienciación con campañas de visibilidad y la creciente cobertura mediática.

Un indicativo del estado crítico de la salud mental en España son los ingresos en hospitales psiquiátricos o en plantas de psiquiatría en hospitales generales, que llegaron a su récord histórico en 2021. Además, los diagnósticos de salud mental se han triplicado en comparación con la década anterior, marcada por la crisis económica en España (Jara, 2023). Uno de cada cinco afectados por un problema de salud mental ha estado ingresado, la mayoría de forma involuntaria y casi en su totalidad por vía de urgencia (Jara, 2023).

La experiencia de hospitalización puede dejar una huella negativa duradera en los pacientes psiquiátricos (Bernardo et al., 2021). Sin embargo, esta creciente realidad no ha ido acompañada por una concienciación social sobre los ingresos. El modelo de los psiquiátricos de siglos anteriores se va dejando atrás, pero sigue aún presente en Europa (Bernardo et al, 2021).

El tabú asociado a los trastornos mentales y los ingresos psiquiátricos supone un problema significativo en la sociedad española. Esta estigmatización se manifiesta de diversas formas, desde la discriminación laboral hasta la exclusión social, afectando tanto a los pacientes como a su círculo cercano. Un estudio de la Universidad Complutense de Madrid revela que casi la mitad de la

población en España no tiene intención de entablar relaciones personales con personas que han pasado por un problema de salud mental, y dos de cada tres prefieren no convivir con ellas (EFE, 2022). Este estigma social limita las oportunidades de las personas con trastornos mentales y puede propiciar procesos de autoestigmatización, exacerbando su aislamiento y vulnerabilidad.

La investigación en salud mental en España tiende a centrarse en enfoques cuantitativos que priorizan el análisis de datos estadísticos y la evaluación de los servicios de salud mental desde la perspectiva de los profesionales y las instituciones. De esta forma, el ámbito científico olvida la otra parte de la ecuación, la más importante: las personas que viven el ingreso psiquiátrico y dependen temporalmente de él. El método cuantitativo, si bien permite realizar una radiografía de la evolución a nivel absoluto, no entra en las particularidades de la realidad de las personas que están detrás de los números sobre salud mental en España, sino que fomenta su estigmatización al reducirlos a meras cifras (diagnósticos, camas, ingresos, altas, muertes). En el ámbito científico ha habido escaso interés por asomarse a la percepción individual del paciente hospitalizado en psiquiatría. Esa deshumanización de los números irremediablemente fomenta la incompreensión de la vivencia de la institucionalización psiquiátrica y el aislamiento de la persona que lo vive.

Investigaciones cualitativas como *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (1961/2001), de Erving Goffman, así como el estudio realizado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (Pastor et al., 2019), han demostrado que explorar la experiencia del ingreso desde la perspectiva de sus protagonistas puede contribuir significativamente a identificar las necesidades de los pacientes durante el ingreso, favorecer su reintegración posterior y observar posibles mejoras de los servicios de salud mental.

Este vacío de conocimiento cuantitativo sí se explora en mayor profundidad en otras ramas, como el periodismo y, particularmente, el periodismo literario y la literatura de no ficción, que permiten al propio autor

contar de primera mano su experiencia como interno psiquiátrico. De esta forma, es el paciente el que narra su perspectiva subjetiva con su estilo personal e incensurable, lo que supone un testimonio inconmensurable para conocer la realidad del ingreso psiquiátrico desde el interior y favorecer la empatía con las personas que ingresan.

En conclusión, a pesar de que los ingresos psiquiátricos son una realidad creciente y preocupante en España, el estigma social y la falta de investigación desde la perspectiva de los pacientes limitan su comprensión completa y, por ende, su mejora. Es esencial adoptar un enfoque más holístico que incluya tanto los datos cuantitativos como las experiencias de los pacientes para desarrollar estrategias de atención más humanizadas y efectivas. El presente trabajo pretende unir el método cualitativo con los testimonios recabados a través del periodismo literario y la narrativa de no ficción para hacer un análisis lo más completo posible de la vivencia del paciente en el ingreso.

2. JUSTIFICACIÓN

Es excepcional encontrar investigaciones que indaguen en la percepción que los propios pacientes tienen del ingreso. El sociólogo Erving Goffman, especializado en la microsociología, fue pionero en 1961 con su libro *Ingresados*, donde analizó los hospitales psiquiátricos desde la experiencia de los internos, encontrando similitudes entre los participantes de las que denomina “instituciones totales”, que engloban a instituciones como las cárceles y los hospitales, donde los internos viven experiencias similares en aislamiento (1956/2001, p. 13). Estas instituciones suponen la privación de las personas internas, que son institucionalizadas de forma involuntaria (Shalin, 2013, p. 123).

El filósofo Michel Foucault también estudió las convergencias que existen entre el punitivo sistema penitenciario y el sistema sanitario en varias de sus obras, entre ellas el primer volumen de *Historia de la locura en la época clásica* (1961) y *Vigilar y castigar* (1975). Según el autor, las dos instituciones son herramientas de control social enfocadas a manejar a personas que suponen

una amenaza para el orden social y, a través de su estancia, las convierten en dependientes de la cárcel, el hospital o la familia (1961/1998, p. 34). Goffman (1961/2001) señala que cuando el paciente es aislado durante un largo periodo de tiempo del mundo, sufre una “desculturalización” que incapacita su recuperación y reintegración, lo que implica que las instituciones no buscan la recuperación o reintegración cultural del interno, sino mantener la tensión entre el mundo exterior y el del ingreso “como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (p. 26).

En las tesis de Goffman y Foucault impera una representación negativa y desnaturalizada de la salud mental, que muestra una tendencia del sistema a la *manicomialización* de las personas. Situar al paciente y al preso convicto en una misma balanza pone el foco en la criminalización de los pacientes de salud mental, que viven enfermedades estigmatizadas e incomprensibles en la sociedad. Su *desmanicomialización* supone el primer paso para cuestionar las medidas impuestas y su impacto.

Como se ha recogido en la introducción, hay estudios cuantitativos sobre los ingresos psiquiátricos que permiten establecer una radiografía en cuanto a los recursos disponibles, tanto materiales como humanos, lo que nos permite examinar que, a pesar de existir una creciente demanda de atención en salud mental en España, el número de recursos disponibles en psiquiatría ha disminuido frente a la creciente demanda (Mouzo et al., 2021) (Ministerio de Sanidad, 2022). Esto es preocupante, pero aún lo es más la escasez de datos cuantitativos del otro punto de vista: las personas que ingresan. Según Goffman (1961/2001), para entender a los pacientes psiquiátricos habría que vivir su rutina diaria y descubrir que conforman “una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal” (p. 9). Esto combatiría la mirada prejuiciosa de aquellos ajenos a la realidad de los enfermos de salud mental (Goffman, 1961/2001, p. 10).

El presente trabajo se centra en la percepción de los ingresos psiquiátricos desde el punto de vista de los pacientes. Con este fin, se crea un espacio donde

los expacientes pueden reconstruir su experiencia sin miedo a la estigmatización, desmitificar prejuicios y alumbrar el camino a una progresión de la atención sanitaria a los pacientes psiquiátricos. La investigación analiza cómo los expacientes psiquiátricos reconstruyen su ingreso, qué aspectos resaltan, cuáles olvidan, qué normalizan y qué critican.

Se utilizará un enfoque cualitativo basado en entrevistas semi-estructuradas con personas que han ingresado en hospitales psiquiátricos o plantas de psiquiatría en hospitales generales en España para comparar y contrastar sus testimonios con los recabados a lo largo de la historia en textos de no ficción escritos por otros pacientes. De esta forma, se analizarán de forma constructiva las similitudes y diferencias en la vivencia del ingreso psiquiátrico, su evolución según la época y contexto, y la posibilidad de mejora en la calidad de vida de las personas que dependen del sistema de salud mental.

Para tener una visión lo más completa posible del ingreso, se dividen las preguntas en cuanto a su ámbito: interior (la mirada del paciente sobre sí mismo), tratamiento (sobre las medidas del ingreso), público (sobre el mundo exterior), sanitario (sobre el personal médico), social (sobre el resto de los pacientes), compartido (sobre las zonas comunes), privado (sobre las zonas privadas) y reconstruido (sobre los recuerdos que escapan a la retrospectiva).

El enfoque de este análisis favorece los relatos autobiográficos de los protagonistas de los ingresos psiquiátricos, cuya visión desde dentro aporta un enfoque no solo poco explorado y, por tanto, innovador, sino crucial para afrontar la crisis de salud mental que asola a España y el resto de los países en el siglo XXI. Por el contrario, no se aboga por la abolición de la institución psiquiátrica, sino que se pretende cuestionar sus prácticas y ofrecer una mirada constructiva basada en la realidad de las personas internadas, buscando una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

3. OBJETIVOS

La investigación pretende contribuir al conocimiento de los siguientes objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL 1. Uno de los principales objetivos radica en promover las narraciones autobiográficas de los pacientes psiquiátricos para entender la vivencia del ingreso psiquiátrico desde el punto de vista de sus protagonistas.

OBJETIVO PRINCIPAL 2. Para analizar si la narrativa del paciente con el paisaje del ingreso psiquiátrico es transcultural, se hará una comparativa entre los testimonios de pacientes españoles y aquellos recogidos en textos de la literatura anglosajona de no ficción. En concreto, se pretende explorar dónde convergen los relatos y qué cambios se perciben en el paisaje de los ingresos psiquiátricos en épocas y contextos sociales distintos.

OBJETIVO PRINCIPAL 3: Por último, el impacto social de este trabajo aspira a fomentar y promover el discurso sobre la salud mental y a ofrecer una mirada constructiva, explorando los progresos que garantizarían una mayor calidad de vida para las personas que dependen del sistema de salud mental.

4. HIPÓTESIS

La investigación pretende confirmar o negar las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1. Las personas que ingresan en psiquiatría viven experiencias similares sin importar las diferencias de edad, diagnóstico, fecha o tipo del ingreso.

Hipótesis 2. El ingreso psiquiátrico puede ser un remedio peor que la propia enfermedad.

Hipótesis 3. La experiencia de los pacientes en las instituciones psiquiátricas es equiparable a la de los presos en las instituciones carcelarias.

5. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Como se ha explorado con anterioridad, existen pocos estudios cualitativos que exploren los ingresos psiquiátricos desde el punto de vista de los pacientes. Pastor Montaña et al. (2019) entrevistaron a 12 personas que habían ingresado en corta estancia en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, concluyendo que la exploración desde ese punto de vista permitía reconocer las posibles mejoras para una mayor

involucración de las personas hospitalizadas en su tratamiento, lo cual hacía más factible el alta y su reintegración en sociedad (154). Sin embargo, aparte de la tesis de Goffman (1961/2001), ya mencionada, donde establecía en 1961 su análisis sobre las instituciones totales y la similitud en que los pacientes, presos y militares eran tratados, el enfoque cualitativo desde la perspectiva de la persona que ingresa es un enfoque innovador y poco explorado.

En el ámbito de la cultura, especialmente en las películas y los libros, encontramos muchas representaciones de las personas ingresadas en psiquiatría, aunque tienden a presentar un sensacionalismo que solo contribuye a su estigmatización: las personas son retratadas como violentas y peligrosas, lo que fomenta su discriminación (Robertson, G, 2022) (Vasere, 2020). No en vano, las películas y series que cubren este tienden a ser del género de terror (Stockton, 2023).

Hay grandes clásicos que parten de la realidad para crear una ficción. Quizá el más famoso de ellos, primero como libro y después como película, sea *Alguien voló sobre el nido del cuco* (1962) de Ken Kesey. El autor se inspiró en su experiencia como voluntario para un estudio de drogas en un hospital, donde testó diversas sustancias, como LSD, supervisado por psiquiatras a los que más tarde contaba su experiencia (Sarasa, 2021). Sin embargo, su novela, escrita tiempo después cuando continuó consumiendo estupefacientes de forma recreativa, no constituye un relato fidedigno de su experiencia, sino una ficción originada de la situación que vivió (Sarasa, 2021).

Para encontrar rigor y autenticidad en testimonios dentro de la literatura, debemos dirigirnos al periodismo literario y la narrativa de no ficción, que combina la comunicación amena y cercana con el lector, propia de una novela de ficción, y la rigurosidad del relato periodístico. Esta representación dentro de la literatura, e incluso dentro periodismo, es minoritaria. Dentro de estos géneros literarios hay significativas obras donde la narración gira en torno a los pacientes y que cuentan en primera persona el ingreso psiquiátrico, como se desarrolla más adelante en el marco teórico.

6. METODOLOGÍA

6.1. Método de investigación

Dado que el objetivo principal del trabajo es centrarse en la perspectiva subjetiva de los protagonistas de los ingresos psiquiátricos, sus pacientes, se ha elegido un método de investigación cualitativo, que permita acercarse al conocimiento empírico de estas personas por medio de una entrevista en profundidad, lo que permite alcanzar a comprender de forma holística la experiencia del paciente en relación con un tema concreto: su hospitalización psiquiátrica. La investigación cualitativa en una muestra reducida resulta una ventaja para identificar factores complejos, especialmente para comprender la naturaleza de una enfermedad o cómo el ambiente social influye en la sintomatología del paciente (Montaño et al., 2019).

6.1.1. *El paisaje del ingreso*

Para comprender las distintas vivencias de los pacientes en el ingreso psiquiátrico, se parte de la teoría de la reconstrucción del paisaje de Luis Álvarez Muñárriz (2011) y Covarrubias y Cruz (2019), que conciben que la percepción de un territorio va más allá de lo que se percibe con la vista, sino que despierta un conjunto de representaciones subjetivas en cada individuo. (Álvarez Muñárriz, 2011, p. 62) (Covarrubias y Cruz, 2019, pp. 83–84). El territorio es el medio físico y el paisaje la reconstrucción subjetiva que se hace de ese territorio (Álvarez Muñárriz, 2011, p. 63). En este caso, el territorio sería el ingreso psiquiátrico, mientras que el paisaje es la percepción que cada uno de los pacientes tiene de él. Esta reconstrucción supone no solo la contemplación del paisaje, sino el impacto que tiene en todos los sentidos y los sentimientos que provoca (Álvarez Muñárriz, 2001, p. 59). Según Covarrubias y Cruz (2019, p. 86): “La atribución de significados a los elementos del paisaje es producto del lugar que ocupa en la sociedad el sujeto, por lo que diferentes sujetos se apropian diferencialmente del mismo territorio en el mismo momento, o bien, el mismo sujeto se apropia de maneras diferentes del territorio en momentos distintos”. Al analizar las

convergencias y divergencias entre las diferentes reconstrucciones del ingreso se puede entender la realidad colectiva del territorio desde lo individual.

Se ha priorizado la calidad de los testimonios frente a la cantidad para preservar el objetivo de comprender individualmente la percepción de cada una de las personas estudiadas. Desde su perspectiva descriptiva y la posterior interpretación en comparación con el resto de los testimonios, se analizan las similitudes y diferencias de los paisajes percibidos en relación con el territorio del ingreso psiquiátrico.

Para investigar si la comunicación de los pacientes psiquiátricos con el paisaje del ingreso atraviesa el paso del tiempo y las culturas, se han elegido a tres personas para entrevistar sobre su experiencia con el ingreso psiquiátrico, cuyos testimonios posteriormente se comparan con aquellos recabados en las siguientes tres obras de periodismo literario: *Diez días en un manicomio* (1887) de Nellie Bly, *Memorias de abajo* (1943) de Leonora Carrington e *Inocencia interrumpida* (1993) de Susanna Kaysen. La elección de esas tres obras es para lograr una cobertura general de los testimonios de tres pacientes a lo largo de las décadas, pues deben tenerse en cuenta tanto la fecha en que ingresaron las autoras (1887, 1940 y 1967, respectivamente) como la fecha en que escribieron al respecto, que ofrece una mayor frescura o reconstrucción a través del tiempo. En el caso de Kaysen, son treinta años los que transcurren hasta la publicación de su libro, lo cual aporta un nivel alto de reconstrucción, acompañado de los documentos oficiales de los médicos.

6.2. Obtención de testimonios

6.2.1. Formulario

A través de redes sociales, se difundió el objeto de estudio del trabajo. A las personas que mostraron interés se las dirigió a un formulario para comprobar su idoneidad como entrevistados. El formulario tenía una parte de preguntas básicas: nombre, edad, fecha, lugar, causa, tipo (voluntario o involuntario), lugar

(centro público o privado), y finalmente unas preguntas concretas sobre la experiencia del ingreso. Para preservar la privacidad de las personas que no participaron finalmente en el proyecto, el formulario no se hará público.

Cuatro de los participantes que rellenaron el formulario estaban dispuestos a hablar con libertad en una entrevista en profundidad: tres mujeres y un varón, de edades comprendidas entre los 21 y los 42 años, que habían tenido ingresos muy distintos, tanto en diagnóstico como de duración (desde los 7 a los 60 días). En las respuestas sobre el ingreso, hablaron de una experiencia “traumatizante”, del “trato inhumano y cruel” y resaltaron que “no fue positiva” para su enfermedad o que “no hubo mejoría, sino empeoramiento”.

6.2.2. Entrevistados

A pesar de que se ha buscado una mayor representación de expacientes psiquiátricos de edades avanzadas, dos personas que cumplían con los criterios de objeto de estudio, un varón y una mujer mayores de 50 años, no querían reconstruir sus recuerdos. Su respuesta induce a cuestionar hasta qué punto un ingreso puede suponer un trauma y resalta la importancia de la investigación cualitativa en este ámbito. Se ha ofrecido a ambos la posibilidad de hacer una entrevista escrita o telefónica para mayor anonimato y comodidad, pero ante la negativa se ha respetado su decisión de no participar.

Por otro lado, se ha cancelado la entrevista con una mujer de 22 años, que contaba con uno de los testimonios más completos, al haber tenido numerosos ingresos voluntarios e involuntarios como mayor y menor de edad en cuatro hospitales públicos de Madrid en 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2022. A pesar de que la participante se encontraba dispuesta e inclinada a contar su experiencia negativa con los ingresos, la entrevista no pudo realizarse por la propia enfermedad, que supuso su reingreso en una UTCA (Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria). Se ha priorizado la atención sanitaria y ha cancelado la entrevista.

Los criterios que se han establecido para definir a los entrevistados han sido: ser mayores de edad en la fecha de la entrevista, menores o mayores de edad en la fecha o las fechas de ingreso, haber ingresado en un hospital público en España y querer reconstruir su experiencia. Además, en la elección final de los entrevistados se ha buscado cierta representación de género: un hombre y dos mujeres, representativo teniendo en cuenta que las mujeres son diagnosticadas con más frecuencia que los hombres, y mayor tendencia a ingresar (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña, 2023, p. 75).

Las tres personas elegidas que cumplen estos criterios y pueden aportar una mayor representación en los resultados son Arnau, varón de 23 años, ingresado con dieciocho años por un brote de bipolaridad agudo en un hospital público de Cataluña en 2018; Lola (pseudónimo), mujer 42 años, ingresada con quince años por anorexia y bulimia nerviosa en un hospital público de la Comunidad de Madrid en 1997; y Esther, mujer 21 años, ingresada en varias ocasiones como menor de edad por anorexia nerviosa en el mismo hospital público que Lola entre 2013 y 2017, y en seguimiento de tratamiento como mayor de edad en un centro privado especializado, en la Comunidad de Madrid.

Imagen 1. Tabla de perfil de los entrevistados.

| Nombre | Arnau | Lola (pseudónimo) | Esther |
|-------------------|---|--|--|
| Género | Masculino | Femenino | Femenino |
| Edad | 23 | 42 | 21 |
| Motivo de ingreso | Brote de bipolaridad | Anorexia y bulimia nerviosa | Anorexia nerviosa |
| Fecha de ingreso | 2018 | 1997 | 2013, 2014, 2016, 2017 |
| Edad en ingreso | 18 años | 15 años | Varias |
| Lugar de ingreso | Hospital de San María de Lleida (público) | Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (público) | Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (público) |

| | | | |
|---------------------|---------|---------|---------|
| Duración de ingreso | 20 días | 15 días | 50 días |
|---------------------|---------|---------|---------|

Fuente: Elaboración propia.

6.2.3. Cláusula ética

Se han elaborado autorizaciones de consentimiento para el uso de datos personales y de los testimonios aportados por los entrevistados para su uso académico en el presente trabajo, y se ha ofrecido la opción de preservar su intimidad con un pseudónimo elegido por ellos mismos, como en el caso de Lola.

6.3. Entrevistas

6.3.1. Estructura de preguntas

Con el fin de facilitar el estudio del paisaje del ingreso psiquiátrico, se ha elaborado una clasificación de los distintos subpaisajes que se pueden analizar dentro de este, para ofrecer una visión lo más completa posible del objeto de estudio. Las preguntas de las entrevistas se han estructurado según esa división de bloques, para poder observar cómo se relacionan los pacientes con cada uno de los subpaisajes y de qué forma afectan a la experiencia general. Para ver el desglose completo de las preguntas, su justificación y las preguntas que engloban cada subpaisaje, ver anexo 1 (página 53). Para leer las preguntas y las respuestas de los entrevistados al completo, ver anexo 2 (página 57).

6.4. Análisis de resultados

Para analizar los objetivos principales y confirmar o desmentir las hipótesis, se comparan las respuestas de los tres entrevistados en cada uno de los subpaisajes con tres textos de periodismo literario o de no ficción escritos desde el punto de vista de pacientes psiquiátricas anglosajonas. Las tres obras elegidas, que se desarrollarán más adelante en el marco teórico, son: el reportaje literario de Nellie Bly, *Diez días en un manicomio* (1887), pionera de periodismo literario de inmersión; las memorias de la artista surrealista Leonora Carrington,

Memorias de abajo (1943), y las memorias de la escritora Susanna Kaysen, *Inocencia interrumpida*, (1993). Estos tres relatos, con sus diferencias de lugar de ingreso (Nueva York, Estados Unidos o Santander, España) y de época (1887, 1940, 1967, respectivamente), ofrecen una comparativa transcultural de la reconstrucción del paisaje del ingreso psiquiátrico al converger o divergir con los entrevistados. Adicionalmente, se incluyen las teorías de Goffman (1961/2011) y Foucault (1961/1998) sobre las instituciones totales y la relación entre los hospitales y las cárceles para contrastar las visiones subjetivas desde un punto de vista teórico y ofrecer un análisis más completo, así como observar la relevancia de estas teorías décadas después de su publicación.

7. MARCO TEÓRICO

7.1. El periodismo literario

También conocido como el “nuevo periodismo”, el periodismo literario surge en Estados Unidos en los años 60. Como su propio nombre indica, combina la investigación periodística con elementos literarios. Su estilo se define por el uso de recursos estilísticos, diálogos y descripciones que ofrecen una experiencia más cercana al lector. Su principal foco es la experiencia de sus protagonistas y su objetivo es “darle voz a los involucrados de manera activa” (Palacios, 2024). Su obra más representativa es *A sangre fría* (1966), donde Truman Capote se remonta a los crímenes contra la familia Clutter en 1959, el asesinato múltiple que terminó de forma cruenta con la vida de todos los miembros de la casa rural por parte de dos ladrones frustrados. De no haber sido inmortalizado de manera tan rigurosa, el crimen habría quedado en el olvido (Palacios, 2024).

La narrativa del periodismo literario permite un conocimiento detallado de la experiencia del protagonista de una forma más inmersiva y, por tanto, más fácilmente comprensible. Según Palacios (2024): “La base fundamental sigue siendo una noticia, un suceso, pero en esta ocasión las personas involucradas se convierten además en personajes con trasfondo”. Estas herramientas

interpelan más al lector, favoreciendo su interés por la veracidad de la historia (García de León, 1998).

7.2. Subgéneros del periodismo literario

Truman Capote definió su emblemática obra como la pionera de un nuevo género: la “novela de no ficción” (Palacios, 2024). Este es uno de los subgéneros dentro del periodismo literario, donde también encontramos la narrativa de viajes; la crónica, similar a la novela pero que proporciona una visión más completa; el perfil, que se enfoca en la vida de una persona concreta; el periodismo gonzo, popularizado por Hunter S. Thompson, donde se valora la subjetividad del periodista y lucha contra la objetividad que imperaba hasta ese momento y, finalmente, el periodismo de inmersión o encubierto, donde el periodista se sumerge al completo en su caso de estudio, y vive de primera mano las circunstancias que documenta como infiltrado (Hill, 2023).

7.2.1. *Diez días en un manicomio (1887)*

La periodista estadounidense Nellie Bly fue la primera reportera de investigación y pionera del periodismo de inmersión (Escuer y Altieri, 2013). Su reportaje literario *Diez días en un manicomio* (1887) es el primer y único caso de periodismo literario que cubre el tema de los ingresos psiquiátricos desde la inmersión. Bly fingió perder la cordura para pasar diez días internada en Blackwell’s Island, el primer asilo psiquiátrico de la ciudad de Nueva York, con la finalidad de relatar cómo se trataba a las mujeres que estaban internas.

En el hospital, que describe como una especie de ratonera (Bly, 1887, p. 82), fue testigo de primera mano de las inmundas condiciones en las que vivían. Al depender de la caridad, se esperaba que las pacientes aceptaran cualquier condición, aunque supusiera tomar comida en mal estado, bañarse en aguas sucias, sufrir temperaturas extremas e incluso torturas. Las agresiones que describe Bly (1887) por parte de las enfermeras a pacientes débiles incluyen

amenazas, insultos, golpes e incluso asfixias, provocando daño interno e incluso la muerte de una de las pacientes (pp. 75–76).

A pesar de las terribles condiciones, la periodista resalta el compañerismo, que se hace palpable en los pequeños gestos de generosidad, como compartir lo que queda de una diminuta pastilla de jabón (Bly, 1887, p. 73).

Los médicos, que no eran especialistas en psiquiatría, apenas prestaban atención a las pacientes y sacaban conclusiones descabelladas, donde la norma general no era probar la cordura del paciente, sino su locura. Un ejemplo de ello es cómo en la miopía de Nellie Bly, que agrandaba sus pupilas, vieron “belladona”, una droga (p. 26). Por otro lado, a una mujer alemana que, bajo el criterio de Bly, gozaba de buena salud mental, la ingresaron solo por el hecho de que era extranjera, sin posibilitarle un intérprete para comunicar con ella.

Pero he aquí a una mujer que pocos días después fue sacada del mundo libre sin su propio consentimiento a un asilo y allí le prohibieron cualquier posibilidad de demostrar su cordura. Confinada probablemente de por vida detrás de los muros de un sanatorio, sin siquiera decirle en su idioma el dónde y el porqué. Comparemos esto con un criminal, a quien se le dan todas las oportunidades para demostrar su inocencia. ¿Quién no preferiría ser un asesino y arriesgarse de por vida que ser declarado loco, sin esperanza de escapar? (Bly, 1887, p. 45)

Publicado en el periódico *New York Word*, *Diez días en un manicomio* abrió una investigación oficial contra la institución psiquiátrica. Como consecuencia, se aplicaron todas las mejoras que la periodista propuso y se aumentó el presupuesto destinado al cuidado de los pacientes psiquiátricos en un millón de dólares (Bly, 1887, p. 86).

7.3. Literatura de no ficción: las memorias

El caso de Nellie Bly es una excepción en la representación de la experiencia de los pacientes psiquiátricos en el periodismo literario. Como se ha estipulado en el estado de la cuestión, existen representaciones en la narrativa de ficción, pero carecen de rigor como piezas de análisis. Por tanto, debemos remitirnos a la literatura de no ficción. Este género narrativo guarda similitudes con el periodismo literario; no en vano, Truman Capote consideraba su novela el inicio del género narrativo de no ficción. Sin embargo, para encontrar relatos donde los propios protagonistas cuentan su experiencia ingresados hay que dirigirse al subgénero literario de las memorias.

7.3.1. *Memorias de abajo* (1943)

La artista surrealista Leonora Carrington cuenta en *Memorias de abajo* (1943) su experiencia durante medio año en un sanatorio de Santander, donde fue internada contra su voluntad al finalizar la Guerra Civil española. La británica, nacionalizada mexicana, escribe a modo de diario con un estilo literario similar a su estilo artístico cómo vivió el ingreso, las alucinaciones, el sadismo del personal médico y el sufrimiento que le producía el tratamiento de cardiozol (un analéptico, actualmente conocido como pentilenotetrazol) al que fue sometida.

El uso de restricciones era causa, y consecuencia, de exabruptos de violencia que ella no recordaba (Carrington, 1943/2017, p. 37). Por otro lado, las medidas de precaución eran, según su percepción, excesivas, pues el personal sanitario consideraba que era capaz de actos violentos de las que ella no se veía capaz (p. 43). Carrington despertó atada de pies y manos con correas de cuero tras un episodio de agresividad:

Me sentí dolorida, y descubrí que tenía las manos y los pies atados con correas de cuero. Después me enteré de que había entrado en el establecimiento luchando como una tigresa, que la tarde de mi llegada, don Mariano, el médico doctor del sanatorio, había intentado convencerme para que comiera y que yo le había

arañado. Me había abofeteado y atado con correas, y me había obligado a tomar alimento a través de unas cánulas introducidas por las ventadas de la nariz. No recuerdo nada de eso. Intenté comprender dónde estaba y por qué me encontraba ahí. [...] ¿Era un hospital o un campo de concentración? (Carrington, 1943/2017, pp. 35–37)

Ante su rebeldía contra el tratamiento, le provocaron un absceso artificial en la pierna para someterla. Carrington describe a las enfermeras como si fueran soldados “armados” contra ella.

Armada de una jeringuilla que esgrimía como una espada, Mercedes me clavó la aguja en el muslo. Pensé que era un somnífero y decidí no dormirme. Para gran sorpresa mía, no sentí sueño. Vi que se me hinchaba el muslo alrededor del pinchazo, hasta que la inflamación se me puso del tamaño de un melón. Frau Asegurado me dijo que me habían provocado un absceso artificial en el muslo; el dolor, y la idea de que había sido infectada, me hicieron imposible andar libremente durante meses. (Carrington, 1943/2017, p. 42)

Según relata, fue sometida a terribles condiciones físicas y de falta de higiene. Durante varios días, estuvo atada a la cama, desnuda, tumbada sobre sus propios excrementos y orina (Carrington, 1943/2017, p. 43).

Carrington considera que en ningún momento se le comunicó dónde estaba, qué estaba ocurriendo y qué parte de sus alucinaciones era real:

Y comprendí que el Cordiazol era una simple inyección y no un efecto de hipnotismo; que don Luis no era un brujo sino un sinvergüenza; que Covadonga y Amachu no eran Egipto, China y Jerusalén, sino pabellones para dementes, y que debía marcharme de allí cuanto antes. Echevarría «desmitificó» el misterio que me

había envuelto y que todos parecían complacerse en espesar a mi alrededor. (Carrington, 1943/2017, pp. 74–75)

Las alucinaciones y delirios potenciaban su pánico al tratamiento de cardiazol debido a la reacción que le provocaba, pero sucumbió al tratamiento, perdiendo toda autonomía e impulso de libre albedrío. Obedeció a todo, “derrotada” frente a la “tortura”.

Me confesé a mí misma que un ser lo bastante poderoso como para infringir tal tortura tenía que ser más fuerte que yo; admití la derrota, mía y del mundo que me rodeaba, sin esperanza de liberación. Estaba dominada, dispuesta a convertirme en esclava del primero que llegara, dispuesta a morir; me importaba todo muy poco. [...] Podían hacer lo que quisieran conmigo: me mostré obediente como un buey. [...] Tomé mi comida con docilidad y renuncié a resistirme. (Carrington, 1943/2017, pp. 54-55)

Sus padres sabían de su ingreso, pero jamás la fueron a visitar. No volvió a ver a su padre. Su madre la visitó cuando tuvo un hijo en México, muchos años después, pero nunca hablaron del ingreso, era un tabú innombrable (Carrington, 1943/2017, p. 81).

La autora da a entender cómo el hospital, supuesto lugar de reposo, asemejaba más a una cárcel: “¡Extraño lugar para hacer reposo! Estos barrotes están aquí para impedirme salir. Me acercaré a esos hierros y los convenceré para que me devuelvan mi libertad” (Carrington, 1943/2017, p. 38).

Finalmente, Leonora Carrington salió del hospital con la ayuda de un médico familiar suyo, y huyó a Portugal. Carrington (1943/2017, p. 33) reflexiona sobre los límites de su testimonio a través de la reconstrucción: “Temo caer en la ficción, veraz pero incompleta, por falta de algunos detalles que hoy no puedo traer a la memoria y que podrían ilustraros”.

7.3.2. *Inocencia interrumpida* (1993)

Se trata de uno de los grandes fenómenos literarios de no ficción. En *Inocencia interrumpida* (1993), Susanna Kaysen se remonta a los 18 meses que pasó ingresada entre 1967 y 1968, con la mayoría de edad recién cumplida, en el hospital estadounidense McLeann, del que salió con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. La escritora recuerda el trato que recibía de los médicos y las enfermeras, así como su relación con el resto de los pacientes, y compagina estos recuerdos con fotocopias de su expediente médico, que consiguió gracias a su abogado.

Kaysen (1993) define el ingreso psiquiátrico como un mundo paralelo con una ventana que permite ver el exterior, pero que no permite al exterior ver lo que pasa dentro (p. 1). Ese universo paralelo implica la desconexión del mundo en sociedad, con sus ventajas y desventajas. Por esta razón, el ingreso es para el paciente tanto un refugio de las expectativas sociales como una prisión (Kaysen, 1993, p. 93). Susanna Kaysen establece la misma relación entre hospital y cárcel que Bly y Carrington en sus escritos, al igual que Goffman y Foucault en sus teorías: el hospital arropa al paciente al que ha desnudado a la fuerza (1993, p. 95).

Kaysen no tuvo una relación tan negativa con las enfermeras como la que describen Bly y Carrington. El turno de enfermeras nocturno era más cariñoso: les daban un abrazo si lo necesitaban (Kaysen, 1993, p. 88). Cabe destacar el caso de la enfermera McWeeney, a la que describe como una especie de matrona de prisión, de carácter impredecible y errático, pero las pacientes jamás se quejaron de que no hiciera bien su trabajo, aunque fuera cierto, para protegerla: “Sabíamos que, aunque la señorita McWeeney estaba loca, necesitaba ganarse la vida” (Kaysen, 1993, pp. 89–90).

A Kaysen le dieron el alta del ingreso tras recibir una propuesta de matrimonio (Kaysen, 1993, p. 1333). Como ya anticipaba Foucault (1961/1998,

p. 34), pasó de depender del hospital a depender de su marido, hasta que años después descubrió que necesitaba estar sola (Kaysen, 1993, p. 136).

Las memorias de Kaysen fueron un éxito de ventas y tuvieron su adaptación cinematográfica en 1997, con Winona Ryder en el papel de la protagonista y Angelina Jolie como su compañera Lisa, interpretación que le valió la estatuilla de los premios Oscar. Sin embargo, la adaptación sufrió modificaciones de la realidad descrita por la autora en su paso a la gran pantalla. Un ejemplo de ello es que, en la película, Susanna Kaysen es testigo de una paciente que se quita la vida (Mangold, 1997), mientras que, según recoge el libro, solo supo lo que había ocurrido a través de una enfermera (Kaysen, 1993, p. 35). Esto ejemplifica cómo, incluso partiendo de una base real, cualquier adaptación ficciona y aleja los hechos de la verdad, sea obviando lo tabú o, como en este caso, aumentando la morbosidad.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El estudio de los resultados se divide en los mismos subpaisajes que las preguntas (apéndice 1). Se ha hecho un mayor hincapié en las convergencias entre los relatos que en sus divergencias, teniendo en cuenta las diferencias inherentes de las especificaciones de cada caso y su contexto social.

8.1. El subpaisaje interior

8.1.1. ¿Locura o cordura?

La supuesta “locura” no existiría sin la “cordura”. La línea entre ambas se diluye más que nunca en el testimonio de Nellie Bly. El hecho de que la periodista pudiera fingir esa “locura” para ingresar en tiempo récord (en apenas un día) nos hace reflexionar sobre qué es real y qué es construcción en lo que consideramos enfermedad y salud mental. La autora estaba segura de que algunas de las pacientes que no podrían salir jamás del manicomio estaban tan cuerdas como ella (Bly, 1887, p. 5).

Arnau y Esther coinciden en lo que desearían que la gente comprendiera de los pacientes psiquiátricos: “No estamos locos”. Frente al estigma de la locura, recalcan el de la enfermedad. Arnau defiende: “El cerebro es otra parte más del cuerpo que se puede dañar. Es ir al médico”. Esther recalca que es una enfermedad como otras, no una elección:

Una enfermedad mental es como puede ser un cáncer, como puede ser una neumonía, como puede ser una bronquitis. No es algo que tú elijas. No es algo que tú digas: “¡Venga, hoy me voy a levantar anoréxica, ale!”, o “Venga, vale, ¡hoy me voy a levantar esquizofrénica, venga!”. No, es algo que tú no eliges, que realmente te ha surgido por algo malo que has pasado, por algún trauma, por alguna situación mala. (Esther, entrevistada 3)

Sin embargo, los entrevistados también caen en el uso de “lo loco”. Arnau habla de “volverse loco” cuando perdió la razón durante el brote de bipolaridad y del “colgado” de su compañero de habitación:

Me volví loco cuando apareció mi madre por ahí en la consulta. Y ya no me acuerdo nada más que despertarme atado a una cama, con un colgado al lado diciéndome que por qué había cortado un trozo de persiana metálico en forma de cuchillo, como una forma triangular. [Pensé:] ‘A mí qué me estás contando. Mira cómo estoy. Estoy atado de una mano y de un pie’. (Arnau, entrevistado 1)

Por su parte, Lola habla de algo “muy loco” cuando recuerda los atracones de bulimia nerviosa y lo acompaña con “extremo” o “desordenado”, siempre con la esperanza de dejarlo al día siguiente: “Yo creo que la bulimia es realmente una respuesta lesiva. Yo lo recuerdo como muy, muy violento, en el sentido [de] que daba igual la comida que fuera, mezclaba todo: era muy extremo, muy loco, muy loco, muy desordenado. Luego siempre con el “mañana ya no”. También usa el término “loca” para referirse al razonamiento del personal sanitario cuando le

imponían un batido hiperproteico: “Yo decía: “¡Está loca, que cree que me voy a tomar 700 calorías y me voy a quedar aquí tumbada!”.

De hecho, esa “ida de olla” en el personal médico también está recogida en *Inocencia Interrumpida*: era el caso de la enfermera McWeeney, esa mujer impredecible de gran inestabilidad a la que, sin embargo, las pacientes protegían de perder su trabajo (Kaysen, 1993, p. 89-90).

Por el contrario, en el caso de Arnau se da una resignificación de la palabra, una apropiación para usarla o bien de forma peyorativa contra uno mismo: “[...] se me fue la olla, me reventé un vaso en la cabeza, por no quererme tomar pastillas, allí, enfrente de mi padre, como desafiando”, o de forma elogiosa, como se refiere al psiquiatra que tenía sus figuras de Star Wars en el despacho, que según él “estaba un poco de la olla, para bien, para mi gusto”.

Arnau y Esther recalcan que les gustaría que hubiera mayor concienciación, como pasa con otras enfermedades, y menos culpabilización del paciente psiquiátrico, que no ha elegido padecerlas. Esther fue testigo de esta culpabilización cuando volvió a ingresar: “Me lo pintaban como: ‘¿Estás aquí otra vez? No estás haciendo las cosas bien’, ese tipo de cosas. Y yo decía: ‘Joder, si es que no lo hago aposta’. Me sentía culpable”. Esa culpa persigue a Esther ante la posibilidad de otro ingreso futuro y admite que sentiría que se ha “fallado otra vez” a sí misma. Lola se une a la necesidad de una mayor concienciación, que apenas comenzaba a aparecer en la época en que ingresó, a finales de los años 90: “Mi madre tuvo que hablar con mi padre muy seriamente para decirle: ‘No estás entendiendo lo que la está pasando tu hija, esto no va de darle dos tortas y que se tome los filetes de lomo’. En esa época, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, donde ingresó ella y quince años después Esther, empezaba a ser un centro de referencia en cuanto a Trastornos de la Conducta Alimentaria [TCA] a nivel nacional.

Por otro lado, Bly (1887) considera que ningún médico podía determinar si una persona estaba sana o cuerda si no era violenta (p. 34). Aunque el avance de la psiquiatría moderna, con doctores especializados que no existían entonces (Bly, 1887, p. 85), no mantiene esta tesis en la actualidad, los pacientes entrevistados sí vivieron una falta de empatía y comprensión en cuanto a la enfermedad, incluso de parte del propio personal médico.

8.2. El subpaisaje del tratamiento

8.2.1. Impresiones generales

Arnau define su ingreso como “traumatizante” y un punto de inflexión en su vida. Lola dice que no recuerda “que fuera positivo en cuanto a mi enfermedad” y Esther se sitúa entre lo positivo y lo negativo de su primer ingreso: “Me salvaron la vida, pero no me hicieron mucha terapia en sí”. Con todo, la percepción del ingreso varía con el tiempo. Lola guardó mucho tiempo el pijama del ingreso: “Era algo simbólico para mí. [...] Lo suyo sería que a lo mejor tengas el instinto de tirarlo, pero yo lo guardé, muchos años”. Arnau, por su parte, aunque critica cómo lo trataron con la medicación, no es capaz de pensar en una alternativa mejor: “Al menos funcionó”.

Dejarme empastillado y atado a una cama a que me tranquilice no sé si fue la mejor manera, pero al menos funcionó, porque de otra manera pienso: “¿Y si hubiese seguido por libre, sin “entregarme”, entre comillas, a la directora, o al cole, o a quien fuese? Si hubiese seguido así delirando, sin dormir... Visto con perspectiva, no lo veo tan mal, que me ayudasen de esa forma, porque al final es una manera de curar lo que me pasó. (Arnau, entrevistado 1)

Es habitual en el proceso de reconstrucción del paisaje que se dé un cambio de perspectiva, pues el paisaje es una “infinita concatenación” de formas modeladas y reinventadas a través de la historia y de los individuos (Covarrubias y Cruz, 2019, p. 84). Por tanto, es coherente que la justificación de Arnau en cuanto a

los métodos usados choca con su vivencia pasada del ingreso. Covarrubias y Cruz (2019, p. 86) explican: “La apropiación individual del territorio es social debido a las condiciones en las que se realiza el proceso de constitución de su conciencia, sin que ello implique la construcción de figuras de pensamiento idénticas del mismo territorio por diferentes sujetos”. Por tanto, es posible que esta reconstrucción del paisaje fuera diferente si Arnau no gozara de buena salud mental en el momento de la entrevista.

8.2.2. Del privilegio al castigo

Lola resume su ingreso: “Yo lo recuerdo todo como privilegios y restricciones. Había restricción de visitas y tenías que ganarte todo. Todo te lo tenías que ganar: lavarte los dientes, ducharte...”. Goffman (1961/2001, p. 58) ya contemplaba a mediados del siglo XX este sistema de privilegios y los dividía en tres tipos: las “normas de la casa”, que implican la rutina de obligado cumplimiento (p. 58); las “gratificaciones potenciales”, recompensas que eran certezas para el paciente antes de su ingreso y que tienen un “efecto reintegrador” (p. 58); y los castigos, fruto de la falta de obediencia, que pueden suponer “la supresión temporaria o permanente de privilegios” (p. 60). Según Foucault (1975/2002), el sistema de privilegios y castigos “no es simplemente una manera de hacer respetar el reglamento de la prisión, sino de hacer efectiva la acción de la prisión sobre los reclusos” (p. 226)

8.2.2.1. Normas de la casa

Esther, que ha estado ingresada en seis ocasiones como menor de edad en el Hospital Niño Jesús, recuerda el día a día de su ingreso, mientras que Lola y Arnau lo han olvidado. Esther habla de tiempos muy marcados entre comidas (con cubiertos de plástico), reposos (para los pacientes con protocolo de TCA), batidos hiperproteicos (regulares para las personas en infrapeso), talleres y visitas. Foucault (1975/2002) establecía que la vida diaria de un preso tiene “un empleo del tiempo absolutamente estricto, bajo una vigilancia ininterrumpida;

cada instante del día tiene marcada su ocupación, prescrito un tipo de actividad, y lleva consigo sus obligaciones y sus prohibiciones”. Se presume que Arnau y Lola tuvieron rutinas similares en cuanto a protocolo, aunque con cierto rango de diferencia por la época y la patología. Sin embargo, concuerdan con las palabras de Esther sobre la monotonía: “El día a día era muy monótono, porque no hacías nada fuera de lo normal. Era todo lineal”.

Esther recuerda cómo era el protocolo de comida: “Te venía en una bandeja las calorías que tú tenías que ingerir. [...] Tenías que tomarte todo, hasta recoger las migas con el dedito”. Aparte, los pacientes medían su propio pis: “Hacías pis en una bandeja y luego lo metías en un bote de dos litros. Cuando se caía el bote... Dios”. Estas acciones de recoger las migas con el dedo y medir la orina forman parte de esa rutina monótona que el paciente normaliza rápidamente. Por su parte, Lola recuerda una prueba que le resultaba “horrible”, donde medían su masa corporal con un plicómetro, que para ella era como “una especie de alicate”. Lola cuenta: “Era todo muy de sanatorio, realmente, muy de cuando ves una peli de un sanatorio de finales del XIX”. Arnau recuerda normas de la casa como no poder fumar, ni salir, y la obligación de hacer talleres, aunque con el tiempo las enfermeras le dejaban no participar, como privilegio por portarse bien.

8.2.2.2. *Gratificaciones potenciales o privilegios*

Según Goffman (1961/2001), los privilegios buscan “conseguir la cooperación de personas que a menudo tienen motivos para no cooperar” (p. 61). Este sistema de privilegios es “el principal marco de referencia dentro del cual tiene lugar la reconstrucción del yo” (Goffman, 1961/2001, p. 65); es decir, esos privilegios, que en el mundo exterior se dan por sentado, ayudan al interno a volver a sentirse uno mismo. En las cárceles ocurre lo mismo con estos privilegios, a los que Foucault llama “recompensas”: “Si algo puede despertar en el ánimo de los reclusos las nociones de bien y de mal, conducirlos a reflexiones morales y realzarlos un poco a sus propios ojos, es la posibilidad de alcanzar algunas recompensas” (Foucault, 1975/2002, p. 227). Algunos de los privilegios, según

recuerda Esther, eran “tener un MP3 sin hora, sin fecha, sin nada, para que escucharas música”, escribir o leer (tenía permitido un máximo de tres libros) y tener un diario. Por su parte, Arnau “desde el principio podía ir con los cascos y la música”, pero con el tiempo le permitieron salir a dar una vuelta a la calle con sus padres a la hora de visita. En 1997, Lola vivió pocos privilegios y muchas restricciones. Goffman (1961/2001) defiende que “si se despoja al interno en la medida suficiente, este en vez de proteger lo que le queda llega a ver muy poca diferencia entre esto y la expropiación completa”, siendo inútil así este método de obediencia.

8.2.2.3. *Restricciones o castigos*

Al ingresar, se somete al paciente a una especie de prueba de obediencia, donde se da “una lucha para quebrantar la voluntad reacia: el interno que se resiste recibe un castigo inmediato y ostensible cuyo rigor aumenta hasta que se humilla y pide perdón” (Goffman, 1961/2001, p. 29). Este fue el caso de Lola, a quien la suma entre la sensación de injusticia de su ingreso, al que accedió sedada, y las estrictas medidas provocaron que se rebelara: “Decía: ‘¿Os parece que estoy mal? Pues ahora os voy a dar motivos para portarme peor todavía’”. Como castigo, la sometieron a la falta de higiene: “Estoy convencida de que no me dejaron lavarme los dientes durante varios días. Y ducharme, también”. Para Lola, esa suciedad como castigo a su rebeldía fue el detonante para forzar su obediencia: “Recuerdo que al pasar los días y no ducharme aquello me afectó. Pensé: ‘Empieza a portarte bien, que necesitas ducharte, necesitas lavarte los dientes, o quiero [el privilegio de] ver la tele’”. El interno, como ocurre en el caso de los presos, vive esta humillación ante los ojos de sus conocidos y compañeros de ingreso (Goffman, 1961/2001, p. 32).

Bly (1887) compara la obediencia de los pacientes con la de un perro hacia su dueño (p. 77). En el caso de Leonora Carrington, el detonante de su sumisión fue la “tortura” del tratamiento de Cardiazol [fármaco conocido como pentilenotetrazol en España]: “Estaba dominada, dispuesta a convertirme en

esclava del primero que llegara, dispuesta a morir; me importaba todo muy poco. [...] Podían hacer lo que quisieran conmigo: me mostré obediente como un buey. [...] Tomé mi comida con docilidad y renuncié a resistirme” (Carrington, 1943/2017, pp. 54-55). Esa misma sensación de abulia ante la idea de morir la recoge también Esther el día del ingreso, cuando le pronosticaron dos días de vida: “Eso es lo que más rabia me da, que en ese momento me dio igual [que fuera a morir]”. Su forma de rebeldía fue el enfado hacia sus padres, al sentirse traicionada por ingresarla.

Goffman (1961/2001) dice que “la situación en que unos pocos privilegios, fácilmente controlables, adquieren tanta importancia, son las mismas en que su supresión cobra una significación terrible” (p. 60). Este fue el caso de Esther, a quien la hora y media máxima de visita le parecía poco, pero sufría mucho cuando le quitaban la visita por completo. Recuerda a la perfección cuando le ponían la sonda nasogástrica por tardar demasiado [más de cuarenta minutos] en comer y, como castigo, no le dejaban ver a nadie: “El día de mi cumpleaños, me dejaron sin visitas”. Los castigos son generalmente “mucho más duros que cualquiera de los que pudo sufrir un interno en su mundo habitual” (Goffman 1961/2001, p. 60).

A Lola nunca le pusieron una sonda como a Esther ni restricciones como a Arnau. que despertó atado de pie y mano, pero sí recuerda con horror el batido hiperproteico, la pesadilla de todas las pacientes con TCA, incluida Esther. Lola cuenta: “Yo me quería morir, porque me decían que ese batido tenía 700 calorías, y yo decía: ‘Está loca, ¡que cree que me voy a tomar 700 calorías y me voy a quedar aquí tumbada [haciendo reposo]!’”. Cuando la obligaban a tomarlo, Lola relata: “[...] como estaba enferma total, sentía cómo las calorías se iban acumulando en mi cuerpo. Es que era muy violento todo, muy violento”. Es lo que más vívidamente recuerda: “El batido lo recuerdo horrible, pero horrible”.

Además de provocarle un absceso artificial en la pierna para debilitarla, Carrington (1943/2017) también habla de cómo pasó días y noches desnuda, sujeta a la cama en condiciones paupérrimas:

Yací varios días y noches sobre mis propios excrementos, orina y sudor, torturada por los mosquitos, cuyas picaduras me dejaron un cuerpo horrible: creí que eran los espíritus de todos los españoles aplastados, que me echaban en cara mi internamiento, mi falta de inteligencia y mi sumisión. (p. 43)

8.3. En cuanto a la medicalización

Los tres entrevistados guardan rechazo a la medicación: Arnau dejó el tratamiento por su cuenta por los efectos secundarios; Lola cumplió, aunque no sabía la mitad de lo que tomaba; y Esther sigue con medicación por necesidad. Arnau tomaba “un buen chupito de pastillas” mañana, tarde y noche: que recuerde, antipsicóticos (risperdal y olanzapina) y ansiolíticos (diazepam). Lola menciona el antidepresivo Prozac (actualmente conocido como fluoxetina) y cree que había más pastillas, además de lo que le dio su madre en su momento para sedarla e ingresarla. Esther menciona medicación antidepresiva (fluoxetina), ansiolítica (lorazepam) y antipsicótica (zyprexa).

Arnau admite que después de un tiempo la medicación le dejaba sin energía ni expresión: “Me quitaba las ganas de reír, de llorar, me dejaba muy neutro, me estaba hinchando, me estaba poniendo como una bola, me cansaba hasta subir escaleras”. Llegó a sentirse “aplastado químicamente”, viviendo una deshumanización donde era incapaz de sentir felicidad ni tristeza: “Estaba completamente apagado, fuera de cobertura, y eso tampoco lo vi del todo correcto”. Cuestiona si esa “castración química”, que le provocó disfuncionalidad eréctil, es la mejor forma de sacar a una persona de las sustancias tóxicas:

Yo al principio veía que era algo supermalo, que no me tocaba [estar ahí], que no me tenían que frenar de una manera tan química,

y además en contra de mi voluntad. Dejarme empastillado y atado a una cama a que me tranquilice no sé si fue la mejor manera, pero al menos funcionó. (Arnau, entrevistado 1)

Se confirma de nuevo la tesis de Covarrubias y Cruz (2019): “El mismo sujeto se apropia de maneras diferentes del territorio en momentos distintos” (p. 86).

La imposibilidad de convivir con los efectos de la medicación a largo plazo hizo que Arnau dejara el tratamiento por su cuenta pues considera que, con el brote originado de las sustancias tóxicas, lo que mejor le vino fue llevar una vida sana y alejarse de todo, aunque supusiera dejar también la medicación prescrita. A pesar de que considera que la medicación “funcionó” al principio, asegura: “[Lo que más me ayudó no fueron] ni los psiquiatras, ni los psicólogos, ni las pastillas. [Sino] intentar comer bien, de todo y hacer deporte” y llevar una vida alejada de las drogas. Notó una mejoría inmediata en cuanto dejó de tomar la medicación, porque “me sentía otra vez más vivo, que hay cosas que me hagan reír y hay cosas que me hagan llorar, pero eso de estar así como una planta, pues no me gustaba”. Kaysen (1993) recoge lo fácil que era discernir si alguien había sido medicado por su estado catatónico (p. 23). Por otra parte, Arnau y Lola achacan muchas de las lagunas de aquella época de sus vidas a los psicofármacos.

Esther, a pesar de estar saturada con la medicación, confía en los psiquiatras y admite que se arrepiente de las veces que la ha intentado dejar: “La peor cosa que he hecho en la vida. La medicación me ayuda, cuando me la he dejado de tomar no me aguantaba ni yo”. Con todo, según Esther los médicos de los hospitales públicos atajan los síntomas de la enfermedad sin tratar el origen: “[Los psiquiatras] no empiezan por donde tienen que empezar, quieren hacer la casa por el tejado. Hay muchos que se dedican simplemente a mandarte pastillas”. En lugar de atajar lo que ha provocado la enfermedad, cuyo origen es “algún trauma, alguna situación mala”. Esther critica el empastillamiento de pacientes en lugar de una terapia más profunda. Su psiquiatra actual, al que ve mensualmente en su centro de salud, combina la medicación con la terapia. Lola

coincide en ello y postula que su ingreso quizá no fue tan necesario, sino que le favorecido más una terapia para tratar lo que había detrás: la falta de autoestima y confianza. Lola dice:

Quizá hubiera sido mucho mejor que en vez de estar con eso, alguien hubiera trabajado: “¿Qué le pasa a esta chica, para que esté tratándose así?”. En todo ese tiempo en el que estaba con la dieta, los candados, todo para controlar, no se estaba trabajando realmente de dónde venía todo esto, cosa que yo he arrastrado mucho tiempo después y que he tenido que trabajar por mi cuenta. Porque sí, quité el foco de mi cuerpo, pero eso continuaba ahí. Que sale a nivel relación con la comida, pero luego también salió por otro lado. (Lola, entrevistada 2)

Kaysen (1993) habla de la medicalización de pacientes, que muchas veces no tenía marcha atrás: “Una vez estábamos medicadas, era difícil dejarlo. Era un poco como la heroína, pero en este caso era el personal médico el que era adicto a que lo tomáramos” (p. 87). Consideraban que la medicación les iba muy bien, aunque Kaysen afirma que es porque les dejaba sin aliento.

8.3.1.1. *Falta de recursos*

Ante la carencia de recursos humanos (personal sanitario) y económicos (subvenciones, instalaciones, etc.), el tratamiento se despersonaliza. Según los especialistas aseguran que gran parte de las contenciones farmacológicas o físicas serían evitables si se contara con más profesionales” (p. 61). Esto mismo se lleva diciendo desde finales del siglo XIX: es precisamente lo que argumentó uno de los médicos de Blackwell’s Island para justificar las condiciones a las que estaban expuestas las internas del sanitario (Bly, 1887, p. 85). Más de un siglo después, las excusas –o razones- son las mismas: la falta de recursos suficientes. Uno de los familiares de una persona ingresada en una unidad de agudos en psiquiatría mostraba su horror ante el “terrorífico”

tratamiento: “Ves a gente esposada, lo amarran, le medican sin contar con él para nada. No hablan con él y cierran la puerta, y lo oyes chillar. Es una tortura” (Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Mutua Madrileña, p. 61).

Lola señala la falta de recursos en el hospital público para valorar la utilidad de un ingreso: “Yo comprendo que no hay recursos para todo, pero si tienes a lo mejor que valorar si funciona o no funciona votaría más a que no funciona”. Esther concuerda desde su propia experiencia: fue la atención individualizada del centro privado, con terapias diarias y terapeutas a su disposición, lo que más la ayudó. Según Esther, la diferencia entre los centros públicos y los privados es palpable: “La salud mental privada le da mil vueltas a la pública, por recursos y tiempo”. Después de haber ingresado seis veces en un hospital público, para ella fue un punto de inflexión en su recuperación su ingreso en un hospital de tarde en un centro privado: “Todos los días, todas las semanas, [había] terapias individuales con tu terapeuta. Tenías el teléfono de tus terapeutas, por ejemplo, por si en alguna crisis, en algún momento, necesitabas algo y la podías escribir, llamar”. Sin embargo, aunque hay más recursos a disponibilidad del paciente, estos recursos dependen de los recursos personales: “Mejoré mucho. Yo he estado genial. Pero claro, eran 500 euros al mes”. Tras varios años, Esther se vio obligada a dejar el hospital de tarde por motivos económicos.

8.3.1.2. *Falta de comunicación y transparencia*

Se percibe poca transparencia entre los pacientes y el personal sanitario, ya sea en cuestiones como la duración estimada del ingreso o el tratamiento a seguir. Goffman (1961/2001) señala: “Es característico mantenerlos [a los internos] en la ignorancia de las decisiones que se toman [los sanitarios] sobre su propio destino” (p. 22). Esto restringe la comunicación entre ambos grupos, y ayuda a reforzar los estereotipos contrarios: el personal se considera justo, pero es percibido como despótico, mientras que los pacientes son percibidos como indignos de confianza y se sienten inferiores, débiles y culpables (Goffman, 1961/2001, p. 21).

Un ejemplo de ello es que Esther no sabía qué medicación le administraban, aunque preguntara. Esther debía intuirlo por las terminaciones: por ejemplo, sabía que fluoxetina era un antidepresivo, pero nadie se lo decía expresamente. Lola tuvo su propio desencuentro con el tratamiento por la forma en que llegó al ingreso: drogada por su madre, que había avisado al colegio de que su hija se iba a desmayar en algún momento. “Pensaban que iba a plantear oposición y lo pactaron así, y así ingresé. No estaba dormida del todo, pero iba drogada”, cuenta. La búsqueda de cooperación del paciente sin una comunicación bilateral también la vivió Carrington cuando comprendió su verdadera situación:

Y comprendí que el Cordiazol era una simple inyección y no un efecto de hipnotismo; que don Luis no era un brujo sino un sinvergüenza; que Covadonga y Amachu no eran Egipto, China y Jerusalén, sino pabellones para dementes, y que debía marcharme de allí cuanto antes. (Carrington, 1943/2017, pp. 75-75)

Es visible una mayor transparencia con el único de los entrevistados que estuvo internado como mayor de edad: su psiquiatra le contó lo que le pasaba y lo que iba a ocurrir en su estancia, aunque tampoco le comunicó el tiempo estimado que pretendían que durara su tratamiento, un factor que inestabilizó al paciente. Por otro lado, también se trata de un caso en el que el origen de la patología es más tangible, el consumo de drogas, y que difiere por tanto de los TCA de las otras dos entrevistadas. De esta forma, el ingreso tiende a quedarse en la etapa de estabilización médica urgente: en el caso de Arnau, su desintoxicación; en el caso de Esther, salvar su vida. Sin embargo, no se da la misma prioridad al seguimiento terapéutico para achacar las causas de la intoxicación o de las conductas alimentarias.

8.4. Subpaisaje público

Kaysen (1993) define el ingreso como una especie de universo paralelo, como una ventana tintada para los que observan desde el mundo exterior pero

translúcida para los de dentro (p. 1). Este mundo paralelo implica una desconexión a veces absoluta del mundo exterior, que tiene sus pros y sus contras para sus pacientes, que se refugian de las expectativas y de las exigencias de la sociedad entre sus cuatro paredes.

8.4.1. Hospital, refugio y cárcel

A pesar de que las instituciones buscan la rehabilitación de las personas, Goffman (1961/2001) establece que la propia regulación que se pretende conseguir raramente se produce (p. 79). El salto del ingreso al mundo exterior causa ansiedad en el interno, que se cuestiona sus capacidades para gestionar el mundo fuera de la burbuja que protege de la vida en sociedad, siendo esta “desmoralización” la principal razón del reingreso de los exinternos (Goffman, 1961/2001, p. 79). Esta *reincidencia* hospitalaria sigue el mismo esquema mental en el caso de los expresidarios: “Se ha conjeturado, para explicarla [esta ansiedad hacia la liberación], que tal vez el individuo no se siente con ganas ni con fuerzas para reasumir la responsabilidad de la que fue liberado por la institución”, factor que los hospitales tienden a “minimizar” (p. 79.). Goffman (1961/2001) señala que, si la estadía del interno dura suficiente, puede darse un fenómeno de “desculturación” o “desentrenamiento”, que lo vuelve temporalmente incapaz de enfrentarse a aspectos de la vida en el mundo exterior” (p. 26). Esa posibilidad hacía que Esther temiera salir de su primer ingreso, que duró cincuenta días: “Yo sentía que cuando saliese del ingreso se iba a desmoronar todo otra vez. Y pasó, pero esto más bien fue una profecía autocumplida”. Ese miedo lo compartían las compañeras de ingreso de Susanna Kaysen, que percibían una crueldad del mundo exterior donde nadie iba cuidarlas (Kaysen, 1993, p. 22).

Lo que el exinterno conserva de su experiencia institucional nos dice cosas muy importantes de las instituciones totales. Con demasiada frecuencia el nuevo interno asume automáticamente, por el mero hecho de ingresar, lo que podría llamarse un status

proactivo: no solo su posición social dentro de esos muros difiere radicalmente de la que ocupaba fuera, sino que, además, como tendrá que aprender con amargura cuando salga, si sale, su posición social en el mundo exterior no volverá a ser nunca la misma que antes de su ingreso. (Goffman, 1961/2001, p. 80)

Cuando Esther ingresa por segunda vez, un mes después del primer ingreso, admite: “En cierto modo me sentía protegida. ‘Si estoy aquí nadie me ve, nadie puede saber nada de mí’. Por una parte, me aliviaba y por otra decía: ‘Joder, mierda’”. Esto concuerda también con la percepción de Arnau de su cuarto como una “guarida” donde recluirse de ese mundo exterior, del que los tres entrevistados aseguran que estaban completamente desconectados.

Sin embargo, esa misma cueva donde refugiarse se convierte en algo asfixiante, como le pasa a Arnau en su tercera semana de ingreso, cuando ya solo espera que pase el tiempo y se siente “encerrado”. Los pacientes ingresan en el hospital sin saber cuánto durará su estancia, que puede multiplicarse considerablemente con la estimación que dan los psiquiatras, aunque en algunos casos ni siquiera se comunica una cifra. Según Goffman (1961/2001), los pacientes pueden percibir el tiempo del ingreso como “una condena” o “una sentencia demasiado prolongada o por tiempo indeterminado” (p. 76). Arnau admite que estaba cómodo en su habitación hasta que se hartó:

Solo estaba tumbado en la cama esperando a que pasaran las horas, los días, y poder salir de ahí. [...] Tenía mi espacio, pero a la vez pues estaba ahí como en una cárcel. Yo me sentía un poco como en una cárcel. (Arnau, entrevistado 1)

Kaysen (1993) afirma en sus memorias de ingreso que el hospital era tanto refugio como prisión, en tanto que estaban protegidos del exterior bajo un paternalismo y una sobreprotección que el propio hospital fomentaba: “Estábamos desnudos, necesitábamos protección y el hospital nos protegía. Por

supuesto, el hospital nos había desnudado en primer lugar, pero eso sólo subrayaba su obligación de albergarnos. Y el hospital cumplió con su obligación (p. 94). De esta forma, el hospital resulta tan culpable de la enfermedad que origina el ingreso como de perpetuarla, haciendo que el remedio a veces equipare a la enfermedad. Bly (1887) define el manicomio de la isla de Blackwell como una “human rat-trap” [ratonera para humanos], estimando que puede ser un destino peor que la muerte (p. 82), y un remedio peor que la enfermedad, pues podría hacer enfermar mentalmente a cualquier persona sana (p. 62). En el caso de Arnau, donde el tiempo ingresado fue, a su parecer, excesivo, ese tiempo se vuelve vírico: condena al paciente a la incertidumbre, desprendiéndole hasta de su propio tiempo. Una realidad a la que no se enfrentan los presos carcelarios, a los que se les impone una condena que deben cumplir, con la única incertidumbre positiva de poder salir antes. Esta falta de transparencia sitúa al paciente de nuevo en una situación de derecho inferior a la de un preso convicto. Esto ocurría en la época de Nellie Bly, y ocurre todavía: a veces se da al paciente una aproximación del tiempo que pasará ingresado; aproximación que siempre se ve excedida, a veces incluso duplicada, y donde si se da el alta antes de lo estimado es por la intervención de terceras personas (en el caso de los menores de edad, los padres). En el caso de Esther, un primer ingreso consigue salvar su vida, pero también implica una retahíla de ingresos posteriores, que solo parece encauzarse cuando es derivada a un centro privado.

8.4.2. El paso del tiempo

Susanna Kaysen estuvo ingresada de entre 1967 y 1968, cuando acontecieron algunos de los momentos clave de la historia de Estados Unidos, de los que pudo ser testigo a través del televisor: la guerra de Vietnam y las protestas contra Nixon, las muertes de Martin Luther King y Robert F. Kennedy, el juicio de Chicago de 1968, etc. El mundo de fuera no dejaba de girar por los que estaban dentro (Kaysen, 1993, p. 92). En su ingreso, Arnau tenía miedo a perderse “todo lo que va pasando” afuera mientras estaba “ahí dentro como si fueses un animal,

encerrado” durante tres semanas. Esther, que estuvo casi dos meses ingresada la primera vez, define estar desconectada del mundo como “de las peores cosas que me han pasado en la vida”. La monotonía, ya mencionada, hizo que Esther perdiera su noción del tiempo: “Yo salí del ingreso sin saber si era lunes, martes, miércoles, qué día era, en qué mes estábamos... Y yo ya perdí toda noción”.

8.5. Subpaisaje sanitario

8.5.1. Los psiquiatras

Lola califica como “cruel”, “durísima” y “muy tajante” a la psiquiatra de su ingreso. No recuerda de la misma forma al Jefe de Psiquiatría que la ingresó, a pesar de que probablemente aprobara este comportamiento por parte de la doctora, y le sorprende que esta continúe en el mismo hospital, ahora como Jefa de Servicio de Psiquiatría. Esa falta de tacto que cuenta Lola se convierte en falta de contacto físico en el caso de Esther: “Mi experiencia con la psiquiatría en el [Hospital Infantil Universitario] Niño Jesús fue bastante mala, la verdad, porque la psiquiatra que yo tenía no era muy empática. Le pedía un abrazo y me decía que me lo tenía que ganar. Le decías algo y se lo tomaba a mal”. Esto coincide con la experiencia de Kaysen (1993) en 1967, que cuenta que solo el turno de noche, más amable, les daba un abrazo cuando lo necesitaban (p. 87).

Arnau no tuvo una relación negativa con los médicos, aunque admite que no siempre estaba de acuerdo con lo que le decían. Del mismo modo, Esther también recuerda a un psiquiatra que le “ayudó”, aunque esa ayuda supusiera admitir que no podían hacer más por ella en el sector público: “Me derivaron al centro [privado de día] Adalmed y allí estuve cerca de cuatro años”. Esther agradece esa honestidad en vez de percibirlo como un fracaso médico. Con todo, Esther defiende que en los ingresos hay una predisposición para ayudar: “Te ayudan en la medida de lo que pueden e importa lo que tú te dejes [ayudar]”.

8.5.2. Los psicólogos

Los entrevistados no tienen recuerdos de los psicólogos, lo que respalda la opinión general de que no fue el punto fuerte de los ingresos, en ninguno de los tres casos, sino que la terapia fue una de las partes del tratamiento menos presentes, y la más echada de menos.

8.5.3. *Los enfermeros*

En general, los entrevistados recuerdan tener buena relación con las enfermeras. Destaca la experiencia de Esther, enfermera de profesión en una residencia de ancianos, quien mantiene contacto con una de las enfermeras de su ingreso años después, pero que también recuerda a la única enfermera con la que se llevaba mal por sus comentarios: “Una mañana me levanto y me dice, ‘¿Te vamos a tener que poner la sonda hoy o no?’. Le dije: ‘Es tu trabajo’”.

En la percepción de las enfermeras contrastan los testimonios de los entrevistados con los textos de periodismo literario, mostrando una mejora con el tiempo. Bly (1887) describe agresiones por parte de las enfermeras que insultaban, amenazaban, pegaban, golpeaban, arrancaban el cabello y asfixiaban a las pacientes, llegando a causarles daño interno, costillas rotas e incluso la muerte (pp. 75-76). En sus memorias, Susanna Kaysen recuerda enfermeras de su edad en prácticas, con las que se comportaban especialmente bien y a las que aconsejaban como a hermanas pequeñas, así como la relación con las enfermeras más mayores, figuras de autoridad y respeto, a excepción de la ya mencionada enfermera McWeeney, a quien de todos modos protegían para que no perdiera su trabajo (pp. 90-91). Por su parte, Carrington (1943/2017) habla de las enfermeras como si fueran enemigos, como en aquella ocasión en que le provocaron un absceso artificial en el muslo que le impidió andar durante meses para que no se resistiera al tratamiento (p. 42).

8.6. Subpaisaje social

Los diagnósticos y las enfermedades mentales resultaban tabú incluso en las propias instituciones psiquiátricas (Goffman, 1961/2001, p. 76). Arnau dice que

no se iban preguntando el diagnóstico entre los compañeros de ingreso: “No sé si había más bipolares. Estábamos todos en la Unidad de Pacientes Agudos y estábamos todos en la misma, de querer salir de allí o de querer recuperar las riendas de nuestra vida, de nuestra cabeza, o de lo que fuese”. Lola tampoco sabía la patología de su compañero de habitación, aunque sabía que no era por TCA. Según un informe de 2009 sobre el estigma y la enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, un 19% de los entrevistados, que en su mayoría eran personas con esquizofrenia, afirmaba haber experimentado discriminación de otras personas con enfermedad mental (Muñoz et al., 2009).

En cuanto a sus compañeros de habitación, la relación de Arnau y de Lola fue prácticamente nula. Por el contrario, Esther tuvo muy buena relación con sus compañeras de habitación, aunque el hospital imponía que no hubiera contacto entre pacientes tras el ingreso y había pabellones donde había una política de cero contacto físico durante el ingreso, igual que la que describe Susanna Kaysen en su experiencia en los años 60 (Kaysen, 1993, p. 88).

Al poco de ingresar, Arnau sintió simpatía por una mujer a la que habían atado una silla y, cuando se lo pidió, la desató “para que comiese tranquila”. La mujer entonces se levantó y tiró las bandejas por el suelo. Arnau admite su responsabilidad, pero defiende que “a la vez la señora estaba contenta”. Esa complicidad la relata también Bly cuando una paciente le otorga su trozo de jabón durante la ducha semanal, un gesto que considera de enorme generosidad (p. 73). Esta alianza, bidireccional porque nadie delató a Arnau, es fruto de un “proceso de confraternidad que llevan a personas socialmente distantes a prestarse ayuda mutua y a cultivar hábitos comunes de resistencia contra el sistema que les obliga a una intimidad forzosa, y les impone una sola e igualitaria comunidad de destino” (Goffman, 1961/2991, p. 65).

Sin embargo, esa complicidad puede ser tóxica. Lola llama precisamente “cómplices” al resto de niñas con TCA del hospital. “Yo recuerdo aquello como que decía, ‘pero ¿por qué nos juntas a todas? No tiene ningún sentido’. Porque

los testimonios que dábamos eran tremendos. Te retroalimentabas muchísimo. Una barbaridad. Te ibas contando todo lo que habías hecho, te dabas un montón de ideas, te reforzabas... Cómo vomitar, cómo esconder comida, cómo engañar a tus padres...”. Esther recuerda la comparación constante de cuerpos y la retroalimentación entre pacientes con TCA, pero también admite que le ayudó a normalizar la enfermedad: “Yo sentía que estaba sola, que era rara, que a nadie le pasaba esto, hasta que ingresé”.

8.7. Subpaisaje compartido

En cuanto al paisaje que comparten con el resto de los pacientes, las respuestas son vagas, al no ser el territorio que ocupan la mayoría del tiempo. Arnau relaciona el paisaje compartido con el social, mientras que Lola recuerda en particular el comedor, significativo en alguien con protocolo de alimentación, donde se dan los recuerdos más negativos, como los batidos de castigo.

8.8. Subpaisaje privado

La apropiación física del paisaje del territorio es palpable en la esfera privada: decorar la habitación hace que se convierta en un espacio que asemeja a la habitación del hogar, como señalan Esther y Arnau, y como también hacía Kaysen en los años 60, que a veces redecoraba la habitación solo para pasar el rato (Kaysen, 1993, p. 29). Al tener su ropa, sus revistas y coleccionables, Arnau se sentía tan a gusto como en su propia casa, hasta que pasa el tiempo y no recibe el alta, y entonces pasa de verla como “una guarida” a una “celda”. A pesar de tener su espacio, se sentía “como en una cárcel”. Esto remonta a la percepción del paisaje del ingreso como refugio o prisión según el tiempo de estancia y cómo recibe el paciente esa duración (Goffman, 1961/2001, p. 76).

Esther habla de cámaras en una de las plantas de psiquiatría. Esto recuerda a la crítica de Foucault hacia el panóptico (Foucault, 1975/2002, pp. 184-185), el diseño arquitectónico de Jeremy Bentham que permitía la vigilancia de los presos carcelarios sin que estos lo percibieran y prolongar su efecto más

allá de su uso: “Hacer que la vigilancia sea permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción”. Este método de vigilancia subraya las similitudes entre las cárceles y algunos hospitales psiquiátricos contemporáneos.

Goffman (1961/2001) dice: “El interno casi nunca está completamente solo; siempre hay alguien que puede verlo y oírlo, siquiera se trate de sus compañeros de internado” (p. 36). A pesar de ello, hay una percepción subjetiva de la privacidad a pesar de la compañía forzada. Para Arnau era tan privado como un hostel compartido, mientras que Esther apreciaba la privacidad que podía tener, agradeciendo los pequeños gestos: una persiana bajada al máximo, una puerta cerrada, del mismo modo en que lo agradecía Bly (1887, p. 27).

8.9. Subpaisaje reconstruido

Al no tener noción del paso del tiempo, los pacientes recurren a todo lo que hay a su disposición para entretenerse y superar el propio ingreso. Los internos deciden distintas formas de hacer su estancia más llevadera: Arnau hacía resúmenes de sus revistas; Esther recuerda exprimir sus privilegios de lectura y escritura, pero sobre todo se evadía durmiendo. Lola no recuerda cómo lidió con su estancia, pero establece que “intentas sobrevivir”, y achaca las lagunas del ingreso, y de esa época de su vida, a la medicación. Arnau también dice que por “la intoxicación de pastillas” recuerda pocas cosas.

La sensación que produce el paisaje del ingreso, reconstruido con el paso del tiempo, es relevante a pesar de esos vacíos de información. Lola guarda un recuerdo “horrible” del ingreso, aunque le cueste recordarlo: “En realidad toda esta fase de mi vida me cuesta mucho recordarla, tengo que hacer verdaderos esfuerzos, porque la tengo como un poco en nebulosa”. Por su parte, Esther prácticamente no recuerda su primer ingreso porque “tenía tanta debilidad que se me estaba pudriendo el cerebro, literalmente. Tengo muy pocos recuerdos del primer ingreso, y de los siguientes tengo lagunas de recuerdos de ciertos momentos que me marcaron”.

9. DISCUSIÓN

A pesar de que se ha buscado una perspectiva que ofreciera una visión representativa desde lo cualitativo a pequeña escala, alternando entrevistados de distinto género, edad, época y origen de ingreso para comparar los distintos paisajes de ingreso, las conclusiones podrían no ser extrapolables en una muestra más grande y no resultar necesariamente representativas, pero sí relevantes como base para futuros estudios sobre la evolución de la percepción del paciente psiquiátrico en el ingreso. Del mismo modo, las muestras tomadas de narración de no ficción podrían diversificarse para analizar la evolución de la propia representación del paciente dentro del paisaje de su ingreso, contando con publicaciones recientes, incluso explayándose al área de otras artes.

Este trabajo se ha centrado en la percepción del paisaje del territorio del ingreso, pero el concepto de espacio también se resignifica en base a la vivencia del tiempo, como indica el testimonio de Arnau, que pasó de sentirse como en su propia casa a sentir que estaba encerrado en una prisión. Esto podría propiciar futuros estudios sobre los tiempos de la salud mental, la diferencia entre tiempo y espacio o paisaje, así como profundizar en la hipótesis de que el tiempo puede ser un agravante e incluso la diferencia entre un ingreso sanador y uno traumatizante. Esto confirma la teoría de Covarrubias y Cruz de que una misma persona se apropia de forma distinta del territorio según el momento.

Por otro lado, resulta interesante a nivel lingüístico y semántico la resignificación de la terminología alrededor de la locura por parte de las personas que dependen del sistema de salud mental, que hacen uso de las palabras peyorativas hacia las personas de su condición, o bien para usarlas desde su perspectiva o bien para resignificarlas. Esto podría propiciar diversos estudios sobre la apropiación del lenguaje estigmatizante en el campo de la psiquiatría.

10. CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados, se han llegado a las siguientes conclusiones:

1. Al analizar los testimonios de las tres personas entrevistadas y compararlos con los recogidos en los textos de periodismo literario de Nellie Bly, Leonora Carrington y Susanna Kaysen, resulta evidente que las personas que ingresan viven experiencias similares a pesar de las diferencias de edad, diagnóstico o fecha de ingreso. A pesar de que el territorio del ingreso cambia, e incluso aunque la reconstrucción del paisaje sea individual, hay vivencias y percepciones que convergen: la medicalización como sustituto a la terapia, la falta de tacto por parte del personal médico, el tabú de la enfermedad o la exclusión del mundo exterior, al que luego es más difícil reincorporarse.
2. Por las razones anteriormente referidas, la narrativa del paciente con el paisaje del ingreso psiquiátrico es transcultural (los testimonios eran de pacientes estadounidenses o británicas, mientras que los entrevistados eran españoles) pero se ven influenciadas por su época y contexto. Las narrativas de los testimonios divergen en cuanto a las malas praxis propias de los sanitarios que se han dejado atrás: ya no hay abusos físicos por parte del personal médico, las enfermeras son en su mayoría ejemplos del cuidado y los médicos son especialistas en su materia. Aquí es donde se ven los avances de la psiquiatría: una mayor especialización y un enfoque más orientado al cuidado y recuperación como un enfermo cualquiera, aunque los recursos dificultan una mejora absoluta. Con todo, sigue habiendo una disciplina férrea que los pacientes rechazan y una falta de comunicación, confianza y empatía hacia el paciente.
3. La falta de recursos implica que se medicalicen las enfermedades mentales y se dependa excesivamente de la medicación para suplantar la terapia. Esto provoca que los pacientes adquieran rechazo a los psicofármacos, en vez de verlos como una ayuda. La falta de transparencia en el tratamiento es una de las razones principales de la falta de confianza del paciente en el tratamiento farmacológico, siendo la

otra razón los excesivos efectos secundarios. Lola ingresó drogada por su madre, por miedo a que opusiera resistencia. Arnau dejó todo tratamiento psiquiátrico porque la medicación suponía su deshumanización mediante el anulamiento de sus emociones, tanto negativas como positivas. Por su parte, Esther admite que los beneficios que siente con la medicación pero que depende de ella, a su pesar. En sus múltiples ingresos, debía adivinar de qué eran las pastillas que le daban. Esta falta de transparencia del personal sanitario con los pacientes, que fomenta su no-participación en su recuperación, es constante: se infantiliza o sobreprotege al paciente, tachado como incapaz de gestionar la información de su enfermedad y tratamiento. Lejos de favorecer su recuperación, esto detrimenta la autonomía y confianza del paciente y le hace dependiente de la institución, pero no necesariamente confiar en ella.

4. La tesis de Goffman sobre las instituciones totales, publicada en 1961, y los estudios de Foucault sobre las instituciones de control social, de 1961 y 1975, siguen siendo relevantes para analizar el paisaje actual de las instituciones psiquiátricas y sus similitudes con el trato punitivo de las cárceles, lo que confirma que la experiencia de los pacientes en las instituciones psiquiátricas es equiparable a la de los presos en las instituciones carcelarias desde la perspectiva de los internos. El sistema de privilegios y castigos, que Goffman considera improductivo, es el protocolo que aún impera en los pabellones psiquiátricos. Los pacientes normalizan pronto el escenario del ingreso, incluso los protocolos que tienen acciones revisables. De este modo, que los pacientes midan su propio pis se convierte en algo rutinario, y estar bajo la constante supervisión de cámaras de vigilancia según el pabellón es lo habitual, lo que remonta al concepto de control social de Foucault y a su crítica al panóptico. Los pacientes se sienten “encerrados”, perciben su espacio privado con terminología carcelaria (“celda”) y tienen menos derechos que un preso convicto: no conocen las condiciones de su internamiento

(ingresar bajo sedación, no saber la duración de la estancia, no tener conocimiento del uso y propósito de la medicación que ingestan). Al fundirse el paisaje del paciente y del preso, se sitúa en las mismas condiciones a una persona castigada por cometer un crimen y a una persona que padece una enfermedad, lo que fomenta la autculpabilidad y el estigma social del paciente. Por ello, en vez de vivir el ingreso desde el cuidado sanitario, como ocurriría con cualquier otra enfermedad, en las plantas de ingreso de psiquiatría el tratamiento equipara al castigo de una condena impuesta, como si ser un paciente psiquiátrico fuera un crimen.

5. Un factor que no se altera con el paso del tiempo es esa autculpabilidad de los pacientes en su diálogo consigo mismos. Hay presente una exclusión del paciente, que se siente separado y diferente de la sociedad detrás de los muros, incluso después del alta.. En el ingreso, se tratan los síntomas de la enfermedad, pero los entrevistados critican que no se llega a profundizar en su origen, lo que supone que los pacientes aprenden qué deben hacer o no hacer, decir o no decir, para no ser sometidos a un ingreso. Se da el fenómeno de la espiral del silencio, teoría de Elisabeth Noelle-Neumann, en las personas que se someten al test de la cordura en el ingreso y que persiguen esa “normalidad” impuesta y autoimpuesta.
6. El ingreso en un hospital psiquiátrico puede convertirse en un remedio peor que la enfermedad, ya que puede ser responsable de empeorar la enfermedad. Algunos de los factores que fomentan esa toxicidad del tratamiento son: compartir ingreso con personas en la misma situación que puedan influenciar negativamente en la recuperación, una duración de ingreso que el paciente percibe como excesiva y sin avistamiento del alta, y la escasez de terapia para tratar el origen de la enfermedad. Es fundamental mejorar la transparencia en los procesos de hospitalización para garantizar un tratamiento adecuado, beneficioso y respetuoso para los pacientes.

7. Es novedoso el uso del lenguaje que gira alrededor de la “locura”: los pacientes hacen una resignificación de forma positiva de la expresión “estar de la olla para hablar de personas o actitudes que admiran. De igual manera, lo usan para señalar las incongruencias de los que no suelen ser denominados así: el personal sanitario. La hegemonía para decidir qué significa estar cuerdo cambia de connotación, y no es algo que pertenezca solo al grupo de profesionales, sino que ellos mismos pueden entrar en esa categoría, si son vistos desde el punto de vista de los pacientes.

Se confirma con estos resultados la relevancia de realizar estudios cualitativos sobre la psiquiatría desde el punto de vista de los propios pacientes. La visibilización de sus testimonios autobiográficos implica involucrar a las personas que dependen del sistema de salud mental en el análisis de esta, dado que ofrecen una reveladora visión interna. Escuchar las voces de las enfermas de salud mental es el punto de partida para terminar con su estigmatización, así como para continuar progresando a una atención sociosanitaria que cuide del paciente desde el cuidado y no desde el castigo.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Muñárriz, L. (2011). La categoría de paisaje cultural. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 6(1): 57-58. www.redalyc.org
- Bernardo et al. (22 de abril de 2021). 35 años después del cierre de los antiguos psiquiátricos: la reforma aún sin terminar. *Civio*. www.civio.es
- Bly, N. (1887). Ten Days in a Mad-House & other stories. [*Diez días en un manicomio y otras historias*]. Edición independiente.
- Carrington, E. (2017). *Memorias de abajo*. Ediciones Alpha Decay. (Trabajo original publicado en 1943)
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA y Fundación Mutua Madrileña (2023) *La situación de la Salud Mental en España 2023*. www.consaludmental.org
- Covarrubias, F; Cruz, M. (2019). La apropiación paisajística del territorio: una disputa epistemológica. *Cinta de moebio* 64: 82-98.
- EFE. (6 de octubre de 2022). Dos de cada tres personas rechazan vivir con una persona con enfermedad mental. Agencia EFE via *El Mundo*. www.elmundo.es
- Escuer, L.; Altieri, D. (2013). *Nellie Bly periodista y reportera. Análisis de Diez días en un manicomio (1887) y La vuelta al mundo en 72 días (1889)* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza]. www.zaquan.unizar.es
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I* (Proyecto Espartaco) [Biblioteca IRC]. Fondo de Cultura Económica de Colombia. www.proletarios.org (Obra original publicada 1961)
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Traducción de: Aurelio Garzón del Camino. Argentina: Siglo Veintiuno Editores. (Obra original publicada en 1975)
- García de León, E. (6-11 de julio de 1998). Literatura periodística o periodismo literario. Actas del XIII Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas en Madrid, España. www.cervantes.es

- Goffman, E. (1961) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. (1ª ed., 3ª reimp.). Traducción de: María Antonia Oyuela de Grant. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hill, A. (2023, 28 de noviembre) What is Literary Journalism?. Writer's Digest. www.writersdigest.com
- Stockton, C. (18 de septiembre de 2023). 55+ scary movies about insane asylums. [+55 películas de miedo sobre asilos mentales]. Creepy Catalog. www.creepycatalog.com
- Kaysen, S. (1993). *Girl Interrupted [Inocencia interrumpida]*. Random House, Inc: Vintage Books.
- Mangold, J. (Director). (1997). *Girl Interrupted*. [Inocencia interrumpida]. Columbia Pictures; Red Wagon Entertainment.
- Ministerio de Sanidad. (2022). Indicadores hospitalarios 2010-2019. www.sanidad.gob.es
- Mouzo, J. (14 de noviembre de 2021). La sanidad pública no da abasto: faltan profesionales para frenar la crisis de salud mental. *El País*. www.elpais.com
- Muñoz et al. (2009). Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense, S. A. www.comunidad.madrid
- Palacios, T. (14 de febrero de 2024). *El periodismo literario*. Teo Palacios. www.teopalacios.com
- Pastor Montaña et al. (2019). ¿Cómo viven las personas con un trastorno mental el ingreso en una unidad de corta estancia psiquiátrica?. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 16(30), 143-156. www.revistatog.es
- Shalin, D. N. (2013). Goffman on Mental Illness: Asylums and The Insanity of Place Revisited. [*Goffman sobre la enfermedad mental: una revisión a Manicomios e Internados*]. *Symbolic Interaction*, 37(1), 122-144. www.doi.org

Vesere, A. (2020). *The Representation of Mental illness in contemporary Film: Thematic content analysis of fictional and based-on-a-true-story films* [Trabajo de Fin de Grado, Erasmus University Rotterdam].
www.thesis.eur.nl

12. APÉNDICES

12.1. Apéndice 1: Clasificación de preguntas según subpaisaje

Subpaisaje interior

La reconstrucción del paciente sobre sí mismo, tanto durante el momento del ingreso como en retrospectiva. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿En qué momento de su vida está el paciente cuando ingresa?
- ¿Considera el paciente que su ingreso fue una medida inevitable?
- ¿Cuál es el detonante del ingreso?
- ¿Cómo es la experiencia del ingreso?
- ¿Cómo percibe el paciente el momento de ingresar? ¿Cómo lo percibe en retrospectiva?

Subpaisaje del tratamiento

La reconstrucción del tratamiento de la enfermedad, la rutina del ingreso, los protocolos, el diagnóstico y la medicación. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Cómo vive el día a día ingresado?
- ¿Qué medidas debe cumplir?
- ¿Hay una escala de privilegios y restricciones?
- ¿Cómo es la experiencia con la medicación?
- ¿Se informa al paciente del tratamiento y la medicación que recibe?
- ¿Cuándo se comunica el diagnóstico? ¿Cómo lo recibe el paciente?

- ¿Cómo lo recibe en retrospectiva? ¿Se siente identificado con el diagnóstico?
- ¿Qué requisitos debe cumplir para recibir el alta?
- ¿Hay transparencia para involucrar al paciente en su propia recuperación?
- ¿Nota mejoría al recibir el alta?
- ¿Cómo se siente el paciente ante la posibilidad de otro posible ingreso en el futuro?
- ¿Qué considera el paciente que se hizo de forma correcta e incorrecta en su ingreso?

¿Qué desearía el paciente que la sociedad comprenda sobre los ingresos psiquiátricos?

Subpaisaje público

La reconstrucción del paciente en relación con el mundo exterior. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Qué contacto tiene el paciente con el mundo exterior?
- ¿Se siente el paciente aislado en el ingreso?
- ¿Tiene miedo de recibir el alta?

Subpaisaje sanitario

La reconstrucción del personal sanitario. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Cómo es el trato y la relación con los psiquiatras?

- ¿Cómo es el trato y la relación con los psicólogos?
- ¿Cómo es el trato y la relación con los celadores?
- ¿Cómo es el trato y la relación con los enfermeros?

Subpaisaje social

La reconstrucción de la relación e influencia del resto de pacientes ingresados. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Cómo es el trato y la relación con el resto de los pacientes?
- ¿Se compara el paciente con el resto de los pacientes? En caso afirmativo, ¿cómo le afecta?
- ¿Cómo es la relación en una habitación compartida?
- ¿Se siente el paciente más acompañado si comparte ingreso con personas de su misma patología? ¿Cómo influyen en su recuperación?

Subpaisaje compartido

La reconstrucción de las áreas comunes: pasillos, comedor, etc. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Qué zonas comunes recuerda más vívidamente el paciente?
- ¿Cómo las percibe?

Subpaisaje privado

La reconstrucción del espacio privado del paciente en el ingreso. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Cómo es la habitación?

- ¿Cómo la percibe?
- ¿Se siente a gusto?
- ¿Tiene privacidad?
- ¿Siente que tiene privacidad?

Subpaisaje reconstruido

Por la condición de entrevistado, se da una reconstrucción forzada del paisaje del ingreso. En este subpaisaje se explora en retrospectiva lo que escapa de ese proceso de reconstrucción. Las preguntas que se buscan investigar son:

- ¿Qué herramientas tiene para refugiarse, si lo necesita, de las sensaciones del ingreso?
- ¿Tiene recuerdos borrosos o lagunas?

Preguntas adicionales

Las entrevistas siguen una orientación semi-estructurado, por lo que la base de la entrevista son las preguntas anteriores, pero hay flexibilidad para cambiar o ampliar preguntas según la situación y las respuestas de cada entrevistado, lo que permite una mayor personalización de la entrevista.

A Esther, la tercera entrevistada, se le hicieron dos preguntas adicionales para observar qué subpaisajes cambian en el paisaje general del ingreso psiquiátrico al tener en cuenta su experiencia, más diversa tanto por número de ingresos como por origen de ingresos:

- ¿Qué diferencias hay entre un tratamiento en un centro público y uno privado?
- En el caso de más de un ingreso, ¿cómo son las experiencias siguientes?

12.2. Apéndice 2: Resultados de las entrevistas

Subpaisaje interior

1. ¿En qué momento de tu vida estabas cuando ingresaste?

Arnau: Estaba en el primer año de un ciclo superior. Tenía dieciocho recién cumplidos y tenía muchas inquietudes, mucha energía también, muchas ideas muy locas. Estaba en una edad que, o podía encaminarme hacia bien o podía liarla parda, porque estaba empezando a jugar con las fiestas y las drogas.

Lola: Ingresé en 1996-1997. Estaba en segundo año de BUP [Bachillerato Unificado Polivalente, equivalente a 4º de la E.S.O.], tenía unos quince años.

Esther: Me estaba muriendo. A mí no me dieron más de dos días, literalmente, y me dijeron que se me iba a parar el corazón en cualquier momento.

2. ¿Fue un ingreso voluntario o involuntario?

Arnau: Fue un ingreso involuntario.

Lola: Involuntario. Yo ingresé sedada. No me dijeron nada del ingreso.

Esther: Involuntario. Cuando fui mayor de edad, seguí en tratamiento voluntariamente en el centro privado.

3. ¿Consideras que fue inevitable que ingresaras?

Arnau: Podría haberme quedado suelto y luego recaer. Bueno, “recaer”; [quiero decir] que, de una manera u otra, la hubiese acabado liando y me hubiesen encerrado, por decirlo de alguna manera.

Lola: Mi madre me dio unas pastillas, porque yo ya tenía medicación, pero debieron darme otra cosa, porque yo estaba en el cole y de repente le dije a mi compañera: “Creo que me voy a caer”. Ahí llamaron a mi madre, el colegio lo sabía, mi madre había avisado de que iba con una medicación y en algún momento se va a desmayar. Pensaban que iba a plantear oposición y lo pactaron así, y así ingresé. No estaba dormida del todo, pero iba drogada. Y así ingreso.

Esther: La primera vez que me ingresaron, yo entré muy malita, muy malita, y sí es verdad que me salvaron la vida.

4. ¿Por qué ingresaste?

Arnau: Yo creo que fue por las pastillas, fue siempre mi teoría: que aceleraron mi forma de pensar. Cuando estaba en clase, no paraba de interrumpir, no paraba de tener pensamientos, no podía controlar demasiado mis intervenciones. La profe se sorprendió y me mandó al despacho de la directora. Y cuando estaba allí, no sé qué películas le estaba contando a la directora, que empezaba a mover los cuadros de sitio, lo movía todo. Me encerraron allí y llamaron a la ambulancia y yo no sabía tampoco qué pasaba, el día estaba así medio gris, llovía. [...] Me hicieron unas pruebas y también me acuerdo de enfadarme, porque le pedí un cigarro a los de la ambulancia, no me lo quisieron dar y allí también ya me reboté un poco: “Pero ¿qué pasa? Si no estoy haciendo nada malo” [...]. Total, se me llevaron a Lleida. [...] Buah. Me volví loco cuando apareció mi madre por ahí en la consulta. Y ya no me acuerdo nada más que despertarme atado a una cama, con un colgado al lado diciéndome que por qué había cortado un trozo de persiana metálico en forma de cuchillo, como una forma triangular. [Yo pensaba:] “A mí qué me estás contando. Mira cómo estoy. Estoy atado de una mano y de un pie”.

Lola: Al principio me empezaron a llevar al [Hospital] Ruber Internacional, con un especialista en trastornos de alimentación. A raíz de eso, el doctor les dijo: “Necesita seguir con tratamiento”, y entonces me derivó al doctor Morandé, [el entonces jefe de Servicio en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús]. Me dieron plaza y empecé a entrar en el Niño Jesús los miércoles. El ingreso recuerdo que fue en Navidad, después de unos seis u ocho meses de seguimiento semanal. [...] Yo primero empecé con anorexia y derivé en bulimia. Ingresé a raíz de la bulimia, por mis conductas autodestructivas, porque la bulimia tenía eso de sentirte mal y castigarte. Castigarte a ti misma, hacerte cosas, decirte: “eres lo peor”. Yo creo que la bulimia es realmente una respuesta lesiva. Yo lo recuerdo como muy, muy violento, en el sentido que daba igual la comida que fuera, mezclaba todo: era muy extremo, muy loco, muy loco, muy desordenado. Luego siempre con el “mañana ya no”. [...] Yo, en realidad, en aquel momento no estaba delgada, ni muchísimo menos. En mi caso fue más un ingreso por descompensación, desajuste de mí misma y las oscilaciones tan grandes que tenía y el descontrol que yo vivía en el día a día.

Esther: Fue por mi médico de cabecera, porque me llevaron mis padres al [Hospital Universitario] Ramón y Cajal por una infección de orina, que era real [aunque después se usó de tapadera para excusar el ingreso en el ámbito social, que duró más de cincuenta días] y me vieron el peso, me vieron sin ropa... Del Ramón y Cajal me dieron cita urgente para psiquiatría, pero era en dos meses. Yo no iba a aguantar dos meses. Mi médico de cabecera agilizó todos los papeles y el mismo día me ingresaron.

5. ¿Cómo fue tu experiencia con el ingreso?

Arnau: Traumatizante. La primera semana bien, hice amigos, participaba en los talleres, etc. A partir de la segunda semana, me di cuenta de la que había liado. A la tercera, la medicación empezó a hacer efecto, me notaba muy cansado, aplastado químicamente y mi cabeza no sentía ni tristeza ni alegría. Me quería ir, no sabía por dónde pillarlo, cómo estaba todo lo de afuera, que iban a pensar de mí a partir de ahora... Marcó un antes y un después. De hecho, los últimos días, en una de las visitas que me permitían salir a la calle acompañado, me negué a volver a entrar al hospital. [...] En uno de estos vis a vis que ya me daban la última semana, [dije:] "Que no, que no, que yo no vuelvo a entrar aquí ni loco, llévame para casa, que yo no quiero estar aquí encerrado como si fuese la cárcel. No estoy tan enfermo. Soy yo, dame pastillas, yo me las tomo, pero fuera de aquí". [...] A partir de allí, se negoció una hospitalización parcial. Fui durante dos meses al hospital de día para poder salir antes.

Lola: No recuerdo que fuera positiva en cuanto a mi enfermedad. [...] Lo que hacíamos en terapia era comentar qué habíamos hecho. Teníamos un cuaderno que nos daban el lunes, martes, miércoles, etc., y tenías que apuntar qué habías comido. "Cumpliste y estuviste bien jueves y viernes, el sábado has tenido un atracón. ¿Qué comiste?" Y tú leías: "Pues me comí tres donuts, un paquete de *donetes*...", o escribías: "Me fui al súper con mi hermana pequeña y robé". Y preguntaban: "¿Y qué te desencadenó ese sentimiento que te llevó al atracón?" [...] Recuerdo pruebas médicas también, mucha analítica. Me hicieron una prueba que me parecía horrible, donde te iban midiendo la carne con una especie de alicate [se trata de un plicómetro, medidor de masa corporal]. Te cogían de una parte del cuerpo y medían. Entonces era todo muy de sanatorio, realmente, muy de cuando ves una peli de un sanatorio de finales del XIX.

Esther: Entre buena y mala. Me salvaron la vida pero no me hicieron mucha terapia en sí. Fueron ellos los que me salvaron la vida, pero a nivel de terapia, de apoyo emocional, de gestión de las emociones no te ayudan nada porque el psiquiatra pasa quince minutos por las mañanas y se dedica a decir: "¿Estás comiendo?", "¿Por qué no comes?", ese tipo de cosas.

6. ¿Cómo te sentías por haber ingresado? ¿Cómo te sientes si lo piensas ahora?

Arnau: Yo al principio veía que era algo supermalo, que no me tocaba, que no me tenían que frenar de una manera tan química, y además en contra de mi voluntad. Dejarme empastillado y atado a una cama a que me tranquilice no sé si fue la mejor manera, pero al menos funcionó, porque de otra manera pienso: "¿Y si hubiese seguido por libre, sin "entregarme", entre comillas, a la directora, o al cole, o a quien fuese? Si hubiese seguido así delirando, sin dormir... Visto

con perspectiva, no lo veo tan mal, que me ayudasen de esa forma, porque al final es una manera de curar lo que me pasó.

Lola: A mí todas las medidas lo que me provocaron fue que me rebelara. Le robaba la comida al niño [con el que compartía habitación], hacía cosas para portarme mal. No me parecía justo estar ahí. Decía: “¿Os parece que estoy mal? Pues ahora os voy a dar motivos para portarme peor todavía”. [...] Guardé mucho tiempo el pijama. Volví a casa con el pijama azul y lo guardé mucho tiempo. Era algo simbólico para mí. Luego ya en alguna mudanza de mis padres lo acabé tirando, pero jolín, vienes de una cosa así y lo suyo sería que a lo mejor tengas el instinto de tirarlo, pero yo lo guardé, muchos años.

Esther: Yo me cabreé con mis padres, los pobres. Pobrecitos míos. Se la lié que flipas. Estuve mazo días enfadada con ellos sin hablarles, *supersupersuperenfadada* con ellos. Me sentía traicionada. Fue durillo. [...] Yo al principio ni lo reconocía [que tenía un problema] ni entendía qué era, porque a mí nunca me lo habían explicado. Era un poco confuso, porque yo pensaba que lo que estaba haciendo era sano. Hasta que llegó el punto en el que me dijeron: “Te mueres”. Y me dio igual. Te lo juro, me dio igual. Eso es lo que más rabia me da, que en ese momento me dio igual.

Subpaisaje del tratamiento

7. ¿Cómo vivías el día a día ingresado/a?

Arnau: [No recuerda].

Lola: [No recuerda].

Esther: Te levantabas. Te pesaban. Te tomabas un batido de estos hiperproteicos. Desayunabas. Reposabas media hora. Luego hacíamos talleres. A la media mañana, era un batido y un vaso de agua. Después, comíamos. Después de comer, teníamos que estar una hora en reposo. Después de esa hora hacíamos algo y merendábamos. Media hora de descanso. Y entonces ya empezaban a venir las visitas, que dependían de cómo te hubieses portado: empezabas con diez minutos hasta que llegabas a la hora y media. [...] El día a día era muy monótono, porque no hacías nada fuera de lo normal. Era todo lineal. Yo salí del ingreso sin saber si era lunes, martes, miércoles, qué día era, en qué mes estábamos... Y yo ya perdí toda noción.

8. ¿Qué medidas debías cumplir?

Arnau: Yo no daba problemas, no me he intentaba escapar, charlaba con la gente. [En cuanto a privilegios], desde el principio podía ir con los cascos y la

música. Como mucho, se me permitieron las salidas al exterior, porque al principio era en una sala y luego me permitieron salir a dar una vuelta por la calle con mis padres.

Lola: Yo lo recuerdo todo como privilegios y restricciones. Había restricción de visitas y tenías que ganarte todo. Todo te lo tenías que ganar: lavarte los dientes, ducharte... Las comidas, por supuesto, hipermegavigiladas.

Esther: Por ejemplo, [en cuanto a privilegios], le decían a tus padres que te podían traer un MP3 sin hora, sin fecha, sin nada, para que escucharas música. Tenías un diario, que también era muy bueno. Yo era más de leer y escribir. El protocolo de comida era muy estricto todo. Te venía en una bandeja las calorías que tú tenías que ingerir. Y, por ejemplo, cuando te subían o te cambiaban la dieta, ponía "subida [a] 2500 [calorías]". No era muy inteligente. Tenías que tomarte todo, hasta recoger las migas con el dedito. Comías con cubiertos de plástico. Te medías el pis: hacías pis en una bandeja y luego lo metías en un bote de dos litros. Cuando se caía el bote... Dios.

9. ¿Qué castigos y restricciones recuerdas que había?

Arnau: [Despertó atado en el hospital de pie y mano]. Eso fue el primer día, la primera noche. Luego las restricciones eran: "no puedes fumar", "no puedes salir", "te toca hacer talleres". [...] Solo tuve un enfrentamiento el día que no quise volver a entrar. Ese día que empecé a decir: "Que no, que yo no entro aquí, que les den a todos por culo, que yo me quedo fuera". No sé realmente cómo terminó, creo que volví a entrar adentro, cumplí, y al cabo de pocos días salí.

Lola: A mí me dieron batidos. Eran unos batidos horribles, de una densidad... Yo me quería morir, porque me decían que ese batido tenía 700 calorías, y yo decía: "¡Está loca, que cree que me voy a tomar 700 calorías y me voy a quedar aquí tumbada!". Además, como estaba enferma total, yo sentía cómo las calorías se iban acumulando en mi cuerpo. Es que era muy violento todo, muy violento. Yo no llegué nunca ni a la sonda ni a las restricciones. Sabía que existían, pero no lo vi en mí misma. Pero el batido sí, el batido lo recuerdo horrible, pero horrible. [...] Estoy convencida de que no me dejaron lavarme los dientes durante varios días. Y ducharme, también. [...] Recuerdo que al pasar los días y no ducharme aquello me afectó. Pensé: "Empieza a portarte bien, que necesitas ducharte, necesitas lavarte los dientes, o quiero ver la tele".

Esther: De restricciones, a la hora de las visitas no me molaba nada tener que verles una hora y media nada más. [...] Cuando me ponían la sonda nasogástrica... Qué horror, esos momentos. Los recuerdo como si fuesen ayer. O cuando me castigaron sin visitas por ponerme la sonda [porque había tardado más de 40 minutos en comer]. [...] El día de mi cumpleaños, me dejaron sin visitas.

10. ¿Has tomado medicación? ¿Cómo ha sido tu experiencia con ella?

Arnau: [He tomado] risperdal [antipsicótico], olanzapina [antipsicótico], diazepam [ansiolítico] y otra cosa más. No sé, era un buen chupito de pastillas. Noche, mañana y tarde. Y luego se fue reduciendo la dosis, la historia era negociar. Al final me di cuenta de que la medicación me afectaba, que me quitaba las ganas de reír, de llorar, me dejaba muy neutro, me estaba hinchando, me estaba poniendo como una bola, me cansaba hasta subir escaleras. Me acuerdo que salí en invierno, en enero o así, y fui a esquiar, a intentarlo, y me caí nada más ponerme el esquí. Empecé una cuesta y me caí y me fui frustrado. En realidad, pienso que la medicación me fue bien, me sentó bien para parar todos esos pensamientos y relajarme un poco, pero a la vez al final decidí [dejarlo unos seis meses después]. De hecho, si miras al plano de mi salud aún me estoy tomando estas pastillas, porque no he ido a visitar a un psiquiatra para decirle que ya no las tomo, y hace más de dos años que, por mi cuenta, decidí dejarlo de tomar, porque me sentaba mal y porque prefería hacer deporte y comer bien y ya está y dejarme de químicos e historias. [No lo comuniqué por pereza], porque siempre me decían: “No, aún te queda que sigas tomando esto o lo otro”. Y yo: “Iros a la mierda, yo ya no quiero tomar nada más. Ya me siento bien”. Yo cuando dejé de tomarlas [...] me sentía otra vez más vivo, que hay cosas que me hagan reír y hay cosas que me hagan llorar, pero eso de estar así como una planta, pues no me gustaba.

Lola: Yo recuerdo el Prozac [antidepresivo], que era lo que me daban en aquel momento, unas pastillas blancas y verdes. La que me dieron aquella para dormirme nunca supe qué era. Yo creo que había más cosas, porque recuerdo el típico pastillero este de desayuno, comida, etc.

Esther: Yo estoy de las pastillas hasta el culo. Pero bueno, yo me las tomo porque digo: “Si me lo mandan por algo”, o sea confío en que lo hacen por algo. Ellos son médicos. Yo confío. Además, yo con mi psiquiatra [actual] me llevo muy bien. Hablamos un poco de todo, le cuento, es terapia y medicación, sí que hablamos de cosas. [En el ingreso] a mí me decían: “Tómame esta pastilla”, y yo en plan, “¿para qué es?”, y me decían: “Tú tómatela”. A mí no me explicaban para qué. Yo más o menos lo sabía por las terminaciones: fluoxetina es antidepresivo, lorazepam más o menos lo intuyes, pero la zyprexa, por ejemplo, ¿qué coño es? [...] Muchas veces, he dejado de tomar la medicación. He dicho: “venga, ya, que no lo necesito”. La peor cosa que he hecho en la vida. La medicación me ayuda, cuando me la he dejado de tomar no me aguantaba ni yo.

11. ¿Cuándo se te comunicó el diagnóstico? ¿Cómo lo recibiste?

Arnau: Entre todos más o menos sacamos la misma conclusión de que [había sido] un brote de bipolaridad aguda, que me había acelerado, había tenido pensamientos muy tristes y a la vez muy felices y me estaba riendo de algo que

a la vez me hacía llorar, no sé, y fue todo como muy... como un brote. Incontrolable.

Lola: No recuerdo cuándo me lo dijeron, pero salí con un diagnóstico de anorexia y bulimia nerviosa. [...] Por ejemplo, yo no creo que tuviera dismorfia, pero [adelgazar] nunca para mí era suficiente.

Esther: El día del ingreso. Porque les escuché decir: “Tenemos a una chica con anorexia nerviosa purgativa”. Yo pensaba que era anorexia o bulimia a secas. Ahí ya empecé a indagar más en el mundillo este, es decir, en grupos de Ana y Mía [foros de internet de personas con anorexia y bulimia, apodados así por las primeras y últimas letras de los dos trastornos]. Las redes sociales me influenciaron también. Hubo una época en que estuve sin redes sociales.

12. ¿Cómo lo recibes ahora? ¿Te sientes identificado con ese diagnóstico?

Arnau: Sí y no. Pienso que todo el mundo lo es [bipolar]. O sea, me dieron como un dossier de cómo tratar la *malaltia* [enfermedad], de cómo llevarlo, y la verdad es que lo empecé a ojear y vi que lo ponen muy en cajones, en etiquetas y tampoco es tan así. En algunas cosas pueden tener razón y en otras cosas, no. Cada uno es un mundo.

Lola: Con respecto a la enfermedad, yo nunca volví a recaer ni nada, pero yo siempre he pensado que es una enfermedad que no se acaba nunca. Yo siempre he tenido la suerte de que he sido una persona delgada, no he tenido la tendencia a engordar ni nada de esto, pero no sé cómo hubiera sido mi vida si esto no hubiera sido así. [...] En realidad, todo esto, tratado y visto después, en mi caso era un desencadenante de un malestar emocional mío de sentirme invisible en el mundo y a los ojos de mis padres y de sentir que no tengo valor. Y empecé a querer destacar en las notas para poder tener un valor que ofrecer a mis padres, luego quise empezar a tener el valor de ser mona, por decir: “Bueno, no tengo más que ofrecer que cabeza y a lo mejor puedo ser mona”. Pero realmente todo es un desencadenante de sentirme absolutamente un valor cero y no tener nada que aportar a mi familia.

Esther: Me sentía y me siento completamente identificada con el diagnóstico. Me vino bien ponerle nombre, porque yo no sabía qué era realmente lo que me estaba pasando.

13. ¿Qué requisitos debías cumplir, si los conoces, para recibir el alta?

Arnau: Me dieron el alta gracias a mi madre. [Si ella no hubiera hablado con las doctoras], igual me quedaba allí las semanas que tocaba, si eran seis, o cinco, o cuatro, no sé cuántas eran. [...] Me hicieron responder, me acuerdo, un montón

de hojas de cuestionarios, como tests psicotécnicos. Un montón de preguntas muy obvias. [Por poner un ejemplo ficticio del estilo de preguntas:] “Si ves a tu hermano y a tu madre, ¿a quién de los dos matarías? La A, a los dos; la B, a tu madre; la C, a nadie”. Pues está claro, ¿no? Pues así 300 hojas. Dije: “Bueno, pues la respondo y me voy, ¿eh?”. Y me dijeron: “Sí, sí”. Me dieron allí deberes para toda una tarde. Preguntas un poco obvias para ver que estás bien, que estás cuerdo.

Lola: No me acuerdo. Son muchísimas lagunas. Yo sé que salí para Navidad, pero no recuerdo esa Navidad, no tengo ni idea o sea, literalmente ni idea. [...] Yo creo que mis padres metieron presión por el tema de la Navidad. Si no, yo creo que hubiera estado más tiempo, pero mis padres vieron que tenían dos hijas más y cómo se iba a gestionar la Navidad estando yo allí y cómo podía ser para mí el estar allí en Navidad.

Esther: [En Adalmed, para darme el alta] me decían que necesitaba un grupo de amigos. Y yo les decía: “¿De dónde los saco? ¿De debajo de las piedras? Yo tengo amigos, pero uno vive en Vallecas, otro en mi barrio y otro en Moratalaz. No creo que sea necesario un grupo de amigos siempre cerrado como ellos me decían y por ese motivo no me daban a mí el alta, ese es el motivo que me daban. Lo estuvimos hablando mis padres y yo y decidimos que íbamos a dejar de ir allí. Yo empecé yendo todos los días de lunes a viernes de 15:00 a 20:00. Luego ya te iban quitando talleres, quitando grupos, días, hasta que ibas un par de días a la semana solo a terapia. Yo ya iba un par de días a la semana y no me querían dar el alta. Y yo ya lo veía un poco como: “Me estáis sacando la pasta”.

14. ¿Qué diferencias había entre el tratamiento en el hospital público y el privado?

Esther: [En Adalmed, en comparación con los ingresos en lo público], sí que mejoré mucho, estuve mucho tiempo bien. De hecho, dejé los porros durante el tiempo que estuve allí, pero yo sentía que al final del tratamiento solo querían sacarme el dinero. Me ayudó mucho más el privado porque era terapia todos los días. Todos los días, todas las semanas, terapias individuales con tu terapeuta. Tenías el teléfono de tus terapeutas, por ejemplo, por si en alguna crisis, en algún momento, necesitabas algo y la podrías escribir, llamar. Estaba todo más controlado, sí que es verdad que es un sitio un poco “nazi” con las normas, pero gracias a esas normas yo he mejorado mucho. Mejoré mucho. Yo he estado genial. Pero claro, eran 500 euros al mes, los dos días y yo ya no podía abarcar toda la situación del dinero. [Sus padres la ayudaron, pero] ahora me estoy pagando el psicólogo, privado, claro, cada quince días. Gracias a Dios me ha tocado un psiquiatra a través de la Seguridad Social en mi centro de salud que me da cita todos los meses.

15. ¿Notaste mejoría al recibir el alta?

Arnau: No, la verdad es que estaba muy hundido, porque estaba viviendo en casa de mi madre, lo único que me salvaba era la música o estar tranquilo. Fue una etapa muy, muy oscura. Además, cayó en noviembre, otoño, que era todo muy, muy frío, se hacía de noche temprano y estaba muy jodido, pero no podía hacer nada. Bueno, no es que no pudiera, intentaba hacer algo de deporte, pero no me podía mover [por la medicación], no sé, lo único que hacía, pues como un niño pequeño que lo llevan al cole por las mañanas. [Lo que más me ayudó no fueron] ni los psiquiatras, ni los psicólogos, ni las pastillas. [Sino] intentar comer bien, de todo y hacer deporte, sobre todo. [La terapia] la verdad es que te da muchas herramientas, te dan maneras de ver las cosas, pero que al final eres tú mismo el que tiene que mentalizarse de las cosas y tirar para adelante, que por más que te digan o por más que hables, si tú mismo no te lo crees o tú no buscas tus métodos, no te hacen nada, no te solucionan nada, y al final por mi cuenta me he dado cuenta de esto: de que comer bien y hacer deporte es la única cosa que te puede sacar.

Lola: Yo en casa tenía candado en la cocina, candado en el baño, candado en el salón, porque el salón se comunicaba con la cocina, y eso me revolvía todavía más porque cuando se iban mis padres y tenían que poner los candados, yo lo que hacía era reventar candados. Además, que era para mí un reto, de decir: “Fenomenal, me hacéis esto, pues yo hago esto”. Y mi madre, en un verano que había acabado el cole y yo parecía que estaba mejor, notaba que iba a tener un montón de tiempo libre y había que sacarme de ese ambiente de candados en casa. En el campamento, yo recuerdo mucho una escena: yo me encontraba bien con la gente, me gustaba hablar y socializar, pero empecé a sentirme muy rara de ver a la gente cuando era la hora de la comida, que todo el mundo normaliza la comida y yo me sentía un extraterrestre, contando judías. Y yo veía que la gente era feliz comiéndose esas judías, hablando unos con otros y no contaban judías. Y yo estaba allí con esa angustia de decir: “¿Y yo por qué no puedo estar así?”. Entonces empecé a sentirme muy ridícula, pude verlo como espectadora. Y a raíz de ahí empecé a intentar querer ser normal, a querer vivir eso de manera normal, como ellos lo vivían: estamos comiendo y estamos de risas y no estamos pendientes de si son 20 judías o 20 macarrones o 15. Eso que vio mi madre, de que había que sacarme de la burbuja y que viera mundo y encontrara otros intereses, y me pudiera relacionar y dejara de tener todo el tiempo el foco en mí, en cómo estaba mi cuerpo, en cómo me sentía y que relativizara y relajara, ahí madre estuvo muy acertada. En el campamento pasó lo típico: empieza a gustarte un chico y tu atención se pone en otro lado.

Esther: Sí, algo noté. Eso sí, después del segundo ingreso no sabría decirte ya, porque luego [el resto de los ingresos] fueron rodados, fueron todos seguidos y era más liso.

16. Si tuviste más de un ingreso, ¿cómo fueron los siguientes?

Esther: Cuando ingresé por segunda vez, un mes después del primer ingreso, en cierto modo me sentía protegida: “Si estoy aquí nadie me ve, nadie puede saber nada de mí”. Por una parte, me aliviaba y por otra decía: “Joder, mierda”. [...] Me lo pintaban como: “¿Estás aquí otra vez? No estás haciendo las cosas bien”, ese tipo de cosas. Y yo decía: “Joder, si es que no lo hago aposta”. Me sentía culpable. [...] Yo he estado seis veces en el [Hospital Infantil Universitario] Niño Jesús y una en el Gregorio Marañón; donde fue tres cuartas de lo mismo, pero el Niño Jesús está más especializado [en Trastornos de la Conducta Alimentaria]. Después me derivaron al centro privado [Adalmed].

17. ¿Qué sientes ante la posibilidad de otro ingreso?

Arnau: [En parte tuve miedo] cuando tuve una especie de recaída durante la COVID-19, a principios de la pandemia. Volví a caer en la de “yo ya estoy bien, puedo volver a salir de fiesta, puedo volver a drogarme con normalidad”, como si fuese algo normal, y recaí. No volví a ingresar, pero sé que mi padre estuvo hablando con alguien y me volvió a dar pastillas y tuve un enfrentamiento también serio con mi padre de que se me fue la olla, me reventé un vaso en la cabeza, por no quererme tomar pastillas, allí, enfrente de mi padre, como desafiando. Ese día me acuerdo de que me llevó al médico a coserme la cabeza. Me la intentó coser él, no pudo, me llevó al médico y habló con un psiquiatra y me volvió a dar las pastillas amarillas, risperdal [antipsicótico], creo que eran. Esas me daban como un sueño y unas ganas de no hacer nada... [Pero no tenía miedo a ingresar porque] sabía que si me relajaba, si no decía tonterías y estaba bien, no tendría que estar dentro [otra vez]. Veo que un ingreso es algo muy serio, es cuando realmente no controlas lo que haces lo que dices.

Esther: Me sentiría como que he fracasado. No que he fracasado, sino que me he fallado otra vez a mí misma.

18. ¿Y qué cosas crees que hicieron bien y qué cosas crees que no hicieron bien en tu ingreso?

Arnau: Es complicado, porque visto así en perspectiva digo: “Yo creo que lo hicieron todo bien y que ya está, ya he salido”. Pero bueno, en ese momento está claro que pensaba: “Hostia, ¿tú crees que es la manera de frenar a un chaval o de quitarlo de esa manera [de las drogas]? ¿De frenarlo, de castrarlo químicamente?” Ni se me levantaba la churra. Estaba completamente apagado, fuera de cobertura, y eso tampoco lo vi del todo correcto, pero al final...

Lola: Quizá hubiera sido mucho mejor que en vez de estar con eso, alguien hubiera trabajado: “¿Qué le pasa a esta chica, para que esté tratándose así?”.

En todo ese tiempo en el que estaba con la dieta, los candados, todo para controlar, no se estaba trabajando realmente de dónde venía todo esto, cosa que yo he arrastrado mucho tiempo después y que he tenido que trabajar por mi cuenta. Porque sí, quité el foco de mi cuerpo, pero eso continuaba ahí. Que sí, sale a nivel relación con la comida, pero luego también salió por otro lado. [...] En terapia no se trabajaba en lo que pasaba, pero claro, cada niña de ahí teníamos una historia. Yo comprendo que no hay recursos para todo, pero que si tienes a lo mejor que valorar si funciona o no funciona votaría más a que no funciona. Al final, de la anorexia te saca otra historia. A mí me sacó que me fui a un campamento, me ilusioné con un chico y decidí subirme a la vida de otra manera, pero no sanó la herida que yo venía teniendo de pequeña.

Esther: En los privados hay más recursos: hospitales de día, de tarde, grupos de terapia que son tres o cuatro horas. Yo no veo siempre necesario un ingreso. [...] El hospital de tarde me funcionó muchísimo más que el ingreso. La salud mental privada le da mil vueltas a la pública, por recursos y tiempo. Por ejemplo, una sesión con la psicóloga de salud mental de aquí del barrio dura media hora. Cuando la pagas, quizá son 60€ y puedes estar una hora o hora y media. Se nota.

19. ¿Qué te gustaría que la gente supiera sobre los ingresos psiquiátricos?

Arnau: El cerebro es otra parte más del cuerpo que se puede dañar. Es ir al médico. No estamos locos.

Lola: Eran muy duros. Disciplina. Poco afecto. Todo te lo tenías que ganar con buena conducta. Ducharse y lavarse los dientes era un premio. En el año 1996, cuando yo empecé con todo esto, estaba empezando a hablarse de los trastornos de alimentación, estaban empezando a ponerse medidas para los trastornos de alimentación, estaba empezando a haber concienciación.

Esther: Que si necesitan hacerlo, que lo hagan. Te ayudan en la medida de lo que pueden e importa lo que tú te dejes [ayudar]. Me gustaría que la gente pensara que no estamos locos. Que no es algo por lo que haya que criticar a la persona o desvalorarla. Una enfermedad mental es como puede ser un cáncer, como puede ser una neumonía, como puede ser una bronquitis. No es algo que tú elijas. No es algo que tú digas: “¡Venga, hoy me voy a levantar anoréxica, ale!”, o “Venga, vale, ¡hoy me voy a levantar esquizofrénica, venga!”. No, es algo que tú no eliges, que realmente te ha surgido por algo malo que has pasado, por algún trauma, por alguna situación mala. No estamos locos, simplemente estamos malitos. Porque ni los locos están tan locos ni los cuerdos tan cuerdos.

Subpaisaje público

20. ¿Qué contacto tenías con el mundo exterior?

Arnau: Sentía que estaba totalmente desconectado del mundo exterior. [...] Yo consideraba que ya quería volver a mi vida, quería estar fuera y quería retomar un poco las riendas de cómo estaba todo, me preocupaba también todo el mundo exterior, todo lo que va pasando y tú estás ahí dentro como si fueses un animal, encerrado. [...] Móvil, no [tenía]. Había tele, que también lo controlaba [un paciente], yo ahí no me metía.

Lola: Yo recuerdo que en una hora de visita vinieron unos tíos míos, pero solo pude verlos a través de unas puertas de cristal. Estaban mis tíos en la sala [previa al pabellón] y eso es lo que los puede ver, yo no fui a ningún sitio.

Esther: Estaba aislada completamente, no tenía contacto con el mundo exterior para nada. Para nada. Ha sido de las peores cosas que me han pasado en la vida, el tener que pasar por esa situación, porque es como que te desconectas del mundo exterior. *Superextraño*.

21. ¿Te daba miedo salir del ingreso?

Esther: Sí, porque yo sentía que cuando saliese del ingreso se iba a desmoronar todo otra vez. Y pasó, pero esto más bien fue una profecía autocumplida, porque si tú estás esperando que vaya a pasar algo, al final va a pasar. Yo decía tanto: “Se va a liar, se va a liar, se va a liar”, pues se lío, porque lo dices tú.

Subpaisaje sanitario

22. ¿Cómo fue el trato y la relación con los psiquiatras?

Arnau: La verdad es que la primera, la Neus, me explicó muy bien lo que me pasaba y lo que tenían que hacer, pero a la vez estaba un poco en contra de algunas cosas que me decía, no me acuerdo muy bien exactamente el qué, pero sí me acuerdo que me contradecía. Sí que me acuerdo que hablé con varios. Había otro que tenía un montón de juguetes de Star Wars por ahí, por la mesa, ese tío también estaba un poco de la olla, para bien, para mi gusto.

Lola: Tuve una doctora que también era muy dura, la recuerdo incluso cruel, diría: la doctora Graell [que entonces era psiquiatra adjunta y es la actual Jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño Jesús y Coordinadora de la UTCA]. Era durísima. [...] Es increíble que siga ahí. A Morandé no lo recuerdo

así, también es verdad que él, al ser de Chile, también tenía su acento y era como todo más dulzón, pero no quiere decir que no estuvieran estas medidas aceptadas, supongo todo esto estaba aprobadísimo y dirigido por él, digo yo. Nunca me trató mal, no me habló nunca como sí recuerdo a Graell, que era muy tajante en sus afirmaciones. [...] El doctor Morandé tenía todos los reconocimientos del mundo, esta señora yo creo que también tenía bastantes reconocimientos.

Esther: [Los psiquiatras] no empiezan por donde tienen que empezar, quieren hacer la casa por el tejado. Hay muchos que se dedican simplemente a mandarte pastillas. [...] Mi experiencia con la psiquiatría en el [Hospital Infantil Universitario] Niño Jesús fue bastante mala, la verdad, porque la psiquiatra que yo tenía no era muy empática. Le pedía un abrazo y me decía que me lo tenía que ganar. Le decías algo y se lo tomaba a mal. [...] Solo hay uno que me ayudó, que me dijo: “No te podemos ayudar más de lo que te hemos intentado ayudar, porque tú eres una niña que está grave”. Me derivaron al centro [privado de día] Adalmed y allí estuve cerca de cuatro años [en seguimiento psiquiátrico]. .

23. ¿Cómo fue el trato y la relación con los psicólogos?

Arnau: [No recuerda].

Lola: Recuerdo a un hombre, que llevaba la terapia en grupo, pero no me acuerdo de su nombre. Tendría que recuperar los informes.

Esther: [No recuerda cómo era durante el ingreso].

24. ¿Cómo fue el trato y la relación con los celadores?

Arnau: [No recuerda].

Lola: [No recuerda].

Esther: Yo me acuerdo cuando empezaba la mañana, que con la manivela de la persiana te despertaba ya el celador, que se llamaba Beni. Era más majete... Me llevaba muy bien con todos [los celadores].

25. ¿Cómo fue el trato y la relación con los enfermeros?

Arnau: Las enfermeras me caían bien. O sea, nos llevábamos bien. Me decían: “Si no quieres hacer el taller, no lo hagas. Quédate tranquilo, haz lo que quieras”.

Lola: Me acuerdo de las enfermeras, que estaban allí, las que nos pesaban, pero no me acuerdo tanto de más gente allí, no.

Esther: Como yo siempre he querido ser enfermera, pues me llevaba genial con ellos. [...] He de decir que las enfermeras de allí [Hospital Infantil Universitario Niño Jesús] me ayudaron mucho. A día de hoy sigo hablando con una enfermera, que es la única que me he llevado del hospital. [...] Había una que casi me mata poniéndome la sonda, a esa no la tragaba yo mucho, era un poco hija de puta. De repente, una mañana me levanto y me dice, “¿Te vamos a tener que poner la sonda hoy o no?”. Le dije: “Es tu trabajo”.

Subpaisaje social

26. ¿Cómo fue el trato y la relación con el resto de los pacientes?

Arnau: Al principio, cuando entré, nadie me dijo nada raro. O sí, pero no le daba más bola o me hacía amigo [suyo]. Nos llevábamos bien con los otros [pacientes]. Había algún viejo que me explicaba algunas locuras, que yo tomaba nota en la libreta, y me escribieron cartas: una carta poema, de estas de aprecio. [...] Me acuerdo que el hombre mayor me dibujó también como unas cúpulas, una historia como de una ciudadela que había, otro mundo. [...] Intercambiaba un reloj por una gorra. [...] Conocí a una chica con anorexia, me dio su champú, me acuerdo. Aún lo tengo. [...] Me acuerdo [de] una señora mayor que estaba atada a la silla. Me dijo: “¡Desátame, desátame!”, ahí, mientras estaba comiendo, y lo hice, para que comiese tranquila. Y ahí se lió: empezó a empujar las bandejas, lo tiró todo por el suelo... Fue culpa mía, pero a la vez la señora estaba contenta. [No me echaron la bronca] porque nadie dijo que la había desatado. Nadie se enteró. [...] Al final empezó a entrar más gente nueva y cada uno con su movida. Se veían cosas... [...] Alguna gitana me decía: “Me gustan estos pantalones, te los voy a robar”. Había una chica marroquí con un Chupa Chups; esa traficaba cosas, pasaba cosas para arriba, para abajo, no sé qué hacía, pero esa tenía unos chanchullos raros.

Lola: Yo no mantengo relación con ninguna de las chicas. En el momento sí, un poco después, pero luego ya no. Éramos cómplices. [...] Yo recuerdo aquello como que decía, “pero ¿por qué nos juntas a todas? No tiene ningún sentido”. Porque los testimonios que dábamos eran tremendos. Te retroalimentabas muchísimo. Una barbaridad. Te ibas contando todo lo que habías hecho, te dabas un montón de ideas, te reforzabas... Cómo vomitar, cómo esconder comida, cómo engañar a tus padres... Había dos partes de la terapia: la parte física, donde nos desnudaban a todas e íbamos pasando por el peso cada día; y luego pasábamos a la parte de terapia, donde nos preguntaban qué tal había sido esa semana. Y allí íbamos contando nuestras trastadas, en terapia en grupo. [...] Yo sinceramente no veía que eso sirviera. En realidad lo que ves es que la gente lo que hace es llamar la atención y maneras nuevas maneras de llamar la atención, incluso admirar a las que hacían cosas que eran tremendas,

que tú no hacías, y tener más balas en la cartuchera que en un día malo de estos que tuvieras, que te sintieras supermal, hacer alguna de estas cosas que te habían contado. No me pareció que a mí me ayudara nada.

Esther: Había retroalimentación y comparación, [porque todas teníamos TCA]. Yo me acuerdo [de] que a veces hablaba con alguna compañera y terminaba peor de lo que estaba cuando había empezado a hablar.

27. ¿Te comparabas con el resto de pacientes?

Arnau: Sí y no, cada uno tenía su movida, está claro.

Lola: Te comparabas mucho. Te mirabas el cuerpo: “Mira esta, cómo tiene la cintura”... No está bien. [...] Luego también pasaba que había chicas que se suicidaban. Yo iba el miércoles siguiente y esa chica ya no estaba ahí.

Esther: Que te ingresen con todas las que están en tu misma situación es que te vas a comparar por cojones. Pero a la vez me hizo normalizarlo.

28. ¿Compartiste habitación? ¿Cómo fue la relación con tu/s compañero/s de cuarto?

Arnau: En la celda estábamos para dormir y poco más. No tuve gran relación con ningún compañero de habitación. La primera noche, al despertar [estaba] con ese tipo que me dijo lo de la persiana, que ya no lo volví a ver más. Luego estuve con otro, así como bajito, redondito, calvo, con ojos saltones. Ese tipo también llevaba con una especie de preocupación interna, te miraba así, como si lo hubieses hecho algo, como si te tuviese miedo. Y luego me pusieron a un africano, de color, que estaba todo el día callado y mirando por la ventana.

Lola: Me metieron en una habitación con un niño de 8 años. Me pusieron con un niño para que mi relación fuera nula. Me acuerdo de hablar con el niño, pero claro, yo tenía 15 años.

Esther: He tenido una relación muy buena, la verdad. La primera que me tocó, Eva, a día de hoy ella es periodista, está muy bien. Hasta se me ponen los pelos de punta, [de pensarlo]. Me acuerdo mucho de ella. De hecho, hablo con ella de vez en cuando. Y me ayudó muchísimo esa chica, pero muchísimo. Luego tengo otra conocida que es de Granada, que vino para ingresar, y me hablo de vez en cuando. Yo con mis compañeras de habitación siempre me he llevado genial.

29. ¿Estabas ingresado con gente de tu misma patología? ¿Eran una influencia positiva o negativa en tu recuperación?

Arnau: No sé si había más bipolares. Estábamos todos en la Unidad de Pacientes Agudos y estábamos todos en la misma, de querer salir de allí o de querer recuperar las riendas de nuestra vida, de nuestra cabeza, o de lo que fuese.

Lola: El niño con el que compartía habitación no tenía la misma enfermedad que yo, estaba por otros motivos.

Esther: Yo sentía que estaba sola, que era rara, que a nadie le pasaba esto, hasta que ya ingresé y dije: “Pero si hay mazo de niñas como yo”. [...] No he mantenido el contacto con prácticamente ninguna porque yo me influencio mucho con el tema de la alimentación. Prefiero mantenerme al margen, para no liarla más. [El contacto cero] estaba impuesto, pero de todas maneras yo lo he decidido mucho después. No nos dejaban darnos el teléfono, no podíamos mantener el contacto, se montaba una... En Santa Margarita nos dejaban tener contacto físico, pero en Santiago no.

Subpaisaje compartido

30. ¿Cómo percibías las salas comunes? (Comedor, sala de juegos, galería, pasillo, etc.)

Arnau: A la hora de comer, en los talleres, en el pasillo, era cuando más estaba con el resto de gente.

Lola: Yo recuerdo las paredes blancas. Y recuerdo una sala grande, que era donde comíamos, con muchas ventanas.

Subpaisaje privado

31. ¿Cómo era tu habitación?

Arnau: [Resopla]. Ventanas de estas de doble cristal, de estos duros e irrompible. No sé si tenía una cama y un baño, o sea, dos camas, una en cada lado, un baño, una pica, una ventana y ya está, y una puerta de estas maciza. Diría que no había cámaras. La ventana no se podía abrir desde dentro, pero diría que la puerta del cuarto sí. Pero quizás no, y la abrían por la mañana. No lo recuerdo.

Lola: [No recuerda].

Esther: En Santiago había cámaras, pero en Santa Marga no.

32. ¿Cómo percibías tu habitación?

Arnau: [Le dejaron llevarse todo:] mi ropa, mis zapatillas, mis coleccionables, mis revistas. [Las primeras semanas] me sentía ahí como en la habitación [de mi casa], la guarida.

Lola: [No recuerda].

Esther: Sentía que era mi habitación.

33. ¿Te sentías a gusto en tu habitación?

Arnau: Sí, hasta un punto que ya dije: “Buah, quiero salir”, y solo estaba tumbado en la cama esperando a que pasaran las horas, los días, y poder salir de ahí. [...] Tenía mi espacio, pero a la vez pues estaba ahí como en una cárcel. Yo me sentía un poco como en una cárcel.

Lola: No, no me sentía a gusto, pero al final recuerdo que intentas sobrevivir, y recuerdo que venía el niño de hacer un taller de estos de sales de colores, que metes en botes de vidrio y haces formitas, y recuerdo que hizo el taller y me lo regaló. [...] Guardé mucho tiempo el pijama. Volví a casa con el pijama azul y lo guardé mucho tiempo. Era algo simbólico para mí. Luego ya en alguna mudanza de mis padres los acabé tirando, pero jolín, vienes de una cosa así y lo suyo sería a lo mejor tengas el instinto de tirarlo, pero yo lo guardé, muchos años.

Esther: Sí, porque las compañeras que me tocaron fueron supermajas, agradables, nos llevábamos superbién. Te dejaban poner cositas. Puse fotos, frases, mensajes, dibujos que coloreaba allí... Pero no me dio ninguna pena dejar la habitación, eso sí que no.

34. ¿Tenías, o sentías que tenías, privacidad?

Arnau: Privacidad... Bueno, estaba allí como en un hostel de habitación compartida.

Lola: [No recuerda].

Esther: En cierto modo sí. Por las noches te dejaban bajar la persiana al máximo. Te cerraban la puerta. Y por la mirilla del baño no miraban gran cosa. No me importaba. Como si querían pasar.

Subpaisaje reconstruido

35. ¿Tenías alguna forma de refugiarte del ingreso? ¿Lo necesitabas?

Arnau: Me acuerdo que la tele la controlaba alguien, la controlaba un señor mayor o alguien que le gustaba tener el mando allí y escoger el canal, incluso hablaba y le gritaba cosas a la tele los concursos. Yo ya no me metía. Yo me quedaba con mis revistas [Desnivel, de montaña y de escalada], con mis libros. [...] Me acuerdo de hacer muchos resúmenes, de pillar revistas y empezar a escribir yo en una libreta todo lo que me interesaba de las revistas o hacerme listas de cosas que tenía que hacer.

Lola: [No recuerda].

Esther: Yo escribía mucho. De hecho, me tenían que dejar tener tres libros porque me tiraba todo el día leyendo o escribiendo. Y coloreando mandalas. Aparte de eso, me evadía durmiendo. Me pegaba unas sobadas...

36. ¿Tienes recuerdos borrosos o lagunas?

Arnau: La verdad es que [hay algún recuerdo que] se me queda un poco lejos y entre [eso y] la intoxicación de pastillas que me dieron me acuerdo poco. [...]

Lola: El ingreso lo recuerdo horrible. Horrible. Dentro de que me cuesta recordarlo. En realidad, toda esta fase de mi vida me cuesta mucho recordarla, tengo que hacer verdaderos esfuerzos, porque la tengo como un poco en nebulosa.

Esther: Casi ni me acuerdo. En el primer ingreso tenía tanta debilidad que se me estaba pudriendo el cerebro, literalmente. Tengo muy pocos recuerdos del primer ingreso, y de los siguientes tengo lagunas de recuerdos de ciertos momentos que me marcaron. [... Había] una celadora que se llamaba Petri. Me da mucha pena porque yo sé que con esa mujer he pasado muy buenos momentos, pero no me acuerdo. No tengo recuerdo de ellos.