

EL CUERPO SILENCIADO: REFLEXIONES SOBRE LOS ITINERARIOS CORPORALES DE LA LOCURA¹

Martín Correa-Urquiza
Medical Anthropology Research Center
Universidad Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: Toda consideración sobre el cuerpo está ausente en la aproximación clínica al sufrimiento mental. En la mayoría de los casos, este es poco más que el receptáculo del compuesto sintético que intenta neutralizar las variantes sintomatológicas del sujeto. En un hipotético trayecto biográfico, el cuerpo es primero el territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada locura. Allí se manifiesta el «au-lido». Poco a poco, y a partir del momento del diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico, el cuerpo acusa una serie de transformaciones específicas y variadas. En este artículo intentaremos analizar los itinerarios y moldeamientos corporales —formas y des-formas— que se producen desde ese momento. La hipótesis de partida es la idea de que dichos itinerarios pueden pensarse; por un lado, como consecuencia de una aproximación a la aflicción centrada en la dimensión medicamentosa (con sus efectos primarios y secundarios), y, por otro, como consecuencia del estigma. Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso, tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino el de aquello que los «otros» hacemos con ella. Hablamos de un cuerpo que comunica «ausencia», «vacío». Este texto intenta a la vez, profundizar en los determinantes de esa corporeidad. Es parte de una investigación más amplia desarrollada durante ocho años en asociaciones y colectivos de personas diagnosticadas de problemas de salud mental en Barcelona. Se construye sobre la base de sus narrativas, de una serie de

¹ Una parte de las entrevistas y conceptos proceden de las emisiones de Radio Nikosia [Consultado el 10/12/2016], la primera emisora realizada por personas con sufrimiento mental grave en Cataluña y en el Estado Español. Véase también CORREA URQUIZA (2015).

reflexiones que intentan pensar aquello que se ha impreso en sus cuerpos a partir del diagnóstico.

Palabras clave: cuerpo, locura, sufrimiento mental, corporeidad, estigma, psicofármacos.

The silenced body: reflections on the bodily itineraries of madness.

Abstract: Any consideration of the body is absent in clinical approaches to mental suffering. In most cases, the body is seen merely a receptacle for the synthetic compounds prescribed to neutralize symptoms, and the physical territory in which the signs of madness manifest themselves. Gradually, however, following diagnosis and the initiation of psychiatric treatment, the body undergoes a variety of transformations specific to its new situation. This paper analyzes the ensuing bodily itineraries, the shaping (and deforming) of the body, its attitudes and ways of being. The starting hypothesis is that these itineraries may be studied both as a consequence of the primary and secondary effects of a medication-centered approach to treating mental affliction, and as a consequence of stigma. The body is bent, twisted, slow of movement, and in constant need of camouflage; tense, tremulous, hesitant, obese, often impotent: no longer the body of madness but the body of what others have done with madness. This study of the determinants of how madness becomes embodied forms part of a broader action research project spanning eight years with associations and mutual help groups of persons diagnosed with mental health problems in Barcelona. The analysis emerges out of their lived experience of the body, narratives, and reflections about what has been inscribed on their bodies from the moment of diagnosis.

Keywords: body, psychiatry, stigma, madness, embodiment, mental suffering, psychotropes.

El silencio y la química

El ámbito de las aflicciones en salud mental y el de las tecnologías actuales dispuestas desde la biomedicina para intentar abarcarlo y aliviarlo no está exento de contradicciones. A nuestro entender en los últimos años y, a pesar de los esfuerzos consumados con el objeto de humanizar y sensibilizar los denominados tratamientos psicofarmacológicos, poco hemos logrado a la hora de acercarnos a la posibilidad de desentrañar la complejidad significativa de las circunstancias que aún rodean al sufrimiento. En ocasiones no hemos hecho otra cosa que modificar lo que podríamos denominar como una cierta escenografía de los tratamientos, aquella «arquitectura» de la aproximación; corriendo riesgos de apenas re-pensar el engranaje de los vínculos, las consecuencias iatrogénicas de las prácticas efectuadas y sus nombramientos, así como las de sus dinámicas y significaciones profundas. Hablábamos de ello en un artículo anterior (CORREA URQUIZA *et alii*, 2006) que intentaba poner luz sobre la necesidad de abrirnos a lo que la realidad de los sujetos nos comunica a fin de evitar reproducir aquellas viejas inercias asistenciales del modelo manicomial que aún pueden rastrearse sin dificultad en ciertas prácticas y dispositivos relativos al campo de la salud mental. En este contexto, uno de los elementos que más llama la atención es el lugar al que continúa relegada toda consideración sobre el cuerpo. En la aproximación clínica al sufrimiento mental, el cuerpo no es sólo parte de las des-consideraciones posibles; en la mayoría de los casos, éste es poco más que el receptáculo del compuesto sintético que intenta neutralizar las variantes sintomatológicas del sujeto y el elemento de referencia para observar efectos y consecuencias de los neurolépticos. Si pensamos en un hipotético trayecto biográfico, el cuerpo puede ser leído primero como territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada «locura»,² es el cuerpo del doloroso exabrupto. Allí se manifiesta el «aullido». Se corporiza el dolor. Luego es más bien la matriz del apaciguamiento, de la lentitud lograda y festejada como suceso por un modelo de aproximación clínica en donde el sujeto queda al margen de sí mismo. El cuerpo en la locura es hoy corteza vacía a apaciguar a costa del propio cuerpo; el cuerpo es sin cuerpo, es el pantano, el estanque al

² Utilizo aquí «locura» como categoría profana. En la mayoría de los dispositivos y prácticas en donde he realizado trabajo de campo este es un concepto elegido en contraposición a la noción de enfermedad mental utilizada por la biomedicina.

que se le ha ido arrebatando el oxígeno. Es el cuerpo de la asfixia, allí en donde quizás ya ni tan sólo suceda la vida.

El silencio otorgado y convocado como única opción posible para el decir y actuar de los individuos en relación a sus propias aflicciones y a las terapéuticas adyacentes, de infinitas formas y des-formas se transcribe en el cuerpo. La colonización de la subjetividad se encarna, deriva y es al mismo tiempo en tanto colonización y cuestionamiento a una manera de percibir el mundo. A una forma de ser y estar corporalmente en el mundo. Hablamos entonces de un «no ha lugar» del *self* que se materializa, produce y resulta en una corporalidad escindida, físicamente escondida, desarmada, estancada. En el cuerpo se materializa no sólo el sufrimiento sino el silencio y la química.

Sin embargo, este cuerpo en tanto anclaje de la subjetividad (MERLEAU PONTY, 1975) puede ser pensado no sólo como receptor de los hechos sociales, sino a la vez como productor de diferencia. El cuerpo actúa, responde en relación a lo que socialmente hacemos con él (CSORDAS, 1990). El cuerpo en la locura, recibe y produce, sufre y construye en un proceso continuo y dialéctico, una particular manera de padecer y construir un mundo.

En este texto intentaremos analizar los itinerarios y moldeamientos corporales («formas y des-formas») que se producen, de alguna manera buscamos des-enscriptar lo que esos cuerpos comunican desde esa «asfixia» vivida, «leer» lo que la opresión imprime. La hipótesis de partida es la idea de que dichos itinerarios pueden pensarse por un lado como consecuencia de una aproximación a la aflicción centrada en la dimensión medicamentosa (con sus efectos primarios y secundarios), y por otro como parte de las consecuencias ligadas a las maneras a través de las cuales opera la dimensión *sickness* (KLEINMAN, 1988) en este ámbito. Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso, tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino también el de aquello que los «otros» hemos hecho y hacemos con ella. Intenta a la vez, profundizar en los determinantes de esa corporeidad. Es parte de una investigación más amplia desarrollada durante ocho años en asociaciones y colectivos de personas diagnosticadas de problemas de salud mental en Barcelona. Entidades que intentan desligarse de las aproximaciones tradicionales derivadas de los modelos asistencialistas y que se articulan en tanto «prácticas emancipadoras de la subjetividad velada» (BERGERO, 2014). Prácticas articuladas desde las lógicas de la participa-

ción colectiva que se constituyen colocando el eje de sus funcionamientos en la creación, desarrollo y sostén de lo que hemos denominado como «contextos de posibilidad para la diferencia» (CORREA-URQUIZA, 2015), contextos liminares con respecto a la semántica y la taxonomía clínica. Partimos entonces de una aproximación etnográfica a los saberes y realidades que surgen desde los propios sujetos de la aflicción. El texto se construye sobre la base de sus narrativas, de la observación y de una serie de reflexiones que intentan pensar con ellos/as aquello que se ha impreso en sus cuerpos a partir del diagnóstico y qué es lo que ellos/as han hecho con aquello que les ha sido «dado». Durante el proceso de investigación, si inicialmente la intención era des-criptar significados a partir de los discursos expuestos, con el paso del tiempo fuimos observando en el cuerpo la materialización de un campo empírico de observación de resultados a la hora de comprender la impronta social y química sobre la locura. En otras palabras, el cuerpo es aquí el lugar per-se, es el sujeto/objeto que «narra» y en donde es posible analizar y comprender las consecuencias reales de la asfixia, así como las estrategias puestas en juego en el desesperado y constante intento por recuperar «oxígeno», autonomía y un cierto grado de libertad.

Cuerpos y capturas

En un cierto punto podría pensarse que aquel cuerpo estacionario, sonámbulo interno del que hablaba Antonin ARTAUD (1947), el cuerpo/larva que mencionaba como producto del electrochoque y de las intervenciones mecánicas sobre la alteridad de la locura, ha sufrido modificaciones. Pero no es así. Las aproximaciones al sufrimiento mental han cambiado en términos higiénicos quizás, han modificado el eje de su materia; del encierro como única alternativa, la terapia insulínica y las descargas eléctricas, hemos pasado a una aproximación fundamentalmente medicamentosa (aunque sin descartar del todo la hoy denominada Terapia Electro Convulsiva), a una reclusión química (MARTÍNEZ, 1998) y al imperativo de participar de una serie de itinerarios clínico/terapéuticos en los que el individuo, una vez más, es convocado a dejar de lado toda consideración sobre «sí mismo». El modelo de atención y gestión de la salud mental no está exento de las premisas que rigen el «Modelo Médico Hegemónico» (MENÉNDEZ, 1984). Por lo tanto, es evidente que el segundo determina en

gran medida el funcionamiento orgánico y las articulaciones a través de las cuales se hace efectivo el primero. Una de las características fundamentales del ejercicio de ambos, y en donde la traslación de metodologías y estrategias se observa más axiomática, es en la llamada unidireccionalidad de la circulación de saberes, fundamentalmente durante el transcurso del episodio clínico. Ángel MARTÍNEZ (1998) ilustra, en un breve recorrido, la influencia histórica de lo que denomina como «modelo monológico» que, a su vez, como él mismo aclara, es en parte una reconsideración del «sistema de comunicación unilineal» de Kendall, Foote y Martorell. Es decir, un sistema en el que los discursos circulan sólo en una dirección y se caracteriza por la inexistencia del diálogo en favor del monólogo de los saberes expertos que se instalan a su vez en tanto conocimientos absolutos y de objetividad universal.

Así, de diferentes maneras los sujetos de la locura están expuestos a la lógica de los «otros»; y no sólo a través de las articulaciones propias del «Modelo Médico Hegemónico» en las instancias que le son propias, sino a partir de la naturalización de la perspectiva biomédica transformada hoy en eje central de la articulación semántica del estigma en el campo social. El saber experto, que solía fundarse sobre el cuerpo del loco dispuesto en condiciones de pretendido laboratorio durante el encierro, hoy parece haber propuesto y dispuesto una suerte de captura semántica de los sujetos incluso en entornos comunitarios en donde las taxonomías continúan operando y tiñendo las prácticas del tejido social. Al parecer, en estos tiempos enunciados frecuentemente como corolario de las denominadas reformas psiquiátricas, las categorías diagnósticas se articulan desde una cierta apropiación de la identidad de los sujetos inclusive en entornos que no le son propios. Así, pueden observarse abordajes que corren el riesgo de no ser sino una mímica de lo comunitario y que terminan asfixiando semánticamente a los individuos allí por donde circulen. Y esto no sólo es resultado, en ocasiones, de la sobre-medicación como fenómeno que impacta en las improntas corporales e inhabilita su despliegue, sino que estaría ligado también a las necesidades institucionales de continuar nombrando y re-semantizando los espacios sociales desde las lógicas de lo clínico-terapéutico. En otras palabras; puede observarse cómo fuera de las redes relativas al tratamiento de la salud mental, las instancias propuestas para la locura se rebautizan desde las lógicas de la «inclusión», la «asistencia», la «terapia» y la «beneficencia». Hablamos de un abanico taxonómico que hace más sentido a quien las produce y a la necesidad de

articularse —al menos retóricamente— desde el paradigma de la «integración», que a quien de distintas formas intenta consumirlas o participar en ellas. Observamos, de esta manera, cómo aquella corporalidad de la locura continúa cautiva de la taxonomía psiquiátrica devenida en un saber social que opera incluso fuera de los propios ámbitos institucionales. Los sujetos son pensados en tanto «enfermedad total» (CORREA-URQUIZA, 2015) re-bautizada y recuperada en todas y cada una de las instancias y territorios por donde circulan. El «monólogo» experto y social (MARTÍNEZ, 1998) imprime sus consecuencias sobre el cuerpo. Quizás uno de los desafíos, —y de esto ya hemos hablado en otras ocasiones (CORREA-URQUIZA, 2012)—, se abre ante la necesidad de crear espacios naturales, ligados a un cuidado que no patologice, que no identifique al otro en su necesidad o vinculación clínica, sino en la posibilidad de abrirse a un nuevo campo de experimentación o aprendizaje. Ya retomaremos este punto. Sigamos.

Cuerpo de lo físico/orgánico y cuerpo de lo simbólico

Como afirmó en su momento Marcel MAUSS (1971), no hay un comportamiento natural en relación al cuerpo. El cuerpo es estructura y acción (ESTEBAN, 2013) y es el receptáculo activo de lo social. La sociedad se inscribe en el cuerpo y las significaciones y capturas sociales sobre la locura no pueden pensarse inocuas a las formas adoptadas, a las manifestaciones experimentadas, a los refugios buscados. Nuestra propuesta es aquí plantear que todo este proceso se materializa y puede ser leído fundamentalmente en tanto resultado ligado a dos variables: Por un lado, hablamos de un cuerpo en términos físico/orgánicos que se altera como producto de la medicación y de las intervenciones de la biomedicina, esto es, hay un cuerpo que modifica su volumen, que pierde o gana peso en exceso; un cuerpo que tiembla, un cuerpo que duda, que acusa excesos de glucosa en sangre, etc... Pero, por otro lado, hay un cuerpo que sufre las consecuencias derivadas de las significaciones sociales de las taxonomías relativas; hablamos entonces de un cuerpo escondido, arqueado, encorvado, retorcido, un cuerpo que intenta olvidarse de sí mismo para desaparecerse con el objetivo último de no estar expuesto a las lógicas del estigma. Digamos que el primero, estaría vinculado al universo de los efectos denominados como no-deseados o secundarios de la medicación psiquiátrica y que intentan paliarse mediante más fármacos que contrarresten con

nuevos efectos (primarios y secundarios) los anteriores. La pesadez y el aletargamiento producido contribuyen al desarrollo de un itinerario vital sedentario, no activo, que genera en muchos casos, obesidad, problemas circulatorios, hormonales, etc.:

Hacen que las personas se muevan menos y que sus movimientos sean más lentos. Al disminuir los movimientos de los músculos de la cara, la expresividad facial es menor y se desarrolla una especial expresión gestual plana. También se reducen otras respuestas de expresión emocional. Experiencias emocionales como la tristeza y la felicidad son menos intensas y las personas que han tomado estos fármacos describen sentirse emocionalmente aplanadas, indiferentes o insensibles. Los neurolépticos enlentecen el pensamiento y para quienes los toman resulta especialmente difícil hacer cosas por sí mismos. Se describe como una dificultad para «iniciar acciones» e incluso algo tan sencillo como el responder a preguntas puede llegar a ser difícil (MONCRIEFF, 2013: 65).

Y continua,

Numerosos estudios que han medido las habilidades mentales de voluntarios que han tomado neurolépticos muestran que estos fármacos retardan o perjudican de alguna manera el funcionamiento mental. Quienes toman una dosis experimentan dificultades de coordinación, atención, aprendizaje y memoria, les cuesta más reaccionar, tienen una mayor latencia de respuesta y movimientos más lentos (MONCRIEFF, 2013: 66).

Ante esto, los numerosos efectos primarios y colaterales provocados por los neurolépticos pueden rastrearse de distintas maneras en la evidencia de lo corporal. Al mismo tiempo la conciencia del sujeto de su propia situación como nombrado/significado socialmente a través de las etiquetas diagnósticas, y la conciencia de sus sentidos sociales otorgados, podrían pensarse en parte como determinantes de una variante específica de corporalidad ligada a un cierto estar giboso. Resumiendo: nos referimos a dos cuestiones que pueden pensarse como centrales: por un lado, a las intervenciones químico/clínicas sobre el sufrimiento mental que afectan sobre el cuerpo físico/orgánico. Y por el otro, a las significaciones sociales relativas a las etiquetas diagnósticas y sus capturas producidas, que provocan sobre los individuos una necesidad de huida, de escape, de encontrar refugio que se materializa en la frecuente evidencia de los cuerpos encorvados, en la mirada baja, la mirada perdida que parece no encontrar sitio para el reflejo humilde. A estas últimas las denominaremos aquí con-

secuencias sobre el cuerpo de lo simbólico, entendidas estas como una manera a partir de la cual toma forma física el dominio simbólico del estigma. Ambas cuestiones operan de manera simultánea y se superponen en un juego dialéctico e indivisible, haciendo imposible en ocasiones distinguir qué afectación puede explicarse a partir de qué efecto.

Analicemos brevemente algunas de las dimensiones posibles en estas modificaciones, pensemos entonces conceptualmente en algunos de los cuerpos que pueden encontrarse en el cuerpo de la locura. Hay un «cuerpo del sismo contenido». Una de las consecuencias primeras del reiterado abuso medicamentoso son los temblores y con ello, la imposibilidad de pacificar el «ser y estar» en el mundo, y de —por poner un ejemplo— llevar a cabo ciertas tareas ligadas a la motricidad fina. El síntoma evidenciado es un cuerpo que se vuelve dubitativo, «miedoso», tambaleante, ansioso, como si pidiera permiso para existir. Un cuerpo sísmico, siempre a punto de estallar. Joanna MONCRIEFF (2013) nos recuerda que para el modelo psiquiátrico éste fenómeno intenta explicarse parcialmente desde la noción de «acatisia», un efecto no deseado descrito como un estado de «inquietud intensa» a partir de cual los sujetos se ven «obligados a moverse y experimentan un sentimiento de tensión psíquica o ansiedad» y cuyo mecanismo exacto aún es desconocido.

Para Nacho lo peor fueron siempre los temblores reflejados incluso en el habla y los movimientos involuntarios de una pierna, la inaccesibilidad al «sí-mismo» para controlarlos. Dificultad que sólo pudo apaciguar con una nueva medicación que a su vez traía nuevos efectos secundarios: el exceso de somnolencia, fatiga y una sistemática desconexión con el campo de las voluntades. El suyo es un cuerpo tenso, tensado, tieso, rígido, como con breves y casi imperceptibles espasmos. Decía, durante un programa de Radio Nikosia:

Lo paso mal, muy mal, malísimamente mal. No, aún peor. El que está al lado me sugiere. Yo ni caso, no lo oigo, no quiero ni puedo oírle. Estoy inmerso en un eterno problema. Están locos,, no me entienden, nadie me entiende, sólo yo. No, tampoco yo me entiendo. Un segundo es una eternidad, dos segundos son dos eternidades, tres segundos son tres eternidades. La vida, como dice la canción, es eterna en cinco minutos. Pero cinco minutos es una eternidad de eternidades. Ella, él y los demás sufren. Yo que soy el loco sufro todavía más. Estoy acompañado pero el afecto no me llega. Todo en mí es un problema irresoluble. No me concentro, no puedo concentrarme en mi problema de imposible de solución. Ni resquicios de luz al fondo. Tampoco de salvación.

No es un misterio es un problema de imposible solución. El tiempo apremia y el problema debe ser resuelto. Yo no puedo concentrarme. El tiempo ha terminado y el problema ha quedado sin resolver. Una sensación de vacío me invade y el problema persiste. Mientras, mi cuerpo se agita compulsivamente afanándose en la búsqueda de la paz y la tranquilidad pero incapaz de encontrarla (CORREA URQUIZA, 2015: 125).

De aquí y a partir de su mismo testimonio podríamos pensar a la vez en la existencia de un «cuerpo de la desconexión». Hablamos entonces de un sufrimiento vivido ligado a la dificultad de pensar y actuar en consecuencia, de conectar la voluntad, el deseo con el movimiento corporal. En un sentido similar, Cristina afirmaba en un programa radiofónico que:

Durante el ingreso, y muchas veces más tarde, jugaba a quemar mis muñecas. No sentía el dolor. Agujereaba mis brazos con la punta de un cigarrillo encendido para tratar de sentir. Para ver si sentía. Si seguía sintiendo. Al principio no entendía por que necesitaba quemarme, pero más tarde me di cuenta que era una manera de mantener una cierta conexión con mi cuerpo que me parecía una entidad totalmente separada de mi. Como si fuera el cuerpo de otra persona. Sólo al quemarlo lo hacía propio. Lo podía entender como propio por que finalmente lo sentía (RADIO NIKOSIA: PROGRAMA 03/06/2013).

Cuenta que, durante su ingreso, este acto fue interpretado como parte de un intento de autolesión que llevó a un aumento en la dosis de medicamentos. Para ella habría de ser entendido en tanto resultado de la insensibilización, de la neutralización en la relación cuerpo-mente como efecto derivado de los mismos neurolépticos y, al mismo tiempo, como un intento desordenado, aturdido por su parte de recuperarse del auto-olvido. En gran parte de las personas sobre-medicadas la desconexión con el dolor —y con las emociones en general— aparece como elemento frecuente que forma parte incluso de los extensos prospectos adjuntos al fármaco. Decíamos anteriormente que, en ocasiones, para el modelo biomédico el objetivo de las aproximaciones se centra en la búsqueda de una cierta estabilidad en el sujeto, pero el problema radica en las consideraciones a partir de las cuales se presupone o re-significa dicha estabilidad. A raíz de lo observado podríamos pensar que se trata de una estabilidad en términos de estanque, de quietud amorfa que va perdiendo entidad a raíz de su propia quietud impuesta como noción falaz de cura. La metáfora sería la del pantano, asfixiado, sin oxígeno, en donde quizás ya ni tan sólo sucede la vida. En ocasiones Nacho y Cristina dan forma en sus cuerpos a esa metáfora.

Ramón nos brinda otro ejemplo. Él tuvo en una ocasión que recurrir a urgencias hospitalarias por una afonía repentina que no cesaba. En el hospital descubrieron un hueso de pollo cruzado en su garganta. Un hueso que él no había detectado y que no recordaba haber comido pero que estaba generando una interferencia en la acción natural de sus cuerdas vocales.

A su vez, la dificultad para mantener relaciones sexuales debido al efecto neutralizador de los psicofármacos es algo que también suelen denunciar los sujetos. Problemas de erección, erotización, eyaculación son con frecuencia parte de los plantamientos que realizan en este sentido, lo que nos llevaría también a pensar esta desconexión en tanto generadora de un cuerpo asexuado, híbrido, impotente, interrumpido.

Lo mismo le sucede a Jesús. Pero en él se vislumbra más notoriamente la existencia de un «cuerpo de la huida»: no mira a los ojos de sus interlocutores, casi nunca, y pide permiso para hablar, disentir, afirmar. Mira siempre al suelo. Tiene la boca seca. Jesús es desde el diagnóstico un individuo de movimientos lentos, pero lejos de la pausa calma de un hipotético monje budista, es más una lentitud incierta, también temblorosa y dubitativa, que no llega a ninguna parte. Una lentitud de ojos escurridizos, de miedo a ser, a estar, al rechazo, a caerse en la próxima esquina. Pau intentaba en una conversación compartir con Jesús las razones que lo llevan a esa huida: «Es que estamos todo el tiempo pendientes de tener que vestirnos de sociedad para poder estar en sociedad. Y como no somos como la sociedad espera que seamos, pues nos queda escondernos. O brotar.» Más adelante continuaba, «prefiero sentir el dolor y el sufrimiento a la invalidez emocional de las pastillas. Prefiero el dolor, el placer, el reír y volver a llorar, antes que la muerte emocional de las pastillas. Frente a la vida petrificada, aunque me cueste la vida, prefiero poder correr, amar y sentir».

Silvia se encuentra frecuentemente en una situación parecida. Pinta y repinta sus ojos en un intento por camuflar la tristeza y transformar la desidia, por darle un «brillo» buscado. Retoca el diseño, intensifica el rímel y engrosa sus pestañas cada veinte minutos. Cada día suele preguntar a sus amigos y conocidos si ven que su mirada se va recuperando poco a poco. Para ella, allí se asientan su preocupación y la posibilidad de vislumbrar una salida. «Cuando los ojos estén bien, estaré bien» dice, y continua:

Porque a mi lo que me preocupan son mis ojos. Desde que empecé con esto de la medicación, mi mirada ha cambiado. Le falta brillo, le falta alegría, es vidriosa, parece como si siempre estuviese con miedo. Y no me gusta que los demás vean esta mirada que yo me veo en el espejo. No reconozco me reconozco cuando me miro a los ojos. No son mis ojos (RADIO NIKOSIA: PROGRAMA 12/10/2014).

En esta misma línea podemos pensar también en la existencia de un «cuerpo arqueado», doblado, que se esconde y no puede erguirse. Otra informante, Eugenia llegó a una entrevista, tras un ingreso, absolutamente torcida, inclinada hacia un lado y hacia adelante, apenas podía hablar. Sus músculos y huesos parecían haber remodelado la estructura original cuerpo. Las manos estaban siempre agarrotadas. Eugenia dice que camina mucho por las calles cuando sufre, no mira a los ojos de nadie. Se escapa, huye de los ojos puestos en los ojos. Teme las miradas. Teme que la vean así. Para ella no mirar es quizás una manera de invisibilizarse, de pasar desapercibida. De desarrollar una suerte de no-lugar a su alrededor, de ser ella el cuerpo de una transición constante que le permita el refugio. Bebe café y bebidas energizantes, lo único que le permite, en sus palabras, llevar una vida mejor, o al menos más acorde a sus expectativas. Eugenia ingresó hace poco en un grupo de des-intoxicación de bebidas energizantes. Los efectos paralizantes de la medicación sobre su cuerpo comenzaron a disminuir levemente con el paso de los meses, pero durante un tiempo no pudo sino resignarse a caminar de lado. Sufrió también la caída de uno de sus dientes incisivos lo que le define un aspecto que perturba su imagen social y ante lo cual decidió por ahora no hacer más nada.

Otro de los síntomas más notables y frecuentes de la acción de los neurolépticos es el aumento indiscriminado del peso. Nos lleva a pensar en la aparición de lo que podríamos denominar como un «cuerpo de la desmesura». De hecho, los desajustes metabólicos y los hormonales están considerados como uno de los efectos más habituales entre los consumidores de neurolépticos. Decía Almudena que,

El cuerpo es donde somatizo el dolor. La mente, cuando ya no puedo más, me hace olvidar del cuerpo. A mi, llegó un momento que me daba igual el cuerpo. Pero después resulta que nos angustian los cambios abruptos del cuerpo. Yo engordé. Me aparecen quistes. Siento el vacío en el estómago. Adelgazo por la angustia, pero a la vez me empiezo a hinchar a partir de la medicación y eso no facilita mi vida social digamos. Además, con respecto al cuerpo, lo que

más hago yo es la autolesión. Y entonces, en verano tengo que ir con los brazos tapados por que me mira todo el mundo (Entrevista: 12/02/2015).

Almudena corta sus brazos cuando no puede más, ya no como en intento de suicidio, sino como estrategia creada para frenar el *loop*, la circularidad del pensamiento destructivo. Cortarse es su manera de salir del ensimismamiento y acabar ingresada en urgencias, medicada, y circunstancialmente salvada de sí misma. Afirmo que «en un momento entendí que no me corto por querer cortarme sino para poder cambiar de tema en mi cabeza, para poder frenar lo irrefrenable y que sea el ingreso el que me suspende y aparta de mi».

En ocasiones, encontramos lo que podríamos nombrar como un «cuerpo de la fractura»; un cuerpo roto; literalmente. Oscar recibió medicación antipsicótica desde los diez años. En un momento y a raíz del tratamiento, uno de los efectos secundarios posibles, se transformó en primario, la sinestesia tardía. Se manifestaba en forma de una serie de abruptos movimientos involuntarios en uno de sus brazos y un temblor constante en las extremidades. Según le confirmaron en su momento, el problema sólo podía ser resuelto a partir de la introducción en el tejido cerebral de un estimulador desde donde pudiesen regularse las conexiones entre la extremidad y el cerebro. Se trataba de un dispositivo electrónico en pruebas que utilizaba un centro emisor ubicado a la altura de la ingle y que podía encenderse o apagarse dependiendo de la necesidad de la persona y de la intensidad en los movimientos generados de manera involuntaria. Oscar se sometió a una operación compleja y finalmente le insertaron el emisor junto a un cableado correspondiente que recorría su cuerpo. El estimulador no funcionó como se esperaba y hubo un momento en el que quedó inutilizado. Oscar continúa con esos dispositivos dentro. Su cuerpo se ha ido arqueando como producto de la sinestesia y de las mismas intervenciones. Camina de lado. Ha engordado. Olvida ducharse.

El rápido envejecimiento de la piel es otra de las consecuencias observables del consumo de neurolépticos. Silvia hablaba de las consecuencias ligadas al rápido deterioro de su piel que a los treinta años se volvió porosa, ajada. Afirmaba en un programa de radio que,

Una vez me inscribí en un taller de maquillaje. Las primeras sesiones que fueron más de ideas e historias, fueron bien. Pero más tarde todo el turno de maquillarnos mutuamente para hacer prácticas. Nadie quiso hacer prácticas sobre mi cara, y no es tan monstruosa mi cara como me hacían sentir.

Tiene poros grandes y es como rugosa, pero no es monstruosa. La medicación la hizo envejecer, pero no es monstruosa (RADIO NIKOSIA: PROGRAMA 27/05/2014)

Cambiando un poco el foco, es pertinente observar aquí que los frecuentes intentos de homogeneizar el cuerpo, o de pensarlo exclusivamente a partir de ciertos patrones hegemónicos como forma de entender la salud por parte de la biomédicina, suele transformarse en una práctica que elimina la subjetividad y la posibilidad de la diferencia. En cierta ocasión Txell se acercó llorando a una actividad de la radio por que había sido amenazada por su médico de cabecera. Debía aumentar de peso en dos semanas o la ingresarían. Se encontraba en un momento de gran estabilidad emocional; pero su peso, un poco por debajo de los patrones de normalidad para su edad, se transformaron en una intimidación; de no revertirse la situación iría internada. Su constitución es delgada, desde siempre, pero para el profesional de turno este era un elemento patológico que debía corregirse mediante la intimidación. En ocasiones la consideración de que un cuerpo ha de ser de una cierta manera para ser pensado como saludable se articula como una de las pocas ocasiones en las que el cuerpo es tenido en cuenta o contemplado por los saberes expertos. De esta manera la imposición de una idea de «cuerpo saludable» puede devenir en discurso de amenaza.

Está claro que no haremos aquí un decálogo de todas las consecuencias corporales, ni entraremos aquí ya en el detalle de las probadas alteraciones orgánicas fruto de los problemas derivados de la diabetes, del aumento del colesterol, de las arritmias cardíacas y del abanico de desordenes hormonales que pueden padecer. Tampoco las «reducciones cerebrales» como producto del abordaje medicamentoso:

Varios estudios recientes sugieren que el uso de neurolépticos a largo plazo se acompaña con una reducción de células de la masa cerebral y el correspondiente incremento en el volumen de las cavidades del cerebro o ventrículos...De nuevo, hay poca investigación sobre cómo la exposición a fármacos psiquiátricos a largo plazo puede afectar directamente a las células nerviosas del cerebro, y los mecanismos de algunos de sus efectos son desconocidos. (MONCRIEFF, 2013: 45)

Somos conscientes de que aún podríamos entrar en un análisis de mayor especificidad sobre la complejidad de las consecuencias corporales, pero lo que hemos intentado es un acercamiento, desde las narrativas y

desde lo que los cuerpos comunican, que nos permita interpretar dichas transformaciones en tanto producto de esas dos variables —química y social— interactuando y superponiéndose constantemente.

Y sin embargo actúan

Está claro que el cuerpo de la locura no coincide con los ideales hegemónicos; pero esas des-formas que allí lo posicionan, a nuestro entender, no surgen tanto de la naturaleza orgánica o de sus predisposiciones morfológicas patológicas, sino de la aproximación y el esfuerzo dedicado a asfixiar el síntoma como elemento sustancial que sostiene una ilusión de terapéutica relativa o al menos cuestionable, y de la opresión social derivada de una manera específica de pensar y significar el sufrimiento mental. De esta manera, si desmenuzamos estas dos cuestiones podemos observar que las circunstancias que operan sobre el cuerpo de la locura pueden entenderse en tanto resultado de, al menos, otros siete elementos: *a)* La prevalencia hegemónica de una aproximación medicamentosa, sus efectos paralelos y sus excesos posibles; *b)* La omnipotencia del modelo psiquiátrico instalado socialmente como razón absoluta por oposición a la supuesta «enfermedad total», o a la sin-razón absoluta de la locura; *c)* La ausencia de una articulación sistemática y oficial de contextos de posibles, instancias y espacios de autorización para el decir y estar más allá de las taxonomías y la semántica biomédica;³ *d)* La colonización de la subjetividad, y particularmente del campo de los nombramientos relativos a sí mismos y las des-personalizaciones consecuentes; *e)* La naturalización de las prioridades de la enfermedad objetivada por sobre la aflicción vivida; *f)* La interiorización de una desautorización y deslegitimación para el decir y actuar por parte de los propios sujetos; *g)* La asfixia derivada.

Por otro lado, la comunicación, como parte del tejido de la inter-relación entre individuos está de alguna manera sometida a las condiciones corporales, a las posibilidades de los sujetos de articular un discurso desde un cuerpo que lo sustente —al menos como caja de resonancia—. Todas estos elementos y variables mencionadas que atraviesan la expe-

³ Existen espacios y dispositivos que funcionan en esta línea como veíamos al principio del artículo, pero no se constituyen como el eje central de las políticas de salud en éste ámbito. *Radio Nikosia*, la *Cooperativa Aixec*, intentan en su tarea cotidiana se constituyen desde el intento por encarnar algunas de estas prácticas.

riencia corporal cotidiana de los sujetos del diagnóstico, no pueden pensarse sino como «ruido» en sus opciones comunicativas, como un tipo constante de interferencia que empaña su relación con el mundo, que los ubica permanentemente en el plano de la desautorización y la desidia. Al mismo tiempo, esas condiciones corporales desde su aparente silenciamiento están constantemente comunicando, diciendo, gritando lo atroz de la opresión vivida. A nosotros, espectadores, quizás nos corresponda el reto de aprender a descifrar lo que esos cuerpos «dicen» para intentar transformar las condiciones que allí operan. Habremos de estar atentos a lo que nos comunica su presencia «desgajada» y «sombria». El cuerpo evidencia la lentitud y el quiebre, y es allí en donde se hace visible a su vez la condición de enfermo. Esta aparece ya no en el «aullido» de la locura que nombrábamos al principio, sino en las condiciones corporales que resultan de las aproximaciones al sufrimiento. Por lo tanto, el cuerpo comunica socialmente el argumento en donde se fundamenta y articula el estigma.

Si bien es cierto que es sobre el cuerpo que se ejerce una violencia institucionalizada, incluso fuera de los ámbitos tradicionales, es este un cuerpo que refleja y acusa la metabolización de lo social, pero es al mismo tiempo en tanto productor de resistencias, acomodamientos, supervivencias que lo constituyen y articulan como de entidad de subjetivación. El cuerpo ya no es tanto un receptor en donde se deposita la existencia, sino productor de posibilidades: los cortes de Almudena como agentes de distracción o desencaje del *loop*, los cigarrillos apagados sobre los brazos de Cristina, la adicción a la bebida energizante de Eugenia, la huida de Jesús, los intentos de Pau «por vestirse de sociedad», pueden pensarse como dimensiones de una capacidad de *agency*; aturdida, titubeante, pero *agency* al fin. Como una manera de dar respuesta a la propia condición de sujeto tomado por ciertas condiciones de existencia silenciada. De hacer algo con lo dado.

Así, en nuestro caso, es tan observable lo que le sucede al cuerpo, lo que se hace con el cuerpo, como lo que los cuerpos hacen como construcción subjetiva para abrirse paso en el campo de sus posibilidades de existencia. Ante esto es necesario plantear que si las lógicas, aún en parte manicomiales, parecen empeñarse en suspender la subjetividad en contextos sociales a partir de atiborrar de semántica clínica los espacios naturales de la sociabilidad. Es allí en donde se vuelve necesario actuar, recuperando territorios, repensando los vínculos, los roles, ventilando de sentidos biomédicos los espacios comunitarios, provocando instancias que faciliten una recuperación de cuerpo y palabra ligada a la recuperación de espa-

cios, contextos en donde re-apropiarse de la subjetividad. Instancias en donde revertir las condiciones de producción de la opresión, cambiar la condición de cuerpos dóciles. Dice Bergero retomando a Merleau Ponty que este,

ofrece la posibilidad de pensar prácticas de re-subjetivación, promoviendo los espacios de apropiación de si mismo que nada ya tienen que ver con la capacidad de pensar de si (del conócete a ti mismo) propio del sujeto racional moderno, que sólo se suponía dueño de sí a partir del dominio de su pensamiento (BERGERO, 2014: 92).

Y continúa:

En este sentido el cuerpo vivido de la fenomenología merleau-pontyana es no sólo depositario de los discursos y prácticas sociales sino que tiene en sí mismo la capacidad de un hacer, de un actuar sobre el mundo, de ser agente. En este sentido se vuelve herramienta viva para pensar la capacidad de generar condiciones de apropiación a través de la facilitación de la experiencia del propio cuerpo (BERGERO, 2014: 92).

En otras palabras, decir que desde esa desidia, ese estar entregados a las lógicas ajenas, actúa. Accionan mecanismos vinculados y derivados del *habitus* (BOURDIEU, 1991), relativos al cúmulo de saberes adquiridos a través de la experiencia, al deseo inmediato y a la necesidad de hacer frente a dolores psíquicos o físicos. No hay sólo una aceptación pasiva, ya que por más que no sean entendidas en términos de rebelión con respecto al mismo esquema que los oprime, existen prácticas que pueden pensarse como procesos y estrategias de acción y reconexión, como una oposición a seguir siendo observados desde una única óptica patológica. La autolesión e incluso la misma decisión extrema del suicidio, «comunican», «dicen» y pueden ser pensadas como una toma de decisión que si bien no puede ser analizada sin tener en cuenta las circunstancias complejas externas que la determinan, continúa siendo un tipo de elección. El cuerpo de la locura puede ser también un lugar de resistencia y autonomía, que quizás no será leído en esos términos pero que de diversas y constantes maneras continúa actuando, denunciando, comunicando la opresión.

Bibliografía

- ARTAUD, Antonin (1947). *Artaud El Momo*. Buenos Aires: Editorial Need.
- ARTAUD, Antonin (1970). *El Teatro y su doble*. Barcelona: Anagrama.
- BERGERO, Magdalena (2014). «Subjetividad, cuerpo y locura. Los aportes de la fenomenología del cuerpo a la construcción de subjetividad en contextos de en-cierro: pensando marcos epistemológicos, creando prácticas», *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 13(37): 80-93.
- BOURDIEU, Pierre (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- CORREA-URQUIZA, Martín (2012). «Nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles». En: DESVIAT, Manuel; MORENO PÉREZ, Ana (eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), 885-905.
- CORREA-URQUIZA, Martín (2015). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Madrid: Grupo 5.
- CORREA-URQUIZA, Martín; DI GIACOMO, Susan (2013). «Radio Nikosia: Mutiny on the ship of fools». En: ARAOZ, Gonzalo; ALVES, Fátima; JAWROSKI, Katrina (eds.). *Rethinking Madness. Interdisciplinary and Multicultural Reflections*. Oxford: Inter-disciplinary Press, 193-214.
- CSORDAS, Tomas (1990). «Embodiment as a paradigm for anthropology». *Ethos*, 18(1): 5-47.
- ESTEBAN, Mari Luz (2013). *Antropología del cuerpo*. Barcelona: Bellaterra.
- KLEINMAN, Arthur (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Angel (1988). «Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII(68): 645-659. [Consultado el 10/12/2016].
- MAUSS, Marcel (1971). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984). «El Modelo Médico Hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud», *Arxiu de Etnografia de Catalunya*, 3: 85-119. [Consultado 10/12/2016].
- MERLEAU PONTY, Maurice (1975). *Fenomenología de la Percepción*. Barcelona: Península.
- MONCRIEFF, Joanna (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*.