12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL
La Plata, junio y septiembre de 2021

GT02: Teorizar lo emotivo: antropología y emoción en la esfera profesional, institucional y pública

Emociones hipercríticas: reflexiones iniciales sobre el trabajo de campo en una Unidad de Terapia Intensiva

Agustina Villarejo, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. agus.villarejo@gmail.com

Resumen

Las Unidades de Terapia Intensiva -también conocidas como Unidades de Cuidados Intensivos- se definen por ser servicios especializados en la atención de los pacientes más críticos. En los últimos meses, a raíz de la pandemia de COVID-19, el trabajo al interior de las mismas se vio intensificado. La ponencia tiene como objeto esbozar algunas reflexiones iniciales que se desprenden del trabajo de campo realizado en una Unidad de Terapia Intensiva de un hospital privado ubicado en la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia de COVID-19.

La entrada a este mundo extraño en el que se combinan tratamientos, normas, tecnologías, experiencias, rutinas y emociones específicas implica el replanteo continuo sobre el lugar de la investigadora. Se parte de reconocer las tensiones propias del trabajo antropológico y los dilemas en torno a las figuras de insider/outsider o nativo/extranjero. Dentro de este escenario, la antropóloga se mueve en una posición por demás particular: no forma parte del equipo de salud interviniente ni es cuidadora de una persona internada. En toda su condición, la investigadora, aún así, se ve afectada.

Las reflexiones buscan explorar el lugar de la emoción en los discursos y las prácticas profesionales de los equipos de salud involucrados en este ámbito particular así como también recuperar el papel de las propias emociones de la etnógrafa en el proceso de investigación, asumiendo que la implicación emocional es parte del hacer etnografía.

Palabras clave: *covid-19; emociones; etnografía; unidad de terapia intensiva.*

Introducción

La Unidad de Terapia Intensiva (en adelante UTI), en tanto dispositivo de atención, surge finalizada la Segunda Guerra Mundial, posibilitado por los avances tecnológicos en medicina -tales como el desarrollo de técnicas de ventilación artificial, resucitación cardiopulmonar y la sucesiva complejización de procedimientos quirúrgicos-, con el objeto de proveer cuidado médico y de enfermería a los pacientes más graves con potenciales condiciones de recuperación (Seymour 2001, Gherardi 2007).

Dichas innovaciones impactaron en la posibilidad de recuperación de pacientes en estados críticos que hubieran fallecido sin estas tecnologías, así como también sobre la gestión médica del final de la vida y ulteriormente sobre los criterios para definir clínica y legalmente la muerte. La posibilidad de prolongar la vida de manera artificial, junto a los avances en el campo de las prácticas de trasplante y el desarrollo del criterio de “muerte cerebral” o “muerte encefálica”, redefinieron los parámetros para el establecimiento y determinación de “muerte” de los pacientes (Lock 2002).

Ligado a estas transformaciones, a mediados del Siglo XX se inicia un proceso de reestructuración del pensamiento y la práctica médica: la medicina clínica comienza a ordenar la vida de los pacientes de un nuevo modo en el cual se gestiona el ciclo entero de la vida incluyendo la muerte, cambiando nuestros modos de concebir la enfermedad, la identidad y el propósito de la clínica médica (Kaufman 2005).

Según Kaufman (2005), la emergencia de la UTI en tanto dispositivo biomédico inaugura la posibilidad de la medicina para manipular el momento en el cual ocurre la muerte de una persona a través de diversos modos: por un lado, por medio de la implementación de *artefactos tecnológicos* tales como la resucitación cardiopulmonar, la ventilación mecánica, los tubos de alimentación y el uso de fármacos poderosos en tanto herramientas que pueden retrasar o agilizar el momento de la muerte; por otro, a través de una *retórica particular* donde el poder de toma de decisiones de una persona enfrentándose a la muerte se torna central y necesario. En las últimas décadas, la consideración del "punto de vista del usuario" se constituye como una de las principales transformaciones de las imágenes y las prácticas existentes en la biomedicina. De esta manera, una específica retórica sobre el sufrimiento, la dignidad, o la calidad de vida moldea los juicios y toma lugar dentro de diversas discusiones acerca del proceso de toma de decisiones en circunstancias particulares.

Siguiendo esta línea, entendemos que la biomedicina ha jugado un papel esencial en la definición de muerte, estableciéndola como objeto de saber científico a la vez que constituyéndola y preformándola a partir de prácticas, equipamientos y espacios de acción (Flores-Pons e Iñiquez-Rueda, 2012). La UTI, las tecnologías de soporte vital -incluyendo el respirador mecánico-, el desarrollo de nuevos diagnósticos sobre los estados de conciencia neurológica, junto con la discusión pública y el establecimiento de instrumentos legales fueron todos conformando una "zona de indistinción" en la cual los contornos de la vida y la muerte se vieron -y se ven actualmente- redefinidos. Esta zona ambigua nace de la confluencia de las rutinas y los discursos médicos, la organización hospitalaria y de las sucesivas discusiones públicas sobre los derechos individuales (Lock, 2002; Kaufman, 2005).

Por otro lado, adentrarse en una UTI siempre ha supuesto una forma de aislamiento, no solo del resto del mundo, sino también del resto del ámbito hospitalario (Pulido Fuentes, 2020). Las UTI suelen ser entendidas como áreas "cerradas" al interior del hospital ya que constituye un espacio de entrada restringida incluso para los familiares de los pacientes (Comelles, 2000), hasta por lo menos la llegada del

movimiento que propone la “humanización de la UTI”[1]. La ejecución de técnicas complejas, la dificultad de manejo de los servicios y los pacientes, pero, sobre todo, las condiciones en las que estos llegan y el grado de fragilidad de las personas que allí ingresan hacen de estos espacios un ámbito de trabajo con condiciones muy específicas.

Por último, cabe señalar que el contexto actual de sistema sanitario se encuentra signado por la aparición del nuevo coronavirus COVID 19. El inicio de la pandemia a finales del año 2019 ha significado la exposición de los sectores de la salud a riesgos, incertidumbres y demandas de múltiples recursos (humanos, tecnológicos, de infraestructura, entre otros) a una escala sin precedentes en la historia reciente. Según estudios recientes (Kashyap et al, 2020) alrededor de un 4% de pacientes infectados con COVID-19 durante 2020 requirieron internación en UTI. En este escenario epidemiológico, la primacía del hospital, el papel altamente simbólico de las unidades de terapia intensiva y los respiradores han sido, durante los últimos meses, la cara visible del sistema sanitario en la arena pública.

El planteamiento inicial de mi proyecto de investigación fue esbozado previo a la aparición de la pandemia y tenía como objetivo general describir y analizar las experiencias de atención en una Unidad de Terapia Intensiva de Buenos Aires desde la perspectiva de los profesionales de la salud y los familiares/cuidadores de pacientes internados. Dentro de este diseño, uno de los objetivos específicos consistía en describir y analizar las imágenes y prácticas en torno a la gestión del final de la vida en las Unidades de Terapia Intensiva. A su vez, la investigación se planteaba un diseño metodológico cualitativo de corte etnográfico, basado en observaciones y entrevistas semiestructuradas con profesionales y familiares/cuidadorxs de pacientes internados.

El advenimiento de la pandemia un mes antes de iniciar el trabajo de campo impactó directamente en mi proyecto de investigación, provocando demoras, restricciones y limitaciones en el acceso al campo a las que, luego, se agregaron las

1 Durante la última década tiene lugar en varios países de Europa un movimiento que busca cambiar los modos específicos de la organización de la atención médica y los cuidados dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos. Entre otras cosas, se busca reformular la infraestructura, los horarios y otros aspectos de la organización del cuidado al interior de las unidades de cuidados intensivos con el objeto de ofrecer espacios más “abiertos” y “flexibles”, que tiendan a una mayor integración entre profesionales, pacientes y cuidadorxs.

reformulaciones correspondientes al problema de estudio y sus consecuentes ajustes metodológicos. La escritura de esta ponencia se inserta en el curso mismo de desarrollo de mi trabajo de campo y en plena redefinición de mi quehacer dadas las actuales circunstancias. La entrada a este mundo extraño en el que se combinan tratamientos, normas, tecnologías, experiencias, rutinas y emociones diversas implica el replanteo continuo sobre mi lugar como investigadora. Se parte de reconocer las tensiones propias del trabajo antropológico y los dilemas en torno a las figuras de insider/outsider o nativo/extranjero.

En el medio de un contexto compartido por demás inestable y fluctuante, algunas de las discusiones teóricas volcadas aquí me han acompañado y estimulado en este tiempo. La ponencia se organiza en dos apartados: el primero desarrolla aspectos de mi posicionamiento "incómodo" durante la investigación a la luz de los desarrollos tradicionales en torno al dilema *insider/ousider.* El segundo indaga sobre el lenguaje de las emociones y el cuerpo en tanto herramienta analítica al servicio del quehacer antropológico.

Posiciones incómodas: una antropóloga en la UTI

Si entendemos que gran parte del dilema de hacer etnografía incluye la pregunta por la escritura, el libro *El antropólogo como autor* de Clifford Geertz (1997) plantea algunos puntos de partida interesantes para examinar este aspecto. Allí, Geertz señala la existencia del "problema de la firma" en los textos etnográficos, el cual apunta a la cuestión sobre las formas en que el autor-función se pone de manifiesto en el texto y cómo el modo de formular las cosas aparece conectado con la construcción de lo que él llama una identidad textual. En otras palabras, las metáforas del peregrino y el cartógrafo usadas por Geertz en esa obra, el desafío de desplazarse por el campo con los gestos de uno y de otro, en coreografía simultánea. Para captar dicho reto -y la incomodidad que esto provoca- sugiere la observación meticulosa de los textos etnográficos (propios y ajenos), una observación que abarque fundamentalmente las páginas iniciales, ahí "donde se describe las puestas en escena, las intenciones y la autopresentación" (Geertz, 1997:20)

Un trabajo etnográfico de referencia para mi investigación es el que hizo a finales de los ´90 la antropóloga Sharon Kaufman, quien realizó trabajo de campo en Unidades de Terapia Intensiva de tres hospitales diferentes de California durante dos años con el objeto de explorar cómo médicxs, enfermerxs, pacientes y cuidadores experimentan el hospital y las muertes que ocurren dentro. Dicha investigación fue publicada en 2005 en su libro titulado "*And a time to die*". En la introducción del mismo, ella elabora una serie de reflexiones que me acompañan durante mi propia investigación.

Allí, Kaufman establece que la inmersión y el desapego, la participación comprometida y una autoridad etnográfica desapasionada, todos estos constituyen elementos que tensionan el trabajo antropológico y operaron juntos a la hora de reflexionar metodológicamente sobre su investigación. Dichos elementos se inscriben en discusiones teóricas y metodológicas más amplias entre posturas objetivistas y subjetivistas. En este sentido, algunos aportes han buscado mediar entre estas dos posturas al interior del trabajo de campo antropológico proponiendo posiciones epistemológicas dialécticas o conciliatorias (Bourdieu, 1988, 1991; Guber 1991; Da Matta, [1974],2018); Lins Ribeiro, [1989] 2018).

Tradicionalmente, los y las antropólogas se han insertado en contextos no familiares, distantes físicamente y sobre los cuales se desconocen los elementos que conforman la conciencia práctica dando lugar al principio metodológico del extrañamiento (Lins Ribeiro, [1989] 2018). En este contexto, que incluye experiencias y sensaciones iniciales de extrañamiento y asombro, el trabajo antropológico consiste en realizar una primera transformación: hacer familiar lo exótico, lo cual implica des-extrañarse a través de una operación contradictoria de distanciamiento/aproximación al objeto. Ahora bien, según Da Matta ([1974],2018), en el oficio antropológico se hace presente también una segunda transformación: hacer exótico lo familiar. Este movimiento se asimila a un viaje interno que supone una transformación por "vía emocional", según distingue Da Matta: "*en el segundo caso es, necesariamente, una desvinculación emocional ya que la familiaridad de la costumbre no se obtuvo por la vía del intelecto sino de la coerción socializadora y así, vino desde el estómago hacia la cabeza"* (Da Matta, [1974],2018). Si bien señala

que la desvinculación emocional estaría dada por este componente visceral de nuestra socialización, ambos movimientos (de lo familiar a lo exótico y de lo exótico a lo familiar) conducen al encuentro, dice el autor, y ambas mediaciones realizadas por el/la investigadora son conducidas a través de “un laberinto de conflictos dramáticos” que sirven como plataforma para la conformación del *anthropological blues*.

De esta manera, se configuran dos universos de significación distintos: el familiar y el exótico. Según estos aportes, el/la antropóloga se ubica como mediadora, traductora y puente entre ambos dando lugar a otra de las tensiones que ha caracterizado la deriva del trabajo antropológico: el dilema "*insider /outsider*". En tanto *insider*, el/la etnógrafa debe ser capaz de vivir en él la tendencia principal del medio estudiado e impregnarse de sus temas dominantes. En tanto *outsider*, puede captar fenómenos, hacer comparaciones y tener experiencias diferentes de las de los *insiders* (Ghasarian, 2008). Se cree que estas tensiones son productivas, y eventualmente dan lugar a percepciones interpretativas a través de la "doble conciencia" producida por virar entre diferentes reinos de comprensión: interno y externo, nativo y extraño. Idealmente, el trabajo de campo combina los puntos de vista del *insider* y del *outsider*, así lxs etnógrafxs van y vienen entre la observación y la participación, según las situaciones.

Durante los primeros pasos de mi trabajo de campo en una unidad de terapia intensiva, mis reflexiones se toparon numerosas veces con estas tensiones y me invitaron a pensar mi propia condición de *insider/outsider*. Releo mis notas, evoco mis primeras impresiones durante estos meses de trabajo de campo y por momentos, sin lugar a dudas soy una completa extraña, me siento ajena y fundamentalmente, desubicada. Sin embargo, también me inquieta registrar cuán naturalizados resultan para mí algunos aspectos de la práctica biomédica.

En primer lugar, estoy familiarizada con el funcionamiento general de los hospitales. Fui paciente de hospitales -aunque no con una enfermedad que ponga en peligro mi vida- y he visitado a amigos y parientes hospitalizados. También trabajé durante más de cinco años en un hospital realizando tareas de gestión y he realizado investigaciones en hospitales antes de este proyecto. Además, por razones

personales, la terapia intensiva es un ámbito muy significativo para mí, mi padre trabaja cómo médico intensivista hace más de treinta años. En este sentido, reconozco que parto de un posicionamiento personal particular: desde niña sé de la existencia de la terapia intensiva en tanto especialidad médica a través de mi familia. Conversaciones, libros ordenados en la biblioteca u objetos exóticos de todo tipo –desde estetoscopios o saturómetros hasta muñecos para los entrenamientos de RCP- todos ellos han habitado mi casa, son anécdotas y souvenires que circulan por el espacio personal que hace al vínculo con mi papá.

Por otro lado, soy nativa de una cultura que valora de modo general a la biomedicina y defiende el principio de autonomía de las personas, esto es, el derecho a manifestar sus deseos y voluntades y ser respetado; el derecho a obtener información acerca de la situación de salud y a tener opciones de tratamientos disponibles. En este sentido, estoy profundamente arraigada acá, soy, de alguna manera, una nativa en la tierra del discurso biomédico.

En contraposición, en tanto *outsider*, ignoro los principios organizativos de la institución en la que hago mi investigación y soy ajena a lo que piensan y sienten los profesionales de la salud cuando las decisiones difíciles parecen estar cerca. No tengo el conocimiento de las enfermedades, el deterioro físico y los tratamientos que tienen lxs profesionales de la salud. No sé cuántos procedimientos para salvar vidas existen o qué políticas y protocolos se implementan actualmente en el hospital. En estos primeros meses, tuve que empezar a aprender las reglas de la institución, las razones de algunos procedimientos específicos, los límites y alcances de la tecnología, y algunas cuestiones acerca de cómo los profesionales piensan y sienten acerca de lo que hacen y de qué modos toman decisiones acerca de lo que consideran importante en estos espacios.

Para obtener el acceso al trabajo de campo en la terapia tuve que cumplir una serie de requisitos administrativos: me fue solicitado elaborar el proyecto por escrito, participar en reuniones, realizar ajustes al proyecto, generar nuevas versiones del mismo, redactar notas, conseguir firmas y finalmente, presentar la documentación correspondiente al Comité de Bioética del Hospital a fin de que evaluaran el proyecto. Para ello, fue preciso realizar impresiones, fotocopias y hasta grabar el

proyecto en formato CD. Una vez evaluado, tuve que realizar ajustes y revisiones al proyecto en línea con las consideraciones del Comité. Lograda la aprobación por parte del Comité de Ética, para iniciar mi investigación restaba cumplir algunos pasos más: fue necesario ser asimilada por la institución y revertisme de una figura reconocible para la misma, una figura previamente ya existente. Es decir, tenía que ser nombrada en los términos de la institución, lo cual implicó una segunda etapa de trámites para obtener el alta como becaria de Investigación. Si bien esta figura no implicaría ningún tipo de remuneración ni relación contractual con el hospital sí me permitiría acceder de forma nominal al staff y significaría, finalmente, la puerta de entrada[2] a la UTI en sí. Esto significó algunos meses más de trámites burocráticos por cumplir: tuve que sacarme sangre para que esta sea examinada en estudios de laboratorio, hacerme placas y un electrocardiograma y, por último, tener una consulta con una médica laboral quien me dio el "apto físico". Además, entre otros requisitos, tuve que hacer un curso de RCP teórico-práctico durante dos días y tomar cursos de "inducción hospitalaria" donde me fueron informadas, entre otras cuestiones, las normas de bioseguridad e higiene institucionales.

Al momento de estar en la terapia, durante las observaciones, no uso ambo ni delantal. A simple vista me asemejo más a una familiar/cuidadora. Sin embargo, no me muevo como una. No permanezco cerca de las camas de los pacientes sino que me muevo por los espacios y circuitos que usa generalmente el equipo de salud al interior del servicio. Esto ha suscitado que algunxs profesionales me identifiquen y me interroguen en varias ocasiones por mi rol y/o mis razones para estar allí. En algunas ocasiones me han confundido con una auditora, figura común dentro del hospital que suele observar y registrar cuestiones de la organización del servicio a los fines de evaluar o auditar las mismas. Cuando me enteré que esta podía ser una posible interpretación de mi figura allí, procuré aclararlo en las situaciones que tuve posibilidad para evitar este tipo de confusiones.

En su caracterización de la vida hospitalaria, Kaufman (2005) distingue dos grandes conjuntos de actores que circulan diariamente por la terapia intensiva: por un lado,

2 Puerta de entrada en su sentido más literal ya que al finalizar este trámite obtendría una tarjeta magnética la cual me permitiría abrir las puertas de los servicios a los que tuviese acceso.

los profesionales de la salud y por otro, los familiares y pacientes allí internados. Ambos se distinguen primeramente por el rol que ocupan en dicho ámbito, ya sea unxs como miembros del equipo de salud y otros como usuarixs. De acuerdo a estos roles y posicionamientos serán diversas las experiencias, actitudes y relaciones que desplieguen al interior del espacio hospitalario. Para el equipo de salud, el espacio de la UTI constituye su ámbito de trabajo, este se configura como un lugar fijo y rutinario, semipermanente, donde los pacientes y familiares representan lo transicional. De modo general, la terapia intensiva significa para estos una actividad regular hacia un trabajo conocido que da lugar a la normalización de rutinas y eventos de la lógica burocrática. En contraste, para los familiares y pacientes el espacio de la UTI se configura como un espacio transicional y extra-cotidiano, "un limbo estresante" que está desconectado de su vida ordinaria y provoca actitudes o sentimientos de stress, preocupación y angustia que pueden aumentar su sensación de vulnerabilidad física y emocional y falta de control.

En la introducción, Kaufman (2005) establece:

> While doing my research, I felt more like the professional staff than like the patients and families for a variety of reasons. I was not ill or receiving treatment. Unlike a patient's family member, my observations and questions were not clouded by worry, anxiety, grief, or emotional turmoil, nor was I faced with monumental decisions[3] (Kaufman, 2005:13)

Siguiendo a Kaufman en su reflexión, desde el inicio del trabajo de campo me inquietó la condición ambigua e incómoda del quehacer antropológico. Condición que si bien lo acompaña desde sus orígenes, en el ámbito hospitalario reviste características distintivas. Como antropóloga me muevo al interior de la UTI desde un rol por demás particular: no formo parte del equipo de salud interviniente ni estoy allí al cuidado de una persona internada.

3 "Mientras hacía mi investigación, me sentí más como el personal profesional que como los pacientes y familiares por diversas razones. No estaba enferma ni recibiendo tratamiento. A diferencia de los miembros de la familia de un paciente, mis observaciones y preguntas no estaban empañadas por la preocupación, la ansiedad, el dolor o la confusión emocional, ni tampoco me enfrenté a decisiones monumentales" (Traducción propia)

Aún así, en toda mi condición de antropóloga me veo afectada por las situaciones que allí tienen lugar, afectación que la mayoría de las veces se traduce en mí como una forma de incomodidad. Esta incomodidad se sustenta fundamentalmente en tres vivencias: la inutilidad, la soledad y el privilegio. Me siento inútil porque de las cosas que se practican y se resuelven allí yo no sé nada, en poco puedo participar o colaborar, por lo menos de forma inmediata; me siento sola porque no hay nadie cerca que cumpla un rol parecido al mío, algo parecido a lo que me dijo una colega hace un tiempo: *"es como estar en una fiesta a la cual no fuiste invitada y, aún así, estas ahí con tu vaso de cerveza en la mano viendo desde un rincón como todos se entienden entre sí*"; por último, privilegiada porque mi implicación en el campo no envuelve ni el doloroso proceso de acompañar a un ser querido en su internación ni la toma de decisiones difíciles en torno al cuidado de la salud de otrx.
Una parte de mi diario de campo dice así:

> Estoy incomoda, hoy más que otros días, me cuesta ver a los pacientes, me cuesta mirar para ese lado, registrar, percibir cómo están, quizás porque los veo mal. Hoy no están del todo dormidos. Verlos despiertos es en algún punto ver su sufrimiento. No es que lo manifiesten explícitamente, no se escuchan sollozos ni llantos pero sí puedo percibir -de alguna forma- el hastío. Además, está el pudor. Hay algo de mi lugar ahí, de observadora privilegiada en el que me siento cada vez más en la responsabilidad de regular la mirada, calibrarla. Saber cuándo corresponde mirar y cuando no. La persona internada se encuentra en una situación de total fragilidad y yo estoy todo el tiempo pendiente de cuidar que con mi intromisión no se cercene aún más su vulnerabilidad, su intimidad (Diario de campo)

La pregunta por el posicionamiento de la mirada es una pregunta por la metodología, la epistemología y la ética del trabajo antropológico. De esta manera, la falta de una etiqueta adecuada para mi puesto en relación con el hospital y con las personas que voy conociendo y las prácticas que observo me inquietan un poco cada vez que entro al hospital. Sin embargo, este malestar a causa de la falta de estatus definitivo, esta ambigüedad, creo que también puede ayudarme a captar las contradicciones, en el sentido que habilita a estar alerta a las diferencias de sentimientos y

racionalidades entre médicxs y enfermerxs, entre profesionales de la salud y familiares, de hecho, entre todos los actores involucrados. Esta vez mi posicionamiento puede ser privilegiado considerando también esta otra cara. Mi posición fluctuante como posibilidad para escuchar diversas voces, sus diferentes narrativas y tipos de verdades.

Las bondades de la condición ambigua e indeterminada del antropólogo también han sido resaltadas por Geertz (1997) en la obra ya mencionada. En el quehacer antropológico, ¿cuánta distancia es suficiente?, ¿cuánto compromiso hace falta?, Geertz expresa que existe una tensión entre la "preocupación científica por la insuficiencia de la distancia" y "la preocupación humanista por la insuficiencia del compromiso" (Geertz 1997: 25). Finalmente, al momento de pensar la especificidad del texto antropológico, postula al discurso antropológico como un discurso oscilante, hibrido, posicionado entre el discurso literario y el específicamente científico.

La producción de este tipo de escritura se encuentra estrechamente vinculada a las experiencias vividas durante el trabajo de campo, donde el registro, la evocación y la transmisión del lenguaje de los cuerpos y las emociones constituyen parte sustancial. A continuación, se presentan algunas reflexiones iniciales en relación a la pregunta por las formas en las que el trabajo de campo en tanto experiencia etnográfica vivida afecta a quien realiza la etnografía para abordar, conocer y escribir dichas realidades estudiadas.

Cuerpos y emociones en las etnografías

Según Bonet (1999) "saber y sentir" se configura como una manifestación de la "tensión estructurante" de la práctica de la biomedicina: la tensión entre la búsqueda del conocimiento y los sentimientos despertados en este proceso. Esta tensión no es propia sólo de aquellxs que se forman en biomedicina, sino de todxs lxs que de alguna manera hacen algo que nuestra cultura occidental moderna llama "científico". Y agrega:

> la diferencia entre nosotros, los antropólogos, y ellos, los médicos, es que estos últimos trabajan, después de todo, con la vida y la muerte. Y si tienen la idea de que "sentir" los perturba para "saber" racionalmente qué hacer, esta oposición se convierte en una tensión poderosa" (Bonet, 1999:16)

En su etnografía, Bonet busca analizar la tensión que experimentan los residentes de Clínica Médica en el proceso de aprendizaje, considera que esta tensión es estructurante debido a que está en la base epistemológica de la biomedicina y lo que le interesa es comprender cómo a través de esta incorporación los sujetos están modelando sus subjetividades. La cita extraída anteriormente señala la tensión saber/sentir como oposición poderosa a la hora de pensar el trabajo científico en los ámbitos de salud. En esta línea, me pregunto en primer lugar, en qué medida mis propias incomodidades durante el trabajo de campo -incomodidades que se sustentan en vivencias donde el cuerpo y los sentimientos se hacen presentes- no se convierte también en una "tensión poderosa" que afecta mi propio desempeño e impacta directamente el producto que se desprende de mi trabajo de investigación.

En este sentido, al hablar de la experiencia etnográfica, Da Matta ([1974], 2018) refiere: "cuando el conocimiento es permeado por olores, colores, dolores y amores. Perdidas, ansiedades y miedo, intrusos que los manuales de antropología se empeñan en ignorar" (Da Matta [1974], 2018: 212). Estos intrusos mencionados por Da Matta, ocuparon un lugar preponderante durante estos meses de trabajo de campo, en los que sentí ansiedades varias desencadenadas por el hecho de involucrarme en algo nuevo y desconocido para mí. Así como también reconozco dolores y amores, viejos y reactualizados, que se conjugan en un todo intenso que invoca mi más profunda historia personal. Finalmente, hacer etnografía es siempre desde, con y a través del cuerpo, ya sea exponiéndolo a escrutinios institucionales para obtener el acceso al campo o al riesgo -tan actual, tan presente- de contraer COVID durante las observaciones.

Otros de los intrusos que menciona Da Matta ([1974], 2018) son más bienvenidos: olores, sonidos, colores. Elementos que hacen a la experiencia singular y permiten evocar y traducir lo vivenciado durante las observaciones. El quehacer etnográfico

como un hacer desde todo el cuerpo, disponible a la percepción múltiple y la sensibilidad, abierto a lo inabordable y lo desagradable. En línea con lo expuesto por Rosaldo (1984), acerca de las emociones como pensamientos "sentidos" en el cuerpo, me interesa reflexionar y releer mis notas de campo en tanto pensamientos encarnados, incorporados y filtrados por la percepción de que "yo estoy involucrada" (Rosaldo, 1984:90).

Durante el trabajo de campo en la Terapia Intensiva, me encuentro a veces sosteniendo una percepción microscópica. Me siento en alerta, la incomodidad y la inquietud son solidarias a este estado del cuerpo. Estoy permeable y observo los gestos, los ritmos, los cuerpos:

> *Esta mañana estuve mayormente en el área Hipercrítica, el área que coordinaba S. ese día.*
> *Mientras estaba hablando con S. acerca de la organización semanal de lxs coordinadorxs asignados para cada área una kinesióloga se acerca a S. para decirle algo sobre el paciente de la cama 0023, no llego a decodificar qué le dice pero percibo el tono de voz, el cual es calmo. S. interrumpe lo que me estaba comentando y va al box a chequear. Cuando vuelve hacía mí le pregunto qué había pasado, me responde algo al respecto del sensor de una de las bombas de hidratación, una explicación técnica que no llego a comprender del todo.*
> *Esto va a ser una de las primeras cosas que llamen mi atención durante el trabajo de campo, cómo detectar a partir de cambios de entonación, ritmos, movimientos, gestos que algo que desconozco por completo está pasando a mi alrededor. Prestar atención a las practicalidades también es esto, prestar atención a los cuerpos y sus ritmos, lo que hacen (Diario de campo).*

Cómo refiere Leavitt (1996), las emociones y sentimientos son fenómenos de aprehensión múltiple, que no invalidan sino que involucran, al mismo tiempo, sensaciones corporales y significados culturales; así cómo también sentimientos subjetivos e interpretaciones culturales (Sirimarco y Spivak L´Hoste, 2018). Ahora bien, considerando estos aportes se abren nuevas dimensiones de indagación. Las observaciones y conversaciones que llevo a cabo durante mi investigación, despliegan nuevos interrogantes en torno a cómo operan las emociones al interior

de este ámbito particular, específicamente en lxs miembros del equipo de salud: ¿qué emociones son aceptadas en los distintos espacios y temporalidades que configuran la UTI?, ¿cuáles son vedadas?, ¿Qué asociaciones aparecen entre la emoción y las marcas identitarias de los diversos actores?

De esta manera, como refieren Sirimarco y Spivak L'Hoste (2018, 2019) las emociones en tanto categorías analíticas constituyen un insumo válido para hablar de lo social, lo político, lo institucional, lo burocrático. Al mismo tiempo, las autoras establecen algunas precauciones metodológicas en torno al abordaje de las emociones (Sirimarco y Spivak L'Hoste, 2019), tres de las cuales me resultaron por demás nutritivas para pensar mi propia investigación. En primer lugar, advierten sobre la necesidad de que los estudios de la emoción excedan los límites de lo íntimo, lo triste, lo irracional. Esta formulación me invita a indagar acerca de qué circula más allá de lo aparente y lo anecdótico, qué se mueve detrás del evidente sufrimiento que puede caracterizar el ámbito particular desde donde realizo mi investigación. En segundo lugar, advierten sobre la necesidad de que los estudios de la emoción excedan el mero descriptivismo. La emoción, expresan las autoras, "es, antes que un fenómeno a nombrar y caracterizar, una herramienta a poner en circulación en el contexto de interacción social" (Sirimarco y Spivak L'Hoste, 2019:306). De esta manera, la emoción deja su condición de pieza solitaria y "se transforma en un engranaje que -anclado en objetos, personas, eventos, decires- colabora en la dilucidación de una determinada pregunta en un determinado campo empírico" (Sirimarco y Spivak L'Hoste, 2018:11). Por lo tanto, no alcanza sólo con identificar emociones -las de la propia investigadora y las de los actores considerados en el estudio- sino considerar cómo estas entran en juego en las negociaciones e interacciones cotidianas. Por último, una última precaución de las autoras, ellas advierten sobre la empatía como practica irreflexiva en tanto posibilidad de traslación impropia de sentido. Esto me invita a reflexionar sobre mi propia implicación en el campo, en relación a lo referido anteriormente. Me propone cuestionar en qué medida mi sensibilidad y lo que yo entiendo como empatía me habilita nuevas dimensiones de la relación cuerpo/pensamiento y en qué medida

puede conducir a caminos que desemboquen en una reflexividad narcisista o sesgada.

El conjunto fragmentario e inacabado de las reflexiones volcadas en la presente ponencia se presenta como un intento de analizar algunas dimensiones metodológicas, epistemológicas y éticas de mi investigación etnográfica a la luz de algunos de los aportes de los estudios sobre la emoción. Consisten en reflexiones preliminares que se articulan a medida que se escriben y se ponen a disposición de lectorxs otrxs, en busca de establecer una conversación que las complemente, las enriquezca, las afecte.

Referencias bibliográficas

Bonet, O. (1999). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* (Vol. 9). https://doi.org/10.1590/s0103-73311999000100006

Bourdieu, P. (1991) *El sentido práctico,* Madrid: Taurus

Bourdieu (1988) *Cosas dichas*, Buenos Aires: Gedisa

Comelles, J. M. (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 305–352). https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3

Da Matta, R. [1974] (2018) El oficio del etnólogo o cómo tener “anthropological blues” en Boivin, M., Rosato, A. y Arribas, V. (2018) *Constructores de otredad*, Buenos Aires: Antropofagia.

Flores-Pons y Iñiquez Rueda (2012) La biomedicalización de la muerte: una revisión. *Anales de Psicología*, vol. 28, núm. 3, octubre, 2012, 929-938 Murcia, España: Universidad de Murcia.

Geertz, C. (1997) *El antropólogo como autor*, Barcelona: Paidos

Ghasarian, C. (2008) Por los caminos de la etnografía reflexiva en Ghadasarian, C. (comp) (2008) *De la etnografía a la antropología reflexiva*. Buenos Aires: Ediciones del Sol

Gherardi, C. (2007). *Vida y muerte en Terapia Intensiva*, Buenos Aires: Biblos.

Guber, R. (1991) *El salvaje metropolitano*, Buenos Aires: Legasa.

Kaufman, S. (2005) *And a time to die. How American Hospitals shape the end of life.* Chicago: University of Chicago Press.

Kashyap,S., Gombar,S, Yadlowsky,S., Callahan,A. Fries,J. insky,B. and Shah, N. (2020) Measure what matters: Counts of hospitalized patients are a better metric for health system capacity planning for a reopening, *J Am Med Inform Assoc.* 2020 Jul; 27(7): 1026–1131

Lins Ribeiro, [1989] (2018) Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica en Boivin, M., Rosato, A. y Arribas, V. (2018) *Constructores de otredad*, Buenos Aires: Antropofagia.

Lock, M. (2002) *Twice dead: Organ transplant and the reinvention of death*, Berkeley: University of California Press.

Pulido Fuentes,M. (2020) La fragilidad entre los afectados y los que cuidan: socialización de la vulnerabilidad en Evangelidou, S. y Martínez-Hernáez, A. (eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19*. Publicacions Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, 2020, p. 49–50.

Rosaldo, M. (1984): “Toward an Anthropology of Self and Feeling”. En: Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion. Cambridge University Press, Cambridge, Traducción de Carlos Argañaraz

Seymour, J. (2001). *Critical moments – death and dying in intensive care*, Buckingham: Open University Press.

Sirimarco, M. y Spivak L´Hoste, A. (2019) Antropología y emoción: reflexiones sobre campos empíricos, perspectivas de análisis y obstaculos epistemológicos en *Horizontes antropológicos,* Universidade Federal do Rio de Janeiro 25; 54; 5-8-2019; 299-322

Sirimarco, M. y Spivak L´Hoste, A. (2018) Introducción. La emoción como herramienta analítica en la investigación antropológica en *Dossier Teorizar lo emotivo. Etnografías Contemporáneas* Revista del Centro de Estudios en Antropología Vol. 4 Núm. 7; 7-16