

V Jornadas de Sociología de la UNLP y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales “Cambios y continuidades sociales y políticas en Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social”

La Plata, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008

**Mesa J 15:** La política de los pobres. Salud, Sociedad y Políticas Públicas

**Experiencias con la locura: prácticas y representaciones en el *tratamiento* de pacientes con patologías psiquiátricas en un Centro de Día privado en Buenos Aires.**

Eliana Depino (FFyL-UBA) E-mail: elianadepino@gmail.com

En este trabajo me propongo indagar en lo que se ofrece como propuesta a las personas con enfermedad mental en una Institución privada de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Intento comprender que es lo que se entiende por *tratamiento terapéutico* en este tratamiento ambulatorio dentro de un Centro de Día. Quienes son los actores involucrados en estos quehaceres, los objetivos que se proponen cumplir y los que alcanzan.

En primer lugar, mi reflexión giró en torno a la idea de *tratamiento* y la realidad de una enfermedad que no tiene expectativa de *cura*. Parece poder interpretarse, siguiendo el análisis que Levi-Strauss realiza, que el profesional *pronuncia encantamientos y prescribe operaciones, que no tienen relación directa perceptible con la perturbación que se trata de curar* (Lévi-Strauss, 1977: 173) Si entendemos el *tratamiento* como la realización de determinadas prácticas y el consumo de determinada medicación con el propósito de recobrar o alcanzar la cura, como el fin del padecimiento, en ese caso, no es lo que se observa en estas prácticas. Sin embargo, como *nada puede decirse allí donde nada puede hacerse* (De Certeau, 2007: 208) este *tratamiento* implica la realización de actividades y el uso de medicación para “*estar mejor*”. *La mentira (“pero no, todo va a salir bien”) es una protección contra la comunicación. Pues el habla prohibida si llegara a sobrevenir, traicionaría la lucha que moviliza al hospital y que, suponiendo que cuidar quiera decir curar, no quiere reconocer el fracaso; resultaría una blasfemia* (De Certeau, 2007: 207)

En estos casos, la enfermedad es crónica (Estroff, 1993) y el concepto que quizás podría representar estas acciones sería el de *terapia*, entendida como la realización de determinadas acciones para generar mayor bienestar en las personas. Ya

que la enfermedad va a convivir con los pacientes hasta el último de sus días, *un individuo, consciente de ser objeto de un maleficio, está íntimamente persuadido, por las más solemnes tradiciones de su grupo, de que se encuentra condenado; parientes y amigos comparten esta actitud* (Levi-Strauss, 1977: 151) y es sobre este cimientamiento que se estructura y planifica la propuesta de *tratamiento terapéutico* dentro de la Institución.

Resulta imprescindible aclarar en este punto que la analogía con la magia la encuentro en lo que se podría llamar una “fe” en la profesión y en ciertos resultados subjetivos alcanzados en la *tratamiento* psicoanalítico de la enfermedad mental. Sin embargo, como sostiene Días Duarte, desde sus comienzos, la historia de la psiquiatría ha estado marcada por una lucha contra tendencias mágicas buscando una aproximación más esclarecedora desde el psicoanálisis (Días Duarte, 1986)

*Cada sistema terapéutico propone un mundo de sentido. Mundos que, por ser construcciones sociales, son empíricos. Hacen sentido específico y diferente frente al conjunto de sensaciones de malestar y sufrimiento de quien pide ayuda* (Kalinsky y Arrúe, 1996: 252) Este sentido debe ser actualizado en las prácticas cotidianas para no perder efectividad y para ser reconocido por los actores involucrados. Responder a las demandas de quienes padecen y provocar cierta sensación de mejoría en ellos.

Por todo lo anterior, las “*intervenciones*” en este campo tienen consecuencias en el orden de lo subjetivo, individual, por lo cual, evaluar su efectividad y discriminar las acciones conducentes a los mejores resultados se torna imposible. En este sentido encuentro una analogía con *la eficacia de la magia (que) implica la creencia en la magia... en primer lugar, la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquél cuida... en el poder del hechicero mismo; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva* (Levi-Strauss, 1977: 152).

Estas *terapias* se sostienen firmemente en la especialización de los profesionales, la confianza en su saber como remedio a los malestares de quienes padecen una enfermedad mental. Ellos tienen el poder, que nadie más posee, de mejorar el estado del paciente, de contener la *locura* en estado latente al interior de los individuos para que no tome posesión de sus vidas. Pero ese saber solo puede ser ejercido en tanto y en cuanto los receptores confíen en su existencia. *Los pacientes valoran el hecho de ser escuchados, entendidos y concebidos como personas, como sujetos culturales e históricos* (Duque y otros, 2005: 192)

Los pacientes que no reconocen el poder de *mejorar* que ejercen los profesionales, aquellos que no “*concurren a la institución por propia voluntad*” no acceden al bienestar que estos tienen para ofrecerles. Así lo reconoce Facundo diciendo que “*gracias a dios, al tratamiento y al psiquiatra he hecho mejoras*” en este sentido, el paciente depositó en el saber y la acción de quienes cuentan con un conocimiento y un poder que a él lo exceden, la posibilidad de mejorarlo, de hacerle bien. La creencia en el poder mágico es reconocido por los propios profesionales, que le imprimen un sello de profesionalismo y científicismo a la cuestión, planteando desde teorías psicoanalíticas que *para el sujeto, un interlocutor válido será a quien reconozca un saber o una ley, y con ese terapeuta realizará los acuerdos que hagan posible su plan de cura* (Auge y otros, 1993: 34). Por último, como bien lo plantea Lévi-Strauss en su análisis del hechicero y su magia, la sociedad misma, al reconocer estos *espacios terapéuticos* como los adecuados para derivar a sus enfermos mentales depositan un saber y un poder en los profesionales que personifican el *tratamiento*.

Esto me lleva a sostener que las respuestas, indicaciones e *intervenciones* que realizan los profesionales sobre los pacientes son conocimiento adquirido con la experiencia y observación en la práctica (Messenger, 2007). Así, cualquier persona con cierta capacidad para aprender estas prácticas, parece poder convertirse en *terapeuta*. Esto es posible de interpretar a partir de la idea que plantea Goffman con respecto a la imagen que los pacientes hospitalizados tienen de todo el personal en general como un bloque que conspira en su contra. En este caso, dadas las características particulares de esta institución y del estado general de los pacientes, así como de los profesionales que conforman el equipo, los pacientes pueden sentirse los “*beneficiarios*” de las propuestas y *tratamiento* que el personal, como un bloque indiferenciado, tiene para ofrecerles. En definitiva, lo que constituye el poder y la autoridad de los profesionales es su pertenencia a la Institución como propuesta general de *tratamiento* (Goffman, 2007) para los *individuos que tienen inclinación hacia ciertos tipos de comportamiento y de inclinaciones que van contra los tipos de comportamiento institucionalizados en la cultura a la que pertenecen* (Benedict, 1959, 13)

En definitiva lo terapéutico responde a unos actores particulares que poseen *el saber* para curar y que a través de sus “*intervenciones*” suponen ayudar a quienes portan la enfermedad. *Una institucionalización del conocimiento médico ha producido la gran utopía de una política terapéutica que abarca, de la escuela al hospital, todos los medios de luchar contra el trabajo de la muerte en el espacio social* (De Certeau,

2007:213) Sin embargo, como me comentaba un joven profesional que recientemente iniciaba sus practicas “*los profesionales todo lo justifican como una intervención terapéutica*”, no se trata necesariamente de un saber en la práctica sino en la carga simbólica que implica ser el poseedor de la capacidad de *sanar*. Sin embargo, de lo que he podido observar en intercambios, en las reuniones de equipo y las actividades, los profesionales no son portadores de un poder mágico para sanar. Incluso muchos de ellos no poseen la experiencia que les podría conferir un *saber*, ya que muchos recién se inician en la profesión. *Ya que la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber, con sus recursos, con su piedad, ya que no hay enfermo curado sino en sociedad, es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros* (Foucault, 2006:126) Los profesionales actúan de acuerdo a lo que individual y conjuntamente consideran beneficioso para los pacientes en virtud de su experiencia y su saber específico y reconocen la ausencia de internaciones como prueba de su buena labor. Pero sobre todo, son reconocidos como los especialistas y poseedores del conocimiento por parte de los pacientes.

Por otro lado, la condición básica para iniciar el *tratamiento* requiere que el paciente o alguna persona cercana a este, considere que su realidad cotidiana no es satisfactoria, de otra forma puede transitar su vida sin concurrir a una Institución de este tipo. *Un comportamiento o grupo de comportamientos debe definirse como anormal y como problema que necesita remedio por parte de algún segmento de la sociedad...* (por lo que) *la anormalidad es en esencia una definición social* (Conrad, 1982 :143) Generalmente, lo que suele suceder es que estas personas permanecen en sus casas sin realizar ninguna actividad. Acostados o mirando televisión transcurren sus vidas y este sedentarismo provoca la preocupación del familiar quien consulta la oferta de la Institución para modificar esa situación, *si se considera que el número de “enfermos mentales” no internados iguala, y hasta excede al de los internados, podría decirse que estos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental* (Goffman, 1970: 140). Otra situación puede ser la de una “derivación”. Pacientes que han transitado una internación psiquiátrica y luego han recibido la indicación de “continuar el *tratamiento*” en un Centro de Día. En este ultimo sentido, este *tratamiento* es considerado un “avance”, tanto para los pacientes como para los profesionales. Una persona que padece enfermedad mental y puede recibir un tratamiento ambulatorio es poseedor de una *locura* “controlada” o como dicen los profesionales “*no representa un riesgo para si ni para otros*”. Lo *terapéutico* implica la realización de acciones que

generen mayor bienestar en la persona desde la perspectiva de que hay algo *anormal* en ella que no funciona de acuerdo a las normas sociales y debe ser modificado, *digamos que el monstruo es lo que combina lo imposible y lo prohibido* (Foucault, 2000: 61) y la sociedad busca esconder la *anormalidad* que se gesta en su seno y que ella misma señala y construye. Ya que la *enfermedad es una relación social... el tratamiento debe encarar esa síntesis de orden moral, social y físico*. (Taussig, 1995: 113)

El espacio en el que se hace más explícita la presencia de lo *terapéutico* es en la psicoterapia de grupo, que según palabras del coordinador *“la idea de este grupo es trabajar desde los conflictos que sienten que están teniendo. Se apuesta a poder traer los conflictos, socializarlos, la intimidad tiene que estar resguardada en el grupo y los comentarios tienen que ayudar a esclarecer”* Los pacientes saben en todo momento que sus pensamientos no son normales (de hecho, la ‘normalidad’ es para ellos diferente), pero nunca acaban de desprenderse de la idea de que esos mismos pensamientos y gestos pueden tener un carácter significativo (Duque y otros, 2005: 217) En esta terapia los pacientes comparten sus preocupaciones con los demás, su experiencia de sufrimiento (Good, 1996), sus propias creencias sobre sus “*síntomas*” (Johnson, 1992) y esperan de sus compañeros y del coordinador un comentario que les sirva para pensar lo que les sucede e intentar cambiarlo para “sentirse mejor”.

Ya que los procedimientos médicos y éticos, si han de operar de manera práctica y efectiva, no pueden ignorar los valores, sentidos y perspectivas de los pacientes, de cómo la enfermedad «es» experimentada en sus vidas y a través de su red social (Kleinman y Benson, 2004: 23) este espacio terapéutico es el lugar donde se corporiza el ser-en-el-mundo, la experiencia de padecimiento (Csordas, 1993; 1994; 1999) por los propios agentes. Es en sus prácticas corporales diarias que las personas representan la inserción cotidiana en el mundo y la posibilidad de actuar sobre el y acaso construir su propia experiencia de corporalidad. Estos hábitos se adquieren y transforman a lo largo de la vida (Alves y Rabelo, 1998) Sin embargo, la corporización de ciertas transformaciones resulta un largo proceso de internalización.

Durante mis observaciones y participación en estos encuentros, las problemáticas que aparecían giraban en torno al lugar que ocupa la enfermedad en la vida de estas personas, que les implica una relación particular con sus familias y su entorno. En palabras de un paciente: *“A uno lo catalogan y llama al descarte. Con esta persona no contamos.”* Principalmente en sus casas son los “*enfermos*” estigmatizados en ese rol que les impide reclamar ciertos derechos o participar de algunas decisiones.

*En efecto, el estigma debería ser visto desde esta doble perspectiva: por un lado, como una marca o atributo individual que vincula la persona con ciertas características indeseables o estereotipos negativos y por otro, como un producto socialmente construido por un doble proceso interpersonal, de censura y a la vez de rechazo por el grupo o sociedad más amplia (Pedersen, 2005: 4). En este sentido, el paciente no solo es asociado a características que provocan rechazo y que lo identifican con el paciente que en el pasado fue, sino que sobre todo, es en su relación cotidiana con la familia, que queda atrapado en ese lugar del cual no encuentra salida. El loco de la familia.*

Esta situación lleva a un participante del grupo, en una ocasión a preguntarse: “¿Que pasa si yo salgo del lugar de hijo bobo?” Lo que comienzo yo a entender, de lo que les escucho decir a los pacientes y lo que converso luego con el psicólogo es que las relaciones familiares, en estas patologías, son sumamente complejas y pueden ser pensadas en términos de *carrera* como plantea Goffman para los mismos enfermos. Estas familias los han acompañado en sus recorridos de padecimiento. Desde entonces han ocupado el lugar de *familia enferma*, en el sentido en que han admitido la presencia de un enfermo entre sus integrantes y han adaptado su cotidianeidad a esta situación. Los cambios o superaciones que el paciente pueda alcanzar a lo largo de su *tratamiento* no encuentran en sus hogares espacio para desarrollarse. La familia perpetúa la enfermedad una vez que ha encontrado una lógica funcional a sus necesidades. De esta forma, se perpetúa la relación que ubica en el lugar del *mal* siempre al mismo integrante de la familia y no reconoce cambios en ellos. Facundo plantea que “*el tiempo mío ya pasó. A veces mi hermana me dice que el tiempo mío de estudio ya pasó o me dice que estoy enfermo*”. Aunque lo plantea como un enojo frente al encasillamiento que vive por parte de su hermana, lo plantea en el grupo porque encuentra imposible moverse de ese lugar.

Estos ejemplos permiten enunciar que el proceso de exclusión es anterior y exterior a los muros del asilo. Están afianzados en las relaciones interpersonales más próximas a los pacientes (Lougou, 1993).

El Centro de Día planteado como el lugar de consulta y participación para los pacientes, les permite a ellos diferenciar y reconocer en sus hogares este tipo de conflictos. “*Eso es quizás lo que te lastima, que tu familia no te da lugar*”, le dice una paciente a otro. Mientras, Gustavo plantea “*por mi enfermedad no me dejan hacer nada, porque creen que lo voy a hacer mal*” en cambio en el Centro de Día, “*las*

*actividades me sacan el pensamiento de que soy menos que los demás*". La experiencia corporizada es el punto de partida para analizar la participación humana en un mundo cultural (Csordas, 1993)

Otro orden de cuestiones que se plantean en el grupo son ciertas dificultades con las que siguen conviviendo como producto de su enfermedad. Por ejemplo, para Facundo, lo que le recuerda su condición de paciente es la dificultad que tiene para llegar en hora a su *tratamiento*. "*A veces vengo sin ganas y me va levantando: los compañeros, los terapeutas, una sonrisa...*", al llegar, Facundo reconoce la existencia de algo que le hace bien, lo hace sentir bien. En palabras de Sandra "*Nos tenemos que levantar entre todos acá*", es decir, todos comparten la necesidad de sentirse mejor y parece ser la fuerza conjunta que se transmiten entre los pacientes, sumada al *saber* profesional y a los avances de la medicina que en algunos casos reconocen sus efectos "*el Dr. me empezó a dar otras pastillas y ahora me levanto a las 7 de la mañana, viajo lo más bien en colectivo y ya no pienso que me va a agarrar la policía*".

En este sentido la Institución es ubicada en el lugar del bienestar, en el que se resaltan las posibilidades de estas personas mientras que en sus hogares, generalmente, ellos encarnan el lugar del enfermo. Incluso, aunque vivan solos, los pacientes en el CPI<sup>i</sup> son reconocidos por sus logros. A lo que aspira el *tratamiento* es a que estas personas puedan ser algo más que enfermas: cocineros, hijos, hermanos, amigos, vendedores, fotógrafos. O al menos que en los intentos por realizar esas actividades se apropien de una imagen y una sensación de *normalidad*. Por lo cual, es fácil entender que en este contexto los pacientes encuentren la necesidad de pertenecer a la Institución.

Sin embargo, los profesionales señalan una diferencia entre algunos pacientes. En un área que ensambla una relación afectiva y cercana con algunos pacientes, con ciertas posibilidades objetivas para alcanzar logros en el *tratamiento*. "*Que lindo paciente*", se dice de aquellos que han sido ubicados en estos lugares diferenciales de honor. Son quienes tienen más posibilidades de alcanzar logros y que muestran compromiso e interés por estar mejor pero que al mismo tiempo han generado afecto por parte del profesional que los reconoce en ese lugar. Generalmente son los pacientes que reciben más atención y en quienes se apuesta más frecuentemente con *intervenciones terapéuticas*. Quienes no muestran tantas posibilidades de realizar cambios en sus vidas, generalmente, son motivados a mantener lo que tienen. "*Para este paciente, bastante que se cocina y come verdura una o dos veces por semana*", plantea un profesional, hablando de la alimentación que lleva un paciente que vive solo.

Así, muchas de estas personas se ven atadas a actividades por obligación y recorren disciplinadamente la rutina reglamentaria de la jornada, en la inmediata compañía de un grupo de personas identificadas por el mismo status institucional. (Goffman, 1970: 152) El orden de cada día parece organizarlos, y repetirse en los diversos espacios por los que circulan, por ejemplo un paciente planteo “yo no puedo salir de casa sin bañarme, afeitarme y hacer la cama. Incluso si quiero salir en la semana, después del cpi, primero tengo que ir a casa a bañarme para después salir”.

En este sentido, se puede plantear que existen dentro de la Institución dos grandes grupos que no se reflejan en la organización de las actividades<sup>ii</sup>. En uno se encuentran los pacientes “lindos” que demuestran mejorías habitualmente y a los que se les proponen alternativas laborales o acciones específicas dentro de las actividades. Este grupo está integrado mayoritariamente por los pacientes del grupo A. El otro grupo, en el que se encuentran los más “deteriorados” suele ser motivado a responder diariamente a las actividades estipuladas y su respuesta a ellas es considerada por los profesionales como única expectativa posible.

### **Experiencias del hacer**

En las prácticas cotidianas de los profesionales dentro de la Institución se refleja un interés en realizar actividades que generen bienestar en los pacientes y una “mejora en su cuadro”, que es lo que yo entiendo como mantener controlada la *locura* para que no impida a la persona realizar lo que se proponga.

A veces, en estas prácticas, los profesionales anticipan dificultades que ya han reconocido en los pacientes. Por ejemplo, cuando una musicoterapeuta y una psicóloga organizaban la reunión de fin de año se encontraron acondicionando la situación a las limitaciones que creían iban a encontrar los pacientes. La reunión consistía en citar a las familias, realizar una feria con la producción de los distintos talleres para vender y exponer, hacer un brindis con gaseosas y pan dulce y cantar una canción. La dificultad que creían tener era lograr que los pacientes llegaran a horario ese día para organizar el encuentro, por lo que pensaban como opciones que viajaran con las familias, organizar el encuentro más tarde o llamarlos temprano para que no se atrasen. Frente a esta situación la directora les dijo que de ninguna manera hicieran nada de eso porque “... si llegan tarde, llegan tarde!! El horario es a las 10, sino uno adhiere a la dificultad en lugar de a las posibilidades. Si no llegan, luego se trabajará sobre el fracaso.” Esto me lleva a pensar que es posible trabajar estas contradicciones como una dificultad que se reproduce en las prácticas de la institución y que en determinadas ocasiones los mismos



actores pueden reconocerlas. Lo que esta situación pone de manifiesto, por otro lado, es el impulso, por parte de los profesionales de “*tapar*” el vacío generado por las imposibilidades o los síntomas de enfermedad que pueden aparecer. En esta ocasión se logró revertir este intento de resolver o anticipar el conflicto porque alguien pudo ver la incoherencia de lo que se estaba planteando. Sin embargo, estas situaciones suelen reiterarse en otras oportunidades y contextos.

Por ejemplo, otro es el caso de una paciente que al ingreso, en las entrevistas de admisión, la familia la había caracterizado como una “*actuadora*”, con reiterados “*intentos de suicidio*” sobre quien los profesionales debían estar atentos. Esto fue registrado en la historia clínica y evaluado en la reunión de equipo para *conocer todos los aspectos de la conducta pasada del paciente que, fundiéndose en la reputación que éste adquiere, permiten manejarlo con mayor provecho para él y menos riesgos para los demás* (Goffman, 1970: 162) En las primeras salidas realizadas con ella se le solicitaba al asistente acompañar al grupo pero específicamente para quedarse cerca de ella para prevenir cualquier “*situación complicada*”. Sin embargo, la reflexión sobre el exceso y la exageración de los cuidados en relación a los comportamientos adecuados que la paciente tenía desde su ingreso a la Institución solo la presencié luego de que ella saliera en una oportunidad al cine, sin ningún acompañamiento especial, y se comportara perfectamente, incluso mostrando disfrute en la propuesta. El profesional *tendrá la responsabilidad de un paciente, tendrá que asignar un diagnóstico a partir de una oscura presentación, supervisar tratamientos y cargar con las consecuencias de sus acciones* (Good, 1996: 7) En este sentido, ví superar el riesgo del que nos alerta Goffman de reproducir al interior de la Institución la misma presión cultural que segrega y estigmatiza al paciente y sobre la cual buscan solución. (Goffman, 1970).

Otra situación que sirve de ejemplo para pensar en como en determinadas ocasiones los profesionales logran hacerse a un lado para intentar que la responsabilidad sea adoptada por los pacientes, es una situación que se dio en el Taller de Fotografía. Un día, el psicólogo coordinador del taller reúne a los integrantes y les plantea que hay muchos que faltan o llegan tarde y que el espacio es de “*construcción colectiva*”, que necesita compromiso y participación para ser “*más terapéutico*”. Luego, no pide que le contesten si quieren hacer un cambio sino que lo conversen con el resto del grupo. Como a mi entender el grupo participa en la actividad, en general es un grupo bastante grande, creo que el coordinador buscaba motivarlos a establecer activamente su interés. Sin embargo, cuando se va dos semanas de vacaciones plantea que se realice otra

actividad en el período de su ausencia, sin dejar abierta la posibilidad de que los pacientes quieran y puedan realizar la actividad sin su presencia. En otra situación en la que el psicólogo no asiste al espacio los pacientes eligen ir a ver una película con otro grupo. Es decir, esta dependencia iniciada por el coordinador se refleja en la falta de compromiso con la actividad ante su ausencia. Estos ejemplos alertan sobre los alcances que el poder reconocido en los profesionales puede alcanzar y en la necesidad de atender a las acciones y discursos que se realizan en el interior de la Institución. Porque la autoridad, que en muchas situaciones permite mejorar al paciente, a veces tiene consecuencias negativas en su situación.

Así también puede leerse una reunión que se realizó con todos los pacientes juntos, de los tres grupos, previa a las fiestas de Navidad y Año Nuevo, con la idea de trabajar inquietudes que surgieran en esas fechas tan movilizantes para algunos. La primera cuestión que apareció como problemática fue el consumo de alcohol. Cuando algunos pacientes empezaron a contar que iban a brindar con la familia con champagne o sidra, la psicóloga que coordina el taller de fin de semana planteó la peligrosidad de consumir alcohol cuando se toma medicación psiquiátrica. Ante la sorpresa de la mayoría de los pacientes llamaron al psiquiatra para que evacuara sus dudas. El psiquiatra planteó que cada cual era responsable de sus actos, que todos tenían claro si podían tomar o no y en que cantidad, también si querían retrasar la toma de medicación de la noche para no quedarse dormidos. Cuando él terminó de hablar, se retiró del salón, la psicóloga hizo un cierre y al final dijo *“bueno, ya saben, nada de alcohol en las fiestas, lo tienen terminantemente prohibido, cuanto mucho sidra sin alcohol”*. Esta actitud me pareció llamativa. Mientras que el médico estaba intentando generar independencia y responsabilidad en los pacientes, la psicóloga creyó necesario hacerse responsable de la situación y ejercer su autoridad por medio de la prohibición, negándole su libertad, ya que *el individuo como valor social exige que la sociedad le delegue parte de su capacidad de fijar valores. La libertad de conciencia es el ejemplo típico* (Dumont, 1983: 267)

Lo complicado en estas situaciones son los mensajes contradictorios que reciben los pacientes y que les impide avanzar hacia un objetivo y reconocer su capacidad de *agencia*, para forjar su propio destino. *El sufrimiento, incluida la enfermedad, es una experiencia moral, y las respuestas al sufrimiento, tales como los cuidados proporcionados por miembros de la familia, por amigos, por médicos y por personal de enfermería, son actos morales. Están llenos de significados y cargados de la*

*responsabilidad de cambiar para mejor una situación problemática. En la prestación de cuidados de salud, el sentido moral es fundamental* (Kleinman y Benson, 2004: 18).

La cuestión que llama mi atención es el endeble límite entre un tratamiento que busca reconocer las capacidades y posibilidades del paciente y una actitud de apadrinamiento que termina provocando cierta pasividad en su comportamiento.

Planteo lo anterior a partir de algunas situaciones en las que los profesionales no trabajan organizadamente, y esto, no provoca ninguna reacción por parte de los pacientes. En particular, durante el período de observación, fui testigo de las acciones de un coordinador que faltaba sin previo aviso, no dejaba actividades para realizar en su ausencia, iniciaba tarde los bloques de actividades y muchas veces no convocaba con propuestas organizadas a los pacientes. Pero lo que despertó mi atención fue, durante todo este período, no escuchar un solo comentario por parte de los pacientes al respecto. Incluso, en determinada oportunidad, utilicé el espacio que el coordinador había dejado vacante, para reunirme con el grupo y conversar sobre que provocaba en ellos las reiteradas ausencias del coordinador y la discontinuidad en la actividad. La primera reacción de los pacientes fue preguntar si el planteo se gestaba en alguna queja por parte del profesional. Al aclararles que era simplemente una inquietud mía, que quería saber que pensaban y les pasaba a ellos ante la situación, me respondieron que de todos modos el profesional les había aclarado que durante el verano iban a trabajar “*tranqui*”, por el calor, “*iban a bajar el ritmo*”. Durante el último mes, el coordinador estuvo una sola vez en el taller. Estas actitudes me hablan de una falta de compromiso o apatía frente a las propuestas o una relación de poder que no puede ser cuestionada. Si un profesional falta, llega tarde o no lleva el material que ha prometido no genera ningún castigo por parte del grupo. Sin embargo, de ellos si se espera puntualidad, responsabilidad y compromiso. Esto, a mi entender, deriva en un mensaje contradictorio que recibe la población en *tratamiento*. Este mismo profesional, le había aclarado al grupo que lo *terapéutico* del taller se encontraba en el compromiso con la actividad, en sus propias palabras planteo que “*cuando se trabaja con un grupo con muchas ganas es más terapéutico*”. Pero de todos modos, ese no es un problema que atañe a este trabajo, pero si la reacción, o mejor dicho, la falta de reacción por parte del grupo de pacientes. Esta actitud pasiva frente a la situación se puede interpretar como una relación de poder o una relación de padrinazgo, en el sentido en que los pacientes parecen delegar toda obligación frente a las actividades al equipo de profesionales y confiar ciegamente en

sus decisiones. Esta actitud comprende el riesgo de generar una actitud pasiva por parte de los pacientes.

La situación puede ser interpretada como una internalización por parte de los pacientes, de ciertas normas y modelos de actitud propias del grupo al que pertenecen. *Más todo este saber médico no es impuesto sin la debida resistencia de la sociedad... sin una apropiación social de este saber* (Vasconcellos y otros, 1995: 350)

En otra oportunidad, luego del despido a un asistente que tenía varias actividades en el Centro de Día, se realiza una reunión entre los directivos, la coordinadora y todos los pacientes, para explicarles porque se había ido esta persona. En esta oportunidad, frente a los espacios sin coordinador que debían ser reorganizados, les consultan a los pacientes que actividades les gustaría hacer, que propuestas tenían para cambiar esos espacios. Es un solo paciente el que hace una propuesta: dibujar historietas. El resto de la población no participa con ideas o intereses. Esto vuelve a demostrar una falta de interés o la imposibilidad de considerar que sus actividades fueran mejores o más motivadoras que las que pudieran imponer desde la dirección. *Que la mitología del shamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella* (Lévi-Strauss, 1977: 178).

Sin embargo, en una ocasión, se genera una situación que da cuenta sobre la forma en la que puede surgir un cuestionamiento a lo establecido.

Sucede en el Taller de fin de semana, que consiste en reunirse todos alrededor de una mesa con el diario y comenzar a contar las actividades realizadas en el fin de semana y una planificación del fin de semana próximo a comenzar. Esas actividades no suelen ser muy variadas, y a esto se le suma que quienes relatan son siempre las mismas tres personas. Por todo esto la actividad se torna monótona y aburrida. Pero en esta ocasión, el relato monótono de un paciente es interrumpido por la irrupción en el salón de Silvana que enojada dice *“esto es un embole, no quiere estar acá, siempre lo mismo”* y otro compañero, uno de los que siempre hablan, acota *“y... tiene razón, es un poco monótono. Como que siempre pasa lo mismo, empieza hablando Gustavo, luego Facundo y yo comento algo...”*. Es realmente interesante ver como se hacen responsables y plantean un desacuerdo con una propuesta. Hasta ahora siempre los había observado en un rol muy pasivo aceptando todas las propuestas que se les hacían. De todos modos el cambio se sigue construyendo en cada encuentro. No fue reemplazado por ninguna propuesta puntual por parte del grupo y a medida que

transcurren las semanas se vuelve a parecer cada vez más a la actividad inicial. Ante todo creo importante resaltar que la protesta tiene que ver con que no resulta entretenida la actividad y cuando no entretiene parece perder su virtud *terapéutica*.

### **Experiencias del *saber***

Una vez por semana, se lleva a cabo la “reunión de equipo” en la que *se confrontan e intercambian opiniones acerca de los pacientes, y se va creando un consenso general sobre la línea de conducta que se perfila en cada uno y la actitud que conviene adoptar hacia él.* (Goffman, 1970: 163) En estas reuniones principalmente se habla de los pacientes, *todo lo que concierne al paciente incumbe de alguna manera a los empleados del hospital* (Goffman, 1970: 164) se aborda el *tratamiento* de quienes han tenido cierta dificultad en el último tiempo o alguna situación que haya provocado conflicto. Como cuando *el hechicero pretende extraer por succión, del cuerpo de su enfermo, un objeto patológico cuya presencia explicaría el estado mórbido* (Levi-Strauss, 1977: 152), en la reunión se busca el conflicto y se plantean soluciones posibles.

Por otro lado, los avances son evaluados por los especialistas con el parámetro que establece el límite de la enfermedad y el conocimiento previo de la persona y sus posibilidades. Así, para un paciente puede ser un avance que se pierda viajando en colectivo, se baje y llame al familiar, mientras que la misma situación para otro paciente es un retroceso. Algún profesional comenta algo de un paciente y el resto opina y plantea su punto de vista o como lo ha observado en su espacio. Generalmente se está pensando la dificultad, se plantean algunos pasos a seguir o simplemente se acuerda que es el límite de la enfermedad y que ante determinadas dificultades no se puede hacer nada. (Ware, Tugenberg, Dickey, McHorney, 1999) Sin embargo, es interesante marcar una distinción. Para cada paciente se observa un caudal de posibilidades que pretenden explotar los profesionales y una lista de dificultades producto, según los profesionales, de la enfermedad.

Sin embargo, existe una zona de frontera, que a simple vista parece corresponder al área de la enfermedad, de la discapacidad, pero que luego, los profesionales reconocen como un manejo, un abuso en su condición de *locos* para acceder a algún beneficio. A este uso racional de la irracionalidad por parte de pacientes psiquiátricos se le llama “*tiranía*”. Así lo utiliza la directora de la institución en una situación que plantea Rita, una paciente que vive en un Hogar y comparte su habitación. Según lo que la paciente reclamaba, estaba siendo amenazada y mal tratada por su compañera. La

directora del CPI se comunica con el psiquiatra de Rita y su familia para solucionar el tema. Cuenta que luego de hacer todos los movimientos Rita dice que ella no tiene ningún problema con su compañera. Al contar la situación la directora exclama “*es una tirana!*”.

En conclusión este análisis pretendió aportar, desde la heterogeneidad registrada en el trabajo de campo, la diversidad de condiciones, fuerzas sociales y simbólicas que edifican la necesidad y efectividad de estos tratamientos.

En definitiva estamos frente a un *ciclo que va de la gente que crea instituciones a las instituciones que hacen clasificaciones, a las clasificaciones que entrañan acciones, a las acciones que exigen nombres, y finalmente a la gente y otras criaturas vivas que reaccionan, positiva o negativamente, a la actividad denominativa* (Douglas, 1986: 150)

---

<sup>i</sup> Sigla con la que se identifica la Institución: Fundación Centro de Psicoterapias Integradas.

<sup>ii</sup> Hay tres grupos en los que se distribuye la población que recibe atención en la Institución: A, B y C. Cada grupo tiene una actividad distinta por la mañana: Revista, Artesanías y Panificación y otras diversas por la tarde.

---

## Bibliografía

- Alves, César Paulo y Miriam Cristina Rabelo.  
1998. “Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença” *Antropologia da Saúde. Traçando Identidade e Explorando Fronteiras*. Río de Janeiro, Relume Dumará.
- Augé, Marta, Marta Alabarcéz, Martín Porthé, Mauricio Ruiz y otros.  
1993. *El Hostal, Una experiencia de tratamiento sin encierro en psicopatologías graves*. Buenos Aires, Psicoterapias Integradas Editores.
- Benedict, Ruth.  
1934. “Anthropology and the anormal” Traducción: María Guadalupe García y Natalia Cler Pereira. *An anthropologist at work. Writings of Ruth Benedict*. Mead, Margaret (comp.). Boston, 1959.
- Conrad, Peter.  
1982. “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social” *Psiquiatría Crítica. La política de la Salud Mental*. Ingleby, D. Crítica, Barcelona.
- Csordas, J. Thomas  
1999. “Embodiment and Cultural Phenomenology” *Perspectives on embodiment*. Gail Weiss & Honi Fern Haber (comps.). New York: Routledge.  
1994. “Embodiment and Experience: the Existencial Ground of Culture and Self” Cambridge: Cambridge University Press.  
1993. “Somatic Modes of Attention” *Cultural Anthropology, Vol. 8, No. 2* (May, 1993), pp. 135-156.
- De Certeau, Michel  
2007. *La invención de lo cotidiano. Artes de Hacer*. México, Universidad Iberoamericana. Instituto tecnológico y de estudios superiores de occidente.
- Días Duarte, Luiz Fernando  
1986. *Da vida nervosa nas clases trabalhadoras urbanas*. Río de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Douglas, Mary.  
1996. *Como piensan las instituciones*. Madrid, Alianza Editorial S.A.
- Dumont, Louis

- 
1987. *Ensayos sobre el individualismo. Una perspectiva antropológica sobre la ideología moderna*. Madrid, Alianza Editorial S.A.
- Duque, Carolina Cortés, Carlos Alberto Uribe y Rafael Vásquez  
2005. “Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo” *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV /No. 2 / 2005
  - Estroff, Sue E.  
1993. “Identity, Disability, and Schizophrenia” *Lindenbaum, Shirley and Margaret Lock Ed. Knowledge, Power & Practice. The anthropology of medicine and everyday life*. California, University of California Press.
  - Foucault, Michel.  
2006. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 1ª edición 2ª reimpresión. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.  
2000. *Los anormales*. Buenos Aires, Fondo de la Cultura Económica Argentina.
  - Goffman, Erving.  
2001. *Internados*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
  - Good, Byron J.  
1996. “How medicine constructs its objects” Cap. 1, Cap. 2 y (Cap. 3 Traducción: Silvio Najt). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
  - Johnson, Thomas M.  
1992 (1987). “Consultation Psychiatry as Applied Medical Anthropology” *Encounters with biomedicina case studies in Medical Anthropology*. Hans A. Baer (ed.) Philadelphia, Gordon and Breach, 269-293
  - Kleinman A y Benson P.  
2004. “La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina” *Monografías Humanitas 2*: 17-26  
2006. “Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it” *PLoS Med 3(10): e294. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294*
  - Kalinsky, Beatriz y Willie Arrue  
1996. *Claves Antropológicas de la Salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores.
  - Lévi-Strauss, Claude



---

1977. “El hechicero y su magia” Capítulo IX y “La eficacia simbólica” Capítulo X. *Antropología Estructural*. Buenos Aires. Eudeba.

- Lougon, Mauricio  
1993. “Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica: Uma Perspectiva Crítica” *Phycis, Revista de Saúde Coletiva, Vol.3, N° 2- Corpo, nervos e sangue: Instituições e Saude*.
- Messenger, Seth D.  
2007. “Representations of the Patient: Conflicts of Expertise in a Psychiatric Emergency Department” *Qualitative Health Research, Vol. 17 N° 3*. March 2007
- Pedersen, Duncan  
2005. “Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis y la investigación” *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, Vol. VI N° 1 Enero-Junio 2005*, pp. 3-14
- Taussig, Michael  
1995. “La reificación y la conciencia del paciente” *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona, Gedisa.
- Vasconcellos, María Cristina; Paulo Belmonte Abreu, María Inés Lobato, Igor Alcantara, André Campos Gross y Gustavo Schestatsky.  
1995. “A propósito de modelos culturais explanatórios de doença mental: Um estudo sobre a lectura de síntomas de esquizofrenia” *Corpo e Significad, Ensaios de Antropología Social/Ondina Fachel Leal (org.)* Porto Alegre: Editora da Universidade.
- Ware, Norma C., Toni Tugenberg, Barbara Dickey, Colleen A. McHorney.  
1999. “An Ethnographic Study of the meaning of Continuity of Care in Mental Health Services” *Psychiatric Services, Vol. 50 N°3* March 1999.