



Revista Latinoamericana de Estudios sobre
Cuerpos, Emociones y Sociedad

ISSN: 1852-8759

correo@relaces.com.ar

Universidad Nacional de Córdoba
Argentina

Mantilla, María Jimena

Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como
objeto de prácticas psiquiátricas

Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad, vol. 3, núm. 6, agosto-
noviembre, 2011, pp. 20-32

Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273219417003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad.
Nº6. Año 3. Agosto-noviembre de 2011. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 20-32.

Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas

Management and body expression in borderline personality disorder case: the body as psychiatric practices object

María Jimena Mantilla*

Instituto de Investigaciones Gino Germani, FCS-UBA. CONICET. Argentina.

jimenamantilla@yahoo.com.ar

Resumen

El interés de este trabajo es analizar el lugar del cuerpo en el diagnóstico psiquiátrico trastorno límite de la personalidad. El análisis que se presenta surge de los datos etnográficos de una investigación más amplia cuyo objetivo es analizar las prácticas y discursos psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de emergencias psiquiátricas de la ciudad de Buenos Aires. Este artículo propone que las autoagresiones, la expansividad y emotividad, elementos sustantivos en la presentación de los pacientes con trastorno límite de la personalidad, son consecuencia de las disposiciones corporales generadas a través de las prácticas de intervención, sujeción y disciplinamiento que se ejercen sobre los cuerpos de los pacientes en el transcurso de sus trayectorias psiquiátricas.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, disposiciones corporales, trayectorias psiquiátricas, corporización del padecimiento

Abstract

This article analyzes the borderline psychiatric disorder from an anthropological perspective. Using ethnographic material from a larger research in a mental institution in Buenos Aires city, this article argues that “suffering embodiment”, evident in these patients through the management of the body in interactions and in self harms (e.g., cuts in the body), is a consequence of corporal dispositions generated by intervention, disciplining, and subjection practices on patients’ bodies during their psychiatric trajectories.

Keywords: Borderline psychiatric disorder, corporal disposition, psychiatric trajectories, embodiment suffering

* Doctora en Ciencias Sociales (UBA) y Magíster en Investigación en Ciencias Sociales (UBA). Miembro del área de “Salud y

Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas

Introducción

Para pensadores posmodernos como Baudrillard (1997), la modernidad produjo una *orgía* de modelos de representación, al desligarse entre sí las esferas del arte, la ciencia y la moral; es decir, se habría desplegado una importante posibilidad de imaginar desde cada una de las esferas de la vida, más allá de las normas de la tradición. Ello habría ocasionado un nuevo orden temporal y un nuevo sujeto que viviría en un entorno *posterior al de la orgía*. Esto es, para Baudrillard, todo ya habría sido dicho y hecho, por lo que circularían sin cesar signos e ideas sin profundidad confundiendo o contagiándose, porque resultarían meros simulacros de lo que fue en otro tiempo.

El interés de este trabajo es proponer un análisis del “trastorno límite de la personalidad” a partir de un abordaje del cuerpo como objeto de intervención psiquiátrica y las formas de gestión del cuerpo por parte de los pacientes.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM IV) el trastorno límite se ubica dentro de los trastornos de la personalidad, y se caracteriza por “un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad”, también asociado al temor de padecer experiencias de abandono o rechazo, ya sean reales o imaginarios.

La definición y la entidad misma de este diagnóstico es materia controversial en el campo de la psicopatología, el que se debate acerca de si el “trastorno límite de la personalidad” constituye un estado intermedio entre la psicosis y la neurosis, o si se le debe adjudicar una entidad propia (Slucki y Wikinski, 2004). Si bien algunas perspectivas psiquiátricas señalan que se trata de un desorden de la regulación de las emociones, posiblemente de origen biológico (Apfelbaum y Gagliesi, 2004), esta categoría es descripta con un alto nivel de ambigüedad clínica y es objeto de controversias por sus imprecisiones y dificultades en los abordajes terapéuticos.

Desde la psiquiatría biológica las discusiones oscilan entre si se trata efectivamente de una enfermedad mental o si debiera ser definido como un desorden de la conducta, mientras que desde el psicoanálisis algunos profesionales descreen de su especificidad (Slucki y Wikinski, 2004). Existe coincidencia en que se trata de una problemática frecuente en mujeres jóvenes (Paris, 1980; en Paris, 1991)¹ que han sufrido experiencias de abuso infantil. En tanto generan respuestas disfuncionales o agresivas en sus terapeutas, refuerzan las experiencias de abandono sufridas en la infancia (Apfelbaum y Gagliesi, 2004). Asimismo constituye una de las patologías con mayor cantidad de reinternaciones en instituciones psiquiátricas (Paris, 1991; Mantilla, 2008).

El objetivo de este artículo es analizar el lugar de la corporeidad en la construcción del diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. A los fines de esta presentación la noción de trastorno límite de la personalidad se utiliza no como ratificación de su existencia como diagnóstico psiquiátrico sino como una categoría nativa. El análisis se centra en el lugar del cuerpo en el trastorno de personalidad límite a partir de dos dimensiones: el cuerpo como centro de expresión, manejo del sí mismo en las interacciones y performatividad del sufrimiento en la experiencia de los pacientes y el cuerpo como objeto de prácticas terapéuticas.

En primer lugar, describo las expresiones que utilizan psiquiatras y psicólogos para definir las características de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. En segundo lugar, analizo las modalidades y el manejo del cuerpo de estos pacientes en las interacciones con los profesionales. Por último, abordo el lugar del cuerpo como objeto de las intervenciones y prácticas terapéuticas.

¹ Este dato sugiere explorar la asociación entre la atribución del diagnóstico trastorno límite de la personalidad y la construcción

Este artículo propone que la corporización del padecimiento que se evidencia en estos pacientes a través del manejo del cuerpo en sus interacciones y sus formas de expresión mediante “auto-agresiones” es consecuencia de las prácticas de intervención, sujeción y disciplinamiento que caracterizan sus trayectorias psiquiátricas. Ello no significa que las dinámicas de intervención generen de forma directa la corporización de los padecimientos sino que en tanto prácticas continuas e insistentes delinean formas de ser y estar en el mundo donde el cuerpo adquiere centralidad. La reconversión de la experiencia corporal de estos pacientes expresa la maleabilidad del cuerpo y la posibilidad de que éste no se convierta en una mera superficie de inscripción de significados culturales o prácticas médicas.

El análisis que se presenta surge de los datos de una investigación más amplia cuyo objetivo fue analizar las prácticas y los discursos psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de emergencias psiquiátricas de la ciudad de Buenos Aires mediante un diseño metodológico cualitativo etnográfico. El trabajo intensivo de campo se desarrolló durante el período 2005- 2007 y consistió en entrevistas en profundidad a pacientes y profesionales, observaciones participantes en distintos espacios del hospital, entrevistas informales, visitas y salidas por fuera de la institución, tanto con pacientes como con profesionales. Durante ese período documenté las prácticas de los profesionales, las experiencias de los pacientes y las lógicas que rigen la vida institucional. En este artículo se analiza material de las entrevistas en profundidad efectuadas a profesionales y de observaciones participantes en el servicio de la guardia y en las salas de internación. Las observaciones se realizaron con una frecuencia de cuatro veces por semana durante dos años y consistieron en la participación de las rutinas profesionales (entrevistas a pacientes, conversaciones entre colegas, entre otras). Asimismo se llevaron adelante observaciones en la sala de espera de la guardia y en el living comedor de las salas de internación. Ello permitió acceder a las dinámicas de interacción entre profesionales y pacientes y documentar el manejo de la corporalidad.

La categoría de trastorno límite de la personalidad si bien se trata de una clasificación psiquiátrica, se utiliza también por otras profesiones del campo de la psicopatología. Los profesionales de esta investigación (psiquiatras y psicólogos) -aún con diferencias- describen e intervienen desde “el

Las visiones de los profesionales sobre los pacientes “border” son heterogéneas y se expresan en una irremediable tensión entre el reconocimiento del sufrimiento que viven estos pacientes y las dificultades terapéuticas que encuentran en su atención.

Un abordaje desde la antropología del cuerpo

En las discusiones dentro del campo “psi”, así como en la cotidianidad del hospital, el trastorno límite de la personalidad se configura como un padecimiento asociado al “desborde”. Llantos, gritos, agitaciones, cortes imprevistos en las muñecas, en público. Corridas de los profesionales para atender la urgencia, indicar un lavaje de estómago por una sobreingesta de medicación o contener físicamente a alguien que no cesa de infligirse agresiones físicas. Infinitas llamadas a la guardia, reclamos de atención constante, amenazas de suicidio sino se cumplen sus pedidos o solicitudes poco convenientes en el marco terapéutico. El desborde es un denominador común también en la experiencia de los profesionales. Desborde en las categorías diagnósticas que no logran acordar un estatuto para dicho padecimiento ni establecer estrategias terapéuticas pertinentes. Atender a este tipo de pacientes implica un desgaste físico y emocional para los profesionales que se quejan de sus incesantes demandas. La presentación de estos pacientes marcada por la expansividad y la dramatización revela la materialidad del cuerpo.

El surgimiento de la temática del cuerpo como núcleo de estudios e investigaciones en los fines de los setenta ha constituido un movimiento intelectual que ha comprometido diversas ciencias sociales y humanas. Algunas de las orientaciones principales son la perspectiva filosófica de Michel Foucault, la sociología crítica de Pierre Bourdieu, el análisis de la modernidad de Anthony Giddens, la antropología de Mary Douglas, Scheper Hughes y Margaret Lock, entre otras.

Para indagar el lugar de la corporalidad en los “trastornos límites de la personalidad” interesa recuperar los tres sistemas teóricos que compendian Nancy Scheper Hughes y Margaret Lock (1987). En un primer nivel, las autores distinguen el cuerpo individual, abordado por los enfoques fenomenológicos. En esta línea Alves y Rabelo (2003) sostienen que tanto el abordaje de la biomedicina como algunas aproximaciones de las ciencias sociales transforman el cuerpo en objeto o en mero portador de

símbolos. Csordas (1992) señala que estas formas de conceptualizar el cuerpo dan por sentado el *embodiment*, en tanto fundamento existencial de la cultura y el *self* y propone adoptar el cuerpo ya no en carácter de objeto sino como base de la inserción práctica del ser-en-el-mundo y punto de partida metodológico y epistemológico de las ciencias sociales, que permite cuestionar los dualismos con que abordamos la realidad (mente/cuerpo, sujeto/objeto, naturaleza/cultura, etc.). El paradigma del *embodiment* asume la tensión fundamental entre el tener y el ser un cuerpo (Epele 2004).

En un segundo nivel se encuentra el cuerpo social, donde encontramos el enfoque de la antropología simbólica, en particular el abordaje de Mary Douglas (1978). Desde esta perspectiva el cuerpo se constituye en “símbolo natural” para pensar la relación entre naturaleza, sociedad y cultura. Mientras que para el psicoanálisis la experiencia del cuerpo refiere a manifestaciones inconscientes, la antropología simbólica trabaja en la dirección opuesta, tomando la experiencia del cuerpo como una representación de la sociedad.

Por último, en un tercer nivel, las autoras describen el cuerpo político, mirada que apunta a la regulación, vigilancia y el control de los cuerpos, coincidiendo con los enfoques post-estructuralistas, en particular a partir de los trabajos de Michel Foucault (1999, 2005 a, 2005 b).

En el campo de la psicopatología se encuentran dos formas hegemónicas de entender la problemática del cuerpo:² por un lado, en el discurso psiquiátrico la visión predominante del cuerpo es la del paradigma de la neurociencia.³ Por su parte, el psicoanálisis, si bien “rompe los cerrojos que mantenían al cuerpo bajo la égida del pensamiento organicista” (Le Breton 2002: 18), interpreta el cuerpo como el lugar donde se manifiestan los síntomas de la neurosis, es decir como expresión de un conflicto psíquico.

Ambas perspectivas se sustentan en el dualismo mente-cuerpo, con la consecuente división disciplinar: la psiquiatría ocupándose del cuerpo a través de sus intervenciones farmacológicas y el psicoanálisis ocupándose de la subjetividad, en especial de los aspectos simbólicos, desencarnados de

la experiencia social y cultural en la que se producen los sufrimientos. El legado cartesiano produce visiones y prácticas dicotómicas y una tendencia a categorizar y tratar las aflicciones humanas como si fueran o totalmente orgánicas o totalmente psicológicas (Scheper-Hughes y Lock, 1987: 9) El desafío, tal como lo expresa Lisa Blackman (2007) es pensar la corporización sin desconocer a las dimensiones discursivas y materiales como entidades pre-existentes que de algún modo interactúan.

En este artículo retomo la perspectiva foucaultiana para entender al cuerpo como objeto de los dispositivos de poder, a la vez que indago la gestión de sus propios cuerpos que realizan los pacientes desde la perspectiva del *embodiment*. En ese sentido, la corporalidad se revela como una forma de expresión, significación y acción en contextos de interacción social en el marco hospitalario.

Manipulación y expansividad. El manejo del cuerpo en la experiencia de los pacientes

Los profesionales describen a los pacientes con trastorno límite de la personalidad como “manipuladores, escénicos y demandantes”. Las formas corporales de expresión de las emociones que caracterizan a estos pacientes son recibidas por los profesionales con actitudes de desconcierto, incomodidad y desconfianza en tanto, según describen, se asemejan a representaciones teatrales. La siguiente situación ilustra lo expuesto:

Me encontraba con Darío en la puerta del bar del hospital cuando salió Romina (paciente recientemente internada) de la guardia llorando y gritando fuerte. Justo pasó por allí Ana, la psiquiatra que la atendía en externos. Romina se avalanzó sobre ella y le pedía por favor que la saque de la guardia. Ana permanecía inmóvil, mientras Romina la abrazaba y se retorció, el cuerpo de Ana estaba completamente rígido. En eso interviene Darío y me dice: “vamonos, no nos quedemos mirando”. Lo noté incómodo, impaciente, pero no hice ningún comentario (Registro de nota de campo en consultorios externos).

El llanto, los gritos, el desenfado, los abrazos, la exposición corporal que se produce en este tipo de escenas frecuentes en la clínica “psi”, molesta y desconcierta a los profesionales en tanto se escapa de las formas tradicionales de asumir el manejo del cuerpo en nuestra cultura. Como señala Le Breton: “La socialización de las manifestaciones corporales se hace bajo los auspicios de la represión. Si nos comparamos con otras sociedades más hospitalarias en cuanto al cuerpo, podemos decir

² Cabe aclarar que el tratamiento de la problemática del cuerpo en ambas perspectivas –psiquiátrica y psicoanalítica– excede el objetivo de este trabajo.

³ Los trabajos de investigación antropológicos de Lackof (2005), Barret (1998), Blackman (2007), entre otros, abordan el

que la sociedad occidental está basada en un borramiento del cuerpo, en una simbolización particular de sus usos que se traduce por el distanciamiento” (2006: 122).

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad llevan al máximo la ruptura de las pautas de manejo del sí mismo en las interacciones. Mediante sus formas de corporización del padecimiento se alejan de las expectativas corporales que condicionan las interacciones sociales, explicadas mediante el borramiento del cuerpo al que refiere Le Breton. La imposibilidad de mantener las formas que nuestra cultura promueve en los encuentros sociales constituye uno de los aspectos que explican el malestar de los profesionales.⁴ Mantener “la cara” —en el sentido que le da Goffman— refiere, entre otros aspectos, a modos específicos de posicionar los cuerpos en las interacciones y de manejo de las emociones ante los otros. La ruptura de las normas que regulan el manejo público de las emociones halla su punto cúlmine en las conductas impulsivas y de riesgo. La mayoría de los profesionales encuentra que una de las principales características que perturba el vínculo con estos pacientes son las constantes amenazas suicidas que convierten a la relación terapéutica en una situación acuciante.

La molestia, el desconcierto terapéutico y el desánimo expresados por los profesionales, se corresponden con una imagen de ineficacia de las prácticas terapéuticas. Los psicofármacos no modifican sustancialmente la sintomatología y además estos pacientes son poco permeables a la psicoterapia. Dentro de las divisiones nativas se los suele describir como “pacientes caños”, es decir, que no responden a los tratamientos “psi”. El fracaso de las pretensiones terapéuticas contribuye al malestar de los profesionales “psi” en el trato con estos pacientes. Al respecto, Kelly y May (1982) establecen que los pacientes son considerados como buenos o malos no por algo inherente a sí mismos o a su comportamiento sino como consecuencia de la interacción con los profesionales que los atienden. Las reacciones de los pacientes construyen legitimidad sobre el rol profesional. De aquí se desprende que la imagen que devuelven de los profesionales estos pacientes “refractarios al tratamiento”, es la de un fracaso de los conocimientos y herramientas terapéuticas “psi” a la hora de intervenir en estos casos.

Las emociones de los profesionales se convierten en elementos que contribuyen a establecer el diagnóstico de trastorno límite de personalidad. El malestar, el cansancio y el desgano se expresan en la práctica clínica y se interpretan a la luz de la “contratransferencia” —categoría psicoanalítica que describe los sentimientos que se generan en el terapeuta en el marco de la relación terapéutica—. Bajo esta mirada, registran sus propias emociones como señales, no del funcionamiento de su rol profesional sino de la patología de los pacientes. Según (Slucki y Wikinski, 2004) la contratransferencia es tan intensa que puede hacer peligrar el tratamiento. Una posible consecuencia es la aparición en el propio terapeuta de impulsos agresivos hacia el paciente.

Para comprender las actitudes de rechazo es necesario considerar la noción de manipulación con la que los profesionales “psi” describen a estos pacientes:

La internación a los pacientes border, o con trastornos de personalidad, les sirve para demostrar lo mal que están. Entonces quieren internarse o quieren salir de la casa, huir de los quilombos internándose y van a la guardia y dicen me quiero matar, me voy a cortar las venas o se toman un montón de pastillas donde saben que no se van a morir porque lo tienen ya recontra aprendido, pero igualmente es un intento de dar noticia, si el paciente dice que lo va a volver a hacer... hay que internarlo igual (Entrevista a psiquiatra residente).

La expresión de manipulación alude a sucesivos intentos por parte de los pacientes de forzar la internación u otras decisiones que corresponden a la esfera del tratamiento. Mediante un tipo específico de *performance*,⁵ basada en la dramatización de sus padecimientos, la expresión corporizada de sus sufrimientos y el uso de la amenaza y la advertencia, modifican las dinámicas de interacción entre profesionales y pacientes. Disputan algunas decisiones que corresponden a los profesionales: el uso de la medicación, la frecuencia de la psicoterapia, la necesidad de internación, entre otras. Obligan a los profesionales a redefinir sus estrategias de intervención, enfrentar reclamos de internación sustentados en amenazas de suicidio poco consistentes,

⁴ La sociología goffmaniana, aborda las diferentes reglas que operan en los encuentros sociales y las formas de conservar una “línea” y un “rostro” como parte de las responsabilidades.

⁵ Utilizo el concepto de *performance* a partir de la perspectiva de la actuación que propone Goffman (1959) y puntualmente en el sentido que le da Javier Auyero: “Inspirándome en Goffman y en Taylor, entiendo la *performance* como un conjunto de prácticas mediante las cuales los actores se presentan a sí mismos y su actividad en interacciones públicas; actividad que sirve para influir en los otros interactuantes

hacer más frecuentes los espacios de entrevistas con los pacientes o directamente optar por internaciones preventivas.

La historia de Alicia, una paciente con una larga trayectoria psiquiátrica (quince años de internaciones breves recurrentes alternadas con una prolongada de al menos un año) es ilustrativa al respecto. En un determinado momento de su tratamiento ambulatorio demandaba una internación pese a que no poseía criterio médico. Ocurría que se encontraba en una situación de precariedad respecto de la vivienda, hospedada en un hotel del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para las personas sin vivienda, Alicia percibía la concreta posibilidad de que tal programa social se cerrara. En ese contexto, se producían las “actuadas” demandas de internación. Finalmente, optó por decir que escuchaba voces que le indicaban que se matara. Apenas la internaron se recostó en la cama asignada y se tranquilizó. Los miedos, las voces, el rostro desenchajado, desaparecieron dando lugar a una actitud serena. Recuerdo que tiempo más tarde le pregunté sobre las voces, a lo cual me respondió que nunca las había escuchado.

A los tres meses de estar internada retomó el tratamiento ambulatorio y se mudó a una casa de convivencia para pacientes psiquiátricos. Al poco tiempo comenzó a tener problemas de convivencia con las otras personas de la casa y pedía a su equipo tratante otro lugar para vivir: “Yo me siento mal, muy mal, me voy a matar si no me voy de la casa, ¿vos querés que me mate?”, increpaba a la trabajadora social que intervenía en el caso. En ese contexto, realizó una sobreingesta de medicación mezclada con alcohol que la condujo a otra internación psiquiátrica. Las formas expresivas de dar a conocer su sufrimiento y manipular las decisiones son estrategias de supervivencia producto de años de socialización en ambientes institucionales. La experiencia de Alicia, sus actitudes “demandantes” y “manipuladoras”, se inscriben en una trayectoria institucional signada por recurrentes internaciones, dependencia a los psicofármacos y a los profesionales “psi”.

Estas dramatizaciones (pedidos de internación en base a supuestas alucinaciones auditivas y sobreingestas de medicación sin riesgo real de suicidio) llevaron al equipo tratante a interpretar las actitudes de Alicia como indicadores de una “actuación” producto de su patología. El carácter actuado de las demandas de Alicia fue uno de los aspectos que el psiquiatra consideró como eje de su evalua-

ción diagnóstica y lo condujo a pensar a la paciente como un trastorno límite de la personalidad en lugar de una esquizofrenia (diagnóstico anterior).

El exceso en las expresiones desdibuja la legitimidad de los sufrimientos de los pacientes “border”:

Entonces los pacientes vienen a un spa, vienen se drogan, se fuman un caño, van (al ombú) entendés, están con el noviecito que se hicieron nuevo, y claro, no se van a querer ir (...) Son pacientes que se pelean con el novio, se cortan y vuelven a internarse. Y ahí sí la puerta giratoria para mí es un bajón. La verdad que no sirve ni para la institución que ocupás camas, entonces te llega un paciente sí, no sé, con riesgo suicida y no tenés cama para internarlo, lo tenés que estar sosteniendo por ambulatorio porque no tenés cama, por ejemplo. Y las camas te la están ocupando borders, gente que en realidad para mí no se tendría que internar (Entrevista a psiquiatra de planta).

Las decisiones de internación se construyen a partir de una dinámica entre motivos legítimos e ilegítimos. En ese marco se sospecha que los pedidos de internación de los pacientes buscan “comodidad”. Mediante la demanda activa de recursos terapéuticos interpelan no sólo a los profesionales “psi” sino al paradigma de la peligrosidad⁶ que configura el sustento principal de las decisiones de internación. Ya no se trata de un riesgo “virtual” el que legitima la internación sino un anuncio – actuado y excesivo– del riesgo. Del análisis de la virtualidad del riesgo a la escucha de la certeza que proviene de un paciente que desea ser internado y se autodefine como peligroso –aún pese a las opiniones contrarias de los profesionales– el camino que recorre la clínica “psi” modifica las dinámicas habituales de reconocimiento entre profesionales y pacientes. La ilegitimidad de ciertas demandas provoca molestias a los profesionales en un contexto de escasez de recursos hospitalarios de internación, donde decidir qué casos ameritan una internación es sustantivo.

La categoría de “pacientes manipuladores” interpela la figura del rol del enfermo que plantea Parsons (1984). El sociólogo describe una serie de obligaciones que tienen quienes se enferman, entre ellas, querer curarse y someterse a la voluntad de los médicos. En el caso de estos pacientes parecerían no contribuir a su recuperación: “el psiquiatra me preguntó: ¿cuándo te vas a dar de alta?”, con-

⁶ El paradigma de la peligrosidad se sustenta en la determinación del riesgo para sí y para terceros, en base a establecer si un paciente es susceptible de hacerse daño a sí

taba una paciente “borderline”, dando cuenta del fracaso de sus obligaciones como paciente.

La reciprocidad que inaugura el rol del enfermo se subvierte por estos pacientes que, apropiados de la demanda de recursos terapéuticos – medicación, internación, psicoterapia– evidencian la falibilidad de los mismos en tanto no producen los resultados esperados desde la óptica “psi” (mejoría de síntomas, cambios subjetivos, entre otros). Un elemento central del modelo parsoniano de paciente es que la persona enferma no es responsable de su condición, pero sí de la vocación de restablecerse y las acciones que esto implica. La noción de irresponsabilidad es axiomática al concepto de enfermedad mental, el paciente se halla por fuera de la responsabilidad de sus acciones que se subsumen a la enfermedad que padece.

La figura del trastorno límite pone en tensión este circuito dado que genera sensaciones ambiguas tanto en los profesionales como en los mismos pacientes y familiares, quienes oscilan entre responsabilizar a la enfermedad de las conductas del paciente y culparlo a éste de exagerar o simular sus pesares.

No obstante también existen visiones alternativas a la caracterización de los pacientes como manipuladores:

Esos pacientes, los que llaman manipuladores, para mí en ese punto es indistinto, por supuesto, después vamos al caso por caso y... Creo que no cualquier sujeto recurre a un hospital para ser un lugar en donde pueda habitar, donde poder habitar, no cualquiera. Digo, el que recurre a un hospital psiquiátrico, mucho más habiendo pasado por un hospital psiquiátrico, conociendo algunas coordenadas, me parece que ahí hay un sufrimiento. Me parece que primero, de nuestro lado hay que dignificar la cosa, dignificar en el sentido de que ahí hay un sufrimiento, independientemente que el sufrimiento tenga su beneficio, hay un sufrimiento en juego, un sufrimiento que se intenta trabajar, que se intenta elaborar, se intenta tramitar, por la vía de una internación (Entrevista a psicólogo de planta).

En este tipo de interpretaciones, propias del discurso psicoanalítico, la búsqueda de internación se lee como una señal de sufrimiento. Las demandas y maniobras de los pacientes se interpretan como una necesidad simbólica de la estructuración subjetiva y no producto de una historia de corporización de las expresiones y el manejo del cuerpo en las interacciones propias de una trayectoria institucional. “Bueno, este, justamente hay que hacer, a

implica la terceridad, lo que implica la sujeción a una norma, lo que implica para la estructuración del sujeto estar en referencia a lo otro que de algún modo lo delimita” (Entrevista a psicólogo de planta).

Es posible considerar el trastorno límite de la personalidad desde otros enfoques que consideren a las enfermedades y malestares actuales como componentes de procesos de resistencia y disenso social frente a la opresión económica-política (Epele 2004: 51). En esta dinámica de redefiniciones al interior de la relación terapéutica donde los pacientes asumen un rol “manipulador”, sus acciones podrían implicar una demostración de *resistencia* frente a los dispositivos “psi”. Al ser ellos quienes demandan internación, medicación o más psicoterapia, cobran un rol activo susceptible de ser leído como resistencia. Sin embargo, los procesos documentados en esta investigación ponen en tensión la noción de resistencia. Las trayectorias de los pacientes dan muestras de un nivel de fragilidad, dependencia al tratamiento y dificultades de encontrar un lugar en el mundo por fuera del campo psiquiátrico. Las escasas posibilidades del sistema de salud mental de ofrecer tratamientos ambulatorios integrales colaboran con este tipo de demanda insistente de internación.

Tal como señala Joan Sayre (2000) la búsqueda de la internación por parte de los pacientes se relaciona con el cuidado que un hospital puede proporcionarles, mucho más que con el reconocimiento de una enfermedad. En el caso de los pacientes “border”, las insistentes demandas de internación son una expresión de las necesidades de inclusión, trayectorias de vulnerabilidad y violencia que se reflejan en las historias de los pacientes.

El cuerpo como objeto de prácticas terapéuticas

Pacientes con un compromiso del cuerpo muy importante, donde el cuerpo está muy tomado en el punto donde son pacientes que se cortan, pacientes que se queman el cuerpo, que se marcan el cuerpo... como pacientes como muy actuadores, donde el cuerpo está como muy en primer plano todo el tiempo ya sea porque están escuchando voces y entonces se mutilan, o se cortan, ahí me parece que hay una cuestión significativa, o por lo menos esto es lo que yo identifiqué sobre todo en la sala de mujeres (Entrevista a psicóloga de planta).

Como se ha señalado, uno de los rasgos que identifican a los pacientes “border” son las “manifestaciones de terceridad” en las interacciones con

breingestas de psicofármacos. Pacientes con cortes en las muñecas que reclaman ser internados, otros que llegan a la guardia tras haber sido derivados de otros hospitales donde ingresaron por un “lavado de estómago” consecuencia de una sobreingesta de fármacos y otros que durante las internaciones demandan mayores cantidades de medicación o contenciones físicas. Los profesionales “psi” interpretan los cortes, las demandas insistentes y las sobreingestas como expresiones psicopatológicas. “Pasajes al acto”, “conducta de riesgo para sí”, constituyen algunas formas de nombrar las marcas en el cuerpo.

En cualquiera de estas manifestaciones el cuerpo es el centro de la expresividad. Cuerpos que se marcan pero no siempre de forma severa, pequeños cortes que los pacientes justifican como “la única forma de parar los dolores del alma”. Los cortes y las autoagresiones se constituyen en formas corporificadas de expresar el padecimiento, así como modos de resistencia y autoafirmación.

Foucault (1999) señala que el cuerpo es la primera inscripción de los dispositivos de poder. La institución psiquiátrica cobra sentido en y a través de los cuerpos de los pacientes:

Y cuando se sabe, como numerosas experiencias psicológicas han mostrado, que la gente se adhiere tanto más firmemente a una institución cuanto más severos y dolorosos sean los ritos iniciáticos que esa institución les impone, se comprende fácilmente la utilización que los ritos de iniciación hacen, en todas las sociedades, del sufrimiento que se inflige al cuerpo (Bourdieu 2001: 83).

La lógica institucional se produce a través de prácticas corporales que, en contextos de interacción (entre pacientes y miembros del equipo de salud), reconfiguran elementos coercitivos en terapéuticos. Los cuerpos de los pacientes psiquiátricos se marcan desde su ingreso a la institución a través de dos tipos de prácticas sistemáticas: la gestión de la medicación y las contenciones físicas.

Los pacientes, cuando ingresan a la internación psiquiátrica, comienzan a recibir un plan de medicación que luego se ajusta según los criterios diagnósticos. En caso de que se resistan se suministra de manera compulsiva: dos enfermeros lo atan y se administra el fármaco por vía intramuscular. Prevalece la intención por mantener un orden institucional en el que es necesario controlar las manifestaciones emocionales de los pacientes como actitud preventiva de un desborde. Esta forma de medicar se sustenta en una orientación disciplinaria, cuyo

valor reside en producir un cuerpo dócil (Foucault 1999) frente a la autoridad médica e institucional.

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

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

La toma obligatoria, las altas dosis y los refuerzos constituyen estrategias institucionales mediante las cuales los pacientes interiorizan el uso de la medicación como una forma de estar en el mundo. En consecuencia se generan cuerpos que incorporan el uso del fármaco, es necesario para regular, gestionar y modificar las emociones, expresar desacuerdos, manipular a otros, tranquilizar los ánimos.

La modificación de hábitos de vestimenta, cuidado personal y encierro son otras instancias donde el cuerpo es objeto. Dichas prácticas, tal como lo muestra Goffman (1984), constituyen estrategias de “mortificación del yo” y sus efectos se inscriben en una transformación subjetiva de los pacientes. La transformación de persona a paciente psiquiátrico consiste en incorporar el enfoque psicopatológico como marco interpretativo (Goffman 1986), así como una disposición a reconocer y encontrar la mirada de los otros –pacientes, familiares, profesionales, enfermeros y demás miembros del personal– en la búsqueda de signos de enfermedad mental.

El manejo del cuerpo como objeto de intervención se produce a través de diferentes estrategias institucionales, por ejemplo las contenciones físicas. Las formas de indicar y hacer efectiva una contención son variadas, a los fines de este trabajo interesa destacar un tipo particular:

Y después a un paciente que por ahí está muy angustiado, le pregunto y le digo “bueno, en este momento que te sentís tan mal, bueno te vamos a dar la medicación para que estés tranquilo” y ahí le pregunto: “además querés que hasta que te haga efecto la me-

mo... “una contención tranquilita de miembros superiores –siempre lo digo así– algo tranquilo, no es que vas a estar así muy amarrado sino por lo menos para quedarte tranquilo vos también hasta que te haga efecto la medicación”. Algunos te dicen que sí y otros te dicen que no, “no, voy a andar bien”. Si están muy angustiados mal, viste, de última si no quiere la contención le doy una buena medicación. (Entrevista a psiquiatra residente)

Se trata de una forma no violenta de indicar una contención física. En estas situaciones, la contención adquiere otro significado vinculado a “estar tranquilo”. La asociación con la posibilidad de recuperar una tranquilidad perdida mitiga la significación coercitiva o violenta de esta medida. El efecto reiterado de esta asociación entre contención física y tranquilidad es la incorporación activa por parte de los pacientes, que luego solicitan las contenciones como forma de pacificarse.

El uso del cuerpo se presenta como un producto de esas disposiciones inscriptas, del efecto de cierto adiestramiento en marcar el cuerpo. Sin duda, para que un paciente se corte una y otra vez sin llegar a producirse una herida que le provoque la muerte tiene que haber cierto conocimiento práctico del cuerpo en tanto objeto de las marcas, en tanto señal de alarma que amerita un cuidado particular, y en tanto espacio donde se sitúan y definen las intervenciones sobre su propia identidad.

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

Las emociones *están* en el cuerpo, se expresan en manifestaciones corporales, a través del desgaste físico o enfermedades, pero también mediante formas de posicionarlo en el espacio, actitudes que reflejan timidez, seguridad y enojo, el movimiento de la cara, los ojos, las manos, pueden

encuentran imbricados. En el caso de los pacientes borderline –en tanto es posible encontrar historias de maltrato y violencia en sus experiencias familiares– poseen un tipo particular de *configuración emotiva* (Jimeno, 2004) en donde la expresión verbal de la emoción –expresión socialmente legitimada teniendo en cuenta el predominio racionalista que forma parte de nuestra cultura y que opone razón a emoción– no sea el medio en el cual estos sujetos fueron socializados y, en su lugar, el cuerpo adquiera centralidad.⁷

Según Lyon y Barbalet (1997:50) un adecuado entendimiento de la agencia social requiere un concepto de *embodied agency*. La emoción tiene un lugar en la agencia social como una guía que prepara al organismo para la acción social a través de las relaciones sociales que son generadas. El cuerpo no puede ser visto como sujeto a las fuerzas externas, las emociones mueven a las personas a través de procesos corporales⁸ y por ello deben ser entendidas como una fuente de agencia.

Entender el sentido de las autoagresiones supone pensarlas como acciones específicas inmersas en un marco de interacciones sociales, orientadas bajo algún grado de intencionalidad que requieren considerar los contextos particulares de las trayectorias de los pacientes. Al respecto cabe recuperar la distinción que plantea Míguez (2002) entre fines instrumentales y expresivos, en relación a la experiencia de cortarse en jóvenes internados en institutos de menores. La distinción reproduce la dicotomía razón-emoción, en tanto los cortes instrumentales se asemejarían más a los cálculos de un individuo racional y los expresivos a la mera conjugación de la emoción. La orientación instrumental –por ejemplo, cortes superficiales con la intención de que los profesionales decidan una internación– no implica que sean acciones pensadas en los términos de “sacar provecho”, sino más bien determinados modos de ser en el mundo mediados por la adquisición de un sentido práctico (Bourdieu 1999: 241) propio de los dispositivos de construcción de identidad psiquiátrica que interpelan al cuerpo.

⁷ Para un recorrido por el campo de la antropología de las emociones, ver el trabajo de Myriam Jimeno (2004), Manis Jenkins (1994), entre otros.

⁸ Norbert Elias (1993) vincula los procesos corporales con el manejo de las emociones: le otorga un lugar central a la emoción en la socialización de las funciones naturales, físicas y sociales. Muestra cómo la regulación del comportamiento y la expresión de las emociones se modifican a través de los procesos

Por último, interesa destacar la distancia emotiva impresa en el relato sobre los cortes. Si bien los cortes se realizan en contextos de angustia y desesperación, en las narrativas de los pacientes son presentados como hechos del orden de lo natural en contraposición a la intensidad afectiva con la que se producen las escenas de los cortes y la expansividad descrita anteriormente. Retomando los aportes de María Epele (2002) acerca de la objetivación y la imagen corporal en el caso de las trabajadoras sexuales y usuarias de drogas, es posible comprender este tipo de cuestiones. La autora plantea que la objetivación del cuerpo femenino se expresa en las formas en que esas mujeres hablan acerca de su cuerpo, particularmente con la distancia con la que describen sus experiencias corporales dolorosas: “Esta experiencia diaria y dominante de tener un cuerpo objetivado es el resultado de diversas violencias que plagan la vida de estas mujeres (...) Cada una de esas experiencias ha sido reconocida como situaciones traumáticas que promueven disociación y distancia de la experiencia corporal” (Epele, 2002: 61).

En el caso de las pacientes con trastorno límite de la personalidad, la objetivación del cuerpo se produce, por un lado, como producto de las insistentes marcas en el cuerpo-objeto de los tratamientos “psi” y, por otro lado, como expresión de las experiencias de maltrato, vulnerabilidad y violencia que se registran en las historias de vida de estas pacientes. La insistencia de estas prácticas construye disposiciones corporales donde las autoagresiones, la expansividad y emotividad son elementos sustantivos en la estructuración de la expresividad de los pacientes.

Consideraciones Finales

Los pacientes diagnosticados con “trastorno límite de la personalidad” producen rechazo, desconcierto y desconfianza en los profesionales que los atienden. Ocurre que las formas de presentación del padecimiento de estos pacientes se caracterizan por el exceso, la urgencia, la demanda y la imposibilidad de respuestas satisfactorias de parte de los profesionales “psi”.

La expresividad, la dramatización, los cortes en el cuerpo, definen un tipo de *performance* que les permite a estos pacientes interactuar con los profesionales. A través de estos recursos expresivos intentan transmitir sus necesidades y angustias.

No obstante, sospechados de “estar actuando”, de “manipular” las decisiones terapéuticas, se desconfía de la veracidad de sus sufrimientos. Ocurre que los pacientes con trastorno límite de la personalidad, por la modalidad escénica de sus formas de presentarse a sí mismos, rompen con las reglas corporales que rigen implícitamente las interacciones y de este modo ponen en cuestión su propia legitimidad como actores ante las expectativas de los otros.

La corporalidad como centro de las formas de interactuar con los profesionales y como expresión del padecimiento, invita a reflexionar acerca del lugar del cuerpo en la experiencia de estos pacientes. Los cuerpos de los pacientes psiquiátricos se marcan desde su ingreso a la institución. El cuerpo se constituye en la sede del ejercicio de poder y control de los discursos y prácticas “psi”. El primer tratamiento que reciben los pacientes al entrar a la internación es corporal. En este sentido, el uso del cuerpo por parte de los pacientes “borders” en el caso de las autoagresiones –cortes y sobreingestas de medicación– se presenta como un producto de esas disposiciones inscriptas, del efecto de cierto adiestramiento en marcar el cuerpo. A partir de allí, el lugar del cuerpo y las emociones en la experiencia de los pacientes, reconvierte y construye un tipo de configuración emotiva constitutiva de su expresividad. Nuevos sentidos, significados y prácticas de marcar el cuerpo forman parte del modo particular de experimentar el mundo “psi” que se manifiestan en las prácticas de cortes y autoagresiones.

Las formas de vivenciar y mostrar el cuerpo que efectúan estos pacientes, remiten a las explicaciones de Van Dongen (2003) quien analiza cómo el poder de las historias actuadas de estos pacientes se halla en dicha capacidad performativa. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad intentan, mediante la corporización de sus padecimientos, redefinir, negociar, recuperar –así más no sea ilusoriamente– el direccionamiento de sus propias vidas.

Por último, el análisis del trastorno límite de la personalidad desde la antropología y sociología del cuerpo constituye un aporte para la reflexión en un campo dominado por las teorías psicopatológicas, al mismo tiempo permite profundizar las teorías del cuerpo mediante un estudio empírico que se interroga por la asociación entre cuerpo y sufrimiento y el lugar del cuerpo en las interacciones sociales.

El ciclo de vida y la transformación de los cuerpos son relevantes en la construcción de la identidad, pero obviamente son interpretados de modos diversos. Las ideas de Baudrillard se sostienen a medias al pasar por el filtro de la investigación empírica: la materialidad del cuerpo juega un papel de primer orden en la representación / mate-

rialización de la identidad. Está por verse sin embargo, cómo se representarán los cuerpos y qué papel cumplirán en la construcción / materialización de las identidades cuando los jóvenes de hoy lleguen viejos.

. Bibliografía

AUYERO, Javier (2001) *La política de los pobres. Las prácticas clientelares del populismo*. Buenos Aires: Manantial.

ALVES, Paulo César y RAVELO, Miriam (2003) "Medicina tradicional. Uma reflexão a partir dois conceitos de experiência e corpo" en: Cáceres, C.; Cueto, M.; Ramos, M. y S. Vallenás (coord.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: UPCH. Pp. 335-348.

APFELBAUM, Sergio y GAGLIESI, Pablo (2004) "El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados". *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. 15, Nº58. Buenos Aires. Pp. 295-302.

BARRETT, Robert (1998) *La traite des fous. La construction sociale de la schizophrénie*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo.

BLACKMAN, Lisa (2007) "Psychiatric Culture and Bodies of Resistance", *Body & Society*, Vol. 13, Nº2. Pp. 1-23.

BOURDIEU, Pierre (1999) *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.

_____ (2001) *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Akal.

BRICKMAN, Barbara (2004) "'Delicate' Cutters: Gendered Self-mutilation and Attractive Flesh in Medical Discourse", *Body & Society*, Vol. 10, Nº4. Pp. 87-111.

CSORDAS, Thomas (comp.) (1992) *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.

DOUGLAS, Mary (1978) *Símbolos Naturales. Exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.

EPELE, María (2002). "Scars, harm and Pain: about being injected among drug using latina women", *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, Vol.1, Nº1. Pp. 47-67.

_____ (2004) "Cuerpo, poder y uso de drogas", *Trampas Digital*, Nº25. Pp. 48-58.

ELIAS, Norbert (1993) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, Michel (1999) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

_____ (2005 a) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, Michel (2005 b) *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

GOFFMAN, Erving (1971) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1982) *Interaction Ritual*. New York: Anchor Books.

_____ (1984) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (1986) *Frame Analysis. An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.

JENKINS, Janis (1996) "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder" en: Sargent C. y Johnson T. *Medical Anthropology: contemporary theory and method*. United States: The Library of Congress.

JIMENO, Myriam (2004) *Crimen Pasional. Contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá: CES - Universidad Nacional de Colombia.

KELLY, Michael y MAY, David (1982) "Good and bad patients: A review of the literature and a theoretical critique", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 7, Nº2. Pp. 147-156.

LE BRETON, David (2002) *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LAKOFF, Andrew (2005) *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

LEIDERMAN, E., BUCHOVSKY, S., JIMENEZ, M., NEMIROVSKY, M., PAVLOVSKY, F., GIORDANO, S. y LIPOVETZKY, G. (2004) "Diagnóstico y tratamiento del trastorno borderline de la personalidad: Una encuesta a profesionales". *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 15, Nº 58. Buenos Aires. Pp. 280-286

LYON, Margot y BARBALET, Jack. (1997) "Society's body: emotion and the "somatization" of social theory" en: Csordas, T. (ed.) *Embodiment and experience*. New York: Cambridge University Press. Pp. 48-66.

MANTILLA, María Jimena (2008) "Prácticas y Discursos "psi" en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. Tesis de maestría, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (mimeo).

MÍGUEZ, Daniel (2002) "Inscripta en la piel y en el alma: cuerpo e identidad en profesionales, pentecostales y jóvenes delincuentes", *Religão e Sociedade*, Vol. 22, Nº1. Pp. 21-56.

PARIS, Joel (1997) "Social factors in the personality disorders", *Transcultural Psychiatry*, Vol. 34, Nº 4. Pp. 421-452.

_____ (1991) "Personality disorders, parasucide, and culture", *Transcultural Psychiatry*, Vol. 28, Nº1. Pp. 25-39.

PARSONS, Talcott (1984) *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.

SAYRE, Joan (2000) "The Patient's Diagnosis: Explanatory Models of Mental Illness", *Qualitative Health Research*, Vol. 10, Nº 1. Pp.71-83.

SCHEPER HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987) "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1, Nº1. Pp. 6-41.

SLUCKI, Daniel. y WIKINSKI, Mariana (2004) "Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límites". *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. 15, Nº 58. Buenos Aires. Pp. 274-279.

VAN DONGEN, Els (2003) Walking stories: narratives of mental patients as magic, *Anthropology and Medicine*, Vol. 10, Nº2. Pp. 207-222.

Citado.

MANTILLA, María Jimena (2011) "Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas" en: *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, Nº6, Año 3. Agosto-noviembre de 2011. Córdoba. ISSN: 1852.8759. pp. 20-32. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/24/88>

Plazos.

Recibido: 21/03/2010. Aceptado: 18/10/2010.