

Cuerpos, identidades y transformación psiquiátrica. El caso de pacientes y profesionales en un contexto hospitalario

Maria Jimena Mantilla¹

RESUMO

Cuerpos, identidades y transformación psiquiátrica. El caso de pacientes y profesionales en un contexto hospitalario. El presente artículo analiza el lugar del cuerpo como objeto de prácticas y saberes en una institución psiquiátrica. A partir de una investigación etnográfica que se realizó en un hospital de emergencias psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires, el trabajo describe diferentes prácticas de intervención centradas en el cuerpo de los pacientes psiquiátricos donde se superponen dimensiones coercitivas y terapéuticas como parte de un continuum. Asimismo se analiza también el lugar del cuerpo de los psiquiatras y psicólogos en la construcción de sus identidades profesionales. Los datos arrojan luz sobre la relación entre el cuerpo, la identidad y los procesos institucionales en el campo de la salud mental y contribuyen a los estudios de la sociología y antropología del cuerpo.

Palabras claves: cuerpo; hospital psiquiátrico; pacientes; profesionales

ABSTRACT

Bodies, identities and psychiatric transformation. The case of patients and professionals identities within a hospital career. This article analyzes the body as an object of practices and expertise in a psychiatric institution. Drawing on the data from an ethnographic research in an emergency psychiatric hospital in Buenos Aires city, the paper describes different practices involved in the psychiatric patient body as well as the role of the body in the professional identity construction. Data shed light about the relationship between body, identity and institutional process in mental health field and contribute to the sociology and anthropology of body studies.

Key words: body; psychiatric hospital; patients; professionals

INTRODUCCIÓN

Quien nunca haya estado en un hospital psiquiátrico y realiza su primera visita posiblemente reciba impresiones iniciales contradictorias. Personas sentadas en el pasto, alguno toca la guitarra, otros ríen, conversan. Sobre un árbol caído, una pareja besándose; cercana a ellos, una chica toma sol.

Otra pareja acostada en el césped escucha música: ella se para, quiere bailar rock, él se niega. Un hombre le pregunta a un empleado de limpieza qué hay para comer a la noche. Un ratito después pasan los carritos con la merienda, té con galletitas. A las cinco de la tarde se arma un partido de fútbol. Cerca

¹Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Magister en Investigación en Ciencias Sociales (UBA), Investigadora de CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, docente de posgrado sobre las transformaciones contemporáneas de ciencia, biomedicina y sociedad

de la guardia, el panorama es otro. Personas que caminan lento, expresiones faciales rígidas, la mirada dura, vacía, gritos, llantos, alguien que se acerca a pedir un cigarrillo, otros piden monedas para hablar por teléfono. Una mujer camina, está nerviosa, grita: “no puedo, no puedo”. Lloro, patalea, se revuelca en el piso y dice que quiere ir a trabajar. A su lado pasa otra, saluda a un grupo, se va del hospital con una bolsa de cosas. Algunos tienen vendas en las muñecas, otros en la mano. En la puerta de la sala de internación dos mujeres conversan acerca de dónde va a vivir una de ellas: “si usted se va antes que yo, la voy a extrañar”, “vas a encontrar otras compañeras”, “¿ya sabe cuándo se va?”, “no, ahora sólo me voy a buscar mate”. Una chica llora, hace pucheros, le duele la panza. Una señora la consuela: “te lo tienen que curar y no te pongas nerviosa que te va a doler más”. Un hombre en el teléfono público habla fuerte, ordena que le traigan remeras: blancas, rojas, negras. Para un observador la visita a la guardia se asemeja a una representación teatral -llantos, gritos, violencia, enfermeros que corren y atan a los pacientes- en que los cuerpos se convierten en protagonistas: personas que se mueven rápidamente, nerviosas; otros que están adormecidos, lentos, tirados. La exposición corporal, el ruido, el movimiento, la emotividad, se despliegan en un exceso de reacciones, de sentidos. Pacientes con cortes en las muñecas que reclaman ser internados, otros que llegan a la guardia tras haber sido derivados de otros hospitales donde ingresaron por un “lavado de estómago” consecuencia de una “sobreingesta” de fármacos. En cualquiera de estas manifestaciones el cuerpo es el centro del padecimiento.

El objetivo de este artículo es analizar el lugar del cuerpo como objeto de prácticas y saberes en una institución psiquiátrica. A partir de una investigación etnográfica que se realizó en un hospital de emergencias psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires, el trabajo describe diferentes prácticas de intervención centradas en el cuerpo de los pacientes psiquiátricos donde se superponen dimensiones coercitivas y terapéuticas como parte de un continuum. Asimismo se analiza también el lugar del cuerpo de los psiquiatras y psicólogos en la construcción de sus identidades profesionales.

Los datos arrojan luz sobre la relación entre el cuerpo, la identidad y los procesos institucionales en el campo de la salud mental y contribuyen a los estudios de la sociología y antropología del cuerpo. Dentro de estas vertientes interesa destacar los trabajos que abordan las experiencias de dolor, sufrimiento y transformación corporal en enfermedades crónicas (ALONSO, 2009; ALVES ET AL., 1999; BURY, 1982; CHARMAZ, 1984; GOOD, 1994; GRIMBERG, 2003; KLEINMAN, 1988; PIERRET, 2000; PECHENY ET AL., 2002; STRAUSS, 1986) Por otro lado, en el área de la sociología de la salud mental, otros estudios analizan la relación entre cuerpo y padecimiento, a partir del caso de las automutilaciones, pequeños corte en el cuerpo que se infringen algunos pacientes. Estos estudios cuestionan la interpretación de estos comportamientos como síntomas de una patología mental (BRICKMAN, 2004; ADLER Y ADLER, 2007; MANTILLA, 2011).

NOTAS METODOLÓGICAS

El trabajo de campo que dio pie a este artículo forma parte de una investigación cualitativa que describe los saberes y prácticas de los profesionales psiquiatras y psicólogos de un hospital de emergencias

psiquiátricas de la ciudad de Buenos Aires. Siguiendo un abordaje etnográfico, entre el 2005 y el 2007 realicé entrevistas a psiquiatras y psicólogos de planta, residentes y pacientes. Además presencié discusiones de equipo, ateneos sobre casos clínicos y efectué observaciones en la guardia del hospital, la sala de espera, las salas de internación, el parque y en un grupo terapéutico para pacientes externados. El material fue documentado mediante notas de campo y grabaciones en el caso de las entrevistas.

El hospital donde desarrollé el trabajo de campo se ubica en la parte central de la ciudad de Buenos Aires. Atiende a una población femenina y masculina adolescente y adulta (de 14 a 59 años), provenientes de sectores económicos medios-bajos y bajos y recibe pacientes de diversas zonas, incluso de otras provincias. Los pacientes llegan por consulta espontánea, por derivación de otros efectores, por interconsultas y por derivación judicial. Las modalidades de atención son las siguientes: guardia externa; salas de internación: mujeres, hombres y adolescentes; consultorios externos; hospital de día; psicodiagnóstico; neurología; violencia familiar y centro de ansiedad y estrés postraumático. Trabajan profesionales de las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, medicina clínica, enfermería y musicoterapia.

El tratamiento que recibe un paciente en cualquiera de los servicios consiste en la atención de un “equipo tratante” conformado por un psiquiatra y un psicólogo y en menor medida un trabajador social y/o un terapeuta ocupacional. En todos los servicios los profesionales siguen a diario determinadas rutinas: entrevistas a pacientes, escribir la historia clínica, reuniones de equipo, supervisiones, cursos de formación, llamados telefónicos a otras instituciones, gestión de muestras de medicación con los visitadores médicos y entrevistas con familiares, son las principales actividades. El contacto con los pacientes forma parte sólo de algunos momentos de un día hospitalario. Durante la internación los profesionales entrevistan a los pacientes un par de veces a la semana, a lo sumo una vez por día. En tratamiento ambulatorio y en hospital de día la frecuencia es semanal o quincenal.

El contacto con los pacientes varía también según se trate de profesionales de residencia o de planta. Los de planta cumplen un horario restringido,² en consultorios externos trabajan en dos turnos: mañana (de ocho a doce) o tarde (de una a cinco), un grupo de profesionales en cada turno. En las salas de internación sólo trabajan a la mañana (de ocho a doce, por lo general), y en el hospital de día el funcionamiento es por turnos al igual que en consultorios externos. Esta modalidad de medio turno les permite combinar el trabajo asistencial en el hospital con la práctica privada. Por ello, la mayoría de los

² Los profesionales de planta son profesionales del plantel estable que han accedido a sus cargos mediante un concurso que los habilita a formar parte del sistema hospitalario en forma definitiva (la mayoría de los casos). La residencia es un postgrado de capacitación en servicio. El hospital es sede de la residencia de “psicopatología y salud mental” formada por médicos y psicólogos y de la residencia de “servicio social en salud”, formada por trabajadores sociales. Ambas residencias desarrollan actividades de formación en común y atienden pacientes también en forma conjunta.

profesionales de planta posee ocupaciones laborales simultáneas. Los residentes, por su parte, cumplen un horario de jornada completa ocho a diecisiete, a lo que se suman las guardias. Durante las mismas los residentes están a cargo de los pacientes de las tres salas de internación.

Las diferencias entre profesionales de planta y residencia se expresan más allá del tiempo que pasan en la institución. Los residentes se encuentran en proceso de afirmación de los saberes que portan y que los constituyen como profesionales. En este punto, la mirada clínica se sustenta más en los marcos teóricos-referenciales que en la experiencia profesional. Tal como explica Bonet (2004), la biomedicina se presenta como una de las múltiples posibilidades para tratar un problema general de nuestra cultura: la relación entre las dimensiones cognitivas y emotivas. Sin duda, dicha tensión se observa con mayor facilidad en las vivencias y prácticas de los residentes que en los profesionales de planta. Así lo expresaba una residente médica mientras íbamos caminando al hospital:

A mí el hospital me re-descompensó, ahora por ejemplo que estamos volviendo para el hospital me volvieron las náuseas, el compromiso subjetivo es muy alto, a diferencia de otras especialidades, en ésta se genera una dependencia del paciente, eso es muy fuerte. (*Nota de campo*)

A continuación exploro las formas en que el cuerpo es objeto de prácticas y saberes en la construcción de la identidad de los pacientes psiquiátricos y de los psiquiatras y psicólogos. El análisis pone de manifiesto cómo las emociones *están* en el cuerpo y los modos en que la gestión emocional es una dimensión significativa en la construcción identitaria de pacientes y profesionales.

EL CUERPO DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Y cuando se sabe, como numerosas experiencias psicológica han mostrado, que las gentes se adhieren tanto más firmemente a una institución cuanto más severos y dolorosos sean los ritos iniciáticos que esa institución les impone, se comprende fácilmente la utilización que los ritos de iniciación hacen, en todas las sociedades, del sufrimiento que se infringe al cuerpo³.

El cuerpo se constituye en la sede del ejercicio de poder y control de los discursos y prácticas “psi”. El primer tratamiento que reciben los pacientes al entrar a la internación es básicamente corporal. Foucault (1999) señala que el cuerpo es la primera inscripción de los dispositivos de poder. Calveiro (2005) siguiendo una perspectiva foucaultiana en su análisis sobre las relaciones de poder en la familia lo explica en estos términos:

El cuerpo se marca desde la infancia y las distintas formas de violencia se siguen inscribiendo en él. La marca es fundamental porque queda en el cuerpo y en el recuerdo, es el reactivador, el disparador del miedo (CALVEIRO, 2005:76).

Dichas marcas, tal como lo muestra Goffman (1984), constituyen formas de construir una identidad psiquiátrica en tanto sus efectos moldean ciertos procesos del yo que resignifican y modifican la identidad anterior. Los cuerpos de los pacientes psiquiátricos se marcan desde su ingreso a la

3BOURDIEU, P. (2001). *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.

institución. La institución se produce a través de prácticas corporales que, en contextos de interacción, reconfiguran elementos coercitivos en terapéuticos, como las llamadas “contenciones físicas” y las diversas modalidades de gestión de la medicación. La relación entre control social y control corporal abordada por Mary Douglas (1978) se revela en forma dramática en las prácticas “psi”. A continuación nos detendremos en la descripción de dichas formas institucionales en la que el cuerpo de los pacientes se convierte en objeto central de los procesos de transformación identitaria.

LAS CONTENCIONES FÍSICAS

Las contenciones físicas (es decir las ataduras a la cama por las extremidades que se les aplica a los pacientes cuando están “descontrolados” bajo una excitación psicomotriz), la modificación de hábitos de vestimenta y cuidado personal y el encierro son sólo algunas de las instancias donde el cuerpo es marcado. Las dimensiones de control y terapéutica no son necesariamente dimensiones separadas de las intervenciones, como señalan Bialakowsky et al. (2000: 240):

Así orden, control y herramientas terapéuticas se confunden y se enuncian actos de violencia como medidas terapéuticas (furca, funda, medicación excesiva, agresiones físicas, electroshock, contención mecánica); todo un proceso mediado de autolegitimación por medio de la negación de la violencia.

Las contenciones físicas forman parte de las negociaciones entre profesionales y pacientes, es decir no se trata únicamente de intervenciones realizadas en contextos de ejercicio de la autoridad institucional sino que en múltiples ocasiones son parte de una estrategia negociada entre pacientes y profesionales:

Y después a un paciente que por ahí está muy angustiado, le pregunto y le digo “bueno, en este momento que te sentís tan mal, bueno te vamos a dar la medicación para que estés tranquilo” y ahí le pregunto: “además querés que hasta que te haga efecto la medicación que te hagamos...” Siempre les digo lo mismo... “una contención tranquilita de miembros superiores -siempre lo digo así- algo tranquilo, no es que vas a estar así muy amarrado sino por lo menos para quedarte tranquilo vos también hasta que te haga efecto la medicación”. Algunos te dicen que sí y otros te dicen que no, “no, voy a andar bien”. Si están muy angustiados mal, viste, de última si no quiere la contención le doy una buena medicación.

(Entrevista a psiquiatra residente)

El ejemplo expresa una forma no violenta de indicar una contención física, la asociación con la posibilidad de recuperar una tranquilidad perdida mitiga la significación coercitiva o violenta de esta medida. El efecto reiterado de esta asociación entre contención física y tranquilidad es la incorporación activa de esta medida por parte de los pacientes, que luego solicitan las contenciones como forma de pacificarse.

Otra utilización de la contención física es la prevención de una autoagresión. Los pacientes quieren lastimarse y aunque no se pongan en peligro obligan a la institución a tomar parte en el asunto:

Una piba que venía que se corta, que no tiene mucho para hablar, se cortó o “tengo ganas de cortarme”. No habla de nada. En la guardia anterior a la que yo había estado, había llamado que se quería cortar y la contuvieron. Hasta que a las dos, tres horas la ven: “Ya estoy más

tranquila, ya se me pasaron las ganas, ya fue”. La descontuvieron y se vuelve a cortar. Y después reconoció que había dicho que estaba tranquila para cortarse.

P: Pero, ¿con qué se corta, con qué se cortó?

R: No sé, con una cucharita de plástico, la rompió. No pone en riesgo su vida, pero es el hecho que se está cortando. (...) Lo que pasa es que hay que pararla. Y ahí en esa guardia la contuvieron todo el día hasta la noche para que se calme. Al día siguiente me pasa esto. Me llaman de vuelta que se quería cortar, yo la llamo, la veo, la evalúo y la contengo. Y también a las dos, tres horas la voy a ver y le dije: “¿Cómo estás?” “Más tranquila” “Bueno, mirá, Claudia, yo sé lo que pasó en la guardia de ayer así que vamos a seguir un rato más contenida”. Vuelvo al rato y me dice: “No, no, pero ya estoy”. Le digo “¿cómo hago para confiar en vos si ayer dijiste lo mismo, te descontuvieron y te cortaste de vuelta?” “Ella me dijo: No, no lo voy a hacer”: Entonces le digo: “Vamos a hacer una cosa. Nosotros, como ves, estamos en contacto todos los médicos que hacemos guardia. Si vos hoy volvéis a hacer esto, yo lo voy a pasar a guardia y entonces cada vez que te cortes vas a estar contenida hasta el otro día”. Porque si yo la descontenía, si sé que el día anterior hizo eso. Porque la cosa es un cortecito, no sé, pero si después se corta con otra cosa, se lastima de otra manera. (*Entrevista a psiquiatra residente*)

Las interacciones entre los pacientes y los profesionales definen los contornos del uso de las contenciones y la construcción de su significado. Los cortes, así sean insignificantes, ponen en estado de alerta a los profesionales, porque implican un posible riesgo a futuro. Su lugar institucional, como responsables de la salud de los pacientes, los obliga a intervenir en esos casos, más allá de la existencia de un riesgo real.

Un tercer uso de las contenciones físicas se produce en situaciones de peleas entre pacientes, como forma de poner un límite:

Las únicas contenciones violentas que tuve que hacer fueron dos excitaciones psicomotrices, una de este pibe que te dije, Omar, que se habían fajado con otro pibe y el pibe éste era muy pendenciero. Estaba provocando todo el día, todo el día. Y había provocado a uno, provocado a otro... en el parque ya se habían agarrado a trompadas con otro pibe. Cuando yo llego ya los habían separado, estaba uno por un lado y otro por el otro. Entonces yo le quería dar una medicación intramuscular y empezó “no, no, intramuscular no, que ya estoy tranquilo, que no sé qué sé yo”... Ese fue mi error, yo ahí transé...

P: ¿A ellos les duele más la intramuscular?

R: Sí, y duele el pinchazo y después cuando te dan la medicación.

P: ¿Y es cómo más fuerte el efecto de eso?

R: Y es como más rápida la vía, la intramuscular empieza a hacer un efecto como mucho más rápido.

P: Por eso no la quieren.

R: Y no la quieren por el pinchazo en sí, me parece a mí, no porque le haga efecto más rápido. Cuando la usás es por eso, porque vos querés que te haga un efecto rápido, alguien que está muy angustiado o muy mal o excitado, en la excitación se usa... Se habían peleado pero ya estaban tranquilos cuando yo llego, con dos policías al lado, los habían separado.

Entonces le digo, “bueno, un sublingual”, un sublingual que también es un poquito más rápido que la vía oral. Bueno, el pibe después llegamos, qué sé yo, lo entrevisto en la cama porque estaba muy agresivo para llevármelo al consultorio, bajó, porque quería hablar por teléfono, me dijo que tenía monedas, lo acompañamos con los dos policías y yo lo acompañé y el otro pibe estaba en su cama ya, con el que se había peleado. Cuando volvemos de hablar por teléfono, venía con los dos policías atrás, venía caminando y se le tiró encima y le empezó a pegar de espaldas, fue tremendo, eso fue muy violento. Porque la verdad ahí llamamos a la guardia, al final vinieron tres policías más y eran cinco policías que los estaban separando a los dos, se estaban matando y al final yo llamé más porque no alcanzaban los policías, vinieron como cinco más después vino un patrullero, fue tremendo...

P: ¿Por dos?

R: Sí, bueno dos pero estaban hechos pelota. Estaban muy, muy agresivos, es decir, no paraban, no paraban ¿viste?, patadas, piñas, era imposible separarlos y para contenerlos bien así necesitás cuatro personas por lo menos, una para cada miembro. Y este pibe estaba “llamen a mi médica, llamen a mi mamá”, a mí ya me importaba tres carajos, ya estaba contenido, ahí le di medicación intramuscular, a la media hora le di de vuelta porque seguía gritando como un marrano, es decir, estaba contenido y seguía gritando “nooo, nooo” y no sé qué y bueno, a la media hora le di de vuelta y los enfermeros después me apuraban de vuelta y yo les dije “no, que es cada media hora” y lo iba a ir viendo viste, así que, los enfermeros ya le querían dar a los quince minutos ya después y les dije que no...

P: Claro, porque ellos estaban ahí con los gritos.

R: Y claro, y sí y bueno yo dije acá hay que esperar una media hora, de última si no bajó... y ya había bajado. Pero ahí le di. Pero ves, qué sé yo, ahí como que transé, ahí es como que aposté al principio cuando él me dijo “estoy tranquilo” y a partir de ahí dije con este tipo no hay que hacer más excepciones. Viste, a un tipo que se acaba de pelear no tengo por qué acompañarlo a hablar por teléfono, yo de buena onda fui con los policías, solo no iba a ir; con los dos policías al lado fuimos. Pero los policías también ven que cuando vuelven y se le tira encima al otro ya lo podrían haber separado pero es como que medio, no sé, mantienen cierta distancia a veces. (*Entrevista a psiquiatra residente*)

La larga cita precedente expresa una escalada de violencia en la que intervienen pacientes, policías, enfermeros y psiquiatras. A partir del fragmento de la entrevista es posible captar la gestión práctica e interaccional de las intervenciones que recaen sobre el cuerpo. El rol de los enfermeros, la actitud del paciente, los policías y las interpretaciones de estos datos que hace el psiquiatra, construyen la lógica institucional en la que se delinearán las formas de gestión corporal.

USOS Y PRESCRIPCIONES INSTITUCIONALES DE LA MEDICACIÓN

La prescripción de psicofármacos de forma masiva caracteriza la internación en guardia. En los pasillos circula el comentario: “los pacientes están planchados”, “en la guardia los sobremedican”. A veces la crítica apunta también a las salas, como lo revela la siguiente nota de campo producto de una conversación que mantuve con los residentes durante un almuerzo hospitalario:

Lucas (trabajador social residente) cuenta sobre una paciente que está internada en la sala de mujeres hace ocho meses, dice que la tienen igual a cuando una paciente sale de la guardia a

la sala, “así como está no puede ver a la hija”. “No la pueden planchar así”. “Aparte hay cosas que son de su forma de ser, no van a cambiar por la medicación”, agrega Jorge (psiquiatra residente) (*Nota de campo*).

Esas críticas apuntan al uso *masivo* de la medicación. Los pacientes, al entrar a la guardia, comienzan a recibir un plan de medicación aun sin tener una evaluación diagnóstica. Prevalece la intención por mantener cierto orden institucional en el que es necesario controlar las manifestaciones emocionales de los pacientes como actitud preventiva de un desborde.

Esta forma de medicar se sustenta en una orientación disciplinaria, cuyo valor reside en producir un cuerpo dócil (Foucault 1999) frente a la autoridad médica e institucional. No existe la posibilidad de que un paciente no tome medicación. En caso de negarse se le suministra de manera compulsiva: dos enfermeros lo atan y se administra el fármaco por vía intramuscular. El principal argumento que sostiene estas prácticas es el beneficio del paciente: “está alterado”, “hay que bajarlo”, “se puede lastimar”, “molesta a otros pacientes”. Sin embargo, normalmente, al ingresar a la internación –a menos que estén anhelando que eso ocurra- los pacientes están alterados y nerviosos. El uso de la medicación en la guardia hace visible la tensión entre los fines disciplinares y los fines terapéuticos que enmarcan la experiencia de la internación.

Otro uso de la medicación se da cuando se han probado diversos fármacos y sin embargo el paciente no mejora: se trata de un *uso experimental* de la medicación. Así lo muestra la siguiente nota de campo acerca de una conversación que mantuve con un psiquiatra residente:

Rodrigo venía hablando de la sala de adolescencia, del lío que era, y que por eso no la iba a elegir como lugar de rotación. A cuenta de ello pone el ejemplo de un paciente: Alexis, le digo que lo conozco, que fue mi paciente cuando era residente. Me dice que desde que está internado está cada vez peor, que están haciendo un desastre con la medicación. Cuenta que le están dando una medicación que es de depósito y como tal tarda mucho tiempo en hacer efecto, pero se la están dando todos los días, por eso el paciente estuvo catatónico. Él se negó a darle esa medicación. Que Alexis todo el tiempo dice que quiere hablar y va a buscar a los residentes. Delante del padre se queda callado y que para él el padre no le hace bien. Aparte es medio perverso, me dice. El otro día me pedía que le de a Ale una intramuscular, y yo le expliqué que se dan sólo en algunos casos. (*Nota de campo*)

Estas formas de *uso de la medicación* muestran el lugar no sólo de los psiquiatras en la gestión del fármaco, sino también de los familiares que, confiados en una perspectiva farmacológica del tratamiento, buscan activamente el aumento de las dosis.

La lógica institucional impulsa también un uso *preventivo* de la medicación con la intención de evitar males peores, como podría ser el suicidio. Un ejemplo de ello fue el caso de Josefina. Estábamos una tarde en casa con Salvador y Luciana, dos pacientes del hospital que en ese momento hacían tratamiento ambulatorio grupal. Se había suicidado una compañera del grupo y el médico responsable del tratamiento les había subido la dosis de la medicación a todos. Se quejaban de eso y de que además

les había contado lo ocurrido de la peor manera posible: “Nos subió a todos la medicación. Ignacio fue bruto, no tendría que haberlo dicho así, de golpe, ni siquiera nos contuvo, yo ahora no sé cómo decirles a mis padres, tengo miedo que se vayan a preocupar, que piensen que me subió la medicación porque estoy mal” (*Nota de campo*).

Bajo el paraguas de la prevención se encuentran también las indicaciones de refuerzo, es decir, la medicación que se da en las noches cuando los pacientes internados no están dormidos en el horario preestablecido institucionalmente. Así lo explica una enfermera a una paciente recién internada:

Vino la enfermera, se acercó y dijo: “la voy a medicar”, con tono decidido: ella respondió: “qué suerte”. “¿Qué es?” preguntó y la enfermera respondió que no le podía decir qué era, que le pregunte al médico. “No pregunto por desconfiada, sino porque no sé qué es, nada más”. La enfermera no respondió y agregó: “si no se puede dormir a las doce menos cuarto vengo con refuerzo, antes no, pero cualquier cosa me golpea la ventana”. (*Nota de campo en la guardia*)

Otro uso es el *pragmático*, guiado por fines inmediatos como mantener a un paciente tranquilo por comodidad del personal. La siguiente nota de campo refleja cómo los profesionales pueden tentarse con este tipo de opciones:

Un psiquiatra me contaba sus sensaciones respecto a una paciente que lo molesta de forma constante, le pide que la abrace, lo busca incansablemente cuando él está de guardia: “Yo, con lo demandante que estaba el otro día, pensé ‘no la puedo planchar por esto, no la voy a medicar sin razón’, aunque en la guardia el día anterior la habían planchado y la paciente no jodió más”. (*Nota de campo*)

El horario para dormir está pautado para las 21 horas. Si esto no ocurre, a las doce de la noche se indica una dosis de refuerzo a los pacientes que lo necesiten. La invitación al refuerzo constituye uno de los primeros eslabones en una trayectoria que concluye con un “tipo de paciente” que busca activamente la salida a sus problemas a través de la medicación. Algunos intentos de suicidio se practican con medicación psiquiátrica. Los pacientes guardan medicación que les sobra durante un tiempo y un día realizan una sobreingesta. A veces esto ocurre durante los permisos de salida que se dan durante la internación. La toma obligatoria, las altas dosis, la posibilidad de solicitar refuerzos, constituyen estrategias institucionales mediante las cuales los pacientes interiorizan el uso de la medicación. Se generan cuerpos que responden al estímulo del fármaco a la vez que éste se convierte en parte de la vida cotidiana. Es necesario para regular, gestionar y modificar las emociones, expresar desacuerdos, manipular a otros, tranquilizar los ánimos.

En este sentido, es frecuente encontrar como parte de las expresiones de sufrimiento cotidianas en el hospital, pacientes con cortes en las muñecas que reclaman ser internados, otros que llegan a la guardia tras haber sido derivados de otros hospitales donde ingresaron por un “lavado de estómago” consecuencia de una sobreingesta de fármacos. En cualquiera de estas manifestaciones el cuerpo es el centro del padecimiento. Cuerpos que se marcan pero no siempre de forma severa, en general se trata de pequeños cortes justificados por los pacientes como “la única forma de parar los dolores del

alma”. Las contenciones físicas y el suministro de psicofármacos en sus usos disciplinarios localizan al cuerpo en un espacio institucional definido, lo posicionan en el centro de la experiencia de ser paciente psiquiátrico. Las repetidas exposiciones a las prácticas corporales que plagan las trayectorias institucionales de los pacientes psiquiátricos transforman sus propias experiencias con el cuerpo. En consecuencia, se apropian y resignifican la gestión de sus cuerpos a través de autoinfligirse cortes, realizar sobreingestas de medicación sin riesgo de muerte y demandar contenciones físicas. En este marco los cortes no son necesariamente prácticas impulsivas efectuadas en contextos de desesperación o con fines escénicos, sino que también son prácticas de alivio, regulación y expresión de las emociones (MANTILLA, 2009;2011).

EL CUERPO DE LOS PROFESIONALES

La transformación corporal no es patrimonio exclusivo de los pacientes, los profesionales a partir de la socialización institucional también transforman sus actitudes corporales y es a través del manejo de éstas que regulan la expresión de sus emociones. El cuerpo como objeto de prácticas específicas, remite a la adquisición de técnicas desarrolladas por Mauss (1971). Los trabajos de Bonet (2004) y Menezes (2001, 2004) entre otros, analizan el proceso de construcción identitaria de los profesionales de la salud en diversos contextos y describen cómo las gestiones de las emociones son aspectos claves en dicho proceso. Menezes (2001) señala que el primado de lo relacional en el marco de la atención de la salud puede conducir a la emergencia de las emociones en los propios profesionales y en consecuencia se activan estrategias de silenciamiento o control emocional. Por su parte, Bonet (2004) observa el aprendizaje de la práctica médica y cómo los residentes a través de la incorporación del habitus profesional delimitan sus subjetividades. Plantea que en ese proceso de aprendizaje los residentes experimentan una tensión estructurante, tensión entre el saber y el sentir que se arraiga en la creencia que el sentir perturba la intervención profesional.

En el caso de los profesionales que formaron parte de la investigación, el control de sus emociones, es uno de los aspectos sobre los cuáles intervienen a diario. Las actitudes afectuosas con los pacientes, son en general no muy apreciadas, un ejemplo de ello es el término de “palmoterapia” utilizado para describir, en un tono despectivo, las actitudes de aquellos profesionales que se muestran conmovidos con los pacientes. “Palmoterapia” refiere a la terapia del consuelo afectuoso, la que no es considerada como una intervención apropiada para un terapeuta. No se trata de hacer amistad con los pacientes ni de consolarlos en sus padecimientos sino de analizar su “posición subjetiva” o tratar su “desorden bioquímico”. La perspectiva teórica con la cual se acercan al encuentro clínico marca la diferencia entre una escucha profesional y el lugar de sostén y acompañamiento que

podría ocupar cualquier otra persona. La reconversión del relato de los pacientes a una perspectiva conceptual colabora con el proceso de construcción de una distancia emotiva que les permite transitar la práctica clínica, aunque no por ello obtura el proceso emocional de forma total.

Dudas y controversias se suscitan si un paciente les pide que lo acompañen a un lugar determinado,

o que lo visiten mientras está internado en otro hospital. Todo aquello que se aleje de su propia construcción identitaria en tanto terapeutas, se constituye en un problema a resolver por la vía de la reconversión de esa actividad, es decir a través de resignificar el sentido de ir a visitar al paciente o acompañarlo como aspectos claves de un proceso terapéutico. La sustracción del cuerpo afectivo, comunicativo, flexible, da lugar a un cuerpo escaso en emociones, contemplativo y ausente, mantenido más como un ideal de la práctica clínica que como un logro cotidiano. Es notable el trabajo persistente e intencionado que realizan sobre sus “si mismos” en tanto terapeutas. Psiquiatras y psicoanalistas componen un personaje ante los pacientes (los psicoanalistas lo llaman “el semblante” lo que da cuenta de esta apariencia trabajada). Se expresa en una determinada postura corporal, la voz, la mirada, el tono, los usos del silencio, el consuelo, la actitud paternalista, la actitud de par, entre otros roles que asumen como parte de la escena terapéutica.

Los psicoanalistas intervienen con la modulación de la voz: tonos de enojo para cuando se pretende demostrar preocupación, tono risueño para desdramatizar alguna situación, entre otras. La voz, la forma de usarla y el tono de las palabras conforman una auténtica estrategia de intervención, un intento de producir un tipo específico de reacción en el paciente. En el caso de los psiquiatras es observable el trabajo que realizan para construir una imagen de impavidez, casi inmovible frente a los relatos de sufrimiento y desequilibrio de los pacientes. Una actitud calma, amable pero severa que invita a la confianza pero no a la amistad.

Los profesionales psi componen un personaje ante los pacientes donde el trabajo sobre sus propias emociones cobra importancia. Se traduce en una determinada postura corporal, una *hexis* corporal (Bourdieu 1999), que se expresa en los vínculos con los pacientes, una reconfiguración de ciertos tonos emotivos en virtud de convertirlos en instrumentos de intervención. Por ello, cuando son convocados a ejercer otros roles por fuera de los guiones corporales, experimentan cierta incomodidad. Un ejemplo de ello, fue el campeonato de tejo con pacientes internados organizado por psiquiatras y psicólogos, residentes de primer año, quienes, en virtud de otorgarle un sentido terapéutico a la actividad decidieron supervisar con un psicoanalista con experiencia en trabajo grupal. Acompañé a los residentes en todo el proceso, tanto las supervisiones como las tardes de tejo. Una cuestión que pude observar eran las dificultades, en particular de los psicólogos (todos con formación psicoanalítica lacaniana), por acercarse a los pacientes desde un lugar distinto al habitual. La situación del juego los convocaba a asumir un rol de paridad con los pacientes y a su vez, les exigía cierta espontaneidad, cercanía corporal, y sobre todo compromiso emocional traducido en un entusiasmo que facilitará un clima festivo en esos encuentros. Estas actitudes, necesarias para el desarrollo efectivo de la tarea, atentaban contra el modo de construcción identitaria que los profesionales empezaban a desarrollar en éstos, sus primeros años de ejercicio profesional. Parte de las supervisiones consistían en escuchar esas incomodidades, darles un cauce distinto y lograr que asuman los nuevos roles que debían cumplir en el juego del tejo. En suma,

estos procesos de aprendizaje e incorporación de las identidades profesionales, posicionan a la regulación emocional y el borramiento del cuerpo, como dimensiones claves para el ejercicio de un adecuado rol profesional.

NOTAS FINALES

A partir de considerar el cuerpo como *hecho social* es decir, reconocer su condicionamiento sociocultural, me propuse analizar el lugar del cuerpo como objeto de prácticas y saberes en una institución psiquiátrica. La construcción de la identidad de los pacientes psiquiátricos se produce a través de procesos de transformación corporal. El primer tratamiento que reciben los pacientes es básicamente corporal, las contenciones físicas y la gestión de la medicación, son algunas de las estrategias predominantes. Por otro lado, los profesionales, en aras de construir sus propios roles identitarios, son también convocados a una transformación corporal. El control de las emociones y la búsqueda de una apariencia de neutralidad emotiva constituyen algunos de los modos mediante los cuales los profesionales realizan cambios en sus actitudes corporales.

Los profesionales en su carácter de representantes de la racionalidad, refuerzan a través de sus cuerpos la oposición moderna entre razón y emoción, contraponiéndose a cualquier manifestación emocional propia. Por el contrario, los pacientes se distinguen por expresiones emocionales intensas a las que los profesionales buscan regular a través de prácticas corporales específicas. En cualquier caso, la gestión emocional y corporal es una dimensión significativa en la construcción identitaria de pacientes y profesionales.

REFERENCIAS

- ADLER Patricia y ADLER Peter (2007) The Demedicalization of Self- Injury: From Psychopathology to Sociological Deviance, **Journal of Contemporary Ethnography**, 36 (5) 537-570
- ALVES, P., RABELO, M., SOUZA, I. (1999) **Experiencia de Doença e Narrativa**. Río de Janeiro: Fiocruz.
- ALONSO, J P (2009) El cuerpo hipervigilado: incertidumbre y corporalidad en la experiencia de la enfermedad em Cuidados Paliativos. **Cuadernos de Antropología Social**. 29: 103-120
- BONET, O. (2004). **Saber e Sentir: uma etnografia de aprendizagem da biomedicina**. Río de Janeiro: Fiocruz.
- BURY, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**. 4. 2, 167-182.
- BRICKMAN, Bárbara (2004) “‘Delicate’ Cutters: Gendered Self-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse” **Body & Society**, 10 (4): 87–111.
- BOURDIEU, P. (2001). **¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos**. Madrid: Akal.

- BIALAKOWSKY, A., FRANCO, D., PATROUILLAU, M., BARDI, N., LUSNICH, C., ZELASCHI, C. y GRIMA, J. (2006). "Uma sociologia do trabalho contrastada". **Tempo Social**, 18 (1): 241-263.
- CALVEIRO, P. (2005). **Familia y poder**. Buenos Aires: Libros de la Araucaria.
- CHARMAZ, K. (1984) Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronic ill. **Sociology of Health & Illness**. 5, 2, 169-195.
- DOUGLAS, M. (1978). **Símbolos Naturales. Exploraciones en cosmología**. España: Alianza.
- FOUCAULT, M. (1999). **Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión**. México: Siglo XXI.
- GOFFMAN, E. (1984). **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOOD, B. (1994) **Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRIMBERG, M. (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. **Cuadernos de Antropología Social**. 17, 79-100.
- KLEINMAN, A. (1988) **The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition**. New York: Basic Books.
- MANTILLA, M. (2009) Mantilla M. J Cuerpo y relaciones terapéuticas: una reflexión antropológica sobre la noción de trastorno límite. **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, 2009; 8(23): 292-342.
- MANTILLA, M. (2011) Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas. **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**. 6 (3), 20-32.
- MAUSS, M. (1971) **Sociología y antropología**. Madrid: Tecnos.
- MENEZES, R. A. (2001) Etnografía do ensino médico em um CTI. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, S.P., Brasil, (5) 9, 117-130
- MENEZES, R. A. (2004) **Em busca da boa morte. Antropologia dos Cuidados Paliativos** Rio de Janeiro: Garamond/ Fiocruz.
- PECHENY M.; MANZELLI, H.; JONES, D. (2002) Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización. Buenos Aires: CEDES/Serie Seminario de Salud y Política Pública.
- PIERRET, J. (2000) Everyday life with AIDS/HIV: surveys in the social sciences. **Social Science & Medicine**. 50, 1589-1598.
- STRAUSS (1986) Chronic Illness. En Conrad, P., Kern, R. (eds.) **The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives** (pp. 92-99). Nueva York: St. Martin's Press.