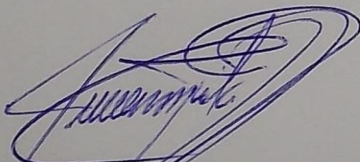


Quito, 23 de Noviembre del 2016

En mi calidad de Director de la disertación de la estudiante **Pamela Viviana Álava Bastidas**, titulada: “ **Construcción de la subjetividad del paciente psiquiátrico a través del cuerpo y la emoción en el hospital psiquiátrico Sagrado Corazón-Parcayacu**”, certifico que el presente trabajo reúne todos los requisitos reglamentarios y de estilo, de acuerdo a las normas impuestas por la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y por la Facultad de Ciencias Humanas.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alexander Amezcua O. Mtr.', written in a cursive style.

Alexander Amezcua O. Mtr.

Director

PARA GRADOS ACADÉMICOS DE LICENCIADOS (TERCER NIVEL)

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

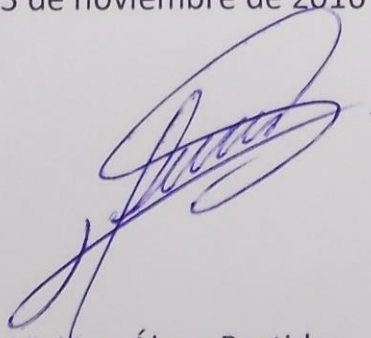
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, ÁLAVA BASTIDAS PAMELA VIVIANA, C.I. 1720045770 autora del trabajo de graduación intitulado: “CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO A TRAVÉS DEL CUERPO Y LA EMOCIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN-PARCAYACU”, previa a la obtención del grado académico de ANTROPÓLOGA CON MENCIÓN EN ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL en la Facultad de Ciencias Humanas:

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 23 de noviembre de 2016



Pamela Viviana Álava Bastidas
C.I. 1720045770

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ANTROPOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE ANTROPÓLOGA CON MENCIÓN EN ANTROPOLOGÍA
SOCIOCULTURAL**

**“CONSTRUCCIÓN DE LA SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE
PSIQUIÁTRICO A TRAVÉS DEL CUERPO Y LA EMOCIÓN
EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN-
PARCAYACU”**

PAMELA VIVIANA ÁLAVA BASTIDAS

DIRECTOR: MTR. ALEXANDER AMEZQUITA

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Yolanda, mi madre, por las palabras, la paciencia, la infinita entrega y sus desvelos. A mi hermano Diego por estar presente a pesar de la distancia. A mi hermano Daniel por la confianza, el apoyo y la complicidad.

Agradezco a Alexander Amezquita, director del presente trabajo, por mostrar apertura y flexibilidad respecto al tema planteado, por compartir sus conocimientos, así como por su valiosa guía y la escucha atenta durante las conversaciones. Por último me gustaría dar las gracias a los lectores María Piedad Vera por su buena disposición, su tiempo y observaciones, y a Romel Lara por invitarme a reflexionar sobre éste y nuevos temas.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	5
CAPITULO I	6
1. Introducción	6
1.1 Objetivos.....	13
1.1.1 Objetivos Generales.....	13
1.1.2 Objetivos Específicos	13
1.2 Líneas teóricas generales	13
1.3 Metodología	16
1.4 Organización de capítulos.....	19
CAPITULO II	20
2.EL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	20
2.1 Surgimiento del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en el contexto mundial y local.....	20
2.2 El Hospital psiquiátrico como forma de gobierno	28
2.2.1 La necesidad de la intervención sobre el “otro”	31
CAPITULO III	35
3. DISCURSOS SOBRE EL OTRO	35
3.1 La enfermedad mental una interpretación e interpelación del sujeto	35
3.2 Quién es el paciente psiquiátrico. Cómo lo define el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en tanto Institución	46
CAPÍTULO IV	59
4. CUERPO/ EMOCIÓN COMO ORGANIZADOR DE LA EXPERIENCIA HUMANA	59
4.1 El cuerpo como proveedor de sentido y significados	59
4.2 El cuerpo del paciente psiquiátrico: un cuerpo performático que expresa e informa.....	63
4.3 Las emociones como orientadoras situacionales	67
4.4 Cuerpo/emoción en el aprendizaje a través de las terapias.....	69
4.4.1 Cuerpo/emoción, una estructura orientada para la acción	70
4.4.2 Cuerpo/emoción, una estructura perfectible en las terapias	76

4.5 Terapias cognitivas y ocupacionales como rituales de interacción: Performatividad y teatralidad a través del uso del cuerpo-emoción	84
CAPITULO V	110
5. CONCLUSIONES	110
5.1 El proceso de subjetivación es un factor fundamental para la adherencia a las lógicas institucionales	110
5.1.1 La subjetividad en el orden social.....	110
5.1.2 Cuerpo/emoción en el desarrollo de la subjetividad.....	113
5.2 El cuerpo del paciente psiquiátrico, es un cuerpo que representa.....	115
5.3 Cuerpo/emoción y su implicación en el habitus	115
Referencias Bibliográficas.....	119
ANEXOS.....	122

RESUMEN

El presente trabajo pretende dar una explicación sobre la importancia que tiene la subjetividad en la vida de los individuos, sobre todo al momento en que estos crean identificación, adherencia a ciertas dinámicas, e interiorizan lógicas y patrones que permiten la existencia de una institución como el hospital psiquiátrico, legitimando y reproduciendo el poder.

Por otro lado, se intenta dar un papel protagónico a los conceptos de cuerpo y emoción en Antropología, como medio para la producción de subjetividad del paciente dentro de la institución psiquiátrica. Ambos conceptos serán abordados desde la ritualidad, la antropología del performance, el interaccionismo simbólico y la fenomenología; abordajes que permitieron el análisis de datos cualitativos obtenidos a través de un trabajo de campo etnográfico.

Es así que a lo largo del trabajo se verá que el uso y manejo del cuerpo y las emociones por parte del paciente en un sentido teatral y performático, da paso a un tipo de relaciones entre pacientes enfermeras y terapistas; y desencadena el proceso de subjetivación el mismo que permitirá que los pacientes organicen su mundo y su vida a partir de las lógicas institucionales que las han interiorizado.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La producción de la subjetividad ha sido un objeto de estudio de las ciencias sociales principalmente desde la segunda mitad del siglo XX. El principal enfoque que se ha asumido ha tenido que ver con la forma en la que diversos procesos sociales, principalmente interacciones mediadas institucionalmente, configuran y moldean ideas sobre el yo, el posicionamiento del sujeto, su pertenencia social, grupal, comunitaria, entre otras, y particularmente los procesos de interiorización/exteriorización de la diferencia. En antropología, la importancia de estos procesos radica en que ponen en movimiento valores y significados, generando identidad y roles que nos permiten observar el tipo de relaciones dentro de una esfera sociocultural determinada, y que definen las diferencias que constituyen los modos en que diversas interacciones tienen lugar y ponen en funcionamiento prácticas, estrategias y tácticas de identidad.

Por otro lado la subjetividad no se desliga del campo de la experiencia y de los procesos cognitivos humanos, de ahí que constituya un factor fundamental en la generación de saberes. Ya lo advertía Felix Guatari (citado en Aquino 2013) que una de las producciones más grandes de la humanidad es precisamente la producción de subjetividad, pues ésta genera conexión entre las estructuras de control social y la psiquis dando paso a maneras particulares de percibir el mundo. Además Guatari es uno de los primeros en reconocer que la subjetividad no es resultado de un proceso individual, ni puede sistematizarse en un efecto individualizado, sino que es un proceso inacabado y constante de superposición, diálogo, construcción y disputa en el que intervienen múltiples esferas sociales, culturales, económicas, políticas, biológicas, psíquicas, ecológicas, etc.

De esta manera la subjetividad constituye un factor fundamental para que los sujetos se identifiquen y asuman un rol, en éste caso el rol de paciente psiquiátrico y con éste asimilen las lógicas de la institución que se manifiestan a través de ciertas prácticas

terapéuticas. Lógicas y prácticas que configuran la subjetividad del paciente no en cuanto individuo, sino en cuanto cruce entre intervenciones sociales, económicas, políticas y generacionales, en las que institución mental media contenidos que la trascienden. La institución es el lugar de una puesta en escena, como mostrará esta tesis, que nos habla no solo de la intervención psiquiátrica, que ubica esta producción de subjetividades en el entramado de trayectorias de control y gubernamentalidad que definen la relación entre sujetos, poderes, intervenciones y resistencias que dan contenido y sentido a las instituciones sociales.

Entender la construcción de la subjetividad , permite ver cómo los sujetos son capaces de adherirse a dinámicas autoritarias que perpetúan el poder, aún cuando estos no estén de acuerdo y lo cuestionen. Es la subjetividad capaz de legitimar y reproducir el poder, así como generar la adherencia y aceptación del mismo por parte de los sujetos por cuanto implica afectos, sensaciones, deseos, gustos, motivaciones e intenciones. De manera que las lógicas institucionales no solo serían represivas o prohibitivas como ya lo advertía Foucault (1999) sino que al implicar gozo y significados no solo son aceptadas sino también vividas. ¿Cuál es el mecanismo mediante el cual se construye ésta subjetividad en el paciente psiquiátrico? será una de las preguntas que guie la presente investigación, para lo cual se propone el cuerpo y la emoción del paciente psiquiátrico como estructura y mecanismo capaz de desencadenar el proceso de subjetivación.

El trabajo plantea que para este proceso de subjetivación el paciente psiquiátrico maneja y usa el cuerpo-emoción de forma teatral y performática, como se verá más adelante. Por otro lado, para comprender el manejo del cuerpo-emoción por parte del paciente psiquiátrico durante las terapias cognitivas y ocupacionales, será necesario saber que en tanto la locura es un concepto, se ha construido históricamente, y con ella se han modificado las maneras de proceder ante la misma, lo que se evidencia en acciones terapéuticas que proponen actividades y ejercicios determinados que se ejecutan en las terapias cognitivas y ocupacionales al interior del hospital psiquiátrico.

Se pueden identificar desde una perspectiva foucaultiana tres etapas en las que hubo un cambio en la forma de representar, de vivir y asimilar la locura. Foucault (1967) nos ofrecen una genealogía de ésta en donde se pone de manifiesto los diferentes procesos por los que ha atravesado, empezando por la exotización, el elogio y la admiración de la misma en la edad media, ya que la locura era vista como otro tipo de saber, uno que no es oficial; pero que es místico, esotérico y seduce a los hombres.

En la época medieval, existe, según el autor una mirada trágica respecto a la locura, que hace que sea errante, es decir que va de un mundo conocido a uno desconocido, y esconde secretos, de ahí que los “locos” hayan sido transportados en naves o barcas errantes como un rito de purificación en cada paso, y a su vez como una manera de mantener al loco en un estado liminal. Por otro lado señala Foucault (1967) la locura en ésta época es vista de manera escatológica como el fin del hombre y del universo; por eso es trágica.

En la época del Renacimiento, la locura es asociada de forma dialéctica a la razón; es decir que es opuesta, pero a la vez complementaria. No existe locura sin razón y viceversa, es posible dar cuenta de la razón en tanto la locura se manifiesta y se hace visible. Todavía existe en esta etapa un elogio y admiración de la locura pero de una forma más discreta, indirecta sobre todo señala Foucault (1967) cuando se trata de habilidades o talentos, como en el caso de la locura de los sabios, de los poetas, y pintores. En esta etapa la locura es vista como necesaria para la imaginación, y para la creación humana; y por lo tanto hasta cierto punto valorada, se la ve como la libertad.

Foucault (1967) advierte que es en la época clásica que la locura es negada, ya no se la incluye de manera dialéctica en la razón, no convive con ella y desaparece del ejercicio mismo de la razón, y por eso es burlada y vista como peligrosa. La razón ya no se fundamenta ni se halla en oposición a la locura; sino, que ahora existe y opera por sí misma, la razón se encuentra fortificada en la posesión “quién posee la razón”, toda discontinuidad, duda o error es riesgoso y es así que la locura es vista como una trampa o ilusión para la razón.

“La no-razón del siglo XVI formaba una especie de peligro abierto cuyas amenazas podían siempre, al menos en derecho, comprometer las relaciones de la subjetividad y de la verdad” (Foucault, 1967, p. 78) Esto significó el inicio de un pensamiento

positivista según el autor, dónde frente a ésta incertidumbre que genera la locura, se hace necesario ubicarla en el espacio, identificarla de tal manera que se sustituyen las “naves de los locos” o barcazas errantes para dar paso a las construcciones de los Hospitales, y es ahí cuando nace la experiencia del encierro posteriormente llamado el internamiento cuando la medicina se apropia del concepto de locura; pues como veremos inicialmente el encierro estará ligado a lo moral y a lo religioso.

Cada etapa en la experiencia de la locura, implicó unas representaciones y unas prácticas específicas; así por ejemplo cuando la medicina hace uso y se apropia del concepto de locura establece parámetros, crea test, exámenes, valora y evalúa lo “normal” y lo “anormal” se deja de lado los términos “bien” y “mal” pues estos se usaban según Foucault (1976) dentro de un mundo ético. A partir de la apropiación que tiene la medicina, ya que ésta va a hacer según el autor una de las herramientas clave del pensamiento positivista y racionalista se da una reorganización del mundo; en donde ya no se evalúa a los individuos como correctos, éticos o buenos ciudadanos, es decir en términos de valores o moralidad, sino que se los cataloga en términos de salud y enfermedad “locos” “anormales” o cuerdos “normales”.

A partir de este hecho nace el mundo correccional con la creación de Hospitales Psiquiátricos, en los cuales señala Foucault (1967) existen unas prácticas terapéuticas que son orientadas a la cura de los sujetos, y están destinadas a encausarlos y dirigirlos. Son éstas prácticas terapéuticas las que moldean y definen al paciente psiquiátrico, y se las puede observar en el caso particular del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón – Parcayacu, en dicho hospital las prácticas terapéuticas son las terapias ocupacionales y cognitivas que se las realiza todos los días con el objetivo no solo de obtener la “cura” o la mejoría del paciente, sino que se busca que el paciente muestre el comportamiento esperado por parte de la Institución.

Las terapias siguen una lógica, un orden, u un lenguaje particular, que las vuelven actos rituales, pues organizan la comunicación entre los participantes (terapistas, enfermeras, pacientes), así también sistematizan una serie de actos y dan sentido a las acciones. La lógica particular que se genera al interior de la institución obedece a una manera de organización de la realidad y a la experiencia las mismas que van tejiendo una relación entre el personal médico pero sobre todo entre enfermeras, terapistas ocupacionales y

pacientes. Dentro de esta relación se establecen roles, comportamientos, afectos y emociones. Toda esta serie de factores constituye una dinámica que ha de ser tomada en cuenta en el presente trabajo como una *puesta en escena cotidiana*¹, en donde prácticas muy sutiles van moldeando una forma particular de proceder y de organizar el mundo.

Abordar las acciones cotidianas al interior del hospital desde el performance o el ritual implica pensar que éstas son puestas en práctica de una manera escénica, representacional, repetitiva, organizada y en secuencias temporales, lo que genera en los participantes tanto en el caso de enfermeras como de pacientes una carga significativa, es ahí donde entra en juego la subjetividad de quienes actúan. Al igual que en un ritual o en una obra teatral estas prácticas que tienen un orden y tiempo específico nos permiten ver los roles de los pacientes, así como su capacidad de simbolización y como este proceso se adhiere a la experiencia y al conocimiento; por otro lado nos permite ver la dinámica grupal y el tipo de relaciones que se tejen al momento de la representación o de la puesta en escena que vienen a ser la ejecución de las terapias.

Las prácticas terapéuticas que se dan al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, vistas desde la perspectiva del performance nos permite ver a la institución como una semiósfera² o un universo representacional y de simbolización. Ya lo advertía Turner (1987) que el ser humano está representando y poniendo en escena varios roles durante toda su vida, de ahí que él lo llame un **“homo performans”**. La puesta en escena implica a su vez unos fines y unos valores; de ahí que analizar las terapias ocupacionales, y cognitivas, así como las diferentes prácticas dentro del Hospital Psiquiátrico, podría develar a parte del discurso médico, el universo simbólico de pacientes y enfermeras.

¹ Según Le Breton (2013) una puesta en escena consiste en las actuaciones que las personas realizamos a diario; es decir que la puesta en escena implica unos actos o unas acciones realizadas por los sujetos en un orden específico dentro de un sistema de significación que está a su vez dentro de una configuración espacial y jerárquica; por lo tanto existe una dosis de emoción para cada actor, así como una postura correspondiente para cada uno de los sujetos participantes.

² Semiósfera es un concepto utilizado por Iuri Lotman (1996) para referirse al espacio semiótico cargado de códigos y significaciones en donde se hace posible la existencia humana. La semiósfera es para el autor un continuum que se halla constituido por diferentes niveles de formaciones semióticas; y actúa como filtro y traductor de significados.

Para entender las prácticas cotidianas al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón desde el performance se abordará como punto de partida la categoría *cuero-**emoción***. La importancia del cuerpo radica en que no existe una praxis, relación, intervención, categorización o ubicación de los individuos y grupo de individuos que no pase por este, no solo porque el cuerpo constituye representación tanto cultural como social sino que es un catalizador y viabilizador de la experiencia humana en el mundo. En este sentido el cuerpo es un texto³ que obedece a un orden, a una lógica y a una estructura social; es por medio de este que incluso se accede a lo imaginario, a lo simbólico; a la mente o a la psiquis, y finalmente se logra generar una *emoción* que es vivida y reflejada por el mismo cuerpo.

Una de las características de la modernidad para autores como Kingman (2006) es que vivimos en una sociedad altamente normada que prioriza el orden. Si ya la cultura implica normas, pone límites, permea ciertos elementos, incluye y excluye, en la modernidad estas funciones que realiza la cultura están exacerbadas, existe una hipernormatividad y esto lo podemos ver justamente en las instituciones como es el caso del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Los comportamientos íntimos, sensaciones, emociones, gustos y afectos son canalizados, y encausados en la sociedad moderna; de ahí la importancia del tema planteado pues permite develar lo complejo, delicado y el accionar que tiene el poder sobre nosotros, ya que estamos sujetos a él todo el tiempo. El hospital psiquiátrico Sagrado Corazón en este contexto solo es un comprimido, un condensado, una muestra y un crisol donde converge y se expresa las lógicas, accionar y requerimientos de la modernidad y de nuestra sociedad, poniendo de manifiesto que más allá de las políticas y de la ideología el poder puede convertirse no solo en una praxis, sino que trasciende esta cuando se interioriza volviéndose un sentir, una *emoción*.

La interiorización de las prácticas como las actividades que se realizan en la terapia ocupacional o cognitiva, han de generar en los sujetos unos afectos, emociones, sensaciones, manera particular de acercarse y manejar los objetos, unos estilos y una

³ Se asume al cuerpo como un texto en el presente trabajo dado que puede ser leído e interpretado en sus acciones y movimientos; sobre todo cuando se trata del cuerpo del paciente psiquiátrico, que es interpretado constantemente en su manera de proceder y de expresar, en sus gestos y movimientos, de esta manera a partir de estos elementos puede ser evaluado por las enfermeras para comprobar docilidad, agresividad, aceptación o sumisión, así también a la par se evalúa si el tratamiento logra o no los objetivos.

estética, en fin una manera de ver, simbolizar y organizar el mundo. Dentro de esta manera de organización y simbolización del mundo se halla de por medio la subjetividad.

La subjetividad comprendida como un proceso en el que se pone en juego la emoción; a través de esta última se genera una experiencia, vivencia y la interiorización de estas prácticas. Es esta subjetividad la que permitiría dar un sentido y un significado a las acciones que se llevan a cabo dentro del hospital por parte de los pacientes, de tal manera que estos al ejecutarlas, retroalimentan y mantienen la estructura de la institución; dentro de la institución entonces se construiría una subjetividad derivada del poder, pero a su vez existiría encuentros y desencuentros con otros elementos de la subjetividad proveniente de la experiencia y el bagaje cultural del paciente antes de ser institucionalizado.

Por lo tanto la importancia del tema tratado para la antropología consiste en develar la manera en el que el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón construye sus sujetos de tratamiento en tanto institución terapéutica, de internamiento y de orden social. Por otro lado busca entender de qué manera las lógicas institucionales se interiorizan en los sujetos y cómo distintos saberes convergen en prácticas cotidianas que trascienden la intervención médica, de tal manera que llegan a interiorizarse casi sin ser cuestionadas, para entender cómo estas lógicas se adhieren a los sujetos institucionalizados se recurrirá al uso de la categoría cuerpo-emoción como estructura y mecanismo capaz de generar adherencia por parte de los pacientes a las prácticas de la institución.

Para la antropología simbólica y ritual acercarse a este fenómeno implica entender unas formas de producción de conocimiento, así como también el universo de significación y los procesos que se llevan a cabo dentro de este, procesos que sin duda son socio-culturales como lo es el uso del cuerpo, la interacción entre individuos, sus relaciones y por otro lado el papel de la subjetividad que entra en juego en los procesos mencionados.

Un acercamiento desde la antropología supone una reflexión profunda sobre la asimilación de prácticas institucionales, pero a su vez implica considerar aspectos delicados como las emociones que han sido relegados y restados importancia sobre todo en los acercamientos positivistas. Cabe recalcar que la reflexión antropológica nos

arrojará datos fecundos para dar cuenta de posibles transformaciones y si es posible o no generar cambios evidenciando la manera en que se operan ciertas normas.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivos Generales

-Describir los mecanismos y los procesos mediante los cuales la institución psiquiátrica define los sujetos de tratamiento, a través de prácticas cotidianas.

1.1.2 Objetivos Específicos

-Mostrar cómo las prácticas cotidianas al interior del hospital trascienden el carácter de intervención médica, para pasar a gobernar diversos ámbitos de la vida social y unas otredades que cuestionan, contravienen y modifican ciertos niveles del orden social.

- Describir los discursos sobre la otredad manifestados por la institución de forma histórica, así como aquellos con los que entra en discusión.

-Describir las terapias y tratamientos llevados a cabo en el HSC, así como los efectos performativos de la intervención psiquiátrica sobre el cuerpo y las emociones con el fin de evidenciar el gobierno sobre éstos.

1.2 Líneas teóricas generales

En relación con la dinámica y la configuración de las instituciones, existen ciertos autores con diversas posturas y tendencias, tanto ideológicas como teóricas y metodológicas; como lo son Foucault, Collins y Goffman; sin embargo, para efectos de dar una contextualización, soporte histórico y una explicación interdisciplinaria del origen y la interacción social al interior del Hospital psiquiátrico Sagrado Corazón (HSC) ha de ser necesario buscar un punto de inflexión y convergencia entre estos autores.

Michel Foucault (1967) ha explicado las instituciones como cárceles y psiquiátricas como un fenómeno de control y de máxima expresión del poder, en cuyo accionar se

evidencia el discurso como mecanismo legitimador y constructor de un orden social, así como también el control de los cuerpos, a lo que él llamara biopolítica o biopoder. Es así que el autor nos da las pautas sobre estos temas en sus libros *Historia de la Locura en la época clásica*, *Vigilar y Castigar*, y en su obra *Estrategias de poder*.

Para el autor, en el orden social existe lo que se llama genealogía, “es decir una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto” (Foucault, 1999, p 47)

En este sentido para Foucault (1999) históricamente existe un tipo de discurso; por ejemplo en la medicina advierte el autor existió hasta finales del siglo XVIII un determinado discurso en el cual se dieron transformaciones lentas a lo largo de 25 o 30 años. Dichas transformaciones discursivas rompieron con las proposiciones de “verdad” que se habían formulado hasta ese momento y es entonces cuando a un nivel profundo con el orden de un nuevo discurso se rompe formas de hablar, formas de ver; y todo un conjunto de prácticas que servían de soporte a la medicina “no se trataba simplemente de nuevos descubrimientos, sino de un nuevo “régimen en el discurso y en el saber” (Foucault, 1999, p 43), lo que significó un cambio en la experiencia en torno a la locura.

Tomando los postulados de Foucault (1967) nos es posible entender la matriz donde se conjugó y se fraguó los elementos que dieron origen a la concepción de la locura, a las instituciones y las prácticas que se llevan a cabo en torno a esta, así como también la situación política, económica, social y cultural donde se gestó su idea y su experiencia.

Foucault (1999) aduce que el poder no ha de ser entendido como una fuerza prohibitiva y de represión que dice “no” y que inmoviliza, ya que si fuera de esta manera no habría razón para obedecerlo; contrario a esto el autor advierte que el poder circula, produce cosas e induce al placer atravesando todo el cuerpo social. Esta circulación tanto de significados y significantes se dan a través de los rituales.

Para Collins (2009) es a través de la interacción ritual en donde convergen cuerpos, cosas y mentes, en ésta convergencia emergen creencia, emociones, valores, acciones, esperanzas, proyectos, moralidades y estructuras. Es a través de los encuentros corporales y emocionales que se organiza la pluralidad, se la encauza y se la modula. Estos encuentros se vuelven rituales de interacción y con el hacer y sentir de los demás se procrean símbolos, se armoniza e intensifica lo emocional. La consonancia emocional para Collins (2009) crea una experiencia de realidad compartida que dicta la

cantidad, calidad y forma de la intersubjetividad. Para el autor la importancia de los rituales de interacción radica en que son protocolos de construcción de la realidad social, y son un buen mecanismo de aprendizaje social, capaz de transmutar la intersubjetividad situacional y cristalizar la intersubjetividad simbólica, de esta manera se reforman, se refuerzan o se destruyen culturas. Collins (2009) advierte que dentro de los rituales de interacción los participantes actúan, y actuar no es más que simbolizar y simbolizarse.

Collins converge con la mirada de Goffman (1970) al identificar al ritual como una interacción simbólica. Dicho autor advierte que toda persona vive en un mundo de encuentros sociales que son cara a cara, lo que constituye un ritual de interacción. En estos encuentros se ejecutan actos verbales y no verbales; y son en estos encuentros donde se tiende a representar. Por otro lado se da una evaluación de la situación, del sí mismo y de los demás; y en este sentido cuerpo-emoción son una estructura y mecanismo narrativos.

El autor por otro lado enlaza lo corpóreo con la emoción, cuando advierte que la interacción cara a cara, los gestos son capaces de generar una reacción emocional, la cara genera impacto, y a la vez que permite contacto con los otros supone también un lenguaje que ha de ser codificado, y que genera compromiso. Para que esto suceda interviene la situación, ya que esta determinará cuanto sentimiento se deberá tener, y cómo este se distribuirá entre cada participante; la situación estructura y reglamenta las convenciones que debe tener el encuentro, y da las posibilidades de gestos y expresiones.

Le Breton (2012) ha de coincidir con los autores mencionados ya que refiere que la emoción no es espontánea, sino ritualmente organizada, y a su vez moviliza significados para los demás, de tal manera que constituye una forma de comunicación. En este sentido la emoción está ligada a la interpretación de la situación, lo que permite jugar con su expresión para poder adaptarse mejor a las circunstancias.

De esta manera el autor advierte que las emociones siguen no solo lógicas personales, sino sociales, y están impregnadas de significado y por esta razón es que no existe un proceso cognitivo que no involucre un juego emocional y viceversa. “La emoción es una modalidad del sentido”. Le Breton (2012) señala que existe un conocimiento

afectivo difuso dentro de las relaciones sociales y enseña a los actores las impresiones y las actitudes que se imponen en las diferentes circunstancias.

1.3 Metodología

El presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón-Parcayacu ubicado en la Avenida Manuel Córdova Galarza, sector mitad del mundo, en las afueras de Quito, el mismo que es una institución privada. Para el cumplimiento de los objetivos del tema se recurrió al método etnográfico; de tal manera que fue posible la interacción tanto con pacientes como con enfermeras y terapistas. Con esto se obtuvieron datos acerca de las prácticas institucionales, que permitieron dar cuenta de las formas de relacionamiento entre ambos grupos.

Se escogió trabajar con pacientes del área de media y larga estancia puesto que por su tiempo de permanencia al interior de la institución, ya se han adherido a ciertas dinámicas y pueden dar cuenta de cómo se asimilan las lógicas institucionales a su nueva forma de organización del mundo y pueden develar en qué medida cuerpo/emoción les permite relacionarse con terapistas y enfermeras así como la subjetividad que conllevan estos encuentros.

En el área de media estancia mujeres se acogían pacientes con patologías consideradas crónicas de nivel psicótico, que se encontraban en estado de compensación gracias al tratamiento farmacológico permanente, por lo cual podían valerse por sí mismas; mientras que el área de larga estancia mujeres estaba destinada a las pacientes con patologías psiquiátricas y neurológicas crónicas con un importante deterioro psíquico y físico, como por ejemplo pacientes con demencia, alzheimer, esquizofrenia crónica y finalmente estigmas físicos. Bajo estos criterios se clasificaban a las pacientes para determinar la pertenencia a estas dos estancias, que eran las que constituían el internamiento y una manera de oficializar que el paciente pertenecía definitivamente a la institución, ya que el área de corta estancia estaba destinada para “habituarse” y dar seguimiento a las respuestas de los pacientes tanto a los tratamientos farmacológicos, como a las terapias durante los primeros días que constituían períodos de un mes, dependiendo de lo observado en corta estancia se decidía si las pacientes iban a mediana o larga estancia.

El espacio dónde se dio la interacción con los pacientes, fue en el comedor, pero sobre todo en los talleres en los cuales se realizaban las terapias ocupacionales y cognitivas; y es precisamente en estos espacios dónde se llevó a cabo el trabajo de campo. Debido a políticas del Hospital se me autorizó trabajar con pacientes de mi mismo género (mujeres) con edades comprendidas entre los 20 a 70 años de edad; sin embargo, se dieron encuentros esporádicos en el patio a la hora de “tomar el sol” con pacientes masculinos pertenecientes a otras áreas lo cual sirvió para ampliar la información.

Los datos obtenidos fueron recogidos en un diario de campo para su orden, categorización y sistematización de la información. Paralelo a esto se procedió con conversaciones y entrevistas, a fin de recabar testimonios y apreciaciones de pacientes, doctores, enfermeras, y terapistas ocupacionales que permitieron exponer las maneras en que viven su experiencia particular al interior del hospital; así como también dar cuenta de cómo se ha ido organizando el mundo y las representaciones que hacen de este.

Tanto entrevistas como conversatorios, se llevaron a cabo después de una prospección tanto del lugar como de la situación en qué se desenvuelven enfermeras, terapistas y pacientes, con el fin de generar familiarización mutua, entre la investigadora y los colaboradores de la misma.

Se realizó un riguroso proceso de selección de los colaboradores de la investigación, sobre todo en lo que a pacientes se refiere con el fin de que no se comprometa su integridad física ni emocional de manera que sea posible mantener una comunicación armónica y pertinente entre pacientes y la investigadora. Por otro lado los datos expuestos serán citados con el “consentimiento informado” tanto de pacientes como de terapistas y enfermeras.

El muestreo criterial fue empleado para definir el universo de estudio, de tal manera que se tengan dos grupos; de un lado personal encargado de los pacientes y los pacientes. El rango de edad será de 22 a 50 años para las enfermeras; y para pacientes de 20 a 70 años. Las visitas al área de media y larga estancia del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón se llevaron a cabo desde el 20 de junio del 2013 al 20 de enero del 2014 asistiendo tres días a la semana: lunes, miércoles y viernes, en un horario de 9 am, a 2 pm, a fin de presenciar e interactuar tanto en las terapias cognitivas y ocupacionales; así como en los procesos de alimentación y socialización en el comedor.

El horario de mi permanencia dentro del hospital de 9 am a 2 pm estaba programado para que yo pudiera interactuar con las pacientes puesto que en este horario ya se encontraban despiertas. A partir de las 2pm que era la hora en que el almuerzo terminaba las pacientes debían hacer sus necesidades biológicas como la defecación, sobre todo las pacientes mayores pues dentro de este lapso de tiempo las enfermeras las aseaban y las cambiaban de pañal, si por alguna razón las pacientes realizaban este proceso biológico fuera del tiempo y orden establecido deberían esperar al turno de la noche para ser aseadas, es por esto que las pacientes casi realizaban este proceso de manera automática.

Una vez aseadas las pacientes, tanto jóvenes como adultas mayores, después de las 2 pm eran “encamadas” de esta manera se referían las enfermeras al llevar a sus habitaciones a las pacientes, luego de lo cual cada una hacía la siesta o se relajaba leyendo o simplemente estando dentro de la cama, ya que según se me había informado, la medicación que se les daba antes del almuerzo hacía su efecto. El proceso de llevar a las pacientes a sus respectivas camas, tenía por objetivo facilitar el trabajo del doctor de turno, que entonces podía hacer las visitas y revisiones. En este proceso en algunos casos se administraba medicación adicional.

Se me informó que a partir de las cuatro de la tarde “era lo mismo de la mañana”, es decir se repetía el proceso, las pacientes despertaban, se realizaban las terapias ocupacionales y cognitivas hasta que llegue la hora de la merienda y, luego, el aseo de las pacientes después de los procesos de micción y defecación, para finalmente “encamarlas” hasta el siguiente día.

Para permitir mi acceso al hospital se me asignó el rol de voluntaria, que implicó ciertas obligaciones como el uso permanente del mandil blanco, y hacer que los pacientes cumplan a cabalidad con las actividades presentadas por los terapeutas durante las terapias ocupacionales y cognitivas, es así que se me encargó la “vigilancia” de las pacientes.

Otra de mis tareas en calidad de voluntaria consistió en dar de comer a la hora del almuerzo a aquellos pacientes que no podían alimentarse por sí mismos, ya sea por factores psíquicos y emocionales (depresión, alucinaciones, falta de apetito) o por

factores físicos como vejez (pacientes que no podían tomar los cubiertos debido a la artritis) o pacientes con dolores en su cuerpo.

La asignación de mi rol como voluntaria implicó establecer una jerarquía y unas distancias físicas y emocionales con los pacientes, hecho que se veía reflejado en el lenguaje simbólico como en el uso del mandil, y en la prohibición que se me hizo de no poder entablar conversaciones con los pacientes a menos que estas sean respecto a las terapias es decir de cómo proceder frente a los diferentes ejercicios. Esto constituyó una limitación y unas condiciones particulares para la obtención de los datos.

El uso del mandil y la actitud vigilante ante las diversas situaciones que se me pedía, hizo que las pacientes ocupen su rol respecto al mío, a la vez que me obligaba a mantener o sostener con estas pacientes mi actuación que como dije implicaba ciertas posturas, palabras y tono de voz, a pesar de que les había informado que no era ni doctora ni enfermera, ni terapeuta sino voluntaria, muchas preferían mantener la distancia y no entablar conversaciones conmigo sino que se limitaban a saludarme llamándome “doctorita” o “señorita”.

Hubo otras pacientes que son citadas en el presente trabajo con las cuales hubo la posibilidad de crear mayor intimidad y entablar conversaciones con ellas; sin embargo no era bien visto que converse con las pacientes a pesar de que se encontraban cumpliendo con las actividades requeridas por la institución, puesto que se me advertía que mi función era ver que hagan las cosas y no distraerlas.

1.4 Organización de capítulos

En el primer capítulo nos encontraremos con una breve exposición sobre la importancia del tema tratado para la antropología, así como de que maneras ésta nos permite un acercamiento reflexivo. Por otro lado, se ofrece en líneas generales el acercamiento teórico que se realizó al tema a través de algunos autores cuyas propuestas son convergentes. Se verá la metodología utilizada priorizando la etnografía para la recolección de datos.

En el segundo capítulo se muestra una breve contextualización histórica del surgimiento de los hospitales psiquiátricos, y del caso particular del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, con el objetivo de exponer bajo que ideas surge y el por qué de ciertas lógicas y prácticas en su interior.

El tercer capítulo ofrece una mirada respecto a los motivos de la intervención del hospital psiquiátrico sobre las pacientes, y la manera en que la institución construye sus sujetos de internamiento.

El cuarto capítulo está orientado a enfocar el cuerpo/emoción como mecanismo para la construcción del paciente psiquiátrico al interior de la institución y el papel que éste juega en las terapias y en la asimilación de las lógicas institucionales por parte de las pacientes, así como la performatividad y teatralidad que exhibe éste cuerpo/emoción durante la interacción dando paso a una subjetividad particular en cada encuentro entre terapistas enfermeras y pacientes.

Finalmente en el quinto capítulo se verá que la asimilación de las lógicas institucionales a través del cuerpo/emoción dan como resultado un proceso de subjetivación que mantiene el orden social, lo esperado en la institución.

CAPITULO II

2. EL HOSPITAL PSIQUIATRICO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1 Surgimiento del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en el contexto mundial y local

Fue el beato Benito Menni, religioso de San Juan de Dios quien fundó la orden de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón . Es precisamente esta orden la que está a cargo del hospital psiquiátrico, y sus miembros trabajan conjuntamente con el personal médico.

A finales de la década de los 60 el cardenal Monseñor Pablo Muñoz Vega creó el instituto, mismo que en sus propias palabras sería “para los más pobres, los más humildes”. (Instituto Psiquiátrico Corazón de Jesús, Revista 25 años Quito-Ecuador Sudamérica p. 3)

Sor Marlene una de las hermanas hospitalarias que allí trabaja, y que es una de las superiores, fue quién indicó que el hospital fue fundado en Quito-Ecuador en el año de 1971.

El hospital siempre estuvo ubicado en el mismo sector (Av. Manuel Córdova Galarza); solo que antes era un Seminario Menor, le fueron adaptando para que fuera un hospital. Primero empezó como hospital psiquiátrico y luego se fue ampliando a otros servicios. El área de drogadicción y alcoholismo es la más nueva; esta área [área de media estancia] solo tiene 7 años. (Sor Marlene, Entrevista 2014)

A continuación se presenta un seguimiento a lo largo del proceso histórico de la Institución psiquiátrica, para no solo ubicarla en el tiempo; sino para entender bajo qué parámetros, ideología, lógica y objetivos de una época específica se configuró. Así es posible entender la fenomenología del lugar así como la dinámica social, qué elementos se han mantenido en las prácticas y el discurso; y cómo ambos se manifiestan sobre todo en acciones y relaciones terapéuticas entre pacientes, terapeutas y enfermeras; pues si bien es cierto que se ha modificado la terminología y las concepciones iniciales de locura; no es menos cierto que como “estructura estructurada” (Bourdieu, 2007) la institución mantiene una idea de normatividad del cuerpo y de la mente justificando hasta hoy en día la intervención psiquiátrica a través de las terapias.

La Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús surgió en pleno siglo XIX, en Ciempozuelos, cerca de Madrid, en el corazón de España, fundada por el padre Benito Menni, sacerdote italiano de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, junto con dos jóvenes granadinas, María Josefa Recio Martín y María Angustias Giménez Vera, elegidas por Dios para esta misión.

Y ambas no habrían dado este paso decisivo si no hubiesen descubierto la santidad sacerdotal y la recia personalidad humana del religioso Hospitalario italiano, enviado por Pío IX para restaurar su Orden en España.

Aunque la tradición ha llamado hasta nuestros días fundador al beato Benito Menni, fundadora a María Josefa Recio y co-fundadora a María Angustias Giménez, la historia explica que los tres fueron el alma de la Congregación y que ésta tiene sus raíces más profundas en el carisma hospitalario es decir, en el ejercicio de la caridad hospitalaria, vivida en estado de consagración religiosa, según el modelo de caridad perfecta, Cristo, simbolizada en su Corazón.

Estas ideas, tomadas de las Constituciones aprobadas en 1983, sintetizan la identidad de la Congregación como obra del Espíritu, su razón de ser en la Iglesia y la importancia de quienes la fundaron. Nacidos en pleno siglo XIX, en el seno de tres familias diversas, en dos países distintos-Italia y España-, pero en una misma época histórica, es decir la década de los cuarenta, el padre Menni vio la luz en Milán en 1841, María Josefa y María Angustias, en Granada en 1846 y 1849, respectivamente. (Carcel, 1985: 5-8)

Vemos que la fundación del Hospital Psiquiátrico Corazón de Jesús ocurre en un país como España, perteneciente al continente europeo al igual que París que es donde también ocurre este proceso de construcción de la experiencia de la locura y con ella la creación del internamiento y los hospitales psiquiátricos; de ahí que la construcción de estas instituciones se hayan diseminado por toda Europa, hasta llegar a Latinoamérica a países como el nuestro.

La fundación del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón tanto en España como en Quito se da en el siglo XIX, lo cual no es coincidencia que dicha institución se conforme bajo ciertas lógicas, políticas y valores justamente en este período histórico, ya que es precisamente durante este siglo que se da un cambio en la experiencia de la locura; así lo advierte Foucault (1967) .En este cambio de experiencia, una de las características fundamentales, es que la locura deja de ser un fenómeno de tránsito, errante o fugitiva como cuando sucedía en la “Nave de los locos”.

Las “Naves de los locos” eran grandes barcas o barcos que transportaban insensatos y vagabundos de una ciudad a otra. Una de las barcas más conocidas fue la Narrenschiff. (Foucault, 1967). Los insensatos y vagabundos por lo tanto carecían de un territorio, de un lugar, de un espacio definido; no tenían pertenencia que haga referencia a la geografía.

El nuevo sujeto que nace en éste período es aquel que contraviene el orden social es nombrado como “el loco”, y hoy en día conocido desde la medicina moderna y desde la clínica como “paciente psiquiátrico”. Por lo tanto se hace necesario ubicarlo y categorizarlo. Esto constituyó todo un proceso que fue desde el elogio y la exotización de la locura, hasta la represión de la misma hasta nuestros días; al inicio se da la exaltación y admiración de la misma, para luego encerrarla y procurar que no sea vista.

Las formas de exclusión empiezan a cambiar a partir del siglo XVI, se va dejando la exotización y elogio de la locura, característica de la época medieval durante el siglo XV. Se empieza a buscar cómo y dónde excluirla y para ello se destina en el Hôtel – Dieu de París yacijas reservadas exclusivamente para los locos en los dormitorios. Posteriormente se construirán casas especiales o casas de trabajo para ellos; finalmente se terminará en la construcción de lo que hoy conocemos como Hospitales Psiquiátricos.

La locura para Foucault (1967) a partir del siglo XVI deja de ser una figura escatalógica; ya no es fugitiva ni tiene un tránsito extraño, deja de ser una barca para convertirse en un hospital la locura es ahora retenida y mantenida en el interior de este.

“Hospital de los Locos incurables donde son exhibidas todas las locuras y enfermedades del espíritu, tanto de los hombres como de las mujeres, obra tan útil como recreativa, y necesaria para la adquisición de la verdadera sabiduría”. Cada forma de locura encuentra allí su lugar, sus insignias y su dios protector.

Todo este mundo de desorden, perfectamente ordenado, hace por turno el Elogio de la razón. En este “Hospital”, el encierro ya desplazado al embarco. (Foucault, 1967, p 72)

Dentro de los objetivos que tenía que cumplir este hospital , estaba el de hospedar, acoger y alimentar a aquellas personas que se presentaran allí por su cuenta o a aquellas que eran enviadas por una autoridad real o judicial, o a aquellos que no tenían un lugar y finalmente los que debían estar allí. Estos cuidados Foucault(1967) señala son encomendados a directores que son nombrados de por vida, y que ejercen su autoridad no solo dentro del hospital; sino en todo París.

El nacimiento de los hospitales psiquiátricos en sus inicios nada tienen que ver con la medicina; esto Foucault (1967) lo aclara muy bien, pues señala que tardarán algunos años para que el mundo de la medicina se apropie del significado de la locura y se asuma al hospital psiquiátrico como una entidad con fines terapéuticos y diagnósticos, pasará algún tiempo para que paralelo a esta apropiación del discurso médico nazca una ciencia que permita explicar la situación de individuos que se encuentran en un estado de locura, es ahí cuando nace la psiquiatría; antes pese a la construcción de estos hospitales no está relacionada de modo alguno.

Esta apropiación que hace la medicina del sujeto “loco” advierte Foucault (1967) se dará muy a mediados, casi a finales del siglo XIX y saldrá a la luz a través de estudiosos

como Pinel quien lideró la psiquiatría en ese tiempo. Mientras tanto la experiencia de la locura con la construcción de los hospitales generales estará ligada a la religión, es por esta razón que no es raro evidenciar que los hospitales que se fueron creando estaban bajo la jurisdicción de órdenes o congregaciones religiosas, y es por esto que en sus inicios, más que los médicos, eran monjas, curas, hermanas y hermanos de la congregación quienes se encargaban de los enfermos. Esta fuerte presencia de la religión católica se evidencia en sus políticas ideología y discurso, pero también en los nombres de los hospitales que hacen alusión a santos, beatos, hermanos de distintas congregaciones, e incluso resaltan con sus nombres elementos, características y valores propios de la cristiandad.

La presencia y permanencia de la Iglesia se puede evidenciar hasta nuestros días, al menos en los hospitales psiquiátricos presentes en la capital; no solo porque llevan nombres religiosos, sino que son administrados por órdenes religiosas. Estos hospitales no se encuentran únicamente bajo la autoridad médica; no son solo los médicos quienes toman las decisiones respecto a sus pacientes sino que existe una interacción entre el mundo religioso y el mundo de la medicina para el trato de estos sujetos internados.

Los objetivos y valores del hospital van de la mano de una visión que involucra una religión occidental como la católica - cristiana. Los objetivos de las hermanas Hospitalarias del Hospital Sagrado Corazón apelan principalmente a la caridad y a la salvación de aquellos que están sufriendo o que están afligidos y quienes van a cumplir en un momento dado con estas características de personajes agobiados que deben ser salvados e intervenidos serán precisamente los “locos” o el “paciente psiquiátrico”. Esta salvación e intervención se llevará a cabo a través de un trabajo exhaustivo sobre el sí mismo del paciente mediante las terapias ocupacionales y cognitivas, dado que en estas mente y cuerpo del paciente son perfectibles y evaluables día a día.

Respecto a la vinculación que tiene la iglesia con el nacimiento de los hospitales, Foucault (1967) advierte:

Aunque ha sido deliberadamente mantenida aparte de la organización de los hospitales generales por complicidad indudable del poder real y de la burguesía, la Iglesia, sin embargo, no es ajena a este movimiento. Reforma sus instituciones hospitalarias y redistribuye los bienes de sus fundaciones; incluso crea congregaciones que se proponen fines análogos a los del Hôpital Général. (Foucault, 1967, p 84)

La congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, no escapan a este fenómeno en el cual empieza una acelerada expansión y creación de comunidades religiosas a la par de la creación de Hospitales . Durante el siglo XIX que es precisamente donde se empieza como bien lo señala Foucault (1967) a encerrar la locura y a sustituirse las “naves de los locos” por instituciones como hospitales generales o grandes internados, ésta orden de Hermanas Hospitalarias no es la excepción y comienzan a expandirse por distintos lugares del mundo antes de llegar a América Latina y más específicamente a Quito.

Foucault (1967) explica el fenómeno del internamiento como un cambio en la experiencia de la locura como una nueva forma de conciencia y enfrentamiento a un nuevo mundo de las significaciones. Existe un auge en la creación de congregaciones religiosas y con ellas la fundación de casas de salud y hospitales que a pesar de llamarse así hasta no entrado el siglo XX no operan desde la visión de la medicina específicamente desde una visión de la psiquiatría, sino que se hallan imbricados los valores y una ética religiosa.

El nacimiento de los hospitales psiquiátricos en sus inicios nada tienen que ver con la medicina; esto Foucault (1967) lo aclara muy bien, pues señala que tardarán algunos años para que el mundo de la medicina se apropie del significado de la locura y se asuma al hospital psiquiátrico como una entidad con fines terapéuticos y diagnósticos, pasará algún tiempo para que paralelo a esta apropiación del discurso médico nazca una ciencia que permita explicar la situación de individuos que se encuentran en un estado de locura, es ahí cuando nace la psiquiatría; antes pese a la construcción de estos hospitales no está relacionada de modo alguno.

Esta apropiación el autor advierte se dará muy a mediados, casi a finales del siglo XIX y se dará sobre todo con autores como Pinel quien lideró la psiquiatría en ese tiempo, mientras tanto la experiencia de la locura con la construcción de los hospitales estará ligada a la religión, es por esta razón que no es raro evidenciar que los hospitales que se fueron creando estaban bajo la jurisdicción de órdenes o congregaciones religiosas, y es por esto que en sus inicios, más que los médicos, eran monjas, curas, hermanas y hermanos de la congregación quienes se encargaban de los enfermos. Esta fuerte presencia de la religión católica se evidencia en sus políticas ideología y discurso, pero también en los nombres de los hospitales que hacen alusión a santos, beatos, hermanos

de distintas congregaciones, e incluso resaltan con sus nombres elementos, características y valores propios de la cristiandad.

Lo que evidencia la gran fundación de casas de salud y hospitales de esta congregación de las hermanas Hospitalarias, es una visión “expansionista”; término utilizado en la misma constitución de la congregación para referirse al acto de ocupar el mayor número de territorios a través de la fundación de sus instituciones. Vemos que en este sentido expansionista existe un afán de colonialismo, el cual se manifestó en la creación de instituciones, las mismas que a su vez fortalecieron a la congregación, pues era a través de éstas que se podía llegar no solo a un territorio, sino que permitía llevar a cabo o ejecutar un discurso y prácticas políticas e institucionales que adoctrinaban a los ciudadanos de aquella época.

Ante la masiva aparición de casas de salud y hospitales generales en el siglo XIX fundados por congregaciones, Foucault (1967) señala que surgen asociaciones laicas que tratan de imitar la vida religiosa, en la que predomina una forma conventual; es decir con la vestimenta, con las lecturas de oficios, plegarias y meditaciones.

Foucault (1967) realiza un exhaustivo análisis de cómo va cambiando la experiencia de la locura, y en torno a esta cual es el significado de los hospitales en los siglos del XVII hasta entrando al XX. Para esto el autor va realizando una valiosa caracterización de cómo operaban estos hospitales y que representaban para la sociedad.

Por tanto en sus inicios se puede decir que los hospitales constituían entes dismórficos, muy poco definidos, delimitados, con funciones hasta cierto punto confusas, entremezclado toda una serie de significaciones, es por esto que el autor habla de una unidad en la locura que entrando al siglo XIX se va a resquebrajar.

Foucault (1967) explica que a partir de la creación del Hôpital Général en 1556 que acogía bajo su administración única a casas de internamiento y de trabajo, en este se expresaba un tipo “extraño de poder”. Extraño en el sentido en que; como ya hemos visto no ejercía una función específica, se puede asumir que rol y función estaban dislocados no había concordancia entre ambos. Múltiples funciones eran ejecutadas en

un mismo lugar, al mismo tiempo, un pulpo con varios tentáculos sirve como analogía de lo que estaba ocurriendo.

Respecto a las funciones y características de los individuos encargados del **cuidado** de las personas del Hospital y de todo París Foucault (1967) señala lo siguiente:

Estos cuidados se confían a directores nombrados de por vida, que ejercen sus poderes no solamente en las construcciones del hospital, sino en toda la ciudad de París, sobre aquellos individuos que caen bajo su jurisdicción. “Tienen todo poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio, de policía, de jurisdicción, de corrección y de sanción, sobre todos los poderes de París, tanto dentro como fuera del Hôpital Général”. Los directores nombran además un médico cuyos honorarios son de mil libras anuales; reside en la Piedad, pero debe visitar cada una de las casas del hospital dos veces por semana.

Desde luego un hecho está claro: el Hôpital Général no es un establecimiento médico. Es más bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta. “Para ese efecto los directores tendrán estacas y argollas de suplicio, prisiones y mazmorras, en el dicho hospital y lugares que de él dependan, como ellos lo juzguen conveniente, sin que se puedan apelar las ordenanzas que serán redactadas por los directores para el interior del dicho hospital.....

Soberanía casi absoluta, jurisdicción sin apelación, derecho de ejecución contra el cual nada puede hacerse valer; el Hôpital Général es un extraño poder que el rey establece entre la policía y la justicia, en los límites de la ley: es el tercer orden de la represión.....

En su funcionamiento, o en su objeto, el Hôpital Général no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y burgués que se organiza en Francia en esta misma época. Está directamente entroncado con el poder real, que lo ha colocado bajo la sola autoridad del gobierno civil... (Foucault, 1967, p. 81-82)

Con el apareamiento de asociaciones laicas que emulan la vida religiosa, lo que se evidencia es la fuerte influencia que la Iglesia ejerce en la manera de ordenar la vida de los habitantes de la época clásica hasta el siglo XIX e incluso hasta nuestros días, es por esta razón que existe un estrecho vínculo de hospicios con hospitales; aunque más que

un vínculo se puede considerar como una fusión, como un todo institucional que opera como un organismo en el que conviven normas apostólicas-hospitalarias, difícilmente de delimitar la una de la otra puesto que las actividades apostólicas están basadas en la instrucción espiritual de los pacientes y por tanto la salud de estos depende también de una guía religiosa, la misma que incluye ciertas normas, conductas, valores, procedimientos y políticas que son propias de la visión de la Iglesia las mismas que se las inculca durante las terapias.

Debido a esta fusión de hospicios y hospitales es que al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón se habla de “valores hospitalarios” los mismos que traspasan hasta la esfera terapéutica y se ven como necesarios para la cura del paciente.

Los “valores hospitalarios” para las hermanas del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón deben ser inculcados en los pacientes para su mejoría, pero también han de ser características que poseen las religiosas. Así los valores hospitalarios que posee la congregación y el hospital son: acogida, servicio, sensibilidad y humanidad; mientras que los que han de ser demandados por parte de los pacientes son: la paciencia y la perseverancia.

2.2 El Hospital psiquiátrico como forma de gobierno

Kingman (2006) señala que el apareamiento de estos dispositivos disciplinarios como los hospitales, que se dieron en Quito a finales del siglo XIX e inicios del XX fueron producto de un cambio en el ámbito económico, político, social, e incluso cultural, tal como ya lo advertía también Foucault (1967), hecho que para Kingman (2006) llevó a la población a una necesidad de clasificar la vida cotidiana en sistemas binarios; de ahí que hablamos de lo “normal” frente o respecto a lo “anormal”, de los “locos” y los “cuerdos” sobre todo en el mundo de la institución psiquiátrica.

Los hospitales psiquiátricos están ligados sin duda a la idea de gobierno; gobierno de la mente, de las emociones, del espíritu y del cuerpo, lo que implica no solo como diría Foucault (1994) “saber gobernarse a sí mismo” sino desarrollar una tecnología y unos saberes para la sujeción de las conductas.

Foucault (1994) advierte que en un inicio aproximadamente entrando al siglo XVI la forma de gobierno era la familia, esta como administradora de una economía. Esta

economía era entendida como una serie de factores que iban a potenciar que la familia prospere dentro de una esfera social; los mismos que implicaban la administración de las riquezas, bienes materiales, la gestión de alianzas convenientes para sus miembros, y la gestión de una conducta que permita a este núcleo familiar y a cada uno de sus individuos estar inserto en la lógica de una sociedad determinada; sin embargo pasado el siglo XVI, y sobre todo en el XIX, esta forma de gobierno que era la familia pasa a ser sustituida por estructuras institucionales, las mismas que serán las encargadas de la administración de los individuos bajo nuevas lógicas.

Cuando la familia era una forma de gobierno, ésta administraba una serie de bienes tanto simbólicos como materiales que permitían la potencialización y trascendencia de la misma en el campo social, y el fortalecimiento del núcleo familiar a través de cada uno de sus miembros y viceversa. Con el advenimiento de la sociedad moderna estos bienes simbólicos y materiales son administrados por las instituciones como la psiquiátrica con el fin de crear sujetos de acorde a las lógicas de la modernidad. La generación de las instituciones como los hospitales psiquiátricos para Foucault (citado en Kingman, 2006) es característico de las sociedades modernas, que a su vez pueden definirse como sociedades disciplinarias.

El hospital psiquiátrico por lo tanto se vuelve un ente multifuncional pues no sólo se encarga del diagnóstico y la intervención terapéutica del paciente, sino que al sustituir a la familia maneja aspectos de la vida íntima de los pacientes generando subjetividades en éstos. Las acciones terapéuticas van organizando el mundo del paciente dando nuevos sentidos a su vida íntima y a sus actividades cotidianas dentro del hospital. Existe un traspaso de la responsabilidad en cuanto al tema del cuidado de los individuos que tenía inicialmente la familia antes del apareamiento de las sociedades modernas o disciplinarias. A continuación veamos un fragmento de la entrevista realizada a la psicóloga clínica Jhanya Suárez que pone en evidencia este fenómeno:

Cree posible que un día se elimine los hospitales psiquiátricos? Y se trate de manera ambulatoria a los pacientes?

Te digo, los hospitales psiquiátricos tienen su ventaja, y tienen su desventaja...debe haber; hay gente que en el mundo que quiera o no se queda sola que va a pasar con esa gente, va estar como indigente en la calle? Pues no!; entonces ahí debe haber un centro psiquiátrico, pero a personas que tienen familia; yo pienso eso, eso es muy personal mío..... yo a mis padres no les iría a botar en un psiquiátrico, eso es muy personal mío.

Entonces eso depende de la familia, de cómo nos criaron, de cómo nos educaron, del ambiente social, del contexto, de todo; entonces eso es un campo, un tema demasiado amplio igual para tratarlo.

Entonces debe haber, debe haber ; no todo en la vida es malo, ni todo en la vida es bueno; debe haber deber haber, porque es ayuda para muchos pacientes , y bueno para muchas familias también.

-Los pacientes que están aquí que no tienen familia, quien les trae? Como funciona

Desconozco la verdad; desconozco la verdad que es lo que ha pasado con ellos. Me imagino que claro los que hacen trabajo social o últimamente se dedican a eso es el MIES... en la..... en manos de lo que es “Da dignidad” o inclusive de ONG’s como Plan por ejemplo Ecuador, ellos se dedican a encontrar pacientes que claro están en la calle, o claro hay familias que, que..... vecinos no!..... que cogen y dicen oiga vea la vecina de acá al lado grita todas las noches y no tiene a nadie. Entonces avisan a estas organizaciones , y entonces estas organizaciones son las que se encargan de ponerle en algún sitio; entonces queda en manos del gobierno hasta donde tengo entendido, no sé qué pasará con los pacientes de aquí, pero si eso es lo que pasa. (Entrevista realizada la psicóloga clínica Jhanya Suárez, 11 de octubre del 2013)

Es debido a éste fenómeno que al interior del hospital nos encontramos con una población heterogénea como individuos sin familia, sin casa, o con problemas y limitaciones físicas para valerse y cuidarse por sí mismos, lo que los pone en una situación de vulnerabilidad y abandono. Estos individuos posteriormente serán homologados como pacientes psiquiátricos bajo una lectura diagnóstica del manejo de su cuerpo-emoción.

En éste sentido la existencia del Hospital psiquiátrico está orientado a la organización del mundo del paciente en donde la familia de éste ha dejado de ser partícipe; sin embargo, para llevar a cabo la intervención sobre la manera en que el paciente organiza y experimenta el mundo éste ha de ser “psiquiatrizado”; sólo de ésta manera es posible justificar el manejo y administración de bienes simbólicos.

Los individuos “psiquiatrizados” (Mantilla, 2010) son aquellos que en los encuentros con médicos, terapeutas y enfermeras son interpelados y por lo tanto sometidos como advierte la autora a determinadas lecturas sobre el sujeto, sobre la enfermedad, el

sufrimiento y los modos de comportamiento que se generan ante estas situaciones, así como lecturas sobre formas de interpretar la realidad. Estas lecturas se hacen desde saberes que se imponen como verdaderos y vierten sobre el sujeto psiquiatrizado “altos contenidos de normatización” .(Good, 1984 citado en Mantilla, 2010)

Para Mantilla (2010) los discursos y saberes tanto de la psiquiatría como de la psicología forman parte del proceso de individualización y racionalización de la cultura moderna y occidental; pero a su vez forma parte de una “cultura manicomial” en dónde los problemas morales o criminales ya no son vistos desde el punto de vista religioso en términos de valores buenos o malos; sino que son redefinidos cómo desórdenes que deben ser tratados a través de tecnologías terapéuticas. La psiquiatrización y la psicologización sobre todo del sufrimiento son características de la cultura manicomial. (Oliveira y Dorenles, 2005 citado en Mantilla, 2010)

La población que ingresa al hospital y que inicialmente es heterogénea al ser “psiquiatrizada” se homologa para efectos de intervención a través de “tecnologías terapéuticas” como son los ejercicios y prácticas que se llevan a cabo en los talleres de terapia ocupacional y cognitiva. Una vez que los individuos son “psiquiatrizados” se convierten en pacientes institucionalizados que deben acogerse a las normas, lógicas y prácticas de la institución, las cuales con el tiempo han de ser asimiladas e integradas a la forma de proceder de los pacientes.

La psiquiatrización de los individuos ha de hacerse con el objeto de “encontrar un sentido terapéutico a la intervención” (Kaplan Daniels, 1975 citado en Mantilla, 2010). “El objetivo de la internación apunta a “producir un movimiento subjetivo”, “modificar el lugar del sujeto en tanto lugar simbólico”. A través lo “simbólico” aluden a ideas escondidas de la conciencia que permanecen en nivel inconsciente.” (Mantilla, 2010, p. 7)

2.2.1 La necesidad de la intervención sobre el “otro”

Las fundaciones de los hospitales psiquiátricos que harán las Hermanas Hospitalarias en distintas partes del mundo hasta llegar a Quito, se efectuarán bajo una misma lógica y objetivo que es una moral y ética de la Iglesia con la cual se pretende encaminar y dar alivio espiritual a aquellos atormentados o afligidos que es una palabra usada recurrentemente dentro de esta perspectiva de la iglesia para nombrar a los locos o

dementes; pero ¿por qué razón es que el padecimiento mental toma gran importancia y es prioritario en el sentido que necesita dedicación, compasión y guía espiritual? .Esto radica primero en los valores que deben mostrar las religiosas como la compasión hacia los más afectados, y segundo porque en la demencia se halla el misterio de Dios. Hecho que se puede ejemplificar con el siguiente texto:

Las Hermanas Hospitalarias se dedican fundamentalmente a personas afectadas duramente por las enfermedades más terribles, en concreto a las dementes y minusválidas, que adquieren una dimensión particular en una visión de fe. Frente a estas manifestaciones de enfermedad, que unen a la gravedad el sufrimiento físico, el hombre se encuentra delante de un misterio. Y únicamente a través del silencio y la contemplación podrá asociar este misterio al de la Redención y la Cruz, es decir al misterio del amor infinito de Dios por cada uno de los seres que El ha creado. (Carcel, 1985, p 12).

Como vimos el hospital psiquiátrico en sus etapas iniciales no surgió como una entidad médica. La lectura que se hace de los individuos para efectos de intervención sobre su ser, no es clínica, por lo tanto el uso de la palabra enfermedad no está vista como patología sino más bien como un tipo de sufrimiento, falta de concordancia o armonía entre el cuerpo y el espíritu, por lo tanto quienes se hallan en ésta situación, son individuos sufridos que no encuentran paz; de ahí que deban ser intervenidos a través de la palabra, de las oraciones, plegarias con el objetivo de encaminarlos moralmente de manera que puedan cumplir a cabalidad con las constituciones, orden e ideología de la época y su estructura social.

Nos encontramos en un punto de transición en lo que respecta a la intervención sobre el otro; que inicialmente es de tipo moral. La concepción de salud antes de que sea apropiada por parte de la ciencia médica tiene que ver con el cumplimiento de unas reglas y constituciones, más que un equilibrio fisiológico y psíquico. La salud en éste punto es lo moralmente aceptado y esperado. Así lo evidencia el siguiente fragmento de una carta escrita por el padre Menni a las hospitalarias el 1 de Marzo de 1903:

.... Y así mismo os encargo la angelical caritativa hospitalidad, el fiel cumplimiento de cuanto se ordena en este **Librito de Salud** o sea en el Libro de la Regla y Constituciones profesadas (...) sean las Reglas y Constituciones materia de vuestro estudio constante; pues por ésto la Santa Sede ha mandado expresamente que se os dé a cada una un

ejemplar; medítadlas, pues, hijas mías, medítadlas atentamente y sea su cumplimiento el objeto de vuestros anhelos y aspiraciones..... (Cartas, pp. 829-831) (Carcel, 1985,p 74)

El “Librito de Salud” va a ser una serie de pautas y comportamientos que se debe estudiar para hacer que los sujetos las cumplan, pero también lo deben cumplir las hermanas sobre todo en cuanto al valor de la caridad se refiere, pues deben mostrar compasión ante los dementes y otorgarles acompañamiento espiritual hasta que encuentren la tan anhelada paz.

Este “Librito de Salud” ha de parecerse a un tratado de psiquiatría donde también se exhiben una serie de comportamientos; sin embargo es en la lectura sobre el sujeto donde radica la diferencia, en el primero se la hace desde una perspectiva moral y de valores, mientras que en el de psiquiatría se lo hace desde el síntoma.

En este libro según la hermana Inés se muestra a las religiosas como proceder con los afligidos, es decir las oraciones y plegarias que se deben tener con ellos, los cuidados y el trato; “hacerles dar cuenta de la existencia de Dios en ellos mismos”. Mientras que en un tratado de psiquiatría se puede encontrar la manera de proceder para con los pacientes sobre todo cuando están en crisis. Ambos dan cuenta de un tipo de intervención tanto en el ámbito espiritual como corporal; que develan la necesidad de llegar al manejo y control de sensaciones y emociones. Dentro de los “ valores y actividades hospitalarias” (Carcel, 1985) que se deben cumplir, y hacer cumplir están la “práctica de la oración y la disciplina” (Carcel, 1985 p 75)

Las estrategias, disposiciones o las tácticas son dirigidas, primero a separar los cuerpos débiles e inútiles del exterior de la sociedad; para luego a partir de la creación de un espacio organizado que es el hospital psiquiátrico, se vaya administrando en cada locación del mismo las actividades de los individuos pacientes o internos con el fin de ponerlos a funcionar, a trabajar y a producir, dado que la ociosidad dentro de los valores hospitalarios no está permitido.

La ociosidad es vista como amoral o como un antivalor que se va a asociar al afligido o demente, pues si el sujeto se muestra de esta forma es debido a que no tiene control sobre sí mismo. Lo amoral pasa más adelante a ser lo anormal, con la apropiación que hace la medicina sobre la categoría de “locura”.

El cuerpo distendido, desparramado, desbordado implica emociones, gestos, posturas movimientos, es un cuerpo caótico sin límites en la modernidad; es asumido como un cuerpo grotesco, un cuerpo en bruto susceptible de ser pulido a través de la norma y la disciplina. Este cuerpo sin límites en estado bruto es mostrado por los pobres, los viejos, los “locos” ya que ninguno de ellos lo controla; los viejos a causa de su anatomía desgastada, y los “locos” o pacientes psiquiátricos (llamados así en la actualidad) no lo controlan pues someten al cuerpo a la voluntad de la mente. La mente se impone sobre el cuerpo en esta visión dicotómica mente/cuerpo y lo invade en el “loco”, a tal punto que lo desdibuja se manifiesta en pura emoción como carcajadas inesperadas y esporádicas como diría Le Breton (2002) o en sonidos indescifrables, en “manías”, compulsiones que no tiene razón de ser pues no aportan en nada y son vistas como pérdida de tiempo.

En la modernidad y con la ciencia es necesario dar forma a estos cuerpos que muestran discontinuidades; en el caso de los pacientes psiquiátricos es necesario también controlar la mente para que no se manifieste en el cuerpo; y para controlarla también se llega a ella desde el exterior, paradójicamente se la aborda desde el mismo cuerpo creando con este rutinas, que deben ser interiorizadas para luego ser vueltas a reproducir por medio del cuerpo pero ahora de manera ordenada, con obediencia, con buenas posturas, con tiempos, con movimientos claros de tal manera que se genere toda una puesta en escena del individuo ideal digno de ser visto; pero es el cuerpo el que genera todo este performance, y la intervención que se hace en los cuerpos, mentes y emociones ha de ser a través de terapias ocupacionales y cognitivas.

CAPITULO III

3.-DISCURSOS SOBRE EL OTRO

3.1 La enfermedad mental una interpretación e interpelación del sujeto

La institución psiquiátrica al ser un dispositivo disciplinario que se va configurando bajo una lógica positivista tiene altos contenidos de normatividad sobre las conductas, por lo tanto sobre los cuerpos y las emociones que es lo que se muestra al momento de la interacción con otros sujetos dentro de la esfera socio-cultural.

Partiendo de esta idea existe un “otro” que como se vio en un inicio es un personaje afligido, atormentado, doliente, confundido, demente para posteriormente ser “el loco” y finalmente convertirse en el paciente psiquiátrico. Éste otro desde la mirada de la institución debe ser intervenido para la corrección en sus maneras de proceder y de relacionarse con los demás, reorganizando su experiencia a través de las prácticas y ejercicios que se dan en las terapias ocupacionales y cognitivas.

Esta nueva experiencia que organiza el mundo del paciente en las terapias es vista no solo como necesaria, sino también como natural y normal. Desde el punto de vista de la psiquiatría se impone no solo un discurso de verdad; sino también un lenguaje particular que implican gestos, posturas, movimientos y afectos que ponen en movimiento toda una serie de significados respecto al paciente.

Para Flores (2011) existe una mirada particular que se tiene del sujeto en la institución psiquiátrica, que es la del sujeto sufriente, que lo cataloga como poseedor de una enfermedad; sin embargo se desconoce al sujeto como tal dentro del saber médico; es decir no se conoce sobre el hombre que porta la enfermedad; sino sobre la enfermedad en sí. Es la enfermedad el objeto de estudio, el tema a dilucidar y se debe tratarla como dé lugar, ella es el blanco de la práctica psiquiátrica y de la acción terapéutica la misma que veremos se lleva a cabo a través del control del cuerpo/emoción. El sujeto en este sentido es donde se refleja o manifiesta la enfermedad, el sujeto se convierte en una herramienta y medio para llegar a la patología.

Flores (2011) señala que el diagnóstico, los síntomas son algo que provienen de afuera del ser del sujeto, de alguna manera lo excluye de sí mismo y de su propia experiencia y es por esto que lo interpela constantemente en cada encuentro o sesión terapéutica; así también lo señala Mannoni “ . El universo de la locura ha estado centrado en su administración. El enfermo mental no ha sido otra cosa que “el objeto vacío de la

administración en estado puro” (Mannoni, 1989 citado en Flores, 2011 p. 447). La locura como ya lo señalaba Foucault (1967) aún como enfermedad tiene un carácter casi de subliminal, mantiene este misterio, es inconstante en sus síntomas y en su evolución. Es debido a esta razón que la institución psiquiátrica propone las terapias ocupacionales y cognitivas como necesarias, pues éstas van a dar cuenta del estado del paciente ya que se pasan reportes al médico tratante del comportamiento y de las acciones y motivaciones que ha presentado el sujeto durante estas terapias; a pesar de que el discurso de la institución respecto a las terapias es mantener a los pacientes ocupados para que sean útiles y se puedan reinsertar a la sociedad, también se los evalúa en su actuar cotidiano y en acciones de su vida íntima.

Algo que escapa al discurso oficial y explícito de la institución pero que está presente, es que las terapias son también herramientas eficaces para definir quién es el paciente psiquiátrico; ya que aún cuando el médico psiquiatra efectúe exámenes psicofisiológicos, la normalidad o la mejoría tiene que verse reflejada en el tipo de relaciones que mantienen los pacientes con el mundo que los rodea, pues es esto lo que molesta y la razón de la intervención y por lo tanto motivo de internamiento. Es el tipo de relaciones que muestran los pacientes en las terapias las que informarán si se habla o no de un paciente psiquiátrico.

En el caso de la enfermedad mental no siempre es suficiente un hallazgo en la neuroanatomía y neurofisiología de un paciente, es decir que la presencia de la patología mental en el cerebro de una persona tiene una incidencia en la esfera sociocultural más que para el mismo sujeto que la padece. Esto último es un fenómeno curioso puesto que la psiquiatría dice fundamentarse en la ciencia médica y en la clínica, sin embargo, su preocupación está centrada no tanto en el cuerpo doliente del paciente psiquiátrico, sino más bien en lo que significa y lo que transmite al resto este paciente, y en qué medida el sujeto “psiquiatrizado” es capaz de moldear su cuerpo/emoción en la interacción social hecho que ya daba cuenta Morgan:

La expansión de la psiquiatría no se justifica por términos estrictamente médicos. Parece más bien apoyarse, en su creciente intervención en los asuntos humanos, en la filosofía liberal y secular del Estado de bienestar, más que en cualquier reclamo científico o médico. (Morgan, 1975, p 267 citado en Flores, 2011 p 448)

Partiendo de esta idea es que Flores (2011) señala que el problema del sufrimiento del alma está en manos de un especialista; sin embargo, el provecho de la intervención, no va encaminado para quien sufre, sino para la sociedad; por lo tanto el discurso respecto al paciente psiquiátrico y a la enfermedad están impregnados de unos valores colectivos e históricos.

Para Flores (2011) la enfermedad mental más allá de ser un sufrimiento humano o padecimiento “del alma” es una producción social que va cambiando de significados a lo largo de la historia y que en diversas épocas y lugares ciertos comportamientos, expresiones o significaciones pueden resultar ofensivos, molestos o considerarse riesgosos para el orden social; es así que toma de ejemplo el cambio en la concepción respecto a la homosexualidad.

Refiriéndose a la homosexualidad señala lo siguiente:

Hace 44 años, la Asociación Psiquiátrica Americana la consideraba una patología. Así era definida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM II) editado en 1968. Más tarde, en 1973, en la siguiente edición del DSM, se aprobó mediante votación no considerarla más como tal. Esta decisión no es ajena, evidentemente, al contexto social, de lucha, crítica y resistencia que caracterizó la década de 1960. (Flores, 2011, p 446)

Este fragmento no solo evidencia un cambio en la experiencia y en la conceptualización de la enfermedad mental, sino el carácter social que tiene la misma, así como lo complejo de su definición, su hallazgo, deja ver cómo esta escapa a los enfoques biologicistas y positivistas, lo ambigua que puede llegar a ser y como para su definición está sujeta a negociaciones y apreciaciones, así lo denota el siguiente texto :

Si la enfermedad mental fuera realmente una enfermedad en el mismo sentido que las enfermedades físicas, la idea de descalificar a la homosexualidad o cualquiera otra mediante el voto sería tan absurdo como que un grupo de médicos descalifiquen el cáncer o la diabetes de la categoría de enfermedad. Pero la enfermedad mental no es una enfermedad como las otras. A diferencia de las enfermedades físicas donde hay hechos físicos que tratar, la “enfermedad” mental es completamente una cuestión de valores, de lo correcto y lo equivocado, de lo apropiado y lo inapropiado. (Stevens, 1990 citado en Flores, 2011, p 446).

Para la autora esto implica no solo una cuestión de valores sino también la mirada que se tiene sobre un sujeto sufriente o un sujeto que vive la experiencia y lo emocional desde otras significaciones diferentes a las propuestas colectivamente.

Ante esto resulta complejo definir hoy en día que es considerado enfermedad mental por parte de la Institución psiquiátrica; sin embargo para Flores (2011) se pueden identificar dos términos recurrentes para referirse a enfermedad o padecimiento mental y es la esquizofrenia y la depresión; hecho que corroboro en la presente investigación al indagar sobre la situación de las pacientes del área de media y larga instancia, pues al preguntar sobre éstas se me informaba que las pacientes presentaban alzheimer, depresión y esquizofrenia.

Para la autora el uso de éstos términos tienen un sentido incierto, confuso y ambiguo incluso para el medio científico y médico, pues es polivalente. Para los terapeutas y enfermeras las tres patologías las resumían en una sola categoría, la de “locura”; así cuando preguntaba sobre el padecimiento de alguna paciente referían “ no sé que tendrá la señora no me acuerdo, tendría que ver la ficha clínica y el psiquiatra o el psicólogo son los únicos que manejan ésa información, pero aquí todas tienen algo, todas son loquitas mira a tu alrededor”.

Existe para la misma psiquiatría la dificultad para definir éstas patologías, a pesar del uso del método científico, del positivismo y biologismo que éste implica; lo cual ha constituido un reto para la ciencia sobre todo cuando de esquizofrenia se trata pues como se dijo en líneas anteriores cuando se habla de enfermedad mental no basta un hallazgo físico en el cerebro sino más bien toma importancia los comportamientos derivados de la enfermedad, comportamientos que son manifestados a través de la estructura cuerpo/emoción del paciente y por lo tanto se debe intervenir sobre dicha estructura.

Veamos a continuación como los hallazgos neuroanatómicos en el caso de la esquizofrenia no son factores o elementos suficientes para declarar la existencia de la enfermedad:

De los trabajos revisados, puede apreciarse, de que la búsqueda de lesiones cerebrales centrales ha fracasado, desde luego en determinado número de casos, se han encontrado cierto grado de lesiones cerebrales, pero estas lesiones no pueden ser consideradas, ni como el substrato necesario, ni como un factor suficiente para el determinismo de la

enfermedad. Por ejemplo en un estudio sobre envejecimiento, se anota que la esquizofrenia no produce ninguna lesión demostrable en el cerebro del anciano, e incluso que el cerebro de los esquizofrénicos presenta menos alteraciones seniles que el de los no esquizofrénicos.

Las investigaciones sobre la atrofia cerebral, permanecen inciertas y no se sabe si preexisten a la enfermedad, o si son la consecuencia. Ausentes en numerosos enfermos, se presentan fuera de la esquizofrenia, en el curso de otras enfermedades mentales, o incluso en sujetos normales (Publicación del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón Paracayacu”, septiembre 1994. N° 17, p 17)

Ante la ambigüedad de los hallazgos la enfermedad mental necesita una construcción teórica específica y tener unas pautas claras que puedan ser leídas tanto por psiquiatras, psicólogos, terapeutas y enfermeras. Esta construcción teórica serán una serie de signos y síntomas, unas conductas, comportamientos y maneras de percibir el mundo del paciente, así como ciertas emociones y sensaciones las que pondrán en evidencia la enfermedad mental. Así la enfermedad mental llega a ser una interpretación e interpelación del sujeto a partir de una lectura que se hace sobre el mismo. En esta lectura señala Mantilla (2015) se pone de manifiesto “el sentido común”, un sentido común de la ciencia de lo que no está bien, un sentido común que es una verdad oficial.

De este modo, el criterio de internación es el resultado de una tarea interpretativa sustentada en categorías teóricas de alto nivel de abstracción; que como tales se alejan de una evaluación sobre la situación de salud del paciente en cuestión y de otras interpretaciones sobre sí mismo. (Mantilla, 2010, p. 7)

A continuación veamos un fragmento de la entrevista realizada a una de las psicólogas clínicas de la institución la Dra. Jhanya Suárez quien estaba a cargo de las terapias cognitivas, en dónde se evidencian los parámetros utilizados para la lectura de la esquizofrenia:

Hay pautas lógicamente para diagnosticar a un paciente esquizofrénico. Tenemos nosotros un manual en el cual nosotros nos basamos para hacerlo. Es como cuando hay una gripe, entonces que tienes tu; signos y síntomas verdad. Qué siente el paciente , que siente un paciente con gripe... siente dolor de cabeza, fiebre , estornudos y moquera.

En un paciente esquizofrénico que vamos a ver : alucinaciones, delirios, anhedonia por ejemplo, que es la falta de sentir..... dejar de sentir placer. Pero claro la esquizofrenia es una enfermedad muy compleja, muy grande , que se divide inclusive. Esta tiene,

presenta síntomas negativos y síntomas positivos que se conoce, entonces tenemos pacientes que presentan; que son esquizofrénicos pero que ellos no sienten por ejemplo , que no ven alucinaciones no sienten que algo les está caminando o que alguien les dice que quiere que maten o que se maten porque hay pacientes de esos! (hace énfasis). Hay pacientes esquizofrénicos que te dicen es que tengo voces todo el tiempo que me dicen que me mate. Entonces ese síntoma o ese signo no se va a ver en todos los pacientes con esquizofrenia...

(Y se puede curar? Pregunta una de las pacientes que se ha quedado escuchando la entrevista)

Jhanya: No tiene cura... (mmmm dice la paciente agachando su cabeza como si quisiera demostrar tristeza), la esquizofrenia no tiene cura (ya ya dice la paciente) Entonces claro! Es tratable nada más . Y es eso lo que nosotros hacemos no, conjuntamente con la medicación que la da el psiquiatra, entonces ya digo es un trabajo complementario con lo que hace el psiquiatra nosotros aquí venimos a que, a reforzar en las áreas que se está perdiendo del paciente, y ahí hacemos nuestra intervención terapéutica, para qué?; para seguir mejorando la calidad de vida del paciente y que no se vaya perdiendo más de lo que ya está.

Para Flores (2011) a diferencia de otro tipo de hospitales, el hospital psiquiátrico promueve en los sujetos la idea de que la enfermedad que padecen es incurable, como vemos en esta entrevista, o generan en el paciente el significado de peligro y amenaza para quienes los rodean y para sí mismos. Esta característica de incurable que tiene la enfermedad mental, para la autora obedece a la falta de un criterio consensuado de lo que es salud; si bien existe en la institución una idea de lo que es la normalidad el paciente al ser interpretado e interpelado en cada sesión va a mostrar un carácter de perfectible; por lo tanto advierte Flores (2011) el tratamiento de los desórdenes mentales es incierto, así como sus pronósticos en cuanto a duración de la enfermedad y eficacia de la medicación.

Debido a esta incertidumbre la única manera de comprobar que el paciente está superando su afectación mental es haciendo una lectura de su desenvolvimiento en las terapias, en su experiencia, en como la organiza, en cómo es capaz de entender una situación y las emociones que proyecta. De ésta manera para establecer la enfermedad mental psiquiatras y psicólogos indagan justamente en experiencias de la vida íntima de los pacientes como evidencia la siguiente entrevista:

-Cómo se pueden dar cuenta los médicos si un paciente esquizofrénico se encuentra estable?

Dra. Jhanya: Por ejemplo hoy día vengo y empiezo la terapia preguntándole a la paciente como se hace una sopita de fideo por ejemplo, que es una sopa muy simple, entonces que va a hacer la paciente; va a empezar a contarme como se hace; y que estoy haciendo ahí? ... estoy viendo la capacidad de memoria, de recordar, de analizar si.....Entonces estoy analizando mucho de eso . Entonces con cada una de las actividades que uno realiza, que parecen preguntas simples , es sacarle el jugo de lo que el paciente me puede dar a mí y yo le puedo dar al paciente como ayuda hacia él; y claro él a mí para mi aprendizaje. (Entrevista realizada a la Dra. Jhanya Suárez, 15 de noviembre del 2013)

Vemos con esto que a la enfermedad mental subyace una experiencia, unas prácticas que son importantes para la valoración y diagnóstico; que son herramientas para saber en qué medida se puede hacer perfectible este sujeto “psiquiatrizado”. Esta experiencia no constituye al sujeto como tal o a su ser, sino que lo enajena, lo separa de su experiencia para fines diagnósticos.

En este sentido dentro de la “técnica” o las “formas” que describa una paciente para preparar una sopa de fideo, al ser un sujeto “psiquiatrizado” serán sospechosas y puestas en duda, pues como dice Clavreul (1978) citado en Flores (2011) ,la enfermedad mental tiene un carácter tramposo y es un ser extranjero al enfermo; tan extranjero que el paciente durante la descripción de la preparación de la sopa podría no caer en cuenta de estar “delatándose” como poseedor de la enfermedad mental y a la vez reafirmando su posición de paciente; o por otro lado bien podría construir una narración que satisfaga a quien lo evalúa.

Tanto al psicoanálisis como a la psiquiatría le interesa organizar y dar forma a eventos pasados, a la experiencia como se ha visto a lo largo de éste capítulo no porque le interese el sujeto en sí mismo sino que se centra en encontrar eventos o episodios que puedan dar cuenta de una ruptura en el cotidiano, algo que está “suelto”, de esta manera se va tejiendo una historia del sujeto psiquiátrico, es aquí cuando se entra en su intimidad y se la interpela se indaga en sus recuerdos, gustos, maneras en que hacía las cosas, sus prácticas; todo esto se pone a disposición del personal a cargo para la construcción del paciente como se ve a continuación:

Las capacidades cognitivas se van perdiendo a medida que va transcurriendo el tiempo. Eso nos pasa a todos los seres humanos, pero resulta que en los pacientes que por ejemplo son psiquiátricos como un esquizofrénico, esto se da con muchísima más rapidez. Entonces, un paciente que tiene esquizofrenia a los 57 años, no será igual que un paciente que tenga 57 años y sea normal. Entonces el deterioro cognitivo es marcado, es más grave; y precisamente es a eso a lo que nosotros nos enfocamos en cuanto a psicología clínica. De mano de la terapia ocupacional y lo que es los talleres lúdicos, son actividades complementarias, para que; para que el paciente refuerce, como ya dije, refuerce memoria, refuerce la capacidad de recordar, su atención, la orientación en tiempo y espacio, saber qué día es hoy y por qué, en qué fecha estamos, en qué año estamos, y del mismo modo sacar las reminiscencias de lo que ellos han pasado durante toda su vida. Los recuerdos que ellos van viviendo ahora y que nosotros los sacamos a la luz, de la infancia, etc son momentos que les ayudan, para qué. Para sentirse aún vivos y para que, para mejorar las capacidades de las que ya te hable. (Entrevista realizada a la Dra. Jhanya Suárez, 15 de noviembre del 2013)

De ahí que la psiquiatría pero también “el psicoanálisis se transforma en un marco de inteligibilidad en el procesamiento del sufrimiento de la vida cotidiana a través de prácticas terapéuticas” (Mantilla, 2015, p. 3). Si algo caracteriza a la mirada psiquiátrica es que se aprenden a ver enfermedades; y en pos de este ejercicio cuerpo y emoción va a ser una estructura que es moldeable, pero que también moldea al paciente y arroja información respecto al mismo.

Así para Mantilla (2015) la mirada psicoanalítica se vuelve un recurso para entender la historia del paciente, en cada encuentro se lo construye, pero en ésta construcción el paciente es objeto de “especulaciones teóricas y argumentaciones que explican y organizan su trayectoria psiquiátrica en forma de eventos interrelacionados y teóricamente explicados” (Mantilla, 2015, p. 3)

Así por ejemplo la Dra. Suarez solía hacer lecturas de los dibujos de las pacientes durante las terapias, para determinar el estado emocional de las pacientes; aún cuando el dibujo se lo presentaba como una actividad recreativa:

-Veo que en la terapia de hoy se les ha dicho a las pacientes que dibujen lo que quieran, qué buscan con éste tipo de ejercicio?

Ya... haber, esto es una actividad y se llama la actividad de pintura espontánea, que es una técnica. Las técnicas por ejemplo que nosotros como psicólogos aplicamos; son técnicas que ya han sido aplicadas antes y han dado resultados . Esta técnica se utiliza para pacientes esquizofrénicos y con demencia por qué?. El momento en el que ellos adquieren la enfermedad o bueno han nacido, bueno depende del origen de la enfermedad se ve afectado una parte de su cerebro, una lateralidad de su cerebro que no está siendo explorada todavía o que por ejemplo se afectó.

En el caso de la esquizofrenia los pacientes pierden esta capacidad de imaginación al plasmarlo, ellos tienen imaginación para decirte tengo alguien aquí, que bueno! Ya no se llama imaginación sino es parte de la esquizofrenia. Tengo alguien que me está hablando aquí me está diciendo que me mate o que te mate. Ellos tienen eso pero resulta que el rato que tú les dices plásmame eso, ellos han perdido la capacidad artística de su hemisferio izquierdo.

Entonces no se encuentra eso. Y lo que hago ahorita con la técnica de la pintura espontánea, eso es lo que estoy utilizando . Quiero sacar de ellos esa parte que no están utilizándola , entonces a medida de que veo cada dibujo me doy cuenta de... claro de la **interpretación**, en sí del dibujo, que quieren plasmar en eso.

Una de las pacientes dibujó una señora con un payaso!, ya? Una señora con las piernas cruzadas, y yo le pregunto y quién es? Y ella me dice no es nadie , es simplemente una persona. Lógicamente es ella la que se estaba dibujando ya?... (sonríe)

-Y cómo saber que la paciente se ha dibujado a sí misma y no a una persona como dice?

Porque ya son dibujos proyectivos que se llaman. Son técnicas que uno ya aplica en psicología directamente, son técnicas psicológicas. (me lo dice sonriendo)

- ¿Entonces tienen una plantilla por así decirlo, que se aplica a todos los pacientes? La paciente tiene su verdad, así como usted la suya, ¿como está tan segura de la interpretación que le da al dibujo?

Precisamente, lo que te hablo de lo que es la proyección, eh... se utiliza mucho en psicoanálisis ya...Esto fue creado por Freud y bueno y todos los que siguieron adelante de él. Resulta que en los tests que nosotros realizamos o aplicamos , el dibujo por lo general, es precisamente una proyección. Que hago yo , estoy entrando al inconsciente de la persona.... Que aparentemente está dibujando en su modo consciente no, estoy aquí, yo sentada aquí estoy dibujándole a la persona .Pero que hago, es realmente el inconsciente el que me está diciendo que es lo que pasa ahí.

Si yo le preguntaba en ese momento, que claro que no lo hice ... porque solo aplique la técnica y no quise ver resultados! (refiriéndose a la paciente que según la Dra. Jhanya se dibujó a sí misma). Entonces si yo le preguntaba qué edad tenía, lo más probable, era que me diga una edad como la de ella; similar al menos, o entre el rango de edad en el que ella está ubicada . Porque ya te digo es proyectivo, y que pasa... se da lo del inconsciente de la persona casi siempre pasa eso..... no, entonces precisamente por eso te digo, era ella , y como le puso, como le vistió . Esta señora siempre se viste con un pañuelo en la cabeza, y el dibujo tenía un pañuelo en la cabeza. Entonces son signos que te vas dando cuenta a medida que le vas conociendo al paciente y que, claro ya... lo plasma.

-En el resto de terapias se les da a los pacientes algo preestablecido, de pintar o de llenar, en vez de ser una actividad creativa parecería ser una actividad limitante, por qué se da esto?

Ya, en el caso de nosotros casi..... nosotros no utilizamos eh di pinturas para que los pacientes hagan precisamente un boceto y que ellos cojan y pinten , casi no lo hacemos; pero también se puede medir imaginación y el mismo hecho de una enfermedad. Una persona consciente, con todas las capacidades , una persona consciente por ejemplo tu papi, no sé puede tener 50 años ya? supongamos ; y tú le dices que dibuje un animal, a la vaca una vaca que dibuje , tu papi no le va a hacer la cabeza azul!! Tu papi no le va a hacer a la vaca con 5 patas!! Por qué?, porque está aparentemente sano!! Verdad? Ya.....

Y si yo le doy un boceto de una..... de un perrito que me pinte, tu papi no le va a pintar al perro rosado verdad?

-¿No le parece creativo eso de romper el esquema utilizando otros colores?

Ya, ya exacto!!! (me contesta rápidamente, ni bien acabo la pregunta)

Tiene creatividad, tiene creatividad muy bien! Eso es muy cierto; no dejamos de reconocer la creatividad del paciente , pero!!! Tu le preguntas al paciente en ese momento en el que está pintando al perrito rosado , y le dices y los perros son rosados? Y la paciente te dice si!! Los elefantes también son azules!..... pero convencidos de que esa es una realidad, más no creatividad.

A un niño cuando le das una pintura de que claro..... tengas un niño de 5 años y le haces que haga una pintura así , que pasa con el niño, el niño coge y te pinta, te puede

pintar el perro rosado y cuando tu le preguntas porque ese color te dice porque a mi me gusta, entonces te das cuenta de la diferencia?⁴

Entonces ves el paciente está convencido de que eso es realidad, el vive su realidad de este modo; en especial eso pasa en la esquizofrenia y en la demencia, esa es su realidad!. Su realidad es que el perro sea azul ; esa es su realidad!. Claro ya no es creativo, porque es la realidad que el paciente vive.

A diferencia del niño de 5 años, esa no es su realidad, el está pintándole al perro azul , porque le gusta el color azul, o porque me imaginé que es azul, ahí es creativo! . En el paciente esquizofrénico que ya tiene toda la capacidad de distinguir el color de un animal; es que ya no pasa eso, porque él está viviendo su realidad y punto. (Entrevista realizada a la Dra. Jhanya Suárez, 11 de noviembre del 2013).

A lo largo de la entrevista vemos lo que advierte Mantilla (2015) y es que la mirada científica busca patrones mediante los cuales se pueden organizar la experiencia del paciente. La autora advierte que los psicoanalistas se topan con relatos que son desordenados y desconectados, lo que hace que estén obligados a encontrar éste patrón para su explicación; así según Mantilla (2015) la psicología organizaría y prioriza relatos e historias respecto al paciente, es decir prioriza la palabra; sin embargo en la psiquiatría con el fin de ser más precisos e identificar la enfermedad en el plano material va a priorizar comportamientos, conductas, gestos movimientos; es así como se van armando el “caso” del paciente.

⁴ Recuerdo una vez durante la hora de terapia ocupacional, en la que se dio a los pacientes justamente algunos dibujos para pintar entre ellos un perro. La paciente Lyli lo pintó amarillo, me dijeron que “vigile que pinte bien”, “ los perros son cafés” dijo la terapeuta y le sugirió varias veces “porqué no le hacemos cafecito”; entonces pregunté a “Lyly” porque no le pinta café?, y ella me respondió es que me gusta el amarillo; es bonito.

3.2 Quién es el paciente psiquiátrico. Cómo lo define el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en tanto Institución

El discurso de la institución parte de una lectura inicial del sujeto, ya sea en una entrevista en el consultorio o durante el ingreso a emergencia cuando el sujeto ha entrado en “crisis”⁵. Ésta primera lectura del proceder del sujeto queda registrado en lo que se conoce como “anamnesis” o ficha clínica. En ésta se describe los signos y síntomas que éste sujeto ha mostrado y la razón por la cual debe ser ingresado y tratado.

La anamnesis constituye un registro y la herramienta con la cual se verifica el progreso o el retroceso en términos de comportamiento que tiene el sujeto a partir de la intervención terapéutica, la misma que hace su entrada inicialmente a través de la medicación; sin embargo, es durante las terapias ocupacionales y cognitivas dónde se evalúa, se verifica o comprueba si ésta medicación está siendo efectiva y si la paciente responde a la misma.

La efectividad de los medicamentos administrados se ven a través de las terapias, en la medida en que las pacientes cumplen con los objetivos de los ejercicios o las actividades, y si entran en sincronía con las situaciones que se presentan en las terapias; es decir llevan un lenguaje verbal y corporal que permite la interacción entre terapeutas y enfermeras con pacientes, si son capaces de asimilar órdenes y cumplir lo que se les pide realizar sin refutar y sin mostrar señales de “agresividad”, si ponen atención a la actividad, y finalmente si hacen la actividad en el tiempo estipulado y no realizan una actividad que no sea la destinada para ése espacio como por ejemplo dormir en el taller **(ver fotografía n° 1 en Anexos)**

En éste sentido lo que la institución psiquiátrica demanda de éste “otro” es obediencia y docilidad; es aquí que se habla de un paciente “infantilizado” pues veremos más adelante que en éste cumplimiento de los ejercicios que se le pide realizar durante las terapias se vuelve dependiente del personal, busca quedar bien con el mismo y en algunas veces busca opiniones, sugerencias, aprobación y felicitación.

⁵ Para el Doctor Jiménez, quien es uno de los doctores que pasa visita semanalmente la crisis psiquiátrica es un episodio en el cual el paciente es incapaz de afrontar una situación difícil, la misma que puede causarle ansiedad y estrés. Esta situación se vuelve intolerable y sobrepasa los mecanismos que tiene una persona para responder a una adversidad. Algunas veces señalaba no es en sí la misma situación o evento el causante de la crisis sino la manera en que el paciente percibe la situación; es decir que no tiene una estrategia adecuada para enfrentar el evento y es ahí cuando se desarrollan ciertas pautas cognitivas, afectivas y emocionales en las que el psiquiatra tiene que intervenir.

Existe una construcción del sujeto “psiquiatrizado” que empieza, según Goffman, (1970) con la mutilación del yo y el despojo del rol que se tenía fuera de la institución; pero es a través de la historia clínica que se empieza a construir al paciente y en adelante con los encuentros con los terapeutas y enfermeras durante los talleres, donde será evaluado el manejo de su cuerpo/emoción.

El autor señala que en el proceso de admisión para despojar al individuo de su yo exige que se expongan ciertos datos de su intimidad, que puede que el individuo haya guardado celosamente a lo largo de su vida, para transmitir a la sociedad una imagen de sí, se lo despoja de la estrategia que usaba para autoidentificarse, Goffman (1970) advierte que al individuo se lo desidentifica. Estos datos íntimos del yo que quedan expuestos como forma de desestructuración del rol y de la identidad, son por ejemplo datos que conciernen a su estatus social, a su conducta del pasado, especialmente hace referencia a hechos que lo desacreditan y que justifican el por qué fue a dar en ese lugar.

Estos datos señala el autor son puestos a disposición del personal el cual sabrá usar de la manera que se considere pertinente, entonces será el personal médico o administrativo el que decida el momento en que saca a la luz o no estos datos para poner en una situación de compromiso al paciente como veremos en el caso de “Manuel”. Hay un manejo de la información de la intimidad de los sujetos que es usada para Goffman, (1970) como un medio de autorregulación.

El ejemplo de “Manuel” nos puede servir para identificar cómo el manejo de la información íntima del paciente puede ser usada para la autorregulación de la conducta del paciente, pues ciertos datos pueden ser motivo de vergüenza, y por otro lado cierto tipo de conducta podría recordar un episodio del pasado, este pasado en la institución se lo asocia con un retroceso en la cura del paciente.

“Manuel” era un paciente de 26 años de edad que ingresó al hospital psiquiátrico Sagrado Corazón por motivos de consumo de drogas. “Manuel” decidió compartir conmigo su historia en una mañana de martes a las 10:30 am mientras tomaba el sol junto a una grabadora, en uno de los pasillos alrededor del patio de media estancia.

Según refería “Manuel” el estar tomando el sol y escuchar música se lo ha ganado por su buen comportamiento con todo el personal médico y administrativo. “Manuel” cuenta que fue hace cuatro años que cayó en las drogas por la depresión que le causó el

terminar con una novia a la cual él quería mucho. Él señalaba que dejó sus estudios debido a esta situación, y que tenía muchos problemas con su padrastro y con su madre.

Señalaba también que en ocasiones llegó a amenazar a su madre y ponerla contra la pared para que le proporcionara el dinero para comprar una sustancia que calmara su tristeza, resalta por cierto que nunca quiso hacer daño a su madre por el mismo hecho de lo trajo al mundo y porque la quería; sin embargo aducía que ella no lo entendía y eso le causaba una profunda tristeza.

El paciente refería que éste episodio se lo recordaban ciertas religiosas y enfermeras diciéndole: “Manuel” tú eres una buena persona”

“Manuel”: “Suponte a veces cuando ya digo que me quiero ir, me saben decir todavía no acabas el tratamiento, no querrás hacerle eso de nuevo a tu mamá, y claro obviamente que no quiero eso, yo quiero estar bien retomar mis estudios y estar bien con ella” (Entrevista realizada el 12 de noviembre del 2013).

El caso de “Manuel” evidencia uno de los factores que tiene que superar el “sujeto psiquiatrizado” y es cierta redundancia y recurrencia de episodios pasados de la vida íntima que refuerzan la idea del tratamiento y la intervención; de ahí que Mantilla (2010) advierta que :

Desde la lectura psicoanalítica se afirma que “el sujeto es responsable de su síntoma”. Por ello la búsqueda de “responsabilidad subjetiva” orienta las decisiones de internación. Mediante la decisión de internación pretenden “instalar cierta inscripción de lo que la motivó, de la posición que el paciente tenía en la escena que provocó la internación”. De este modo el paciente podría “modificar su posición” y la internación no sería una experiencia indiferente. No obstante, en el caso que este tipo de implicación no se produce, es decir “el paciente no hace ningún movimiento”, el psicoanalista puede interpretarlo como una falla en el tratamiento, producto de intervenciones inadecuadas o como una actitud poco favorable del paciente en tanto ausencia de disposición a “trabajar”. Mediante la internación buscan propiciar “una mara”, un antes y un después que permita “trabajar” con el paciente:...(Mantilla, 2010 p. 7)

Es por esto que el paciente psiquiátrico dentro de la Institución sufre un destino incierto, dado que aún cuando logre la anhelada “responsabilidad subjetiva” y acepte su “caso” no puede asegurar que no se volverá a repetir un episodio igual o de similares características que lo llevó a la internación. Por lo tanto el paciente psiquiátrico dentro

de la Institución para Mantilla (2010) desde el psicoanálisis es una persona que debe mantenerse “enganchada” no solo a un episodio de su vida que es irregular o que escapa a la comprensión del paciente, sino que de éste episodio dependerá a su vez que se mantenga enganchado al tratamiento y al devenir de éste.

Existe un recordatorio de la conducta previa y no aceptada del paciente antes de su ingreso al hospital, que se espera que la supere por el bien sobre todo de los que lo rodean, es por esto que durante la conversación “Manuel” decía que se esforzaba portándose bien para que le den más salidas y para que finalmente pueda regresar al mundo exterior.

“Manuel”: “hay veces que me pongo triste ponte por estar aquí o me pongo enojado, porque digo si no le hubiera hecho eso a mi mamá no estuviera aquí, y cuando quiero enojarme me dicen Manuel tu eres bueno porque te pones así, así que yo trato de ser muy amable yo siempre saludo a las enfermeras, y hasta a las señoritas que sirven la comida, yo soy un tipo tranquilo verás” (Entrevista realizada el 12 de noviembre del 2013).

Evidentemente con “Manuel” se aprecia los intentos de hacer un “movimiento subjetivo” del que habla Mantilla (2010) cuando se insiste en que él es bueno apelando a darle un rol y una posición. Por otro lado el paciente del Hospital Sagrado Corazón es un sujeto que debe mostrara docilidad, ya que como vemos en este caso el mostrar enojo refuerza la idea de intervención y de permanencia del paciente dentro de la institución.

Para Goffman (1970) existe una exposición de hechos ocultos o íntimos que desacreditan el yo del interno y que son expuestos a un público en este caso las enfermeras, hecho que generaría una especie de prejuicio , de sujeción o incluso de temor a que el paciente vaya a reiterar un comportamiento que exhibió bajo una situación determinada, en un momento particular de su vida y en un lugar con unos actores específicos, de ahí que en la historia de “Manuel” se evidencia una especie de prevención hacia un comportamiento agresivo que comprometa a algún miembro de la institución por esto es que desde ya se le advierte que “él es un hombre bueno” hecho que anticipa un comportamiento normado y adecuado.

Goffman (1970) señala que el individuo que pasa a calidad de interno tendrá que ser expuesto a toda una serie de pruebas como el “test de obediencia” que no es algo explícito sino que se evalúa o se mide la capacidad de colaboración y disposición del

individuo para el ingresamiento a la institución, que implica la cooperación para la toma de datos, de peso, de huellas digitales, e incluso que el individuo muestre respeto y cordialidad con quienes le hacen preguntas respecto de su historia, y sus problemas.

En estos momentos iniciales señala dicho autor, el “test de obediencia” lo que busca es situar al interno en calidad de un individuo dócil respecto a la autoridad, y por otro lado evaluar sus reacciones.

Para el ingreso de un paciente al hospital psiquiátrico, a la zona de adicciones según informaba “Manuel”, es necesario una serie de pasos. Existen unas entrevistas previas tanto con el familiar del paciente o con la persona que toma la potestad y la decisión sobre este individuo de dejarlo allí pues considera que el mismo ya no puede cuidarse por su cuenta, o porque ya no puede ser cuidado dentro de un núcleo familiar.

Según las conversaciones llevadas a cabo con una de las psicólogas del hospital, se me informó que es poco común que una persona vaya al hospital por su cuenta, siempre hay alguien que le va a dejar al individuo a la institución, como puede ser un familiar, un conocido o una trabajadora social que evalúa el estado de su familia, y considerando si la persona es apta o no de hacerse cargo de sí mismo y gobernar tanto su mente como su cuerpo ante las diversas situaciones de la vida.

La entrevista que se realiza tanto con el paciente como con su familiar o la persona encargada de este, no solo sirve para ubicar al individuo en una esfera social, y ver como interactúa con ella, se ve su status y rol dentro de esta y como es que deja de acoplarse y ser funcional pues ya no cumple con las normas y las lógicas requeridas dentro de esta, ahí entra el diagnóstico médico psiquiátrico, el cual explica el por qué este individuo tiene que ser separado del mundo exterior.

La entrevista como vemos es un primer proceso dentro del ritual de admisión y de iniciación del que habla Goffman, (1970), esta es un primer intento de categorización y de ubicación del individuo en la sociedad, y luego dentro de la institución al área a la que tiene que ir. Por otro lado como señalaba el autor en la entrevista hay una especie de careo donde se mide la obediencia y el respeto del paciente con la autoridad, la docilidad y la capacidad de colaboración para su internamiento y para todo el proceso de curación.

Así “Manuel” refería que a su primera llegada al hospital, él no quería estar en calidad de interno; sin embargo fue su madre la que decidió que era necesario que este allí después del episodio en el que “Manuel” la agredió poniéndola contra la pared. El escuchar contar este episodio por parte de su madre al doctor, según “Manuel” lo hizo recapacitar, pues quería superar esa escena desagradable, refería por otro lado que se le preguntó si iba a portarse bien y no a portarse agresivo como en aquella ocasión a lo que él había respondido no volver a portarse agresivo.

En este careo ya lo advertía Goffman (1970) se expone también una historia que compromete el yo y lo avergüenza como en el caso de este paciente evidentemente, este acto fue el que marcó y sirvió de detonante para su ingreso. Se expone un episodio de la vida del individuo, que el tratamiento deberá erradicarlo.

Después de esto señalaba “Manuel”

Tú firmas un compromiso en el que aceptas todas las condiciones y las normas del hospital, pero este sabe ser solo hasta mientras, luego si firmas el definitivo porque primero estás a prueba a ver si no te escapas, porque ponte yo me escape dos veces” (Entrevista realizada el 12 de noviembre del 2013).

Una vez que se han firmado los papeles viene, como en todo ritual, un proceso de separación del individuo “Manuel” señalaba que antes de su ingreso como paciente interno permaneció en el área de desintoxicación. “Manuel refería que en ésta área se encontraba con otros pacientes, y no les era posible recibir visitas en este período de la desintoxicación; por otro lado se buscaba que vayan poco a poco acostumbrándose a no estar bajo efectos de sustancias psicotrópicas o alucinógenas como las drogas.

En el proceso de separación también se pone a prueba la docilidad del individuo en su comportamiento, el “test de obediencia” del que hablaba Goffman (1970) el cual es implícito. Así la historia de “Manuel” pone en evidencia este hecho; el paciente refería que ante la autoridad que en este caso era el doctor, el día de la entrevista él había hecho un compromiso de no volver a portarse agresivo, sobre todo porque se sentía culpable de haber sido violento con su madre. Sin embargo, una vez que se encontraba aislado en el área de desintoxicación con otros individuos en su similar condición, “Manuel” señalaba que tuvo que actuar en defensa propia y “meterle un trompón” a uno de los

individuos con quien compartía la sala, el cual se encontraba hostigándolo con palabras e invadiendo su espacio físico mientras lo tocaba. “Manuel”aducía lo siguiente:

Imagínate como no quieres que reaccione así agresivo si ese tipo era que molestaba y que molestaba, no sé si estaba drogado o tenía problemas mentales, o si yo también todavía tenía droga en mi cuerpo, pero yo tenía muchísimas iras. Que no te vas a enojar cache, tú llegas y te meten ahí con medio mundo con manes que tienen otros problemas y que empiezan a decirte cosas, yo cogí y a este tipo le metí un trompón.

Pero luego vinieron los doctores con unos manes y me dijeron cálmate “Manuel” estas así porque ya no tienes droga en tu cuerpo, tranquilo ya? Y para que te miento si sí estaba como un loco, los manes me dicen verás “Manuel” te vamos a hacer esto, esto y te vas a sentir mejor

- ¿Qué te iban a hacer?

-Mmm osea me dieron electroshock

-Y eso cómo es?

-Osea te acuestan y te ponen unas notas en la cabeza, así a los lados y te dan descargas eléctricas, y funciona verás porque después de eso para que te voy a mentir yo ya quede tranquilo, así es como que te quedas fresco medio relajado ya ni ganas te da de pelear; no sé es medio raro pero santo remedio.

Después de esto señalaba “Manuel” “tu firmas un compromiso en el que aceptas todas las condiciones y las normas del hospital, pero este sabe ser solo hasta mientras, luego si firmas el definitivo porque primero estás a prueba a ver si no te escapas, porque ponte yo me escape dos veces” (Entrevista realizada el 12 de noviembre del 2013).

Vemos que no se toma en cuenta las razones y la situación que llevó al paciente a mostrar una emoción como la ira, lo que se toma en cuenta es que el paciente no exhibió la docilidad y la renuncia a una conducta agresiva que había acordado con la autoridad en la entrevista; de ahí que se haya usado cierto procedimiento sobre su cuerpo para controlar emociones como la rabia y la ira, y a su vez controlando éstas el cuerpo del paciente deja de ser confuso e ilegible en sus expresiones, en su comportamiento, para volverse un cuerpo más amable capaz de interactuar y entrar en sincronía con los cuerpos y emociones del resto de pacientes.

La importancia que adquiere el “sujeto psiquiatrizado” con su nuevo rol de paciente psiquiátrico dentro de la institución, radica en que de ahí en adelante terapeutas y enfermeras y doctores, tendrán la potestad para reorganizar la vida y el mundo del individuo a través de su cuerpo/emoción.

Llegar a establecer que unos individuos son pacientes psiquiátricos desde la mirada de la institución implica también una homologación de una población variada, pues como se dijo al inicio del presente trabajo conviven individuos sin familia, adictos y los que “tienen” la enfermedad mental, que contradictoriamente resultan en un momento dado siendo todos los pacientes allí internos como vemos en la siguiente conversación:

- y ella que tiene??

-Enfermera: ahmmmm..... no sé.....

-porque se le ve tan lúcida y despierta que para mí está bien incluso he conversado con ella, no sé que hace aquí.

-No no creo, todas tienen algo verás en mayor o menor grado, pero si tienen

-y él? Que tiene?

- (la enfermera sonríe) es que nosotras no tenemos acceso a las fichas de psiquiatría, pero ya te digo todos tienen algo por lo mismo que están viejitos como el señor. (Conversación mantenida en el comedor con una de las enfermeras, agosto 2013).

Una de las características más importantes del paciente psiquiátrico, es que puede llegar a “actuar normal” pero al ser un “sujeto psiquiatrizado” es decir que está interpelado constantemente por la institución siempre será perfectible.

Veamos a continuación un fragmento de la entrevista a la Psicóloga Clínica, la Dra. Suárez, que da cuenta de la relación existente entre los pacientes “normales” con los “pacientes psiquiátricos”, pero que en la convivencia y como sujetos institucionalizados ambos terminan siendo sujetos psiquiatrizados por cuanto su manera de organizar el mundo y su intimidad son intervenidas por personal médico:

-Tengo entendido que aquí en el hospital hay pacientes con diferentes problemas no sólo mentales, cual es la relación de ambos grupos de pacientes:

Haber, si hay pacientes que no son psiquiátricos, y ellos saben que están en un psiquiátrico ; entonces están conscientes de donde están, del sitio en el que están mmm lo aceptan, lo aceptan! Porque como son personas eh... sanas mentalmente entonces es como que..... ya se acostumbraron al hecho de que estén con pacientes psiquiátricos “ah no es que ella es así!, si si sabe estar muy muy enojona” dicen algunos, entonces ya les llegan a conocer así: “es muy enojona” , cuando es una paciente agresiva, es muy enojona se sabe morir de iras cuando no le traen rápido el almuerzo por ejemplo.

Entonces ya conocen, y ya se han adaptado al medio, claro habrá pacientes los nuevos por ejemplo, que no se adaptarán al medio; y que dirán ya pues ni modo , pero hay otros que si, depende del paciente, el contexto... de todo!

**-¿Cómo podría afectar esto a un paciente “normal” que está en un psiquiátrico?
¿Puede ser esto motivo de depresión para ambos grupos de pacientes?**

La depresión, ya más tiene que ver en cuanto al abandono, o al estar lejos de la familia , pero, casi por el hecho de, por el hecho de estar encerrado... eso! le puede generar . Pero por el hecho de compartir ehh, sitio con otras personas no; porque como la mayoría de pacientes psiquiátricos están claro con medicación entonces **actúan aparentemente normales**, entonces se han acoplado entre ellos y no hay problema casi por eso.

Es el encierro el que les produce depresión, es el estar aquí adentro, el estar sin familia, el dejar de haber hecho las actividades que ellos hacían eso de pronto les causa un poco de tristeza y de que sí “me pongo mal hoy” pero de ahí no . (-Entrevista realizada a la Dra. Jhanya Suarez psicóloga clínica. Viernes 15 de Noviembre del 2013).

La entrevista pone de manifiesto que en el fenómeno del internamiento coexisten varios tipos de pacientes que son homologados implícitamente cuando son psiquiatrizados a través de la intervención terapéutica sobre todo a lo que se refiere terapias ocupacionales y cognitivas, pues no existe especificidad de las terapias según el diagnóstico, lo que existe es lo que se ha dicho a lo largo del trabajo una evaluación del manejo del cuerpo/emoción del paciente para establecer si hay mejoría o no muchas veces se evalúa al paciente en términos de obediencia y docilidad.

Todo individuos, en su condición de ser humano está en la capacidad de exhibir una serie de humores, conductas o comportamientos de acorde a la situación y a los estímulos a los que se encuentre influenciado; esto constituye también parte de su subjetividad y constitución de su individualidad; en este sentido cuando hablamos de la

condición humana es posible homogenizar ciertas conductas más allá del ámbito cultural o social; para ser más explícitos, todo ser humano en diferentes culturas y sociedades es capaz de reír, llorar, sentir alegría, tristeza, ira y enojo; obviamente esto recalco, dependerá bajo que situaciones se encuentre y los significados que le dé a los diferentes estímulos que provienen del exterior; significados que vendrán dados del sistema cultural.

Cabe resaltar que el paciente psiquiátrico reafirma su rol cuando muestra expresiones como la ira, como en el ejemplo presentado a continuación:

El uso del término médico “descompensar” era de uso común en terapistas y enfermeras para referirse y explicar un comportamiento no esperado por ellas de determinado paciente. El término “descompensar” como veremos a continuación refleja una situación que asumo muchos de nosotros la hemos experimentado, pese a eso no hemos necesitado de mayor ayuda como las inyecciones; sin embargo, por tratarse de una institución cuando se recurre a este término implica un procedimiento especial para el paciente “descompensado” como vemos evidenciado en la entrevista a continuación:

-He escuchado que aquí dentro se maneja bastante el término: “descompensar”. Se “descompensa” el paciente; cuénteme un poco de eso, no sé si llaman descompensar al tener ira; porque puedo yo estar descompensada al rato que me enojo y empujo a alguien?

El paciente se descompensa no?, claro es decir pierde el equilibrio normal en el que está ehh ... cuando por ejemplo ha dejado de tomar la medicación o en un paciente que no está medicado cuando sabemos que tiene una enfermedad. Sabemos que está diagnosticado con una enfermedad y que a pesar de no estar medicado porque es un paciente que no necesita medicación , uno viene e irrumpe en lo que no es ético ya!.

Por ejemplo , tengo un paciente adicto y él no está medicado, entonces está en proceso de recuperación y yo vengo y le empiezo a hablar de la borrachera que tuve ayer noche y le digo y como eran tus borracheras? Te acuerdas que era lo que sentías?. Es un paciente que lógicamente está en un proceso de curarse , porque el alcoholismo es una enfermedad .

Está en proceso de curarse y yo que hice!? Vine a fregarle la paciencia contándole de mi borrachera y vine a inmiscuirme en algo que no viene dentro del proceso terapéutico de curación del alcoholismo ,y vengo a decir oye te acuerdas lo que sentías?, lógico que va

a pasar con este paciente, se va a empezar a acordar de sus borracheras, se va a empezar a acordar de lo que sentía ...

Depende muchísimo también de la personalidad de este paciente. Siendo un paciente que claro, no le afecte eso porque ya estoy casi curado, y no me afecta y unos pueden decirte habla tú de tu borrachera, es tu problema; puede que pase eso. Pero va a haber pacientes que por su personalidad o por su forma de ser, o por las experiencias que tuvo en su vida, tiene que haber igual ya digo muchísimos contextos añadidos a eso, se ponga mal y diga: por qué estoy aquí adentro!, que pasó conmigo!, quiero salirme!; y bota el programa. Que pasó con el paciente, **se descompensó**, pero por qué, porque no fui ética en lo que hice.

Entonces eso pasa, sí hay pacientes y claro en el caso de los pacientes psiquiátricos se descompensan cuando no se les ha medicado, cuando no han tenido la medicación adecuada o cuando ha sido demasiada la medicación, o precisamente cuando algo le pasó en cuanto a la vida diaria, entonces eso es.....

-Entonces puede el paciente “descompensarse” aún estando con medicamento?

Sí, puede pasar, puede pasar ¡ está con medicamento, pero resulta que le, le... *todos tenemos un límite pues no?*, entonces tengo un paciente psiquiátrico que se que es agresivo y viene otro compañero y coge y.... y se pone agresivo con él, va a reaccionar.... A pesar de la medicación va a haber un punto en el que reaccione porque está consciente.....

-Y cuando eso sucede, que hacen?

En este caso es mayor medicación por ejemplo, porque eso ya tiene que ver más con la psiquiatría, ya consiste en mayor medicación o de pronto como les llaman a los locos, locos y si se ha visto la camisa de fuerza; pues toca atarles a los pacientes (lo dice agachada con voz suave, en un tono que no sé si es de tristeza o de resignación).

-Pero porque atarlo, si es un enojo lógico, un enojo que fue provocado no esporádico, no fue por que sí

Ya eso te digo no fue cuestión de nosotros sino de otro paciente; es cierto, pero es que; lo que queremos ahorita es preservar que: la integridad del paciente y del resto de pacientes; entonces ahí ya no importa tanto ehh... cuál fue el motivo, sino actuar en cuanto a lo que ese momento le está pasando al paciente. Entonces si es que ahorita te veo descompensado lógicamente que voy a hacer, actuar en cuanto lo que te pasó ahorita, tratar de que estés bien, de que te tranquilices, de que vuelvas a tu estado, a tu equilibrio

-Hacen ese procedimiento, aún cuando esto pueda generar en el paciente más ira y frustración?

Ya te digo le ponen la medicación mucho más fuerte y es poco probable que el paciente siga así, de hecho ya le bajaron totalmente su agresividad. (Entrevista Realizada a la psicóloga clínica Jhanya Suárez 11 de diciembre del 2013)

Considero pertinente poner a consideración el siguiente fragmento del caso de descompensación que sufrió una de las pacientes; es importante ver como en este caso la paciente atraviesa una serie de circunstancias, de factores; que sin embargo, no son tomadas en cuenta como un proceso que generó su “descompensación”; sino que se tomó solo esta última parte de su comportamiento y se tomaron acciones inmediatas como la administración de una inyección tranquilizante.

Recuerdo en repetidas ocasiones que la paciente “Inesita” me pedía con insistencia un candado y una llave, al preguntarle para que, argumentaba que era para su casillero debido a que otras pacientes cogían su ropa, o se perdía y ya no tenía que ponerse. En efecto la paciente había informado a las enfermeras en repetidas ocasiones que no estaba su ropa.

Una mañana Inés se encontraba con unas prendas muy diferentes a las que solía llevar, que eran por lo general prendas de lana pues decía que el clima de Quito era frío. Esa mañana se excusó con la siguiente frase : “perdonara mi preciosa ahora sí que me ha encontrado hecho un desastre, toda una desgracia, pero vea! (mientras intentaba bajarse la falda) yo aquí mostrando todo, yo que voy a mi casillero y nada de ropa le veo a otra compañera puesta mi saco, y yo no tenía ni que ponerme, me tocó ponerme esto de la una, esto de la otra; esta falda me prestó la Naty”

Parecía sentirse incómoda con aquella pequeña ropa que a simple vista no era de su talla mencionó nuevamente que le habían prestado la ropa y que necesitaba un candado y una llave para tener su ropa, ya que la ropa que estaba puesta no le gustaba y le daba frío.

Pasaron dos semanas de lo que la paciente me había pedido por última vez el candado porque según refería lo necesitaba para asegurar su armario y así evitar que se perdiera su ropa. A mis visitas siguientes en las dos semanas posteriores una de las enfermeras de manera anecdótica y sonriente me decía:

Enfermera: “ni sabe lo que pasó con la “Inesita”

-¿Qué pasó ?

Se descompensó! y en ese porte ha sido fuertísima!!!

Es que andaba gritando ¡donde esta mi ropa!! Estaba enojadísima disque alguien ha cogido su ropa y ni se qué; y se puso agresiva, nosotras éramos ya “Inesita” ya y decía que nosotras entonces le hemos de haber perdido la ropa verá. Es que a veces pasa que se manda a lavar y ahí se confunde pero la “Inesita” estaba hecha una fiera le cogimos entre dos verá y nos mandó tumbando, no parece que tuviera fuerza no?...

Chuta a mi me cogió durísimo el brazo no ve que le cogimos para que ya se calme, pero como más seguía gritando le pusieron una inyección.

Directo al cuello (la hace dramatizando llevándose el dedo índice a su cuello y con una sonrisa) así es verá uhhh pacientes ni que parecen así como la “Inesita” que es toda tranquilita se saben **descompensar**, ella que es hasta pequeñita no?? Descompensada ha sido cosa seria no sé ni de donde también sacará tanta fuerza. (diario de campo, pag 32 agosto del 2013).

El paciente psiquiátrico por lo tanto es en primer lugar un sujeto poseedor de enfermedad mental, es perfectible a través de la intervención terapéutica, es un sujeto performático, un actor que maneja cuerpo y emoción según las situaciones que debe enfrentar en las terapias; pero también es un sujeto que debe comunicar y representar para la institución lo que implica saber negociar. Por otro lado es un sujeto que debe aprender a mostrar y dosificar sus emociones y no evidenciarlas en un cuerpo agresivo como en el caso de la paciente Inés; pues es muy valorada la docilidad en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Goffman, (1970) señala la importancia del término de “paciente mental” o en este caso “paciente psiquiátrico” cuando advierte el manejo que se le debe dar a este, sobre todo en ciencias sociales. Así pues este término derivado de la concepción psiquiátrica tiene sentido por cuanto afecta el destino social de una persona influyendo en aspectos de la vida íntima y en la manera particular de concebir el mundo y manejarse dentro de el.

CAPÍTULO IV

4. CUERPO/ EMOCIÓN COMO ORGANIZADOR DE LA EXPERIENCIA HUMANA

4.1 El cuerpo como proveedor de sentido y significados

Desde el punto de vista fenomenológico las emociones son una forma de estar en el mundo, pero es a través del cuerpo con el que se les da forma y se las organiza. El cuerpo es sustancia e instrumento original con el cual el mundo humano es formado (Mauss, 1950 citado en Ramírez, 2001). La vivencia y la experiencia por lo tanto se vive desde el cuerpo y lo sensible; es ahí cuando se anclan dos conceptos clave, **cuerpo-emoción** que no se oponen sino que se complementan y trabajan juntos.

Hay que recalcar que el cuerpo no es dado en el sentido del organicismo; sino que es representable y a la vez es representación por lo tanto al igual que la emoción también es construido histórica, cultural y biográficamente a partir de una serie de posibilidades.

El cuerpo cobra importancia en los rituales de simbolización y ritualización; así lo habría señalado Turner (Turner, 1980 citado en Ramírez, 2001), en este sentido la corporalidad es también referencial y da sentido a la acción y constituye un significante.

Por otro lado, a más de intervenir en los procesos de cognición interviene en los procesos volitivos, con lo cual se hace posible según García (2013) la reproducción de ciertas estructuras.

Para García (2013) el cuerpo es sujeto y objeto pues es algo que somos pero a la vez algo que tenemos, es individual y también común pues toda la humanidad lo comparte. Al ser objeto y sujeto es construido histórica y socioculturalmente.

Una de las funciones del cuerpo dentro del proceso cognitivo es la capacidad de entrar en relación no solo con otros cuerpos sino con los objetos; pero estas relaciones implican no solo el conocimiento físico y manejo de los objetos en el sentido de una habilidad psicomotora o mecánica; sino que implica también una apreciación una idea de los objetos y es cuando se hace necesaria la simbolización la misma que se sustenta en la emoción.

El cuerpo por lo tanto es desencadenante de la emoción y a su vez reflejo de la misma; no es posible entender al cuerpo sin la emoción y viceversa, ya que en el proceso cognitivo y experiencial ambas están imbricadas; es por esto que para M. Johnson (

citado en, García, 2013, p, 47) se debe asignar un papel central a “las estructuras corpóreas e imaginativas de la comprensión” pues mediante estas captamos el mundo.

Partiendo de esta idea es que se debe redefinir el concepto de cuerpo, ya que no se lo puede definir en un plano estrictamente material; así los conceptos de Foucault como cuerpo discursivo nos ayuda a entender que el cuerpo no es algo dado o físico; y al no ser algo dado es moldeable y está sujeto a posibilidades y a significaciones.

El cuerpo para García (2013) es herramienta, motor, catalizador, mediador, y reflejo de un modo de vida y mecanismo fundamental para el proceso de subjetivación en cuanto desencadena estímulos y acciones. Con el cuerpo señala el autor se construye una historia corporal y social que nos va dotando de un “sentido común”, a su vez la corporalidad es una extensión del conocimiento y reflejo de lo interno más no lo opuesto; razón por la cual en este trabajo se aborda **cuerpo-emoción** como un engranaje para comprender la formas de interiorización de las lógicas institucionales.

El cuerpo al entrar en relación con otro y con los objetos genera sensaciones y emociones; por lo cual es necesario para la experimentación; pero más allá de eso y algo que es de vital importancia es que permite según García (2013) superar una realidad objetiva, es decir dejar de lado la idea de que la realidad existe en sí misma y que debe ser asimilada conceptual y proposicionalmente; es por esto que el cuerpo permite el juego, la posibilidad y la intención.; de ahí que las terapias ocupacionales en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón son tan importantes al momento de reeducar al paciente, pues se entra a su intimidad, y se genera una subjetividad a través de las actividades propuestas, por medio de una serie de reglas que establecen la manera de acercarse y tomar los objetos y la manera de relacionarse con otros pacientes, con terapeutas y enfermeras.

García (2013) advierte, que las acciones del cuerpo implican un círculo interpretativo y una especie de diálogo, pues éstas ya sean intencionales o no, son codificadas y usadas como marco referencial para otras acciones por parte de quienes observan y participan.

Estas acciones reflejan el modo en que un grupo está viviendo; por lo que existe en ellas según el autor un entramado práctico-discursivo que está cargado de intencionalidad; es esta última la que permitirá atribuir interpretación y sentido a las acciones.

La intencionalidad “consiste en poder dirigirse a algo predeterminado bajo la forma representacional” (García, 2013, p 55) como ocurre en la actuación dentro de un ritual, en los movimientos y ejercicios llevados a cabo en las terapias; todos ellos están cargados de intencionalidad y representan algo dentro de un universo de posibilidades las mismas que están dadas por la Institución psiquiátrica.

Es aquí donde entra en juego lo corpóreo, pues la continuidad así como la asimilación de los actos rituales pueden ser almacenados y grabados según García (2013) a través de la coordinación y el movimiento socializado de tal manera que llegue a naturalizarse. En el cuerpo señala el autor se “encarna” los marcos sociales de sentido.

La encarnación del sentido para García (2013) se ve reflejado en el gesto, en las maneras de andar, y de moverse; pero como hemos insistido este sentido se ha de adherir al cuerpo través de la emoción.

La perspectiva de Merleau Ponty (1993) da al cuerpo un papel primordial en cuanto este sitúa al sujeto; en este sentido el cuerpo da el sentido del “ser en el mundo”. Bajo esta visión el cuerpo es el eje central de las “intenciones” y a su vez da sentido a un mundo que es inacabado y que no existe en sí mismo; el cuerpo por lo tanto viene a ser parte de un proceso de construcción no solo de sí, sino también del mundo y de una realidad. En este proceso de dar sentido al mundo que es inacabado queda un espacio para la representación y la simbolización y el cuerpo toma un papel primordial pues empieza a ser performático en el sentido que representa y es representable y eso se puede evidenciar en los actos rituales.

Para el autor con el cuerpo se descifra y se percibe gracias a condiciones no solo fisiológicas sino también emocionales y psicológicas lo que nos lleva nuevamente a la estructura **cuerpo-emoción** para poder comprender las maneras en que ciertas lógicas se adhieren a los pacientes institucionalizados.

El cuerpo señala Merleau Ponty (1993), se vuelve una posibilidad para el conocimiento, así a través de él no solo se ejecuta el movimiento y las “intenciones prácticas” como él las llama; sino que también este capta y atrapa el movimiento; mientras que la adquisición de una habilidad es la captación de una significación. En este sentido, la habilidad de hacer algo no reside en la capacidad que tiene el cuerpo como objeto; sino en “el cuerpo como mediador del mundo” (Merleau Ponty,1993, p 162) “La habitud

expresa el poder que tenemos de dilatar nuestro ser-del-mundo o de cambiar la existencia anexándonos nuevos instrumentos.” (Merleau Ponty, 1993, p 161).

Para el autor el aprendizaje del mundo implica la manera de manipular los objetos con el cuerpo; sin embargo, esto no significa que se lo haga de manera autómatas o mecanicista, no significa aprender unas posiciones dentro de un espacio objetivo y memorizarlas; pues esto no garantizaría su perpetuación, tampoco nos permitiría comprender el por qué de la ejecución de ciertas rutinas al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, que pese a que algunos pacientes refirieron ser “aburridas” las llevan a cabo.

Existe pues según dicho autor, en los movimientos, en los juegos unas “potencias de un valor emocional” a través de éstas el objeto existe en el mundo y hace existir todo lo demás. Cuando se lleva a cabo una acción que es impactada por estas “potencias de valor emocional” en ese momento ya no hay cabida para el cálculo, ni para pensar en el espacio objetivo; sino que se ha adherido al cuerpo; pues este con el objeto ahora son relación.

Los gestos que se realizan durante la manipulación de un objeto o durante la ejecución de una acción señala Merleau-Ponty (1993) son actos de consagración cargados de tonos afectivos; por lo tanto lo que se está reproduciendo no es solo una acción como tal en sí misma sino una emanación de una relación, de una significación. No es “quiero coger un objeto y ya” señala el autor; es decir desplazarse de un punto A a un punto B y tomarlo con la mano exige conocer las propias limitaciones corporales durante ese trayecto y las limitaciones de lo que nos rodea. Lo que implica acercarse o tomar un objeto que está en un punto B y el sujeto en un punto A es lo verdaderamente importante; en ese desplazamiento del cuerpo, en ese movimiento, en ese trayecto es donde se constituyen las emociones y surge la simbolización y las representaciones.

Este espacio representacional el que prolongaría según el autor nuestras disposiciones y no es solo la costumbre la que mantiene ciertos actos; pues la costumbre advierte implica pasividad. Es entonces que existiría una revitalización constante de las disposiciones y las maneras de ser y hacer las cosas por parte de un paciente psiquiátrico en la institución; dicha revitalización y perpetuación de las lógicas del

poder se dan a través de los actos performáticos-rituales en donde el cuerpo es el mediador; de ahí que sea tan importantes las terapias ocupacionales y cognitivas dentro de la Institución incluso más importantes que los medicamentos, pues es en estas donde los valores de la institución se hacen pragmáticos y se inscriben en las conciencias y cuerpos de los pacientes.

Para Merleau-Ponty (1993) el cuerpo ha comprendido y ha adquirido una habilidad cuando en este ha penetrado una nueva significación o núcleo significativo, esto implica unas disposiciones y una toma de consciencia que beneficia a los demás; así por ejemplo el saber y el identificar el color rojo del azul impedirá inconvenientes y por el contrario crea acuerdos y convenciones; pero para conocer y diferenciar el rojo del azul será necesario que el sujeto identifique y experimente no solo lo que el rojo hace sobre su retina sino como le afecta al sujeto cuando lo mira y que sensaciones se apoderan de éste cuando es afectado por el color rojo.

Aprender a ver los colores por ejemplo o aprender cierto ejercicio o actividad advierte el autor supone un nuevo uso del cuerpo y una reorganización del esquema corpóreo en donde se va creando un estilo, pose o “andadura”. En este sentido el cuerpo-emoción crea verdades a través del aprendizaje; pero en este proceso de aprender inicialmente aparecerán signos y significaciones para posteriormente dar paso a una “unidad expresiva” que hace a una práctica una “situación” o acontecimiento, solo ahí el proceso se ha adherido a los sujetos.

4.2 El cuerpo del paciente psiquiátrico: un cuerpo performático que expresa e informa

Para Le Breton (2002) toda experiencia humana está basada por completo en lo que el cuerpo realiza, ya que el hombre habita con éste el tiempo de la vida y el espacio. El cuerpo por lo tanto es un mecanismo que le permite al sujeto ser y estar anclándose a lo cotidiano.

En éste transitar por el cotidiano, en las acciones que ejecuta, el cuerpo matiza las situaciones, pero también estas lo matizan a él, de manera que se va armando un sentido de la vida el cual se lo construye cotidianamente a través las terapias en el Hospital Psiquiátrico.

Le Breton (2002) advierte que en esta construcción de sentido el “uso ordenado del cuerpo” tiene un papel esencial a lo largo del día, ya que éste uso ordenado no solo le provee de seguridad a los sujetos; sino que le dota de un carácter inteligible y familiar a lo cotidiano.

Para el autor el uso ordenado del cuerpo implica “ una arquitectura de gestos, sensaciones, percepciones que están incorporadas al sujeto “ (Le Breton, 2002, p 92), a su vez en ésta arquitectura señala existe un orden que es siempre idéntico y siempre sutil e insensiblemente diferente.

Así para entender éste uso ordenado del cuerpo con su arquitectura gestual y perceptiva se recurrirá al concepto de performatividad de Judith Butler (2007). Para la autora retomando las ideas de Foucault, las políticas se van haciendo visibles en los cuerpos y existe una redescrición constante de los sujetos, en éste caso ésta redescrición que se hace es la de el paciente psiquiátrico, es decir quién y cómo es.

Para Butler (2007) esta redescrición del sujeto, de su posición implica una “producción disciplinaria de las figuras de fantasía” la cual se da mediante el juego de presencia o ausencia de significantes sobre la superficie del cuerpo y de una sucesión de exclusiones o negaciones. Estas ausencias o presencias significantes en el cuerpo, es lo que hacen que éste sea performático, así por ejemplo en las terapias se vuelve importante lo que hace o deja de hacer el paciente.

La autora señala que esta producción disciplinaria estabiliza de una manera ilusoria o falsamente una categoría como el género, pero en éste caso viene a ser la categoría de paciente psiquiátrico. Advierte que ésta producción disciplinaria lo que hace, es construir coherencia y encubrir discontinuidades que están presentes en diversos contextos de la vida, de las conductas y formas de relacionamiento oficiales.

Es decir que incluso dentro del contexto y el discurso de normalidad podemos encontrar conductas que podrían ser reprochables; sin embargo el paciente psiquiátrico como vimos es interpelado por la institución y por lo tanto debe representar y significar en gran medida para ésta, haciendo uso de éste cuerpo performático que se construye con

esta producción disciplinaria de la que habla Butler. Esta construcción favorece a grupos hegemónicos con sus discursos oficiales y de normalidad. Como vimos a lo largo del trabajo existe en el hospital un discurso de normalidad que apela a reeducar al sujeto para corregir conductas que son mal vistas e incompatibles con la sociedad moderna, de ahí que tanto terapias cognitivas y ocupacionales busquen justamente ésta producción disciplinaria de la que habla Butler a través de un cuerpo performático del paciente psiquiátrico.

Para Butler un cuerpo es performático cuando es capaz de generar una identificación a través de una fantasía hecha realidad; es decir que:

la coherencia es anhelada, esperada e idealizada, y que esta idealización es efecto de una significación corporal. En otras palabras actos, gestos y deseo crean el efecto de un núcleo interno o sustancia, pero lo hacen en la superficie del cuerpo, mediante el juego de ausencias significantes que evocan, pero nunca revelan, el principio organizador de la identidad como una causa. Dichos actos, gestos y realizaciones por lo general interpretados son performativos en el sentido de que la esencia o la identidad que pretenden afirmar son invenciones fabricadas y preservadas mediante signos corpóreos y otros medios discursivos. (Butler, 2007, p 266)

Partiendo de esta idea el cuerpo del paciente psiquiátrico, es performativo porque en los encuentros con los terapeutas y enfermeras durante la ejecución de las terapias, es leído, como dice Butler es interpretado, en sus gestos, en lo que proyecta y esto es usado como una información sobre el estado del paciente. En este sentido el paciente aprenderá a cómo llevar su cuerpo y a jugar con él en las diversas situaciones para proyectar lo esperado, y por otro lado negociará cuales acciones y hasta qué punto las puede llevar a cabo.

Butler (2007) señala que el cuerpo no tiene una posición ontológica, esto quiere decir que como hemos visto es susceptible de ser construido; así también lo son sus diversos actos que conforman su realidad. La realidad para la autora se inventa como una esencia interior , a su vez que esta interioridad es efecto y función del discurso oficial y público, lo que implica para Butler(2007) a su vez una regulación pública de la fantasía de los sujetos a través de las políticas como hemos visto en el caso de la institución.

El cuerpo del paciente psiquiátrico, es performático porque es construido tanto por las reglas y parámetros impartidos por la institución así como por parte del mismo paciente, y en ésta construcción desatará unas emociones que también son reguladas, y organizadas de tal manera que el paciente es un actor por cuanto aprende ya sea consciente o inconscientemente los momentos y las dosis en que debe mostrar las emociones requeridas por terapeutas y enfermeras.

Butler (2007) señala que los deseos y los gestos organizados regulan comportamientos como puede ser el sexual dentro de un marco obligatorio. Este marco obligatorio es de normalidad y cubre unas necesidades y expectativas de la sociedad. Por otro lado señala que : “el gesto y el acto pueden situarse dentro del yo del actor”, y una vez sucedido esto las prácticas disciplinarias y las regulaciones políticas que crean un rol, categoría, identidad que son presuntamente coherentes; es así que éstas prácticas y regulaciones no pueden ser analizadas por el sujeto; sino que existiría una interiorización o asimilación de las mismas llegando a generar subjetividad en los sujetos.

El cuerpo del paciente psiquiátrico es intervenido mediante acciones terapéuticas para que exprese e informe lo debido y lo deseable para la Institución. Para Connell, (1995) citado en (Mari Luz Esteban, 2013), lo corporal no se puede de ningún modo excluir de las prácticas y de la experiencia, así las prácticas corporales no son únicamente internas ni individuales pues al ser simbólicas actúan colectivamente, son interactivas y también reflexivas, a su vez desencadenan relaciones y simbolismos sociales.

Las prácticas corporales por lo tanto configuran el mundo social e individual, y así como la masculinidad o feminidad es “quinética” “performativa”, de igual manera opera la categoría de paciente psiquiátrico porque existe en la interacción social con enfermeras y terapeutas y es debido a esto que el cuerpo del paciente expresa y significa tanto para el mismo como para la Institución.

Para Connell (1995 citado en Mari Luz Esteban, 2013), las categorías como feminidad y masculinidad, y en el presente trabajo la categoría de paciente psiquiátrico, se construyen sobre unas estructuras sociales concretas y permiten la emergencia de

nuevas conductas y percepciones enfrentándonos a la creación de subjetividad en los pacientes en tanto son agentes y sujetos.

4.3 Las emociones como orientadoras situacionales

Las emociones resultan ser funcionales; pues informan cómo es el mundo, dan una idea de la realidad y también construyen la misma. Para Ramírez (2001) activan varios esquemas para la acción y evaluación abriendo un espacio, un estado de espera, de transición, de demora de modo que sea posible la planificación, la secuencialidad de objetos y el reconocimiento.

D'Andrade, (1981 citado en Ramírez, 2001) ve a las emociones como un sistema de información en "suspense". Estas mantienen la información de forma activa de manera que no desaparece; si bien se demora no quiere decir que se olvide en este sentido incluso este sistema trabajaría contra el olvido, es así que el razonamiento y las emociones contrario a lo que se pensaba no están desligados sino que convergen e interactúan en este sistema de procesamiento total de la información obtenida del medio en que interactúa un individuo y su grupo, y a su vez construyen sentido.

Con este sistema descrito D' Andrade (1981) advierte que "los esquemas culturales consiguen tener un impacto direccional poderoso como valores implícitos" (D' Andrade, 1981 citado en Ramírez, 2001, p 185). Otra de las funciones de las emociones es según Vandamme (citado en Ramírez, 2001) concentrar la energía y la atención durante una situación determinada, dando prioridad a ciertos aspectos de la misma; por otro lado la emoción propiciaría la simbolización y con ella surge la organización, reorganización y jerarquización de la situación experimentada.

La cognición por lo tanto viene a ser una "metaemoción", es decir "un nivel organizativo superior por medio del cual se estructura y opera en lo simbólico, incrementando nuestra eficacia y resolución en el entorno, algo ya iniciado en el nivel de lo emocional" (Ramírez, 2001, p 185).

La emoción además sirve para predisponer al sujeto y orientarlo hacia la acción, de manera que lo involucra haciendo que un hecho sea importante; es decir la emoción da el acento o el énfasis a determinados momentos de una situación; es por esto que para Ramírez (2001), el conocimiento abordado de manera proposicional, como únicamente la adquisición de conceptos está desencarnado; es necesario ir más allá y hablar de

saber, pues es en este donde se puede evidenciar este complejo proceso donde se ancla emoción y razonamiento, donde se da lo evaluativo, analítico, sistemático, afectivo, lo simbólico y la asimilación y organización del mundo que nos rodea con sus respectivas prácticas y es aquí donde se constituyen los significados los cuales advierte la autora es importante tener en cuenta que se construyen valorativamente.

Por otro lado la emoción interviene en la fijación de la experiencia en la memoria. Lo emocional señala Devereux, (1979) citado en (Ramírez, 2001) es parte de las relaciones objetuales las cuales están reguladas socialmente; es decir la manera en que los individuos se integran y se relacionan con un mundo material y a las actividades y cómo éstas se vuelven un universo comprensible.

La emoción para Devereux (1979) está ligada a la cognición y a la implicación con la realidad a través de la fantasía y la simbolización; esto le da a la realidad un carácter multidimensional; así también lo emocional es fundamental para la funcionalidad simbólica.

Las emociones permiten a los individuos situarse en los diferentes roles y jerarquías en el plano sociocultural, ya que las emociones tienen referentes no solo privados sino también públicos y por lo tanto son reguladoras de las conductas. La emoción parte del sí mismo pero también de los demás, es tanto individual como colectiva; ya que como advertía Foucault (1994) implican un conocimiento de sí mismo y trabajo sobre sí mismo con el objetivo de tener control sobre las expresiones emocionales hacia el resto del mundo. Este control se construye con la praxis, en el cotidiano a través de reglas, valores, movimientos, ejercicios, rutinas y rituales de interacción como son las terapias cognitivas y ocupacionales. Emociones como la vergüenza por ejemplo, señala Ramírez, (2001) remiten y repercuten sobre el yo pero están mediadas socialmente pues se establecen códigos de conducta, responsabilidad, aprobación y sanción que determinan los actos vergonzosos.

4.4 Cuerpo/emoción en el aprendizaje a través de las terapias

Cuerpo-emoción en el presente trabajo es entendido como una estructura y un mecanismo mediante el cual las lógicas institucionales del Hospital Psiquiátrico se adhieren a las formas de proceder y de estar en el mundo por parte de un paciente generando así apegos, afectos y subjetividad por parte del mismo.

El concepto de estructura toma importancia en ésta investigación desde la perspectiva planteada por Pierre Bourdieu (2007).

Partiendo de esta idea la noción de estructura es fundamental ya que no solo es una parte de todo un sistema sociocultural; sino que a su vez constituye un mecanismo para la configuración del mismo. Es la estructura social la que permite entonces según Radcliffe Brown una vida social ordenada y a su vez que los individuos adquieran en ella características mentales y hábitos que les permitan estar capacitados para la participación en la vida social; por lo tanto la estructura establece una red de relaciones entre las personas.

Cabe resaltar que cuerpo/emoción en la investigación no hace referencia al binarismo, o a opuestos o a una complementariedad; sino precisamente apelando al término de estructura se pretende entenderlo como un todo que funciona como un mecanismo sincronizado, y que tanto cuerpo como emoción trabajan al unísono construyéndose mutua y constantemente.

Para Bourdieu (2007) la estructura es el conocimiento práctico que poseen los individuos sobre los diferentes usos de los objetos, de lo simbólico, de las sanciones; en sí la estructura es la práctica y se va conformando a través de la experiencia; por lo tanto el cuerpo/emoción en este sentido constituye una estructura que se genera a partir del aprendizaje de cómo usarla en las relaciones entre enfermeras y pacientes. Para el autor la práctica es capaz de crear la regla, pues ésta última por sí sola no dictamina un orden y un comportamiento; es decir la regla no solo se cumple o se ejecuta por el hecho de serlo sino que incluye una construcción permanente a través de la experiencia y el relacionamiento con la misma. En éste sentido pese a que Bourdieu rechace el cognitivismo veremos a través de otros autores que la práctica no puede estar desligada de un proceso cognitivo y por lo tanto experiencial.

La estructura se la produce y se la reproduce en la acción; siendo capaz de derivar en una regla y reafirmar la misma. Bourdieu, (2007) concluye afirmando que la estructura son los usos reales, lo visible, lo que le sirve a una sociedad, el dominio en la utilización oportuna de los códigos y modelos prescriptivos; la estructura por lo tanto de ninguna manera es pasiva y ya pre- constituida, sino que es una función práctica que va creando sentido.

La estructura cuerpo-emoción, por lo tanto, será utilizada como una herramienta analítica para entender una dinámica particular de expresión y relacionamiento entre pacientes, terapeutas y enfermeras. Por otro lado servirá para exponer de qué forma se asimilan las lógicas institucionales, ya que éstas se afirman y perpetúan nuevamente en la misma estructura cuerpo/emoción.

4.4.1 Cuerpo/emoción, una estructura orientada para la acción

Cuerpo-emoción ha de ser entendido como objeto de acciones terapéuticas, en donde éste es susceptible de ser encaminado⁶ a través de las terapias ocupacionales y cognitivas, mismas que derivan en formas de actuar y enfrentarse a tareas cotidianas como la alimentación y el manejo de ciertos objetos y que cumplen con el objetivo de reeducar al paciente. Por lo tanto cuerpo-emoción está a la vez compuesto por lenguaje, roles, representaciones y significaciones que le dan al mismo un carácter teatral y performático al momento de la comunicación e interacción entre enfermeras y terapeutas con los pacientes.

Por otro lado, ésta estructura cuerpo-emoción toma importancia al momento de construir, evaluar y reafirmar la condición de un paciente psiquiátrico durante las terapias e incluso después de ésta por parte de terapeutas y enfermeras; esto se produce

⁶ Con encaminado me refiero a que el individuo es re-educado, guiado y preparado, es decir existe un trabajo sobre el individuo en el control y manejo del cuerpo/emoción; sin embargo éste trabajo no viene impartido solo desde la norma y la lógica institucional sino que existe un trabajo sobre el sí mismo como ya lo advertía Foucault por parte del paciente con el objeto de poder llevar a cabo relaciones satisfactorias al interior del Hospital. Este trabajo sobre el sí mismos estará enfocado a los usos adecuados y oportunos del cuerpo/emoción.

porque ésta estructura toma en cuenta las maneras en que se usa el cuerpo, los gestos y movimientos, así como las formas de expresión de los gustos y las emociones.

En éste sentido se torna también experiencia durante y después de las terapias, de modo que la vivencia a través del cuerpo-emoción implica goce, olores, colores sabores, tacto, gusto imágenes, recuerdos, anécdotas, expectativas, historias. Partiendo de esta idea podemos comprender que es a través de ésta estructura cuerpo/emoción que se da el procesamiento y la asimilación de los roles de terapeutas, enfermeras y pacientes permitiendo asumir la forma de vida que se lleva a cabo al interior del Hospital Psiquiátrico.

Cuerpo-emoción, al ser organizador de la experiencia, puede incluso sobrepasar al concepto y discurso de enfermedad manejado por el Hospital Psiquiátrico, en la medida en que actúa en la intimidad del paciente, de ahí que sea exitoso al momento en que las reglas impartidas por el Hospital como asistir a las terapias sean cumplidas a pesar de que algunos pacientes refieran no querer presentarse a la terapia o manifiesten el deseo de realizar actividades diferentes; es decir la regla termina siendo cumplida a pesar de que podría ser cuestionada o crear cierta resistencia.

Como diría Bourdieu (2007) no solo por ser regla se la cumple y se la obedece; sino porque en ella existe una práctica o un “sentido práctico” que crea verdad y que está más allá de lo obvio y de la obediencia; al contrario se la lleva a cabo porque produce significaciones, símbolos, historias a partir de las cuales los pacientes cuentan la suya y la de los otros y de ésta manera se reinventan.

Cuerpo/emoción en este sentido se verá que construye de manera constante significados a través de las prácticas, las mismas que en un momento también se vuelven reglas. El manejo del cuerpo/emoción no será una estructura que opera únicamente a nivel inconsciente; sino también, existirá una regulación del mismo y una conciencia respecto al uso de esta estructura y debido a esto supone un acto comunicable y performativo que interviene en los actos cognitivos de los pacientes, adhiriéndose no solo al proceso inconsciente; sino también formará parte de la razón y de la conciencia.

Al hablar de experiencia, cuerpo-emoción será un factor primordial que permita ordenar una cadena de pequeños actos durante la interacción social y por lo tanto en la comunicación; así también ésta estructura y mecanismo permite permear saberes, acciones, hechos o experiencias adquiridos durante la vida cotidiana previa a la

internación hacia la terapia cognitiva y ocupacional y viceversa; es decir que nos deja ver el movimiento o desplazamiento del discurso psiquiátrico a la práctica terapéutica y cómo ésta se incluye en la esfera íntima de los pacientes y en algunos casos de las enfermeras como se verá más adelante.

Cuerpo-emoción hace efectivas a las terapias y permite la perpetuación de los saberes derivados de éstas, a través de la generación de una nueva subjetividad en el paciente; así, por ejemplo se verá como algunos pacientes manifiestan gustos, intereses e incluso preocupaciones después de las terapias, dando un nuevo orden a la experiencia y priorizando hechos o cosas que fuera del internamiento podrían no tener sentido.

Partiendo de la propuesta de Bourdieu (2007), cuerpo/emoción es también una estructura estructurante dentro de una estructura estructurada la cual viene ser la Institución Psiquiátrica. Cuerpo/emoción es estructura estructurante por cuanto define y delimita las prácticas tanto de los pacientes como de terapeutas y enfermeras; así también permite que una serie de saberes se hagan efectivos cobrando vida y sentido.

Por otro lado cuerpo/emoción al ser “estructura estructurante” es un mecanismo de acción pero también una plataforma que brinda una serie de posibilidades que en palabras de Bourdieu son “cosas por hacer, o no hacer, por decir o no decir” (Bourdieu, 2007, p. 87). Estas cosas por hacer, por no hacer o por decir o no decir son lo que Bourdieu (2007) llama “probabilidades objetivas” que son las oportunidades de acceso a tal o cual bien ya sea éste simbólico o material y van acompañadas de las “esperanzas subjetivas” las cuales constituyen las motivaciones y las necesidades de los sujetos.

Dentro de estos límites de posibilidades y probabilidades que delimita cuerpo/emoción; los sujetos son capaces de tomar elecciones que se adapten, que sean fiables, viables y compatibles con la exigencia del medio; en este caso con las exigencias de las terapias y formas de comportarse en el comedor que demanda el Hospital Psiquiátrico.

Una de las actividades que se enseña en la terapia ocupacional a las mujeres es la costura y el tejido. Para esto es necesario aprender no solo a utilizar la aguja sino también el crochet. Manejar ambos instrumentos implica un tipo de motricidad, poner atención al movimiento delicado pero preciso y rápido de los dedos y a combinar los diversos puntos de tejido para lograr una forma específica por ejemplo portavasos, bufandas o simplemente realizar una secuencia de puntos.

Más allá de crear un objeto este ejercicio implica el desarrollo de una habilidad que no solo es motriz sino que incluye la apreciación de las formas y los colores, que va generando una cierta apreciación de lo estético, así como la evocación de ciertos gustos adquiridos; es decir que las pacientes pueden aprender mirando, por imitación y por repetición, pero cómo este hecho de tejer va dando sentido a su mundo y organizándolo es lo que les permite crear afectos, emociones, aceptación y adherencia a las terapias.

Es el caso de Inés V. , una paciente que aprendió a tejer en las terapias ocupacionales. Para ella tejer bufandas y chalinas es lo que más le gusta hacer; incluso cuando ha terminado la hora de la terapia o cuando es la hora de “tomar sol” Inés está pensando en que tejer y cómo será su próximo modelo de chalina. Me ha pedido lana de color rojo y café al igual que unos lentes para en sus momentos libres dedicarse al tejido.

La paciente de 43 años señalaba que solo cuando tocaba tejido en las terapias le daban lana y crochet, que en algunas ocasiones se había quedado con el material una vez acabada la terapia con el fin de continuar tejiendo. En otras ocasiones “gente de afuera” que visita a sus compañeras le habían llevado los materiales para que se dedique a lo que ella ahora consideraba un hobby. Hobby que por cierto afirma le ha quitado un poco la vista y es por ésta razón que me ha pedido lentes para poder pasar la lana por la aguja.

Para Inés era importante el tejer porque dice gustarle mucho los colores, y exhibe una preocupación por las formas, las texturas y los materiales; tal es así que al sentarme a su lado en repetidas ocasiones me ha preguntado “qué tipo de lana es el de su ropa” “cuál es su color favorito”

Inés: a mi me gustan todos los colores, ese pájaro qué color es? (lo dice mientras observa un mirlo que se ha parado en una de las bancas del patio) .

-Es negro

Inés: ahhh!! Negro, y el pico es tomate o amarillo?

-Es amarillo

Inés: ahhhh amarillo, lindo es el amarillo ese también me gusta (Diario de campo 2014)

Para la paciente el tejido le ha servido para poner énfasis en la ropa y en el clima. Inés alegaba que era necesario tejer bufandas debido al clima frío de Quito, para ella el tejer no sólo era una práctica en cuanto a la ejecución de un ejercicio sino que lo asociaba con el clima. El tejer no solo se volvió la adquisición de una habilidad, sino una

experiencia, una manera de vestir y de fijarse en la ropa de los demás y de llevar una presentación particular de sí misma. Una de sus prendas favoritas de hecho era un poncho café con rayas negras que decía gustarle mucho “Este ponchito es calentito con estos fríos!” me comentó una vez mientras íbamos camino al comedor.

Inés mostraba un interés y un gusto particular por la ropa tejida; para la paciente su presentación ante el resto era importante y lo evidenciaba a través de su vestimenta; de hecho cuando no podía ponerse su ropa preferida que eran en su mayoría prendas de lana debido a que se perdían u otras pacientes cogían, Inés solía excusarse pidiendo disculpas por su “mala” presentación.

Al parecer para Inés al no vestirse de la manera habitual le generaba incomodidad y falta de seguridad. Por lo general cuando Inés llevaba su poncho metía sus manos bajo éste; sin embargo los días que éste se perdió la paciente pasó sin socializar mucho con otras pacientes sentada en una de las bancas del patio con las manos sobre la banca sin querer ir al comedor.

Se puede evidenciar desde la perspectiva de Bourdieu (2007) que existe un “orden de las disposiciones” que para Sabino (2013) se manifiesta no sólo en el cuerpo sino en el plano emocional y pueden operar en estados afectivos como la vergüenza, la cual para la autora ya supone un sentido práctico en este caso del cuerpo/emoción dado que implica en palabras de Sabino (2013) qué sentir y cómo reaccionar ante los demás, frente a circunstancias que pueden amenazar la autoimagen, y poner en riesgo la pérdida de un status o un rol.

En aquella ocasión la paciente Inés V. al verse con otra ropa que no era la suya su reacción inmediata fue dar una explicación y no querer ir al comedor posiblemente por vergüenza, y por otro lado la inseguridad que le causaba el no saber dónde colocar sus manos sin el poncho, pues este le servía para cubrirlas cuando no estaba tejiendo.

Para Sabino (2013) la importancia de entender el “orden de las disposiciones” permite comprender por qué las personas llevan su cuerpo de una forma y no de otra; y por qué se comportan de una manera y no de otra y cómo se van constituyendo formas de expresión y de sentir que se forjan a partir de interacciones in situ pero también bajo una socialización sociohistórica.

Podría decirse que el gusto por el tejido que exhibía Inés le servía para entablar conversaciones con los demás, se volvió una manera de llevar su cuerpo, de mover y entrecruzar sus dedos, una forma de pensar sobre lo que pasa a su alrededor como el clima; en sí una forma de comunicación atravesada por sensaciones. El hecho de entrenar sus manos para la acción de tejer vemos que va ligado a una serie de asociaciones, y emociones implicadas en este proceso cognitivo que es la adquisición de una habilidad motriz, con el fin de disciplinar el cuerpo y “mantener ocupada la mente” como afirman algunos terapeutas.

Para Merleau-Ponty,(1957 citado en Sabino 2013) el cuerpo encarna a la experiencia y no se puede dissociar ni contraponer a la conciencia; puesto que se concibe el mundo por el cuerpo. “Ser una conciencia, o más bien, ser una experiencia significa comunicar interiormente con el mundo, el cuerpo y los otros, ser con ellos, en vez de estar al lado de ellos” (Merleau-Ponty, 1957, p 104 citado en Sabino, 2013, p 40), lo que implica que el sentido del mundo se encarna en el cuerpo y el cuerpo da sentido al mundo.

Las capacidades interpretativas advierte Sabino (2013) se instalan en el cuerpo y con él también se comprende, por lo tanto el cuerpo no es una entidad pasiva o abstracta sino que se torna importante “la situación del cuerpo frente a sus tareas” (Merleau Ponty, 1957, p 108 citado en Sabino, 2013, p 40).

Sabino (2013) señala que el cuerpo comprende en tanto se desenvuelve en actividades prácticas que son cotidianas, en sus hábitos como en el caso de un costurero:

De igual modo, el sujeto colocado ante sus tijeras, su aguja y sus tareas familiares no tiene necesidad de buscar sus manos o sus dedos porque no son objetos a encontrar en el espacio objetivo, huesos músculos y nervios, sino facultades ya movilizadas por la percepción de las tijeras o de la aguja, objetivo central de los “hilos intencionales” que lo liga a los objetos dados. (Merleau Ponty, 1957, p 114 citado en Sabino, 2013, p 40)

“Comprender es experimentar el acuerdo entre aquello a que apuntamos y aquello que nos es dado, entre la intención y la efectuación” (Sabino, 2013, p 41). Por lo tanto el cuerpo para la autora constituye una orientación práctica en el mundo, y no es posible que ninguna comprensión de los fenómenos que nos rodean pasen por una conciencia descorporeizada; sino al contrario el cuerpo así como la emoción se hallan siempre en el marco de las situaciones.

Este hecho nos permite dar cuenta que las acciones pueden ser vistas como evidentes o naturales y presentarse como si siempre hubieran estado ahí; sin embargo, desde la perspectiva de Bourdieu (2007) las acciones de las personas se orientan justamente por éste sentido práctico, y la adherencia de ciertos movimientos, gustos y estilos no se da mediante la repetición y la rutina, sino como diría Swartz, (2002) por la fiabilidad que estos actos presentan cuando son evocados.

Éste sentido práctico señala Bourdieu (2007.) es lo que nos permitiría actuar de la manera que se espere que actuemos, sin que nos planteemos un “deber ser” intencional y reflexivamente; es así que al interior del Hospital psiquiátrico se han ido asimilando roles tanto de pacientes como de enfermeras y terapistas, que dictaminan el uso de un lenguaje particular que implica el manejo del cuerpo/emoción para las diversas situaciones que enfrentan cada grupo en sus tareas diarias; así cuerpo/emoción en tanto que es estructura y mecanismo, posibilita la sincronización de las intenciones, deseos y afectos de los sujetos con la situación.

4.4.2 Cuerpo/emoción, una estructura perfectible en las terapias

Las terapias ocupacionales y cognitivas que se dan al interior del Hospital Psiquiátrico, constituyen un nuevo orden de la experiencia de las pacientes obtenido y manifestado por la estructura cuerpo-emoción. El manejo oportuno o no de dicha estructura, puede ser usado como retroalimentación para legitimar el estado del paciente y justificar la necesidad de las terapias . Por otro lado, fortalece el discurso de enfermedad; así por ejemplo ciertas preocupaciones derivadas de estas prácticas como el caso de Inés que aprendió a tejer en la terapia, se verán como “obsesivas” y por lo tanto deben ser intervenidas.

En el caso de Inés las enfermeras argumentaban que era necesario que fuera a hacer terapia. “La Inesita anda mal es obsesiva solo pensando en bufandas anda”. Contradictoriamente los gustos de Inés al parecer nacieron precisamente cuando aprendió a tejer en la terapia; por otro lado, los terapistas al enterarse de que Inés quería un candado pues me habían preguntado que hablé con la paciente dijeron que era peligroso y que no debía hacerle caso pues “estaba loca”; aún cuando les había

explicado que Inés necesitaba el candado para poner en su armario y así evitar que su ropa se pierda.

Cuerpo-emoción en las terapias reafirma y le recuerda al paciente su condición o su padecimiento mental. Constituye una forma de dejarle ver quién es y porque está en la institución dado que los mismos pacientes no siempre comprenden, saben, olvidan, o niegan el significado de su diagnóstico. En una de las conversaciones mantenidas con la paciente ésta refería: “yo no recuerdo cuando me volví loca” y al preguntarle si le gustaba o no ir a terapia pues era una de las que siempre decía “yo no voy” cuando sabía que no había tejido, respondió: “tengo que ir no ve que si quiero estar bien, tengo que ir”

Así por ejemplo para Inés la terapia implica asumir que requiere intervención y ve en ella la necesidad de la misma para su mejoría, por otro lado significa una posibilidad de canalizar su “obsesión” o que estos pensamientos y preocupaciones respecto al clima, a la ropa, a los colores, a las texturas cobren un sentido en la práctica; que más allá de ser ideas que rondan su mente todo el día se vuelvan útiles tanto para ella como para el discurso y las reglas de la institución. El Hospital psiquiátrico se legitima a sí mismo, reafirma sus reglas y justifica sus prácticas partiendo justamente de las preocupaciones de las pacientes derivadas de una de las actividades de la terapia, de esta manera existe una retroalimentación constante.

Es a partir de la terapia como vemos en el caso de Inés que la paciente es interpelada, pero a su vez surge de esta misma actividad una posibilidad de construir por parte de la paciente un gusto como el tejer que ordena pensamientos, sentimientos y genera prioridades. En palabras de María Jimena Mantilla (2010) “Los discursos psiquiátrico-psicoanalíticos se construyen con los pacientes y otros actores institucionales, de la misma manera las interpretaciones de los pacientes acerca de sus sufrimientos cobran otros sentidos a partir del encuentro con los profesionales” (Mantilla, 2010, p 3).

A la vez que el tejer para la paciente representa un hobby, algo que disfruta, con el cual siente satisfacción y seguridad al lograr crear algo con sus manos; Inés es interpelada por la institución debido a que el acto de tejer inicialmente es impuesto por el mismo hospital; mientras que, por otro lado, producto de la misma actividad de la terapia la paciente ha desarrollado un interés particular razón por la cual es vista como un sujeto que debe ser corregido por ésta preferencia.

Los discursos “psi” son representaciones de carácter interpretativo que interpelan a los sujetos con padecimientos psíquicos con fuertes contenidos de normatización (Good 1984). Las intervenciones que se realizan desde estos saberes responden a determinadas lecturas sobre el sujeto, la enfermedad y el sufrimiento que generan modos de comportamiento y formas de interpretar la realidad que se imponen como verdaderas. La psiquiatría y el psicoanálisis forman parte del proceso de racionalización e individualización de la cultura occidental moderna (Bonet 2004; Duarte 2003; Figueroa 1980; Russo 1987, 1991). El proceso de medicalización en las sociedades occidentales implicó que los problemas previamente etiquetados como morales, religiosos o criminales fueran redefinidos como desórdenes y tratados a través de tecnologías terapéuticas (Conrad 1980, 2007; Freidson 1972; Illich 1976; Kleinman 1988, 1995) (Mantilla, 2010,p 5)

Para Mantilla (2010) existen tres pasos en las narrativas terapéuticas que construyen el paciente psiquiátrico y es armar, desarmar y proponer. Con esto se hace un trabajo de la posición del paciente, y se identifica las veces y dónde éste queda “ entrampado y como resultado hace síntoma” (Mantilla, 2010, p 12) y es aquí dónde el paciente debe asumir ese saber que viene desde el personal a cargo, como en el caso de Inés que a pesar de que la terapia buscaba que aprenda a tejer ahora es visto como un síntoma obsesivo del que la paciente se hace cargo y ve como necesaria ir a la terapia para eliminar este comportamiento, esta “obsesión” .

Para la autora este proceso implica lo que denomina la “transformación o movimiento subjetivo” que hace referencia a un cambio de posición del paciente dentro de la historia de su vida o de la situación que está atravesando al interior del hospital; así el paciente puede “elegir” superar ese comportamiento que es mal visto o que le genera preocupación o que le aqueja.

Para Mantilla (2010) el proceso de desarmar al paciente se da precisamente cuando se lo interpreta, los gestos que hace y lo que siente; así se le da nuevos sentidos en sus encuentros durante las terapias y se va interpretando acontecimientos pasados como desencadenantes de uno emergente apelando a que éstos tienen una causalidad interna. Finalmente se propone una narrativa donde se cuenta al mismo paciente la manera como éste ha estado actuando así tanto este como sus familiares se convierten en personajes.

Un breve caso que ejemplifica este proceso es el de “Natividad” una mujer de 32 años del área de larga estancia que aparenta ser mucho más joven. “Naty” como le llaman sus

compañeras dice que no recuerda cómo legó a la Institución; lo dice en voz baja y suave, pero que sin embargo una de las madres le contó su historia puesto que ella no recordaba ni su nombre: “La madrecita me dijo tú eres una niña súper tranquila, dulce no te acuerdas pero por eso mismo tus papás te pusieron Natividad, naciste el día de navidad porque eres un regalo de Dios para todos los que te rodean ” (diario de campo, octubre 2014)

A Natividad se le recordaba éstas características, y al conversar con ella y verla actuar en efecto se podía decir que era “una niña dulce” a pesar de tener 32 años tanto en su vestimenta como en sus gestos aparentaba ser bastante joven. Podría decirse que éste caso logra la transformación subjetiva mediante la narrativa terapéutica y un posicionamiento en el cual la paciente asume su rol, de manera que su comportamiento es dócil. Natividad se sentía orgullosa de ser “una niña educada” siempre a la hora del almuerzo solía poner los cubiertos en cada una de las mesas, por otro lado se caracterizaba por ser mediadora entre sus compañeras y preocuparse por cómo se sentían las enfermeras, de modo que se podía ver conversando a las enfermeras y a Natividad respecto a lo cansado de atender a pacientes mayores.

Volviendo al caso de Inés, la terapia ocupacional representa para la paciente una posibilidad de ver en los materiales que se le entrega los colores, las texturas, las formas, aún cuando no toque la actividad de tejido que tanto le gusta a Inés, y es por esto que termina asistiendo a las terapias pese a que dice no querer ir porque no hacen lo que a ella le gusta; es así que cuando toca recortar revistas Inés las aprovecha para ver cómo se viste la gente. En el caso de ésta paciente el tejido ha cobrado un sentido particular para su existencia dentro del hospital, y es ésta actividad la que en principio es netamente motriz la que genera una subjetividad generando afectos y emociones en Inés.

Es difícil determinar si la paciente ya tenía éste tipo de inclinación por observar y apreciar, formas, colores, texturas, y un sentido de la estética antes de la terapia o si éstos saberes se permearon a las terapias o fue la inversa. Lo importante aquí es reconocer que a partir de éstas prácticas terapéuticas que tiene el hospital, se da la regulación y la organización de estos saberes a través del trabajo sobre el cuerpo/emoción que vemos en el caso de Inés que se busca su mejoría a través de la canalización de estos pensamientos “obsesivos”, con esto se refuerza como advierte Mantilla (2010) la construcción de un sujeto psiquiatrizado al momento en que se da la

intervención sobre este con las prácticas terapéuticas que buscan encontrar un sentido a ciertos comportamientos que exhiben los pacientes, buscan categorizar las acciones; pero al mismo tiempo se busca el sentido de la práctica terapéutica.

Así en el caso de Inés el sentido de la práctica terapéutica es canalizar su comportamiento “obsesivo” la preocupación por la lana, el tejido y todo lo derivado de éste como la preocupación por la vestimenta y los colores como hemos visto.

A continuación se presenta un caso similar de la paciente de 52 años Lilly, para la paciente el “mundo de afuera” está asociado con los recuerdos que tiene de los alimentos que consumía antes de ingresar al hospital. Para Lilly uno de sus mayores gustos era el comer y el cocinar.

Lilly : Ya voy tres años aquí, en mi casa tenía de todo por eso me gustaba estar allá, sino que ya me trajeron..... Una madre me trajo y mis hermanos ni enterados. Allá cocinaba de poquito en poquito no tan rápido pero sabía hacer sopa de zambo que rica que es!!!. La madre me trajo para acá me dijo aquí le van a cuidar va a estar mejor, pero si me gustaría estar en mi casa” (Diario de campo 2014)

Para la paciente parte importante de su vida dentro del hospital es la comida y por ende la hora del almuerzo, porque sin duda es una actividad que le causa placer, goce y recuerdos de su hogar a pesar de que no puede ingerir los mismos alimentos que consumía antes de su entrada. Lily es una de las pocas pacientes que espera con entusiasmo la hora del almuerzo. Contrario a otras pacientes para ella la hora de almuerzo es mucho más que solo la ingesta de alimentos; pues recuerda los días en que pasaba con sus tres hermanos, el sabor de su sopa favorita y sobre todo es una hora que espera mucho para poder conversar y contar la historia de cuando era niña y se sentaba a la mesa con su madre.

A Lilly se le permite llevar a su muñeca Sarita a la hora de la comida y mientras espera entusiasmada que le pasen su plato, ella la peina y me cuenta que cuando era pequeña su madre le permitía llevar su muñeca favorita. Se me informó que a la paciente se le permite llevar la muñeca debido a que al peinarla Lilly recupera la movilidad en los dedos y evita la degeneración de las articulaciones ya que la paciente tiene principios de artritis; y que no es debido a ningún privilegio.

Lilly a pesar de demorarse en llevar la cuchara a su boca debido a una lesión en sus falanges a causa de la artritis, no permite que le den de comer como se hace con otras pacientes. Para ella el disfrute está en poder llevarse por sí misma los alimentos a la boca “ ve cómo si puedo” (decía a una de las enfermeras mientras comía). Contrario a otras pacientes que se vuelve una actividad tediosa y obligatoria el comer, para ésta paciente es todo lo contrario. Lilly habla de los sabores, si está o no está espeso, habla de condimentos, de yerbas como el perejil y siempre se queja de la falta de sal, por otro lado afirmaba haberle cogido gusto al arroz .

Lilly: “El arroz aquí está blandito, rico..... a mí me salía medio duro.... Que será!”
(Diario de campo 2014).

Parte de la organización del mundo de la paciente está atravesado por el tema alimentación y la asociación de éste a la esfera íntima del hogar, del cuidado, de la dedicación, el tiempo para escoger ingredientes y para la preparación de los alimentos es algo que Lilly aprecia y que ya venía previo a la internación, pero que sin embargo ella evoca para dar sentido a su mundo dentro de la Institución.

Así por ejemplo la paciente en las terapias ocupacionales, cuando se le entregan revistas para que corte las hojas y haga rollitos de papel como ejercicio, ella ve en las revistas los anuncios de comida. Recuerdo en una ocasión en la cual la paciente vio un anuncio de comida china de la cadena Mayflower y con su dedo señaló diciendo:

“ qué rico!! Esto..... qué es? Haber..... Pero se vé rico no? (me pregunta) quisiera todos los platos..... y esto? (continúa bajando por toda la hoja con su dedo) que es? Ahhhh!!! Son empanaditas!... qué rico si podría comer esto en mi casa con quesito, y esto?..... (son camarones respondo) mmmm no cómo mucho camarones no me gusta tanto. El arroz y la sopa sí (Diario de campo 2014).

El caso de ésta paciente es un poco ambiguo pues se me informó que está ahí más por su artritis y porque en su casa pasaba muy sola y no había quien se ocupe de ella. Se alegaba también que Lilly no podía valerse por sí misma debido a las lesiones de sus manos.

Lo que se buscaba en las terapias con esta paciente es que use sus manos y no la boca para cortar las cosas; sin embargo cuando Lilly no tenía revistas para ver la comida porque tocaba otra actividad ella solía quedarse dormida a pesar de que las enfermeras la hablaban con frecuencia para que realice la actividad.

Lilly afirmaba que era por la medicación que tenía tanto sueño; de hecho alguna vez las enfermeras comentaron que los antidepresivos causan mucho sueño; lo que es contradictorio pues quien prescribía era el psiquiatra pero quienes son los encargados de hacer cumplir la actividad son los terapeutas.

Lo que se buscaba en el caso de Lily era que esté activa; y ésta siempre fue la consigna, que use sus manos, que pueda doblar sus dedos, que no se apoye con el antebrazo, que se siente recta. La paciente intentaba hacerlo pues se le había prometido que en dos semanas si podía coger las cosas se iría a su casa; hecho que hasta el final de mi estancia en el Hospital nunca pasó.

Para la paciente no estar en su casa y la añoranza por el tipo de alimentos era motivo de angustia y depresión “ me siento apenada a veces de no estar con mis hermanos si extraño mi casa allá estaba cómoda”. Las enfermeras me informaron que Lilly sufría depresión y por esto se le daba antidepresivos; con esto no solo se controlaba y se demandaba una postura corporal de Lilly sino también sus emociones. Hecho contradictorio pues si se buscaba que estuviera activa con los antidepresivos no lo podía hacer a pesar de que las enfermeras le gritaban constantemente “mija!!!! Despierte aquí no es de estarse durmiendo, no es la hora de dormir!”

Este caso deja ver la profunda contradicción en los tratamientos, y cómo diría Mantilla (2010) deja ver como los aspectos coercitivos y terapéuticos permanecen en tensión, y cómo los aspectos que suponen el tratamiento se contraponen con las mejoras en la calidad de vida del paciente; así también desde el punto de vista de la medicina clínica existe una separación de ésta estructura cuerpo/emoción cuando de administrar medicamentos se trata; así pues es claro que el psiquiatra se ocupa de lo “invisible” de la mente, de las emociones y los terapeutas del cuerpo; pero en un momento dado que es el aprendizaje y la experiencia de las acciones cotidianas cuerpo y emoción se intersecan; y es precisamente ahí dónde suelen entrar en conflicto los terapeutas y las enfermeras.

Parte del tratamiento y de las acciones terapéuticas suponen para Mantilla (2010) la aceptación de la autoridad, pero también como se dijo al inicio el manejo de cuerpo/emoción en su sentido performático pues se lo regula conscientemente con el afán de comunicar algo o adecuarse a la situación; así Lilly con el tiempo se la veía con mucho sueño durante las terapias; sin embargo, cuando las enfermeras pasaban ella

actuaba como si estuviera haciendo la actividad y luego volvía a dormir; no así en el comedor donde quería demostrar solvencia comiendo sola pues lo que trataba de demostrar era que podía valerse por sí misma; razón por la cual para Lilly el poder alimentarse era algo sumamente importante.

La paciente refería no gustarle las terapias pero encontró la manera de actuar de una forma en éstas y de otra en el comedor, hasta que finalmente Lilly solo dormía en estas pues decía que su dosis de medicación había subido y eso le causaba demasiado sueño. Los encuentros clínicos y las relaciones terapéuticas vemos que son encuentros en dónde se da el juego, la imaginación, la estrategia y la negociación, de tal manera que llegue a generarse un entendimiento y significación entre pacientes y enfermeras.

Vemos que en los casos de las pacientes Inés y Lilly si bien las terapias las interpelan, pues tienen que representar un significado para la institución; también las terapias son como ya se advirtió una posibilidad para reinventarse o anclarse a una historia.

Tanto en el caso de Inés como en el de Lilly las actividades como el tejido, la comida y alimentarse desencadenan en las pacientes una serie de recuerdos y con ellos emociones y sensaciones que les permite armar su propia historia dentro del hospital, a la vez que dan sentido a las actividades que se les pide realizar; de ésta manera los ejercicios, las posturas corporales que implican realizar ciertos ejercicios movilizan una serie de sensaciones, emociones y afectos en las pacientes que pueden cobrar para ellas un sentido más allá de la acción terapéutica y puede ser debido a esto que las terapias sean cumplidas y no se muestre resistencia, y es así como se entra en la vida íntima del paciente pues esta se llega a intersecar con los significados que provee la Institución a las pacientes.

Por lo tanto cuerpo/emoción es una estructura dinámica, en constante transformación durante las terapias, que implica el uso performático de la misma, dado que tiene que enfrentarse a las diferentes situaciones que se presentan durante la ejecución de los ejercicios; así también esta estructura será importante para entrar en sincronía con el resto de pacientes y enfermeras de manera que haya una comunicación fluida, y pertinente.

4.5 Terapias cognitivas y ocupacionales como rituales de interacción: Performatividad y teatralidad a través del uso del cuerpo-emoción

Según Collins (2009) un ritual de interacción es el resultado de un conjunto de procesos unidos a través de una serie de conexiones causales y lo que él llama “bucles de retroalimentación”. Señala dicho autor que para que surja un ritual de interacción es necesario primero una convergencia física entre los actores, de manera que la presencia corporal sea o no que esté en primer plano afecte consciente o inconscientemente a quienes participan en el ritual, llegándose a influenciar recíprocamente entre los participantes. En este sentido tanto las terapias ocupacionales como cognitivas al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón son actos rituales, por los factores y requisitos mencionados y por los que veremos a continuación.

Tanto la terapia ocupacional y la terapia cognitiva buscan un control del cuerpo y de la mente específicamente de las emociones, es por eso que dentro del período de tiempo en que se llevan a cabo, y dentro del espacio donde se ejecutan se espera un comportamiento del paciente que vaya o sea consecuente con lo que se le pide, con lo que está haciendo en ese momento, y con la lógica de ese espacio.

Hay que tomar en cuenta que el ritual es un delimitador de la acción y por lo tanto para éste autor van a existir barreras excluyentes que definen y transmiten a los participantes quienes participan y quienes no, así mismo es indispensable que se de las pautas de en qué medida se involucra un sujeto, las distancias tanto físicas y emocionales que debe mantener con el resto de sujetos interactuantes; y es por eso que las emociones como se señaló en páginas anteriores son indicadores situacionales pues permiten entender y posicionar al sujeto en un rol y estatus que deberá mantenerlos con un comportamiento o conducta acorde a los mismos; es decir que las emociones dentro del ritual permiten la sincronización del sujeto con la situación, y es por esta razón que las emociones también se aprenden a manejarlas y mostrarlas a través de la gesticulación posturas y movimientos corporales.

Otro de los factores implicados en el proceso ritual según Collins (2009) es la atención presente por parte de los participantes hacia un objeto o determinado acto o situación,

los mismos que son socializados, comunicados entre los participantes de manera que así se adquiere una conciencia conjunta y un foco común.

Finalmente existe un estado anímico como otro de los factores implicados en el proceso ritual que debe ser compartido en alguna medida por los participantes; aún cuando cada sujeto viva su propia experiencia desde su construcción personal, como la socio cultural, en alguna medida deberá sincronizarse durante las terapias para efectos de una comunicación armoniosa que elimine discontinuidades y conductas vistas como perfectibles por parte del personal. De hecho; lo que se busca con las terapias es precisamente esta sincronía emocional y una convergencia corporal de las pacientes de manera que se logre obediencia, docilidad, adherencia, identificación y en algunos casos gusto por las actividades y ejercicios de las terapias; de ésta manera interiorizando las terapias se interioriza las lógicas institucionales del Hospital Psiquiátrico.

Para Collins (2009) los factores más importantes para el proceso ritual son la conciencia compartida sobre el acto, situación u objeto durante la interacción y la consonancia o convergencia emocional de los participantes. Para el autor estos factores se retroalimentan constante y mutuamente de manera que los participantes se van centrando en la actividad que realizan y así se genera una toma de conciencia de lo que se realiza y de lo que se sienten los unos por los otros. Este fenómeno hace que el ritual vaya de manera ascendente es decir que crece hasta que los participantes asuman una cierta actitud, que vuelve más pertinente y sólido al ritual de manera que los participantes se sumergen y se involucran en éste.

La clave señala Collins (2009) para que se de este umbral en el proceso ritual en dónde éste se vuelve pertinente y toma sentido para los participantes es la consonancia entre la atención y la emoción de quienes participan dando paso a una experiencia emocional/cognitiva compartida. “Esta producción microsituacional de momentos de intersubjetividad es lo que Durkheim denominó conciencia colectiva” (Collins, 2009, p.73)

Collins señala que los rituales de interacción mientras más logren acumular la consonancia entre la atención y la emoción van a provocar efectos como la solidaridad grupal, la energía emocional individual que implica la iniciativa para la acción,

entusiasmo, fuerza, estar contento y la confianza. Otro de los efectos será el surgimiento de símbolos como pueden ser iconos palabras o gestos que los participantes sienten como propios.

Cabe recordar que el ritual como señala el autor es una secuencia de acciones estereotipadas que tienen como característica ser acumulativas y esto debido a la producción de energía emocional individual y a la creación de símbolos que en éste caso suponen gestos y palabras. Según Collins quienes participan de un ritual de interacción que es consumado, es decir ha alcanzado pertinencia, solidez y ha llegado al umbral desencadenando la consonancia atención y emoción; llegan a desarrollar un gusto por la misma clase de solidaridad y por lo tanto están motivados a repetir el ritual como en el caso de la mayoría de pacientes que están predispuestas a realizar las terapias y las actividades que estas conllevan. Las terapias en este sentido son rituales de interacción porque implican una secuencia y orden de actos que desencadenan unos en otros dando como resultado la convergencia corporal y emocional.

Los rituales de interacción advierte Collins (2009) proveen a los individuos energía emocional y símbolos que como vimos implica motivaciones y con ellas intenciones y formas de llevar el cuerpo que orientan al paciente a ejecutar la acción. Como vimos en el caso de Lily e Inés las motivaciones que les dan por un lado la hora de la almuerzo y por otro la terapia ocupacional especialmente la actividad de tejer en donde el encuentro corporal se halla en la experiencia del gusto dan a las pacientes cierto grado de confort al tener el control de la situación. Les permite anclarse a un lugar seguro que en el caso de Lily es su pasado, un pasado cálido que le recuerda a un núcleo familiar y a las comodidades de su hogar; en el caso de Inés las terapias le dan la seguridad de que día a día puede mejorar su condición y por otro lado el placer y gozo que le produce adquirir una habilidad con la que crea sus accesorios. Estas manifestaciones de las pacientes, que las vuelve predispuestas a realizar las terapias porque evocan una emoción es lo que Collins (2009) llama energía emocional.

La importancia de la energía emocional según Collins (2009) es que esta puede ser reinvertida en la producción de ulteriores rituales de interacción dando como resultado lo que él denomina cadena de rituales de interacción que pueden ser intermitentes. Así la reinversión que hacen de la energía emocional las pacientes Lilly e Inés son

precisamente las emociones o sensaciones que les provoca la terapia o los eventos con que ellas asocian a los ejercicios y rutinas, y es esto lo que nuevamente les hace asistir a las terapias. Por lo tanto es la energía emocional la que les permite anclarse a las actividades de las terapias, es así que Collins señala que almacenar y administrar la energía emocional permite crear un foco de atención en sí mismo y a su vez alentar en otros emociones parecidas o comunes.

La energía emocional desencadenada durante las terapias en algunas pacientes puede desbordarse y ha de ser controlada por gestos de las enfermeras y terapistas hasta volver a encontrar un equilibrio, de manera que la comunicación fluya. Un ejemplo de esto se pudo evidenciar durante las terapias cognitivas con la paciente Marta. Durante las terapias cognitivas se realizaban ejercicios de lectura, de llenar acrósticos, ejercicios básicos de suma y resta, o encontrar sujeto y predicado en las oraciones (**Ver fotografías n° 2, 3 y 4**). Al llevarse a cabo estos ejercicios y antes de empezar la terapeuta lee en voz alta lo que la paciente debe realizar en el papel, posterior a esto se les indicaba que hagan y se les daba un tiempo de diez minutos para concluir la actividad. Una vez terminada la actividad la terapeuta leía el ejercicio y preguntaba paciente por paciente lo que habían escrito en el papel y se procedía a su corrección con la ayuda de las enfermeras.

Marta era una de las pacientes que siempre terminaba la actividad, a pesar de que a la paciente no le gustaba realizar terapias ocupacionales, era en las cognitivas donde se la veía muy activa a pesar de sus 71 años. La paciente siempre se apresuraba y terminaba mucho antes que sus compañeras los ejercicios que se les pedía realizar, tal es así que una vez que terminaba, decía en voz alta la respuesta casi gritándola y una vez que terminaba ayudaba a sus compañeras y pasaba al siguiente ejercicio. (**Ver fotografía n° 5**)

La paciente Marta instauró con ésta forma de proceder la competencia entre sus compañeras, pues se medían con ella y se esforzaban por ver quien acababa más rápido. La paciente había logrado en cada terapia cognitiva reinvertir la energía emocional sus motivaciones, la fuerza el anhelo y la intención, tanto así que movía sus manos el lápiz y no sabía que hacer una vez que terminaba la actividad.

En una ocasión la paciente había terminado un ejercicio y una vez hecho esto procedió a gritar “acabé!” a lo que la terapeuta dijo: “ya Martita quédese quietita”. En otra oportunidad mientras la terapeuta preguntaba a una paciente su respuesta, Marta contestó; la terapeuta se dirigió a ella y le dijo riendo “Martita tranquila hija!, no ve que todavía no es su turno espérese” ante esto la paciente contestó; pero está bien? Terapeuta: “si hija está bien muy bien Martita pero espere su turno”.

Al parecer Marta se sentía orgullosa y motivada, Marta durante las terapias ocupacionales decía no gustarle mucho y comentaba aburrirse; sin embargo en las terapias ocupacionales se le veía alegre y decía “yo soy buena estudiante”, esta era una de las motivaciones de la paciente; sin embargo, en repetidas ocasiones se le pidió a la paciente que no se adelantara realizando los ejercicios siguientes que se presentaban en la hoja y que esperara a sus compañeras; sin embargo la paciente siguió haciéndolo. Ante esto se le pidió que una vez que la paciente acabara el ejercicio yo le diera vuelta a su hoja haciendo sonar mi mano contra la mesa y que dejara la hoja dada la vuelta hasta pasar al siguiente ejercicio, se me dijo: “no le dejes pasar al siguiente porque la Martita que bestia es una ansiosa! Y tiene que ir con las compañeras, si quiere voltear la hoja tú cruza los brazos y quédale viendo” (Diario de campo diciembre 2014).

Contradictoriamente al igual que en el caso de Inés que se incentiva una conducta o actividad a través de la terapia al ser “sujetos psiquiatrizados” son intervenidos tanto en sus emociones como en su manera de mostrar su cuerpo, el sujeto psiquiatrizado como se vio no solo que es perfectible sino que se lo arma y se lo desarma. En el caso de Marta y con el resto de pacientes; inicialmente el objetivo de la terapia era que “piensen rápido” como decía una de las terapeutas y que acaben el ejercicio “porque eso les mantiene ágiles la mente y despiertos” es más a ésta paciente siempre se le decía “muy bien muy bien” y se alagaba y reforzaba su logro; sin embargo, como vemos en el caso de Marta ésta energía emocional se desbordó y ya no estaba de acorde con la sincronía propuesta por quienes lideran el ritual que son las terapeutas y enfermeras, y es ahí cuando se vuelve al tema de la intervención sobre y a través de cuerpo-emoción.

En el caso de Marta se dijo que era necesario “bajarle la ansiedad” mostrada en las terapias cognitivas al realizar los ejercicios, y debido a esto en las terapias ocupacionales a esta paciente se le ponía en la tarea de insertar esferas por colores y por

tamaños en una base de madera, con el fin de “enseñarle la paciencia”. Por otro lado, el hecho de dar la vuelta a la hoja de la paciente, los brazos cruzados, la mirada suponía un acto que indicaba jerarquía y a la vez un acto de comunicación que la paciente aprendió a interpretar y jugar con el, es así que me miraba y ponía sus dedos sobre la hoja como pidiendo permiso, pero al tener una marcada distancia en cuanto a roles se refiere, Marta sonreía y llevaba su cuerpo hacia atrás reclinándose en la silla, como aceptando que no podía dar vuelta a la hoja.

Este tipo de comunicación no verbal se pudo evidenciar a lo largo del trabajo de campo en donde las pacientes aprenden a manejar sus gestos e incluso recurren a la negociación con ellos. Lo que es importante en estos casos es que como señala Collins (2009) es que la energía emocional es intermitente y esto es lo que le permite activarse o anclarse en otros rituales de interacción. Es esta energía emocional la que les permite a las pacientes dar un sentido a la existencia dentro del hospital psiquiátrico aún cuando la fantasía se vea reducida y las posibilidades de simbolización; sin embargo a las pacientes les deja una pequeña ventana para narrarse a sí mismas a pesar de que estas narrativas o construcción di sí mismas tiene como matriz la misma institución que como vemos es la que encausa esta energía emocional. Cabe recalcar que esta energía emocional al ser intermitente puede anclarse a otras actividades, es móvil y por eso cuando se reasigna nuevas y diferentes tareas a las pacientes, estas vuelven a buscar la manera de experimentar esta intención, gozo, placer, en fin estos factores que detonan y determinan que una acción se lleve a cabo.

La energía emocional por lo tanto circula dentro de la situación y de los actos que se están llevando a cabo; y por lo tanto también a través de los cuerpos pues con éstos se ejecutan las acciones; de ahí que para Collins (2009) el ritual de interacción sea por excelencia un proceso corporal. Otra de las características del proceso ritual según el autor, es que se inicia con la convergencia de cuerpos humanos en un mismo lugar, lo que causa una agitación o un mínimo de conciencia respecto a la mutua proximidad de los cuerpos de los participantes. Ya lo advertía Goffman (1981) citado en Collins (2009) ,que incluso en situaciones dónde no suceda nada extraordinario, importante o digno de mención el hecho de la proximidad corporal hace que las personas permanezcan en estado de alerta unas respecto a otras de tal modo que facilitan su vigilancia a las demás

Collins (2009) a parte de la implicación sociocultural que tienen estos comportamientos y acciones en los rituales de interacción señala que existe un componente biológico que precede al sociocultural, y es debido a éste que en los encuentros se da cierto tipo de reacciones y comportamientos. Así para el autor existe un componente evolutivo en el humano que hace que su sistema nervioso dirija su atención hacia sus congéneres con el fin de estar atentos a una pelea, una señal de alarma, o la posibilidad de un contacto social o algún gesto sociable que propicie encuentros placenteros capaces de generar intercambios no solo simbólicos, pues parte de lo que nos diferencia del resto de especies es justo nuestra capacidad de socialización y empatía con el resto de personas.

Este tipo de comportamiento evolutivo señala el autor mencionado, explicaría la razón por la cual los cuerpos humanos son tan sensibles a la cercanía mutua y estén propensos a implicarse en la atención compartida durante acciones y eventos, se involucren y entren en consonancia emocional con otros durante un ritual de interacción.

La consonancia emocional es un componente por excelencia del ritual de interacción advierte Collins (2009), pero de esta deriva otras sincronizaciones rítmicas como son las implicadas en el habla, así los participantes entran en sincronía en lo que el autor llama turnos conversacionales, dependiendo del rol, los silencios y el respeto al turno de hablar del otro; pero también el tono de voz que se maneja, este hecho señala el autor permitiría mantenerse dentro de la actuación que es el ritual; así los actores sostienen las sensaciones y la estructura social.

El hablar y comportarse de determinada forma durante el proceso ritual consiste en una actuación pues es indispensable saber mantener los ritmos y la sincronía constante tanto de emociones como de gestos así como los tonos y formas en que se dirigen unos interlocutores a otros. Para Mauss (citado en Le Breton, 2013) el manejo y expresión de las emociones se rigen por reglas que los actores reproducen de acuerdo a un propósito común; en este sentido *las emociones son actuaciones* (por lo tanto performáticas), pero no significa que la actuación sea fingir, así como tampoco quiere decir que no sean sinceras o sentidas. Son actuaciones porque son una **puesta en escena**. Con puesta en

escena se refiere a que se tiene un orden específico dentro de un sistema, que existe una configuración espacial y jerárquica y que existe una dosis de emoción para cada actor.

Además de esto, las emociones constituyen actuaciones porque pueden ser leídas, interpretadas, asimiladas por cada uno de los participantes, y a su vez son capaces de propiciar más emociones en quienes las asimilan y de esta manera se genera convención entre los diferentes actores sociales, es por esto que la emoción es considerada como un lenguaje según Mauss (citado en Le Breton, 2013) en donde se manifiestan los propios sentimientos para sí mismo y para los demás lo que vuelve a este proceso un simbolismo.

Dentro de la consonancia emocional que desata la sincronía del habla de los interlocutores, se da a la par una coordinación de los movimientos corporales advierte Collins (2009) de tal manera que incluso se puede llegar a un mimetismo postural entre quienes participan.

Según el autor de esta manera es como se da las etapas iniciales de aprendizaje, incluso en los niños pequeños que aprenden por repetición e imitación en donde inicialmente no saben el sentido y significado de las palabras pero entran en sincronía con los ritmos orales a través de juegos y la reiteración.

Así por ejemplo durante las terapias se busca que los pacientes realicen las acciones reiterativamente, por ejemplo en el caso de la paciente Marta para “bajarle la ansiedad” y enseñarle la paciencia se le pide que una vez colocadas las esferas en la base de madera las vuelva a quitar y las coloque una por una nuevamente. Collins señala que en las primeras etapas de aprendizaje los bebés humanos entran en sincronía con sus cuidadores y aún cuando no aprenden a hablar mantienen pseudo diálogos con turnos alternados entre lo que les dice el cuidador y los sonidos que los bebés emiten, de manera que se ve esta sincronía gestual, corporal y emocional.

Pero no solo los bebés interactúan de esta forma como ya lo advertía el autor, pues en el proceso ritual se dan estas consonancias entre las personas adultas, y se establecen vínculos y maneras particulares de comunicación sobre todo cuando existe una posición jerárquica como la que se establece entre los cuidadores que vienen a ser los terapeutas o

las enfermeras con las pacientes. Es aquí donde el papel del terapeuta o la enfermera toma gran importancia, pues son ellos los que con sus palabras, tono de voz y lenguaje corporal establecen las pautas de relacionamiento que se deben mantener durante los encuentros en las terapias; y de esto están muy conscientes los terapeutas pues saben que ellos son fundamentales en la enseñanza y educación del paciente (**Ver fotografía n° 6**) tal es así que en una de las conversaciones mantenidas con Eduardo uno de los terapeutas ocupacionales, el señalaba lo siguiente:

es importante en el manejo y tratamiento de la enfermedad el psiquiatra claro porque él hace el diagnóstico y todo y da la medicación, pero somos nosotros los que dirigimos al paciente y le acompañamos ya? Por eso hay una frase que me gusta muchísimo que era el slogan de nuestra facultad cuando yo estudiaba que decía: el médico salvó mi vida pero el terapeuta me enseñó a vivirla y es verdad te das cuenta? porque a muchos pacientes les hemos vuelto a enseñar cómo deben hacer las cosas y eso es lindo, bien gratificante ver que tú le dices has así tal cosa, o no hagas esto otro y el paciente se esfuerza para hacer las cosas bien (Entrevista realizada al terapeuta ocupacional Eduardo V. 17 de Octubre 2014)

Las acciones y ejercicios repetitivos que se piden que realicen las pacientes no solo va creando en la conciencia un tipo de movimiento corporal y como proceder ante tal situación o con un objeto con el que se tiene que entrar en interacción; sino que va creando como hemos visto a lo largo del trabajo sensaciones, sincronía emocional con sí mismos y con los terapeutas y enfermeras, llegando a una manera de comunicación. Los terapeutas y enfermeras muchas veces cuando la paciente no logra realizar el ejercicio de la forma en que se le pide son ellos los que realizan la acción e invitan a las pacientes a emularla.

Este tipo de interacción como la conversación, lenguaje corporal y sincronía emocional supone para Collins (2009) un acto ritualista por cuanto implica también una suerte de modelo como vemos en las terapias que se ponen ejemplos de los productos finales que las pacientes deben entregar como dibujos, manualidades, juegos armados (**Ver fotografía n° 7**) y la manera en que actúa el terapeuta y la enfermera con las pacientes implica también un acto mimético que reproducen los pacientes para entrar en comunicación con el personal a cargo; caso contrario como vimos sus conductas son

cuestionadas, de esta manera las pacientes se encuentran interpeladas por sus cuidadores pero con pequeñas posibilidades de representación valiéndose de los mismos elementos materiales y simbólicos otorgados por el personal.

El apego que puede desarrollar una paciente con el terapeuta o enfermera el cual no siempre es un afecto positivo sino que puede encerrar dependencia, genera energía emocional, pues como señalaba Collins (2009) todo foco de atención compartido desencadena ésta energía, ya que existe una consciencia compartida de la existencia del otro y de sus intenciones. En este sentido las pacientes también deben aprender a interpretar las posturas corporales y lo que el terapeuta y enfermera espera de ellas para no entrar en conflicto, pues no siempre existen órdenes específicas, explícitas o verbales sino que se espera que por ser pacientes muestren un comportamiento, y para que esto suceda es fundamental el rol de las terapias ya que es con estas que se evaluará y se determinará si las pacientes están o no asimilando las lógicas de comportamiento que demanda la institución y se evalúa que tanto está sirviendo la medicación que ha administrado el psiquiatra puesto que se hacen informes y observaciones en un registro que se lleva de cada paciente.

Las acciones que se llevan a cabo tanto en las terapias ocupacionales como cognitivas, suponen a su vez actos performáticos por cuanto están cargadas de símbolos compartidos atravesados por formas de comunicación y significados. Por otro lado supone una creencia en lo que se hace tanto del personal a cargo como de los pacientes, creencia que organiza la experiencia y la intimidad de los sujetos.

Un ritual de interacción genera como hemos visto energía emocional; sin embargo, esta energía acabado el ritual puede descender. Uno de los factores que señala Collins (2009) es primordial para mantener al sujeto anclado a los próximos rituales y acciones y así crear adherencia e incluso gusto como en el caso de las pacientes que asisten diariamente a las terapias es la transformación emocional.

La transformación de las emociones inmediatas en emociones duraderas es lo que hace que la energía emocional pueda circular y reproducirse en cada ritual, y deben quedar almacenadas a manera de símbolos que sean aptos para re evocarlos. Partiendo de esta idea en cada acto que se ejecute habrá una carga, un recuerdo o significado

“simbólico/emocional” que como señala el autor son susceptibles de afectar la interacción grupal y las identidades personales en futuras situaciones. De ahí que las pacientes al asistir a terapia se anclan a historias de su pasado antes del internamiento, que les produce gozo placer o confort, con lo que dan sentido a la terapia; pero a su vez el recuerdan lo que recordaron durante éstas volviéndose una retroalimentación constante que permite la canalización de ciertas conductas a través de los distintos ejercicios.

Collins (2009, p 144) advierte que: “la construcción de la realidad social en la vida diaria es un proceso emocional” cuando esta realidad se ve irrumpida, se transgrede o se fractura, las emociones que sostienen esta estructura pueden mostrarse de manera negativa y con una gran intensidad; de ahí que las terapias como actos cotidianos le provean a los pacientes una suerte de lugar seguro para poder continuar dentro del hospital y a su vez encierren casi un carácter de sagrado desde una perspectiva durkhemiana pues abriga un sentimiento de solidaridad social, convergencia y consonancia emocional.

Garfinkel (citado en Collins, 2009) señalaba la importancia de la consonancia emocional entre los involucrados durante la interacción ritual y cotidiana. En la construcción del orden social para este autor, la cognición humana intrínsecamente tiene límites y por lo tanto el orden social no puede fundamentarse únicamente en un acuerdo racional consciente y es aquí cuando entran en juego las emociones para mantener estos acuerdos pues los retroalimentan, los fortalecen los llevan al umbral y los hace circular.

Existe un flujo de las emociones que va desde un nivel micro-situacional como advierte Collins (2009) a un nivel macro que fortalece en el caso tratado las lógicas de la Institución que es el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón; es así que para el autor la materia prima y donde se manufactura el orden social, las pautas y las normas suelen ocurrir a nivel micro, nivel que en el presente caso está situado en las terapias.

Para Garfinkel (citado en Collins 2009) la “ normalidad”, es un estado neutro en una escala emocional donde no fluctúa de manera explícita y activa emociones positivas y negativas. La normalidad para el autor es casi lo mundano y una emoción genérica “situada hacia la mitad de la escala de valencias positivas y negativas” (Collins, 2009 p

147). Este estado de normalidad suele parecer algunas veces para los actores sociales muy poco atractiva o interesante; sin embargo, según Garfinkel (citado en Collins 2009) este estado, esta emoción y sensación de que “no ocurre nada extraño” es la recompensa a un esfuerzo considerable y un trabajo por mantener en neutro la escala emocional, así también implica un gran esfuerzo hacer que el trabajo de mantener la normalidad pase inadvertido para todos nosotros.

En los rituales de interacción se genera toda una gama de estados emocionales y existe fluctuación de estos; sin embargo es el mismo ritual ,el que delimita y modera las emociones como en el caso de las terapias ocupacionales y cognitivas dentro del hospital psiquiátrico, pues establecen el ritmo, dónde y cómo mostrar las emociones , así como la dosis para cada momento y para cada actor en relación a otro; es decir la distancia emocional e incluso corporal que ha de mantener la paciente respecto al terapeuta y enfermera, y es por esta razón que constituyen actuaciones y actos performativos cargados de significados y simbolismos. Son los rituales de interacción los que establecen “la normalidad” y lo adecuado para ese momento que se está desarrollando, pero a su vez son capaces de almacenar la energía emocional para siguientes rituales con el fin de crear emociones duraderas que pueden generar las cadenas de rituales de interacción como las llamó Collins (2009).

Según Collins (2009) la energía emocional proporciona energía para la actividad física, orienta el cuerpo para la acción, a su vez que permite al sujeto tomar partido e iniciativa en la interacción emocional con otros permitiéndole la intersubjetividad y desplegar una serie de gestos comunicativos y así poder pautar y sincronizarse con el nivel colectivamente compartido de consonancia emocional. Partiendo de esta idea es que la energía emocional ha de ser móvil y por lo tanto transportada como señala el autor a través de “símbolos afectivamente cargados en las situaciones emocionales” (Collins, 2009, p 148) que ocurren durante los rituales o puestas en escena.

La energía emocional por lo tanto es un efecto perdurable resultado de un encuentro sincronizado, pautado y organizado como lo es el ritual de interacción. La energía emocional advierte Collins (2009) recorre lo individual como lo colectivo y refuerza la confianza en el acto que se está llevando a cabo, en el sí mismo y en los otros.

Cabe resaltar que en palabras del autor esta energía emocional puede recorrer toda la escala de estados anímicos es decir pasar por los estados positivos como la alegría hasta los estados negativos como la tristeza, pero será el ritual como hemos visto el que establezca cuales emociones han de ser más valoradas que otras y por lo tanto mostradas. A pesar de esto han de existir tonos emocionales tan leves y serenos que podrían pasar desapercibidos, pero que aún así no son menos importantes pues para el autor mencionado subyacen al orden social y constituyen uno de los factores que ayudan a desencadenar la energía emocional. “La energía emocional se asemeja un tanto al concepto psicológico de “pulsión”, pero su orientación es específicamente social” (Collins,2009, p 150); es gracias a esta energía emocional que según el autor se dan las interacciones sociales, caso contrario serían impracticables.

La energía emocional tiene un componente cognitivo según Collins (2009) que supone una expectativa de ser capaz de enfrentarse a una situación, esa vertiente cognitiva van a ser símbolos que pueden ser ideas o recuerdos personales. Los símbolos no siempre son usados conscientemente señala Collins; es decir el actor no decide cuales va a utilizar en tal situación; sino que a través de la experiencia los relaciona como en el caso de la paciente Lily que todas las sensaciones placenteras las asociaba con el sentido del gusto pues para la paciente era muy valorada la comida y sus ingredientes pues le recordaban a su madre y al calor de hogar; de tal manera que la paciente en las terapias evocaba estos recuerdos relacionándolas con la actividad propuesta.

Collins (2009) advierte que ciertos símbolos se vienen a la mente del actor pero no porque este piense en función de utilidad y en base a lo que obtendrá si los evoca; sino más bien porque los símbolos que se presentan activan ciertas propensiones que estimulan al sujeto para la acción; es decir no existe cálculo y premeditación cuando se evocan los símbolos.

Otra de las características de la energía emocional es que valga la redundancia es una emoción fuerte duradera y estable que produce en los sujetos la capacidad de actuar, tomar partido de la participación colectiva, es decir involucrarse e imprimir dirección a las situaciones sociales, lo que permite que los sujetos se enfrenten a diferentes tareas no solo dentro del ritual sino en lo que respecta a la vida cotidiana, y permite desarrollar

a su vez una suerte emociones paralelas que derivan del bagaje emocional del sujeto, lo que Collins (2009) llama estilos emocionales que se pueden apreciar dentro del ritual, que puede encajar con el termino personalidad, pero también tiene que ver con la posición y el rol que llevan a cabo los sujetos dentro del ritual de interacción; es decir estos estilos emocionales ponen de manifiesto las jerarquías y las posiciones emocionales y las distancias entre los actores.

La energía emocional advierte dicho autor es la clave para la retroalimentación a largo plazo. Esta energía posibilita que se realicen rituales de interacción subsiguientes y predispone a los sujetos a participar de los mismos. La energía emocional arrojada por un ritual de interacción es capaz de emitir nuevos estímulos emocionales y activar otros; los sujetos que experimentan estas emociones querrán recordar lo que sintieron o incluso repetirlo. Así es como los rituales de interacción producen valores que se permean a la vida de los individuos, con lo cual dan paso a compromisos con el sí mismo y con los otros; así como la necesidad de confiar y creer.

Le Breton (2013) señala algo de vital importancia y es que la emoción no es transparente, sino que siempre estará inscrita en una relación. “La dramaturgia de lo social implica un juego de identidad variable según el público” (Le Breton, 2013p 73) es por esta razón que la sinceridad es solo una presunción así como la transparencia ya que únicamente la persona afectada sabe lo que siente. La necesidad de deducir los signos y los comportamientos de otros advierte el autor son principios del **interaccionismo simbólico**.

Los signos son mostrados a través del cuerpo y de la cara, por esto constituyen herramientas importantes a la hora de comunicar y de jugar un papel, pues con ambos se envía señales a los demás y anuncian significados. Con el cuerpo y con la cara señala Le Breton (2013) se modula y se controla cuidadosamente las señales; con ambos se entra en escena la cual es un juego que se piensa, “porque la teatralidad está en la vida social”(Le Breton, 2013 p 75), dentro de esta teatralidad se hace necesaria la confianza y la creencia pues sin ésta el vínculo social es inconcebible; es decir al no poder acceder a lo que siente “el otro” el creer en la escena que se vive da un sentido de la realidad y permite la interacción entre los pares esto es lo que constituye la **ficción** “ ficción de la racionalidad del orden social” de la que hablaba Foucault (1994).

Esta interacción entre los pares, supondría un manejo de los signos y de los símbolos; de tal manera que, son ordenados y utilizados con una intención, el cuerpo en este contexto se vuelve símbolo por excelencia y un factor primordial para que la comunicación fluya, es así que para Le Breton (2013) existe una dramaturgia elegida y enunciada en la cual el cuerpo se hace relato; así también las emociones son desplegadas y transmitidas a través de una serie de gestos y movimientos de los cuerpos.

“La escena teatral es un laboratorio cultural donde las pasiones ordinarias revelan su contingente social y se dan a ver bajo la forma de una partición de señales físicas que el público reconoce inmediatamente con sentido. Le Breton 2005” (Le Breton ,2013 p76). Partiendo de esta idea, la escena teatral es también ritual y viceversa, en cuanto constituye un orden, secuencia y sistematización de las acciones a ejecutarse.

Para muchos dramaturgos y directores de teatro como Peter Brook (1969), la vida misma es una actuación, basta con realizar acciones cotidianas y que otros las observen como un hombre que transita por un determinado espacio mientras otro lo mira ya constituye un acto teatral; no en vano las ciencias humanas han adoptado el término de “actores sociales” para referirse a los sujetos que se desenvuelven dentro de una esfera social y cultural. Para autores como Brook la actuación se trata de vivir y “actuar es vivir” ; actuar implicaría por lo tanto valerse de tácticas, poner en uso prácticas y acciones que se han adquirido a lo largo de la experiencia dentro de un universo significativo, a la vez que se despliega un bagaje cultural, actuar por lo tanto es dar sentido a la experiencia.

Cuando el autor señala que “actuar es vivir” está apelando a que es un acto comunicable, hace referencia a una vida en donde debe primar lo estrictamente necesario y se debe eliminar lo irrelevante precisamente porque se requiere comunicar (Brook, 1969) y para esto la actuación tiene que ser funcional; en este sentido para algunos actores y directores de teatro la “unidad funcional y de comunicación en la actuación se halla en el gesto” (Oña, 2015)⁷.

⁷ Apuntes tomados del taller de actuación 2015 con la directora de teatro ,dramaturga y actriz Adriana Oña Toledo, quien dirige el Taller de Artes Escénicas “Los Saltimbanquis” fundado en Quito en 1982.

Cuando el gesto, la emoción y el movimiento corporal no comunica, o comunica algo que no está de acorde con el universo de significación en donde se desenvuelve el sujeto, este rompe con la convencionalidad del lenguaje y es nombrado como el “loco” o paciente psiquiátrico” es entonces cuando estos procederes tienen que ser controlados, moldeados y organizados a través de la institución psiquiátrica para que sean “normales”, es decir de acorde a las convenciones establecidas dentro de un universo de significación.

Para Le Breton (2013) las claves para la representación radican en una serie de elementos y matices afectivos que se encuentran disponibles en el registro simbólico de un grupo; en este sentido las emociones son también posibilidades para transitar en un universo socio-cultural y por lo tanto generan flujo y movilidad de los sujetos interactuantes.

Las emociones constituyen para el autor relaciones, expresiones, significación, interpretación, regulación, intercambio; de ahí que Diderot (citado en Le Breton, 2013) conecte la escena social con la escena teatral pues en ambas se evidencia la acción de los signos.

Dichas acciones cómo se ha advertido a lo largo del capítulo son ejecutadas por el cuerpo, pero no al azar sino a partir de los límites socioculturales del mismo, en este sentido el cuerpo es ritual, pero también representa un poder sobre el sí mismo y sobre los demás; así para autores como Bates y Gibson (citados en Ramírez, 2001) siguiendo en el plano del constructivismo advierten que los límites de las emociones son puestos por lo que denominan “requisitos de estructuración de la tarea” en los cuales se halla incluido “lo que se puede y cómo se puede hacer con el cuerpo tanto al nivel funcional como expresivo del cuerpo, así como por los formatos de comprensión e interpretación ofrecidos por el marco sociocultural en términos de selección de metáforas y etnoteorías diversas” (Ramírez, 2001 p 181).

En este sentido existe una visión no solo constructivista tanto de las emociones como de los usos del cuerpo; sino también una visión interaccionista del ámbito sociocultural y el poder, cómo este se manifiesta y su influencia en la esfera sociocultural y viceversa.

La emoción al estar implicada en el proceso cognitivo ha de ser una herramienta fundamental para despertar el interés y el acercamiento a la realidad, al mundo material y a las estructuras significantes que constituyen el mismo. Lo emocional está ligado al lenguaje en la medida que el nombrar y categorizar personas y elementos implica un tipo de relación con los mismos creando prácticas y afectos.

Para autores como Bates y Pinol (citados en Ramírez, 2001) los niños en sus primeros años de vida adquieren una relación con los objetos y sus nombres en un contexto pragmático en donde salta a la vista lo emocional, pues es a través de esta que se da la exploración, puede que la emoción desencadene y permita un mejor acercamiento y conocimiento del objeto, dígame emociones como placer, alegría; motivan la curiosidad. Dichas emociones se experimentan en una relación no solo con los objetos sino con los demás y sobre todo con el propio cuerpo; sin embargo hemos de recordar que están normadas y mediadas por la cultura.

Una emoción negativa por el contrario inhibiría para los autores un interés limitando las capacidades explorativas; de tal forma que la emoción advierten puede servir como protección hacia lo desconocido y lo extraño.

Es importante cuando hablamos que la emoción es mediada social y culturalmente entender el papel de la norma y de una “pedagogía” presente en cada grupo que dictamina las prácticas y los usos del cuerpo y con este la expresión de las emociones. Se habla pues del papel que tienen los “cuidadores” en cuanto a los formatos y contenidos que proporcionan a quienes participan y observan activamente. Lave (1988 citado en Ramírez, 2001) señala que el infante es co-ayudado a organizar sus emociones, aprende a leerlas, codificarlas, interpretarlas y expresarlas de manera que así se produce el aprendizaje y una interacción cooperativa pero también corpórea.

En el caso del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón, los cuidados de los pacientes son llevados a cabo por enfermeras y terapeutas ocupacionales y cognitivos. Son ellos quienes pasan las 24 horas del día con los internos, y una de las funciones importantes

es justamente proveer al paciente estos formatos de comportamiento. En este sentido existe una readecuación, reeducación y reencausamiento de las acciones y los usos del cuerpo que son asimilados por los pacientes a través de la emoción y la corporalidad.

He aquí uno de los retos y una de las funciones de la Institución, que es la reeducación del paciente; puesto que éste viene de un círculo específico, socio económico y cultural con unas normas y valores que asimiló durante toda su vida; ahora se enfrenta a unos saberes y a unas posturas que reorientan su manera particular de organizar el mundo.

Esto se hace a través de las terapias cognitivas y ocupacionales, que tienen por objeto regular las funciones íntimas de los sujetos, estableciendo rutinas, tiempos y espacios para cada actividad, de manera que se vuelven actos teatrales y rituales cotidianos para los pacientes. Entra en juego en estas terapias la acción y el movimiento; puesto que no es posible lograr la reeducación de los sujetos solo con el discurso, se hace necesaria una praxis, pero para que esta se asimile debe generar un apego es aquí cuando cobran importancia las emociones, que como hemos visto son el andamiaje en los procesos cognitivos y experienciales.

La escena social, es una escena teatral en donde existe un manejo de los signos. Los actos cotidianos son teatrales y a su vez rituales puesto que implican una sistematización, jerarquía y distancias específicas sociales y emocionales entre los actores. La emoción causada por estos actos permite el apego, la identificación, la aceptación de las rutinas por parte del paciente, genera voluntad, y creencia en lo que se vive permitiendo ordenar la realidad. El creer por otra parte genera confianza, seguridad y convencimiento de las actuaciones que se llevan a cabo; y gracias a ello se genera una verdad al interior del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Para directores de teatro y actrices como Oña (2015) la acción y el movimiento corporal son los desencadenantes para crear una imagen y un significante; es a través de la exploración corporal y los ejercicios que se desatan sensaciones y emociones; así una vez más se evidencia la dinámica de cuerpo-emoción en el proceso experiencial sobre todo durante las terapias que implican movimientos.

En este sentido para Ramírez (2001) existe un diálogo prelingüístico e intersubjetivo. Hoffman (1981 citado en Ramírez 2001) por otro lado señala la emoción o el afecto cómo algo primordial para comprender a las personas, y para comprender a los objetos

diferenciando una inteligencia física o mecánica y la social; sin embargo son diferentes pero están imbricadas.

La inteligencia social para Hoffman (1981) es anterior a la inteligencia del objeto o a la mecánica; por el hecho de la presencia de la persona en el mundo antes del objeto; es decir su cuerpo presente como experiencia ya le dota de una conciencia sobre el sí mismo y también le permite el involucramiento emocional como bien lo señalaba Oña (2015.). Por otro lado antes del acercamiento al objeto existe una idea del mismo, una simbolización y un nombre para este.

Existen teorías de referencia social (Ramírez, 2001) que señalan que parte de la interacción y evaluación de las situaciones cotidianas, se dan a través de la interpretación de los gestos de la cara; así por ejemplo en niño busca información de los estados mentales de la madre o de su cuidador por medio de la interpretación de los gestos y la expresión de las emociones; de tal manera que el niño regula su propia conducta y su estado emocional; es aquí donde entra en juego emoción, cognición y comportamiento.

Hay que tomar en cuenta que una de las características de las instituciones como el Hospital Psiquiátrico es la tendencia a la infantilización de los pacientes; y esto debido a que como hemos visto en las sociedades disciplinarias y modernas los cuerpos “inútiles”, débiles, diferentes con comportamientos impredecibles y no controlados como los cuerpos de los ancianos y los de los “locos” deben ser encausados redirigidos y guiados; se asume que no pueden valerse por sí mismos. Al igual que los niños, se piensa que este grupo poblacional de internos requiere de educación y son vistos como vulnerables y a su vez como peligrosos. El reflejo de esta infantilización es ver cómo se pone cuidadores a los pacientes que son enfermeras contratadas por los familiares, así como el trato y la visión que tienen los terapeutas y enfermeras respecto a los pacientes como vemos a continuación:

Terapeuta ocupacional: me gusta trabajar mucho con niños, porque soy muy paciente; también me gusta trabajar con los viejitos porque son como niños. Hay que estarles viendo que hagan bien lo que se les pide.

Antes de trabajar en el hospital psiquiátrico, trabajaba en una escuelita para niños con discapacidades.

Ponte yo trabajaba con niños que tenían síndrome de Down, o con niños que por falta de oxígeno en el parto no tienen sus capacidades cognitivas al 100 %, y trabajar con ellos es bonito porque como todavía son pequeños puedes enseñarles la perseverancia...

Algunos saben decir no puedo; pero yo les digo como que no puedes, algunos se cansan y saben querer dejar ahí botado y coger otro juego; pero yo les insisto y les hago que me repitan hasta que salga bien. Algunos pacientes de aquí son igualitos, así como niños, incluso los de adicciones saben portarse así, saben querer hacer solo lo que a ellos les gusta o lo que les divierte y no es pues así las cosas hay que decirles que hagan para que sean pacientes, que no sean impulsivos.

Una vez un paciente de adicciones que ingresó por alcoholismo me dijo yo le hago 3 escobas, porque él antes de entrara acá al hospital se dedicaba a eso, vivía de eso. Entonces yo le dije cómo me vas a hacer solo tres escobas, me haces cuarenta!! Híjole puso una cara y yo le dije no sé verás sino haces yo pongo en el informe que no cumples las actividades y ya sabes luego no tienes salidas, no paseos y ya verán si te dan almuerzo (fichas de campo 3 y 4/30, 2.1: terapia ocupacional).

Evidentemente existe una visión infantil respecto al “sujeto psiquitizado” dentro del Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón en la cual se valora o se le da peso a la docilidad y maleabilidad que puede exhibir un niño; de hecho se prefiere que sean como niños pues pueden ser guiados y educados; sin embargo es mal visto expresiones como la impulsividad características de un comportamiento infantil. Veamos un ejemplo a continuación de cómo se guía las actividades del paciente y la manera en que es interpelado en sus acciones por parte de las enfermeras:

Algunas pacientes insisten en que se les supervise la actividad, llegando a un punto en que no pueden hacerlo solas. Pese a que ciertas actividades como pintar supuestamente son “libres” pues el o la paciente elige el color que pondrá a los elementos del dibujo; terapistas y enfermeras terminan de una u otra forma plasmando su gusto o su visión de las cosas, en la actividad; pero esto no lo hacen solas pues la paciente en algunos casos también lo permite.

Una de las pacientes “Anita” durante la terapia ocupacional, cada paso que da, cada acción que realiza durante su tarea pregunta “¿esta bien? “señorita!! Está bien, así?”

Esta paciente, la señora “Anita”, es una de las pacientes más activas, y entiende las instrucciones; sin embargo, suele preguntar la mayoría de las veces “¿cómo hago?”, “mire! Señorita, venga a ver, así”.

Es así que se les ha dado el dibujo de una familia para que colorean. Se ponen las pinturas en el centro de la mesa, para que las pacientes las tomen y pinten; sin embargo, cuando las terapistas recorren entre las mesas viendo a las pacientes, que realicen la actividad, se acercan a las pacientes y les dicen, “¿qué le parece si le pintamos este colorcito?” (mientras cogen una pintura de un color específico), luego la paciente coge esta pintura y procede a pintar mirando a la enfermera y ésta sonríe.

En esta ocasión todas las pacientes se encuentran agachadas pintando; pero la señora “Anita” pregunta: “señorita!!!, señorita!!, de ¿qué color será de pintarle los ojitos?” (refiriéndose a una persona, dibujada en el papel que se les ha entregado para colorear). La terapeuta ocupacional se acerca y le dice: “¿qué le parece si le pintamos azulitos ya? Azulitos pínteles” y la paciente toma el color que indirectamente le ha dejado cerca la terapeuta, y pinta los ojos del muñeco azules.

Después de un momento vuelve a preguntar: “¿y el pelito?, de qué color le pintaré?”

Terapeuta: “Amarillito pínteles, queda bonito”

Al interior de la Institución se ha reforzado este rol en el paciente psiquiátrico, y este lo ha asumido durante las terapias. El paciente asume este rol por la forma en la que los terapeutas y enfermeras “sostienen,” como afirmaba Collins (2009), un tipo de comunicación y energía emocional que interpela al “sujeto psiquiatrizado”. El terapeuta al demandar este comportamiento infantilizado provee también ciertos placeres como dar un premio al paciente, es así que el paciente psiquiátrico entra en esta relación particular, cayendo muchas veces en la dependencia.

Es posible observar una relación de dependencia por parte del paciente hacia la enfermera; y la búsqueda constante de aprobación de cualquier acción a ejecutarse. Al igual que en los niños se pudo observar que el paciente psiquiátrico indaga el estado de ánimo de la enfermera evaluando su cara, el paciente provoca emociones como fastidio, enojo o malestar a quien está a su cargo y evalúa que cosas puede hacer, a qué puede acceder dependiendo de la reacción de la enfermera.

La importancia de la evaluación y la codificación emocional significa para Jolly (1996) (citado en Ramírez, 2001 “el largo camino hacia la simbolización y la cultura: a lo largo de milenios de evolución, las mentes progresaron desde “ese mono quiere morderte”, a

“ no le gusto a ese primate”, a “ese trueno quiere asustarme” a “Zeus está enfadado conmigo” ” (Ramírez, 2001 p 188).

Dicha evaluación y codificación emocional ha sido regulada dentro de las variaciones históricas e ideológicas, pues éstas han modelado perfiles o estilos emocionales; en donde ha primado unas emociones sobre otras. Así por ejemplo en la Inglaterra prerrevolucionaria predominaba la vergüenza, mientras que en la Nueva Inglaterra colonial dominaba la culpa (Ramírez, 2001). En estos procesos de regulación, los aparatos ideológicos del Estado como las instituciones han sido cruciales para legitimar ciertas expresiones corporales y emocionales en la sociedad, asumiéndolos como valores o antivalores, es por esta razón que autores como Foucault (1994) hablen de una historia de las prácticas de la subjetividad.

Si de estilos emocionales se trata, se podría decir que en el Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón el paciente al ser infantilizado debe controlar su impulsividad en gestos, acciones y palabras; ha de ser un sujeto dócil pasivo y receptivo con el fin de que se le pueda educar, y guiar, y en algunos de los casos ha de ser un sujeto “dependiente” no en el estricto sentido de la palabra, pues puede negociar haciendo uso justamente de su cuerpo/emoción; sino que existiría una dependencia al hablar que cubre o suple ciertas necesidades de las mismas reglas impartidas por los terapeutas y enfermeras basadas en las lógicas de la institución

La enfermera Liz y la señora Estrella tienen una relación particular; van cuatro años juntas dentro del hospital. Liz comenta que la señora Estrella está acostumbrada a hacer el berrinche .

Enfermera Liz: “yo para que también que si le he mimado mucho a la señora porque ni bien grita y patalea ahí estoy yo, pero no ve que si no voy peor hace escándalo eso ven otros pacientes y luego hacen lo mismo, entonces yo no le puedo dejar”

Al parecer de esto se da cuenta la paciente y se ha vuelto una estrategia para obtener las cosas que desea de la enfermera; valiéndose del mismo rol de niña que le han otorgado en el hospital, la señora Estrella obtiene bienes materiales y simbólicos/emocionales.

En ciertas ocasiones la señora Estrella se quejaba mientras la enfermera Liz conversaba con otras y reían, se quejaba con gemidos y moviendo sus piernas

Señora Estrella: “Ayyyyy” “Ayyyyy” (dice esto mientras trata de llevar su cuerpo hacia adelante y hacia atrás con todo silla)

Enfermera: Ques pues!!! Ya va! Que le pasa!!

Señora Estrella: Hágame caso

Enfermera: que quiere pues!! Que no me ve que estoy ocupada!!

Señora Estrella: Deme papel para cortar! Que estoy aburrida.

Ante esta situación la enfermera buscó entre los materiales papel y le dio a la paciente, explicándole cómo cortar y pidiéndole que doble los pedazos. La enfermera posterior a esto le dijo a la señora Estrella : “Si se porta bien le doy un vaso de quacker” y procedió a darle un beso en la frente mientras la paciente cortaba el papel, a lo que la enfermera dijo : “Eso!! Muy bien mi preciosa! (Diario de campo 15 de septiembre 2013)

En otra ocasión durante la hora de terapia ocupacional la enfermera procedió a amarrar con una sábana el torso de la paciente Estrella a su silla de ruedas dejando libre sus manos y pies.

Señora Estrella: ¿ya me va a amarrar? Por qué es así? Por qué es así?

Enfermera: Usted es demasiado inquieta, si usted no fuera así esto no pasaría así que ya sabe bien por qué le amarro, ya no se queje!! Para que es inquieta!!

Señora Estrella: ya vamos, ya vamos!

Enfermera: A dónde pues!

Señora Estrella: A la casa!!!

Enfermera: usted es:... si estamos en el cuarto, vamos!, en la terapia, vamos! Ques pues usted que quiere!!! A dónde quiere ir!!

Señora Estrella: vamos a la casa

Ante esto la enfermera o contestó nada y siguió conversando con el resto de enfermeras y recortando hojas de revista para las siguientes terapias. Ante esto la reacción de la paciente fue la siguiente:

Señora Estrella: Señorita!!!! Señorita!

Enfermera: Otra vez!! Qué pasa!

Señora Estrella: Por lo menos hágame hacer algo! Eso que usted está haciendo

Enfermera: Haber ya! Tome, tome!

La paciente comenzó a cortar el papel con los dientes.

Enfermera: ya ve!!! Para que pide si va a hacer mal!! Y encima se pone a rasgar el papel con los dientes, no con los dientes!!!! (Diario de campo septiembre 26, 2014)

Ante esto la enfermera demuestra la manera en que debe hacer la actividad. Minutos después entra otra enfermera a la sala y saluda con beso a las demás; ante esto la paciente dice : “yo también estoy aquí, saludeme a mí también deme un besito” , todas las enfermeras ríen y la enfermera que entró a la sala da un beso en la mejilla de la paciente.

Minutos después en el momento menos esperado la paciente exclama: “Carajo!!!” a lo que la enfermera Liz responde: “que le pasa!!! A mi no me carajea que no soy su hija!!!, si sigue así no hay almuerzo no hay comida no hay nada!!”. (Diario de campo septiembre 26, 2014)

Esta era una relación particular entre la enfermera y la paciente, casi una manera de comunicación, ya que la paciente buscaba hacer enojar a la enfermera y tras esto venía siempre una reconciliación que implicaba un premio o la negociación de poder hacer una actividad. En otras ocasiones sobre todo a la hora del almuerzo la paciente actuaba con movimientos torpes y regaba los vaso de jugo para que la enfermera se lo dé en la boca o para que le traigan un vaso de jugo nuevo, pero antes de llevar a cabo esta acción la paciente miraba a la enfermera y le decía “mire que sí puedo comer sola” pero terminaba por regar sus alimentos.

Las relaciones de dependencia suelen apoyarse en el mismo poder que ejerce el terapeuta, psicólogo o enfermera; es decir que muchas de las veces la paciente es consciente del estatus que tienen el personal médico y negocia y desarrolla estrategias para obtener favores o beneficios por parte del mismo que pueden ser satisfacer necesidades emocionales, como conseguir un incentivo a través de un premio o el obtener palabras de aliento y cariño que suben su autoestima y la estimulan para seguir haciendo la actividad de la manera correcta, es decir de la manera que se la ha pedido. Durante la terapia ocupacional y cognitiva los pacientes obtienen una aprobación o

desaprobación a través de un halago, una felicitación que puede ser una palmada en el hombro, o el premio como una porción extra de bebida o comida. En este sentido los terapeutas y enfermeras son los encargados de que el ritual de interacción que son las terapias logren generar la energía emocional de la que habla Collins (2009).

Una alta energía emocional según el mencionado autor implica un alta autoestima que se refleja en una mayor sincronía corporal con quienes participan en el ritual, existe una postura más erguida de confianza, más holgada y existe pese a la jerarquía que puede marcar distancia lapsos de contacto visual y pequeñas aproximaciones al cuerpo del otro, lo que hace que estos sujetos deseen interactuar nuevamente en otro ritual pues se vinculan a este por el gozo y la circulación de bienes tanto materiales como simbólicos, tal es el caso de pacientes que obtienen comida extra (bien material) o el caso de quienes obtienen palabras gratificantes (bien simbólico/emocional) que les motiva a seguir ejecutando la acción de la manera que la vienen haciendo.

Ya lo advertía Collins (2009) que la energía emocional es móvil y puede ser almacenada así como reinvertida para generar y motivar otro ritual de interacción de manera que se generan CRI (cadenas de rituales de interacción) capaces de regir nuestras vidas y organizar una serie de acciones de nuestro cotidiano. Esto sucede durante las terapias con la administración del premio y con la aprobación o desaprobación que se hace de las conductas de las pacientes, pues las predisponen a actuar de determinada manera en el comedor.

De hecho las terapias ocupacionales y cognitivas son siempre antes de la hora de almuerzo de tal manera que están programadas para ser actividades secuenciales, pues la una lleva a la otra a manera de cascada. Las pacientes con alta energía emocional se dirigen de inmediato al comedor con interés en el menú, contrario a las que no han sido premiadas, son evidentemente más activas a la hora del almuerzo y dispuestas al diálogo con sus compañeras sobre todo cuando estas preguntan “por qué te dieron más comida”.

Una de las características de las Instituciones señala Goffman (1970) es precisamente esta secuencialidad y continuidad en las actividades, es decir que una desemboca en la otra y la lleva inevitablemente a esta, justamente con el objetivo de que el paciente interiorice las lógicas; así por ejemplo cuando se empieza a retirar el material y a guardar los juguetes utilizados en la terapia ocupacional muchas pacientes ya están pensando en el almuerzo, con quien se van a sentar, si compartirán o no la comida, y el menú. Algunas pacientes han asumido que no es posible que no asistan a terapia pues “saltarse” ésta actividad les permite obtener el almuerzo, aún cuando sea posible que no se presenten porque amanecieron con sueño a causa de la medicación, muchas se sienten “incompletas” ansiosas o intranquilas de no haber asistido y preguntan a sus compañeras que hicieron o qué paso; de esta manera la terapia se vuelve un hito y un marcador de seguridad en las pacientes.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

5.1 El proceso de subjetivación es un factor fundamental para la adherencia a las lógicas institucionales

5.1.1 La subjetividad en el orden social

Tanto el campo de la antropología como el de la sociología se han preocupado por dilucidar las formas en que los sujetos se adhieren a dinámicas autoritarias; y cómo es posible que al entrar en ellas surjan procesos de identificación y muchas veces de servidumbre voluntaria; de manera tal que genere un deseo en las masas. Este deseo estaría dado por mecanismos capaces de modelar sentimientos y voluntades.

La generación de tipos o de un tipo de sentimientos y voluntades está ligado a un proceso de subjetivación o construcción de la subjetividad. Dicho proceso permite la legitimación y la reproducción del poder, pues crea súbditos, adeptos, y creyentes al servicio de este poder. Para Foucault (1994) este hecho se puede evidenciar en las instituciones como en el caso del Hospital psiquiátrico pues se crea una ficción de la racionalidad del orden social dentro del cual se hacen operativos unos códigos y unas lógicas.

Foucault (1994) señalaba como en procesos disciplinarios el poder atravesaba los cuerpos, de manera tal que se grababa en las conciencias y con esto se daba paso a un ethos particular.

La subjetividad por tanto implicaría según Foucault (1994) un corpus en el cual existe la relación con uno mismo, con los otros y con el mundo, que derivan en toda una serie de prácticas y ejercicios que entran en juego con la historia de la cultura, de la filosofía, de la moral, y de la espiritualidad occidental; y por lo tanto en la historia de las representaciones.

En este sentido la subjetividad constituye un proceso tanto individual como colectivo pues se fundamenta en las relaciones entre individuos en el marco de un contexto

histórico, por lo tanto socioeconómico, político y cultural. El paciente psiquiátrico es susceptible de ser construido y asimilar lógicas y códigos institucionales, lo que supone una experiencia concreta como lo es el rol de paciente dentro de la institución; en donde por un lado para Foucault (1994) existe un proceso de individualización y a su vez de totalización simultáneas, características del poder moderno.

Es decir que por un lado entra en juego la construcción de un individuo a través de un proceso de subjetivación, mediante el cual éste asimila las lógicas de la institución, da cuenta de su propia existencia; pero a su vez se hace necesario que este individuo se identifique con otros, con el colectivo y cree un sentido de pertenencia; así el individuo se proyecta en los otros, y los otros en el individuo; por lo tanto el proceso de subjetivación es un proceso constructivista.

El proceso de subjetivación o conocimiento de uno mismo implica “un determinado modo de enfrentarse al mundo, un determinado modo de comportarse, de establecer relaciones con los otros” (Foucault, 1994 p 34) es a través de este conocimiento que el sujeto se purifica, se transforma y se transfigura.

En este sentido existe una experiencia subjetiva ligada al proceso cognitivo. Según la conocida teoría de W. James (citado en Ramírez, 2001) la experiencia subjetiva viene a ser la toma de conciencia respecto a los cambios corporales que se producen como reacción a situaciones determinadas.

Lo llamado lo subjetivo o subjetividad constituye para Searle (citado en Ramírez, 2001) las emociones, intenciones, los deseos, motivaciones; todos estos elementos pertenecen a una actividad mental y psíquica que no se desliga del saber y de procesos experienciales.

La subjetividad por tanto pone en movimiento una serie de relaciones y a su vez de significados y valores, de ahí que tome una importancia capital al momento de entender la dinámica de los diferentes grupos de la sociedad. Por otro lado es indispensable ver de qué manera es posible la perpetuación del poder, así como las lógicas y el por qué si bien éstas pueden ser cuestionadas, a la larga son aceptadas y vividas.

Estas lógicas al ser vividas implican una circulación de una serie de prácticas y valores. Ya lo advertía Foucault (1999) que no es posible comprender las instituciones si son vistas como estructuras represivas y prohibitivas, pues no habría razón para obedecer ni

aceptar; al contrario ha de existir para el autor placer y saberes que atraviesan todo el cuerpo social; es por esta razón que Felix Guattari (citado en Aquino, 2013) considera que una de las producciones más importantes de la humanidad es precisamente la producción de subjetividad pues ésta genera una conexión entre las máquinas (entiéndase éstas como estructuras) de control social y las instancias psíquicas, ambas generan una forma de percibir el mundo.

Guattari (citado en Aquino, 2013) señala la existencia de varias subjetividades, pues son heterogéneas, dispares discontinuas, múltiples y fragmentadas. Existen subjetividades diversas así como momentos y situaciones se presentan; sin embargo, convergen como una sola al momento de ser traducida a un mismo vocablo y al ser interpretada por el colectivo. Aparece como una cuando se vuelve modelo como por ejemplo en el capitalismo, en las sociedades disciplinarias y modernas, se puede decir que se evidencia cómo una subjetividad cuando ésta representa y significa para el orden establecido o como diría Zizek (2010) para el “Gran Otro”.

Para Guattari (citado en Aquino, 2013) visto desde esta perspectiva el mundo de la vida estaría casi prefabricado, encuadrado, guiado, de tal forma que no afecte a los lugares de control social que ocupamos, y de paso se evitaría que ponga en riesgo el control social que ejercemos sobre nosotros mismos.

Qué los individuos no se revelen frente a situaciones precarias o de sumisión cuando estas se hacen más evidentes, y que por el contrario se revelen en un punto donde la situación es insostenible se lo puede entender según Jon Beasley-Murray (Fernández, 2015) a través de conceptos como el de afecto⁸. Serían los afectos los que potenciarían y perpetuarían la dinámica de la institución psiquiátrica, y por medio de estos se podría llegar a entender la interiorización de ciertas lógicas de la misma por parte de los pacientes.

La subjetividad se va construyendo en torno a la experiencia, y esta a su vez constituye la significación e interpretación de vivencias personales y colectivas; por otro lado según Brah (citado en Aquino, 2013) constituye un espacio discursivo donde se encuentran sujetos diferentes y diferenciales que bien pueden reafirmar subjetividades

⁸ Jon Beasley Murray dice usar el término afecto en el mismo sentido de Deluze. Deluze argumenta Beasley hace una distinción entre emoción y afecto; mientras que la primera es privada y personal, el último es una intensidad impersonal y colectiva.

y posiciones o repudiarlas. Pero a más de espacio discursivo también es práctica de dar sentido ya sea simbólica o narrativamente.

5.1.2 Cuerpo/emoción en el desarrollo de la subjetividad

La subjetividad al ser experiencia conecta al hombre con el mundo a través como diría Le Breton (2013) de una red continua de emociones, por lo tanto el hombre es afectado, es impactado de afectividad; es aquí donde nos encontramos en el plano de los afectos y emociones.

Para el autor, ésta afectividad moviliza cambios viscerales y musculares que dan el tono de la relación con el mundo. El autor advierte que la renovación de las emociones y la economía sutil de gestos, posturas, expresiones faciales, sucesión de secuencias, no pueden ser concebidas fuera de un entorno de aprendizaje. Este entorno constituye la cultura en un contexto particular que arroja relaciones con los demás.

Las emociones “resultan de procesos cognitivos tan complejos como la religión, el arte o la ciencia” (Averill, 1980 p 67 citado en Le Breton, 2013) , están cargadas de significado. La cognición está mediada por el cuerpo, pues se percibe y se aprende a través de este con los movimientos que se lleva a cabo, cada acción corporal generaría una emoción que es no solo vivida, sino asimilada como real.

Partiendo de esto, es necesario tomar en cuenta al cuerpo como catalizador, como ejecutor y herramienta para conocer el sí mismo y a los demás. El cuerpo por lo tanto se halla involucrado en este proceso cognitivo y de subjetivación que producirá emociones y afectos que pueden ser evidenciados y reflejados nuevamente en este cuerpo a manera de gestos, posturas, sensaciones y por otro lado en una manera particular de ver, y organizar el mundo; el cuerpo es capaz de representar las emociones, por eso el cuerpo es un elemento que comunica. Por otro lado también éste es capaz de crear sensaciones y emociones a través de la manera en que se acerca a los objetos y a las personas; y estas emociones a su vez son capaces de generar ciertos tipos de gestos y posturas; es así que **cuerpo-emoción** se hallan en un proceso constante de creación mutua.

La emoción según Le Breton (2013) está cargada de un tono afectivo; pero no tiene realidad en sí misma, dado que es una emanación social, no es espontánea sino

ritualmente organizada con un significado para los demás, y por lo tanto es capaz de movilizar discursos, expresiones faciales, gestos y un vocabulario. El individuo puede añadir su nota personal en un patrón colectivo siempre y cuando esta sea reconocida y codificada por sus pares. Esta nota personal está atravesada por el contexto del individuo y su desarrollo dígame psicología, edad, sexo, estatus social y económico, grupo étnico.

Las emociones para Le Breton (2013) tienen su razón de ser pues siguen ciertas lógicas personales y sociales y están impregnadas de significado. Por otro lado permiten cierto juego con su expresión para adaptarse mejor a las circunstancias, y a su vez están implicadas en los procesos cognitivos, “No hay proceso cognitivo sin que se ponga en marcha un juego emocional y viceversa” (Le Breton, 2013 p 72).

Este proceso cognitivo requiere para el autor una evaluación de los eventos y las circunstancias, así como una interpretación de los hechos sociales, por lo tanto la emoción es un pensamiento en movimiento en donde participan procesos conscientes e inconscientes.

En la emoción advierte Le Breton (2013) no existe el triunfo de la irracionalidad o de la naturaleza, sino una lógica mental. La emoción como comunicación, como lenguaje atraviesa los cuerpos ya que tiene que ser leída asimilada y vivida por el individuo y por el colectivo, la emoción será una puesta en escena a través del cuerpo, y los usos de este cuerpo a su vez desatarán emociones con las cuales o bien los sujetos se identificarán y las interiorizarán o bien serán desechadas en la medida que sirvan para relacionarse de acuerdo con los códigos establecidos dentro de la institución; en este sentido la institución es una semiósfera.

Le Breton (2013) señala que la emoción para que sea sentida, percibida y expresada necesita pertenecer al repertorio del grupo cultural al que corresponde; es decir qué la emoción también constituye enseñanza de las relaciones sociales, las jerarquías, las distancias físicas, una enseñanza del proceder, de la acción y de cómo mostrarse a los demás, por lo tanto la emoción es también modelada y un mediador importante en la interacción.

Con el conocimiento de la emoción Mauss (citado en Le Breton, 2013) el individuo hace que se llenen las expectativas y la comprensión de su grupo, en este sentido las emociones constituyen una “expresión obligatoria de los sentimientos”(Le Breton, 2013

p 73), y tienen un propósito común que se va inscribiendo en un sistema de valores, significado, vocabulario y ritualidades.

5.2 El cuerpo del paciente psiquiátrico, es un cuerpo que representa

El cuerpo del paciente psiquiátrico como se ha visto a lo largo del trabajo es un cuerpo dinámico, no tanto en sí mismo o por la cantidad de movimientos que una paciente puede realizar; sino que su dinamismo radica en cuantas cosas y de qué maneras puede representar para sí mismo y los demás. En este sentido se ofrece una nueva perspectiva del cuerpo del “enfermo” pues no sólo es un cuerpo “inútil” en términos de Foucault (1967) pasivo, o receptor.

El cuerpo del paciente psiquiátrico, es un cuerpo teatral, performático, que se adapta y que comunica todo el tiempo, a través de la actuación y la simbolización. Es dinámico también porque tiene que sincronizarse con las diversas situaciones que se presentan durante las terapias, lo que lo vuelve un cuerpo camaleónico dotado de expresiones que dan o no cuenta de las emociones; por lo tanto el cuerpo del paciente psiquiátrico es un cuerpo vivo y vivido en el cotidiano, y es como diría la actriz Adriana Oña (2015) un cuerpo exógeno, pues está abierto a recibir la información del resto, pero a su vez está abierto selectivamente a ser leído; es decir ha aprendido a saber que mostrar y que no durante su puesta en escena. El cuerpo del paciente psiquiátrico es performático también porque cuenta unas historias de su vida anterior, o de la terapia, cuenta y crea situaciones.

5.3 Cuerpo/emoción y su implicación en el habitus

Existe al interior del hospital psiquiátrico una limitación en cuanto a los recursos materiales y simbólicos; sin embargo a partir de estos que están a disposición del paciente es que el mismo ha buscado la forma de dar sentido a su mundo; si bien es cierto ha de predominar la construcción del paciente por parte del hospital y su personal a cargo queda un reducido espacio del sí mismo del paciente que es precisamente el que le permite asimilar estas lógicas institucionales.

Es este sí mismo del paciente que le permite asimilar las lógicas de la institución y adherirse a las mismas, ya que la regla solo por la regla o un poder prohibitivo no se

obedecería y no se instalaría en la forma de organizar el mundo del paciente, es necesario la existencia de una matriz, de un sustrato socio cultural con el que viene el paciente antes de su ingreso a la institución; en este sustrato se encuentra incluido también el cuerpo y las emociones del paciente con sus usos y significados.

El paciente psiquiátrico por lo tanto no solo se construiría desde el punto de vista de la clínica y la medicina, sino por la significación y las lecturas que el paciente hace sobre sí mismo y con lecturas que hace de este la institución. Así un sujeto dentro de la institución psiquiátrica no solo es paciente por el diagnóstico que el psiquiatra hace, sino por los encuentros y tipos de relaciones que mantiene con el personal. El paciente psiquiátrico dentro del Hospital Sagrado Corazón se define también por su manera de estar en el mundo.

El tratamiento médico por lo tanto no consiste solamente en la administración de la medicación, sino que existen acciones terapéuticas orientadas a reorganizar la forma de estar en el mundo por parte del paciente, con lo cual se homologa una población variada de individuos y es precisamente esta una de las tareas del hospital psiquiátrico en tanto institución, el moldear lógicas que la sociedad moderna demanda a través de minimizar unas subjetividades y priorizar un tipo de subjetividad derivada de las prácticas institucionales que obedezca al orden establecido.

Es este tipo de subjetividad construida que retroalimenta la existencia y pertinencia del hospital como institución; aun cuando los pacientes con la medicación “actúen normal” en los casos observados no son dados de alta debido a una especie de desconfianza, incertidumbre de que el paciente “vuelva a su comportamiento”. Por lo tanto el éxito del tratamiento y la existencia de la institución se basan en que tanto ésta es capaz de engendrar un tipo de proceder ante la vida por parte de los pacientes. El hospital psiquiátrico está inmerso en una visión paternalista que reduce las posibilidades de los individuos a desarrollarse como tal y toma la potestad de organizar la vida íntima de los pacientes interpelándolos constantemente. De ahí que bajo esta visión paternalista exista una preocupación no tanto por la enfermedad sino por enseñar “como vivir” a aquellos sujetos considerados como débiles poco productivos e infantiles.

En este sentido el hospital psiquiátrico es un comprimido, un crisol de todas las lógicas modernas en donde las mismas se hacen evidentes y se conjugan, no necesariamente

para crear una mejoría en los pacientes como individuos sino para crear un modelo de comportamiento con un tipo de subjetividad que implica usos y significados particulares del cuerpo y la emoción, lo que podría dar paso al “habitus” en términos de Bourdieu (2007).

Dado que el habitus se desarrolla a partir de unas posibilidades y condiciones de existencia particulares (Bourdieu, 2007) el hospital psiquiátrico es en este sentido un mecanismo que genera un tipo de condiciones y posibilidades de las cuales el paciente hará uso; pero a más de esto el hospital al crear subjetividad en el paciente y desarrollar una manera específica del manejo del cuerpo emoción crearía estas disposiciones duraderas de las que habla Bordieu (2007), así cuerpo/emoción a más de ser una estructura estructurada sería una estructura estructurante, pues es un principio que organiza y genera tanto las prácticas de las pacientes así como las representaciones.

Siguiendo con el concepto de habitus propuesto por el autor nos permite ver que como principio generador y organizador de prácticas y representaciones es posible adaptar este habitus a una meta; así cuerpo/emoción de las pacientes no solo se adaptan, se adhieren a la experiencia del internamiento se vuelve parte de una visión de su mundo.

Aun cuando el habitus cumpla objetivamente con una meta propuesta como sería que las pacientes asimilen las lógicas institucionales , no implica que existe una manera consiente en la creación del mismo por parte de ninguna de las partes, ni del personal médico, ni de pacientes; es decir que sí existe una intención por parte de la institución que el paciente psiquiátrico viva como tal y aprenda a hacerlo, pero no se tiene una receta, no es por causa y efecto que se obtienen que las pacientes asuman su rol y se comporten acertadamente, se tiene una idea en la institución de que con la enseñanza y reeducación del paciente éste puede cambiar, pero como vimos es perfectible cada día, por lo tanto es siempre un proceso inacabado, y de ninguna manera tanto terapeutas como enfermeras conocen con lujo de detalles como lograr que sus pacientes se adhieran a las lógicas, por esto es que se vuelven tan importantes los encuentros cotidianos en las terapias y es este cuerpo/emoción que es estructura estructurada y estructurante la que permite que se desarrollen estos encuentros.

El habitus tampoco implica un dominio expreso (Bourdieu, 2007), es decir que en el proceso de generación del habitus no se lo hace por la simple obediencia a la regla como

hemos visto a lo largo del trabajo, sino que se crea día a día en la interacción, como en las terapias, en la participación, en las negociaciones que vimos se las realiza a través del cuerpo y la emoción.

La importancia del cuerpo y la emoción por lo tanto en este trabajo no solo radica en una forma de acercamiento para comprender como se crea una subjetividad y el fenómeno por el cual un sujeto se adhiere a las lógicas institucionales; el cuerpo y la emoción a más de ser una forma de entender los procesos de interacción social, ha de constituir una categoría que buscan reivindicar en el caso de las emociones el papel de las mismas en el aprendizaje, en el conocimiento, en la generación de saberes, y que no están desvinculadas de la razón.

Por otro lado en el caso de la categoría cuerpo busca reivindicarlo de manera que tome un papel activo en la construcción de significados y representaciones, que no sea solo un instrumento que reacciona de manera autónoma a órdenes y a estímulos sino que también es capaz de generar emociones con cada acción que ejecuta. Con cada movimiento este cuerpo desencadena también recuerdos, sensaciones, imágenes, significados que se manifiestan en emociones; así el cuerpo es capaz de generar emociones y éstas son capaces de verse reflejadas o expresadas en el cuerpo en ciertos movimientos, posturas, gestos que este lleva a cabo, de manera que se retroalimentan y construyen mutuamente de forma cíclica sobre todo durante los rituales de interacción que están caracterizados por un alto flujo de energía emocional y por encuentros y sumergimientos corporales como los llama Collins (2009).

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, M. A., Soto Villagrán, P., & Sabido Ramos, O. (2013). *Cuerpos, espacios y emociones: aproximaciones desde las ciencias sociales*.
- Almache, V., Guarderas, F., Toscano, G., Jiménez, P., Ayala, J., & Dávila, P. (1994). Hallazgos Neuroanatómicos en la esquizofrenia. *Revista Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Parcayacu*, (17).
- Aquino Moreschi, A. (2013). La subjetividad a debate. *Revista Sociológica*, 28(80), 259 – 278.
- Bourdieu, P., & Dilon, A. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires (Argentina: Siglo XXI Editores).
- Brook, P. (2015). *El espacio vacío*. Barcelona: Península.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Cárcel Ortí, V. (1985). *Fidelidad a una misión: el Beato Menni y las Hospitalarias*. Ciudad del Vaticano: s.n.
- Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Rubí (Barcelona): Anthropos.
- Esteban, M. L. (2013). *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Bellaterra.
- Fernández-Savater, A. (2015, febrero 20). Jon Beasley-Murray: “La clave del cambio social no es la ideología, sino los cuerpos, los afectos y los hábitos”. *eldiario.es*. España. Recuperado a partir de http://www.eldiario.es/interferencias/Podemos-hegemonia-afectos_6_358774144.html
- Flóres, L. (2011). El sujeto de la enfermedad mental. Problema a elucidar. *Anuario de Investigaciones*, 435 – 454.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1994). *Hermeneutica del sujeto*. Madrid, España: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- García Selgas, F. J. (1994). El “cuerpo” como base del sentido de la acción social. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (68), 41–83.
<https://doi.org/10.2307/40183757>
- Goffman, E. (1970). *Internados ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorrortu.
- Harris, M. (1979). *El desarrollo de la teoría antropológica: Historia de las teorías de la cultura*. México, [etc.: Siglo Veintiuno.
- Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Parcayacu (25 años). *Memorias*. Quito-Ecuador, Sudamérica.
- Kingman Garcés, E. (2006). *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: higienismo, ornato y policía*. Quito: FLACSO Ecuador : Universitat Rovira i Virgili.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 69 – 79.
- Lotman, I., M. (1996). *La semiosfera I: semiótica de la cultura y del texto*. (D. Navarro & M. Cáceres, Trads.). Madrid: Cátedra.
- Mantilla, M. J. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Intersecciones en antropología*, 11(1). Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=16662105&AN=60147062&h=mZSZerRNRnOh%2Ft54ZdCMx%2FJbYtvxOmDGMLtebazEE7NQSUr0qzvuxoawFxBsgcO4XuV3NThRnQjO7uy0L84nQ%3D%3D&crl=c>

- Mantilla, M. J. (2015). Narrativas terapéuticas: Una mirada hacia las intervenciones psicoanalíticas desde una perspectiva socio-antropológica. *Cuadernos de Antropología Social*, (41), 93–108.
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Ramírez Goicoechea, E. (2001). Antropología «compleja» de las emociones humanas. *Isegoría*, 0(25), 177–200. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2001.i25.589>
- Sabido Ramos, O. (2013). Los retos del cuerpo en la investigación sociológica. Una reflexión teórico-metodológica. En M. A. Aguilar, P. Soto Villagrán, & O. Sabido Ramos, *Cuerpos, espacios y emociones: aproximaciones desde las ciencias sociales* (pp. 19 – 54).
- Swartz, D. L. (2002). The Sociology of Habit: The Perspective of Pierre Bourdieu. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 22 (1 suppl), 61S–69S. <https://doi.org/10.1177/15394492020220S108>
- Turner, V. (1987). *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications.
- Žižek, S. (2010). *El sublime objeto de la ideología*. Madrid: Siglo XXI.

ANEXOS

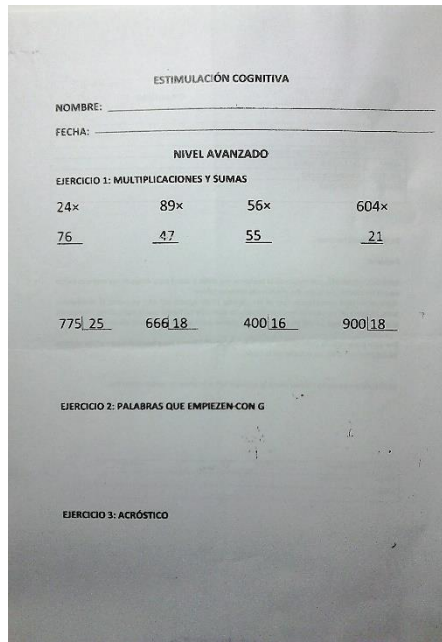
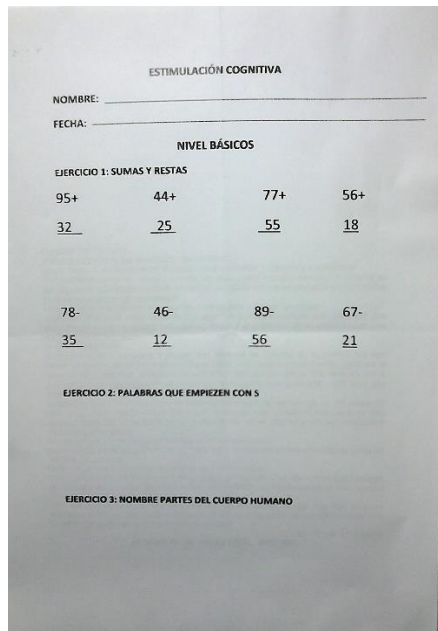
HERMANAS HOSPITALARIAS
del Sagrado Corazón de Jesús
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

HERMANAS HOSPITALARIAS
del Sagrado Corazón de Jesús
INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN

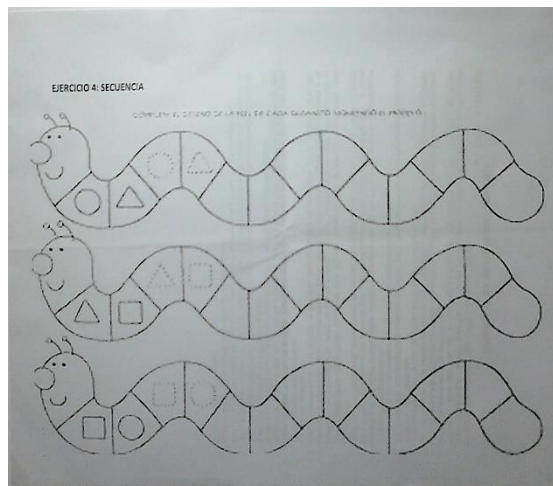
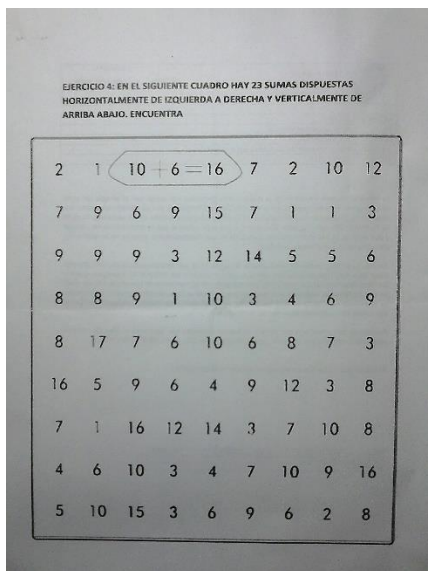
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	HISTORIA CLINICA N°
FECHA NACIMIENTO	CEDELA CIUDADANIA	LUGAR DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
LUGAR DE PROCEDENCIA	OCCUPACION	ESCOLARIDAD	
PERSONA RESPONSABLE		REMITIDO POR	

HERMANAS HOSPITALARIAS

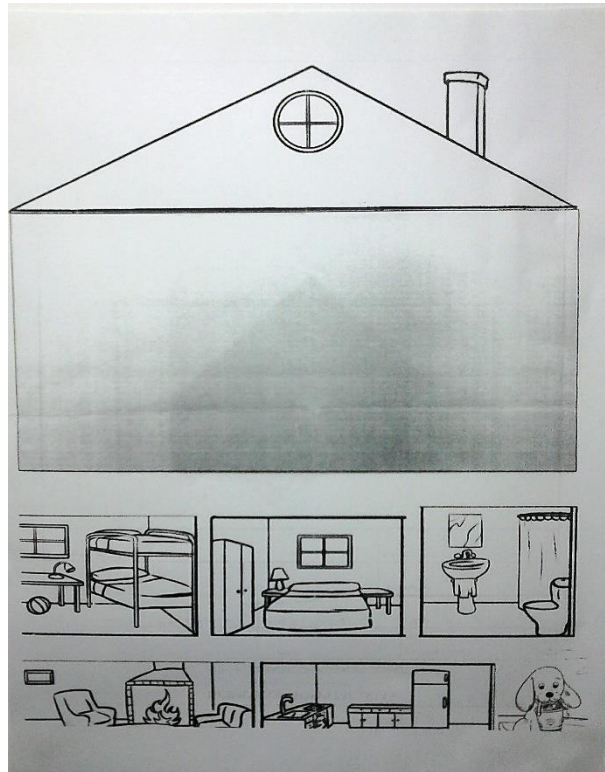
Fotografía n° 1: hoja que llevan los terapeutas durante las actividades, en la cual anotan los “progresos” o “retocesos” del paciente, así como también cosas que les llame la atención de la conducta del paciente



Fotografía n° 2 ejercicios de la terapia cognitiva, dividido por niveles



Fotografía n° 3 ejercicios de “concentración” de la terapia cognitiva



Fotografía n° 4 “ejercicio de ubicación espacial” de la terapia cognitiva. El ejercicio consiste en recortar cada cuadrado correspondiente a una parte de la casa, para proceder a pegar dentro de la misma, según informaban las terapistas busca establecer en el paciente los límites del “adentro y afuera” quienes ubicaron el perro adentro fueron llamadas la atención, así también quienes colocaron la imagen de la sala en la parte superior de la casa. Así también se dio predilección de ciertos colores por parte de las terapistas, sugiriendo en la mayoría de los casos pintar el perro café.



Fotografía N° 5 Paciente que ha terminado antes la actividad denominada tangram, que consiste en armar animales con figuras geométricas, se encuentra ayudando a otra paciente a realizar el ejercicio.



Fotografía n° 6 Terapistas supervisan la actividad para que se cumpla de la manera esperada



Fotografía n° 7 Actividades en la terapia cognitiva: “Tangram” ; consiste en juego de formar las figuras que existen en una especie de menú a través de figuras geométricas. En esta ocasión las pacientes deben armar un conejo como ejemplifica la terapeuta.