

Representaciones sobre la corporalidad de la niñez en un hospital pediátrico

Representations about the corporality of childhood in a pediatric hospital

Zoé Aimé Boj

Fecha de presentación: 30/04/19

Fecha de aceptación: 02/07/19

Resumen

El cuerpo es objeto de representaciones e imaginarios sociales y como construcción social y cultural se constituye en materia simbólica. La investigación que se presenta¹ se propuso “identificar y describir las representaciones sociales que prevalecen en torno a la corporalidad en la niñez en niñas, niños y adolescentes (NNyA), como así también las de los efectores de salud del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la ciudad de Córdoba (en adelante Hospital de Niños). El estudio recupera la voz, perspectiva y prácticas de NNyA sobre su propio cuerpo y sistematiza prácticas y expresiones profesionales en torno a la corporalidad de estas/os en el contexto particular de un hospital pediátrico.

La investigación es de carácter descriptivo y exploratorio, con diseño de tipo cualitativo e inductivo. Es un estudio retrospectivo realizado a partir de registros de talleres, reuniones de equipo y fichas sociales del Programas de Diabetes y el Proyecto de Promoción Integral de Derechos Sexuales y Reproductivos. Este trabajo intentó contribuir y propiciar procesos de atención-salud-enfermedad (ASE) respetuosos e integrales hacia niñas, niños y adolescentes.

Abstract

The body is the object of social representations and imaginaries because it is part of the social and cultural construction of any society. In this sense, the research aimed to identify and describe the social representations that prevail around corporality in childhood in the ages, of the members of the health team of the Hospital of Children of the Holy Trinity (City of Córdoba). The study recovered the voice, perspective and practices of children and adolescents about their own body, as well as the practices and expressions of professionals in relation to their corporality in the particular context of a pediatric hospital.

The research carried out is of a descriptive and exploratory nature, with a qualitative and inductive design. It is a retrospective study made from records of workshops, team meetings and social charts of Diabetes Programs and the Project of Integral Promotion of Sexual and Reproductive Rights. The objective of this work is to reflect on the processes of attention-health-illness from a frame of respect towards children and adolescents.

¹ La investigación de referencia: “Niñez y Corporalidad: Representaciones en torno a la Corporalidad de niños, niñas y adolescentes en un hospital pediátrico” (2015/2018). Proyecto aprobado por la Comisión de Residencia de Trabajo Social y Salud, Comisión de Investigación y Comité Interdisciplinario de Capacitación, Docencia e investigación del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Córdoba. República Argentina.

Palabras clave

Corporalidad, representaciones, niñez, adolescencia.

Keywords

Corporality, representations, childhood, adolescence.

Introducción

El cuerpo “no es estado natural; siempre está inserto en una trama de sentido y significación, es materia simbólica, objeto de representaciones y producto de imaginarios sociales (...)” (Scharadgrosky, 2007:2). Estos imaginarios y representaciones disponen la vinculación de las/os sujetos con su cuerpo y a la vez con la corporalidad de otras/os.

En el marco de la intervención profesional se comenzaron a observar prácticas y discursos respecto del abordaje del proceso de ASE con niñas y niños. A partir de algunos datos empíricos, surgió el interrogante respecto a cuál es la mirada sobre la corporalidad de las/os sujetas/os que asisten e intervienen en el Hospital de Niños.

El artículo se organiza cuatro segmentos. En primer lugar, se presentan las aproximaciones teóricas al tema y al problema. En la segunda parte se presenta la metodología y contexto de estudio. En el tercer momento se rescatan los principales resultados. Por último, se esbozan algunas consideraciones, reflexiones y posibles aportes del estudio a la realidad hospitalaria.

La corporalidad como construcción social

El cuerpo es “ese vector semántico por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo” (Le Breton, 2002.a:7). Con vector semántico, Le Breton se refiere a lo que las personas ponen en juego en el terreno de lo físico, originado en un conjunto de sistemas simbólicos; explica: “(...) del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva” (200.a:7). En la imbricada relación entre autopercepción del cuerpo y contexto social se moldea la corporalidad. Para Le Breton (2002.b) la imagen social o autoimagen corporal es la representación que la/el sujeto tiene de su cuerpo; la manera en que éste se le presenta más o menos conscientemente, a través del contexto social y cultural de su historia personal. Esta dimensión incluye el componente del valor corporal; la interiorización que las personas hacen del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan. Además, la autoimagen del cuerpo responde a trayectorias personales, clase social, condición de género, etc., categorías que condicionan la relación con sus cuerpos y con el mundo. En definitiva, la relación con el propio cuerpo no se reduce a la imagen como representación subjetiva aislada; por el contrario, existe una influencia de las pertenencias culturales y sociales en la elaboración de la relación con el cuerpo, aunque debe reconocerse la adaptabilidad de las/os sujetos, ya que, si bien “la corporeidad es materia simbólica, no es una fatalidad” cuyas “manifestaciones se despliegan sin que pueda hacerse nada” (Le Breton, 2002a: 68; Bourdieu, 1999).

Aproximaciones al problema de investigación: corporalidad, niñez y ámbito hospitalario

El presente estudio incorpora la perspectiva teórica de la sociología del cuerpo y el enfoque socio-antropológico, que consideran el cuerpo como objeto de representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas disciplinares (Mora, 2014). Desde el posicionamiento de la construcción social y cultural de los cuerpos intentamos poner en tensión las miradas que existen en torno a la corporalidad de la niñez en los procesos de ASE, en el marco de una organización hospitalaria pediátrica.

En relación con la corporalidad en ámbitos hospitalarios, los estudios consultados refieren al aspecto de la intimidad física en nosocomios de adultas/os (Cabré Pericas *et al.*, 2009; Iraburu, 2006). Estos estudios ligan la intimidad física a aspectos como la confidencialidad y secreto profesional. Destacan la relación entre intimidad y autonomía de las/os sujetos en tanto posibilidad de decidir sobre aspectos del propio cuerpo en procesos de ASE, subrayando el respeto humano y el consentimiento. No hay mención en los antecedentes consultados para el caso en que se trate de niñas y niños.

Dado el contexto de estudio, la niñez se convierte en variable principal, reconociendo a niñas/os y adolescentes como actoras/es con vida propia, produciéndose como seres sociales plenos en interlocución con adultas/os, sin perder de vista la relación de poder que opera en este vínculo (Bustelo Graffigna, 2012).

A partir de estos marcos conceptuales se identificaron las representaciones sociales que prevalecen en torno a la corporalidad de la niñez, en tanto que percepciones, expresiones y prácticas, recuperando la mirada tanto de niñas/os y adolescentes como del equipo de salud. Específicamente se recuperan para la observación y análisis las dimensiones de la corporalidad que conciernen a los fines del estudio: intimidad corporal, autoimagen corporal e imagen social.

Metodología

La investigación realizada es de carácter exploratorio/descriptivo y retrospectivo, con un diseño cualitativo e inductivo. Se utilizaron fuentes secundarias. Se seleccionaron registros de los talleres y reuniones de equipo del Programa de Diabetes y el Proyecto Integral de Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos realizados entre marzo y noviembre de 2017, como así también fichas sociales de NNyA que participaron en esos programas en el mismo periodo.

Dimensiones teóricas

Representaciones sociales: se realizó el análisis sobre expresiones, percepciones y prácticas de las/os sujetas/os de la investigación.

Corporalidad: se indagó sobre las siguientes dimensiones:

- Intimidad corporal: prácticas de exploración, exposición, cuidados corporales y prácticas de rutina (como la higiene) sobre los cuerpos.
- Autopercepción corporal: representaciones de niñas, niños y adolescentes en torno a su propio cuerpo en el marco de los procesos de ASE.
- Heteropercepción: aspecto ligado directamente al personal hospitalario. Corresponde a las representaciones sobre los cuerpos de NNyA por parte de profesionales que participan en los procesos ASE.

Población:

- Niñas/os y adolescentes de 10 a 14 años que hayan participado de talleres socioeducativos del Programa Córdoba Diabetes y el Proyecto de Promoción Integral en Derechos Sexuales y Reproductivos del Hospital de Niños en el periodo definido.
- Profesionales miembros del equipo de salud del Hospital de Niños que hayan desempeñado funciones en el periodo definido.

Muestra: se optó por una muestra intencional. Se realizó una selección de registros asequibles para el Servicio Social correspondientes a programas socioeducativos donde participan profesionales de dicho servicio. La muestra se conformó por 10 fichas sociales de pacientes del Programa de Diabetes y 10 fichas del Proyecto Integral de Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos

Plan de análisis de los resultados: Para el ordenamiento y clasificación de los datos se tuvieron en cuenta las dimensiones de estudio definidas. Los datos fueron organizados en un cuadro de análisis. Para el procesamiento de los datos se utilizó la modalidad de análisis de contenido buscando frecuencias y contrastes significativos con relación al objeto de estudio.

Ámbito de estudio

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad es un establecimiento de tercer nivel de complejidad dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Se constituye en centro de referencia no solo para la provincia, sino también para la zona Norte y Oeste de nuestro país, y también de países limítrofes. La investigación se desarrolló desde el Servicio Social del Hospital.

Resultados

Intimidad en el ámbito hospitalario: resguardo, exposición y exploración corporal ¿protección para quién?

Surge reiteradamente en los relatos profesionales la necesidad de tomar medidas de resguardo² respecto a la exposición de los cuerpos de NNyA en su paso por el hospital. Reconocen falencias en este aspecto. No obstante, aclaran que las falencias no son generalizables. La omisión de cuidados respecto a la exposición de NNyA por parte del equipo de salud no ocurre en todos los servicios, ni con la totalidad de profesionales.

“Por ahí sí tenés algunas salas que les ponen biombos, no en todas y por ahí son grandes (refiriéndose a las y los pacientes) y porque no hay cama o no hay sala, entonces están al lado de chicos chiquitos y el levantarse al baño y el estar, todo eso no se cuida”. Médica M.

“Creo que hay personal que cuida la intimidad y otros que no, que son capaces de revisar un paciente con diez estudiantes a la vuelta, creo que no hay necesidad. O con los padres de la cama de al lado, me parece que no, que esos detalles faltan en muchos profesionales” Médica P.

En cuanto a los aspectos que podrían modificarse hospitalariamente con relación a la atención e intimidad, coinciden en poner acento sobre las prácticas del equipo médico.

“creo que esto a veces se cumple, ponele si son adolescentes tratar que estén solos o por lo menos del mismo sexo, tratar de revisarlos de a un paciente en la habitación, si es que hay necesidad de revisarlo en ropa interior. Y con el tema de la docencia al menos que sea un médico, más un residente y bueno... será cuestión de que se turnen, no sé” Médica P.

“ Al nivel de la intimidad de pre-adolescentes y el tema de los cuidados cuando trasladadas a los pacientes de un lugar al otro a hacer estudios, las internaciones, tratar de que estén en sala donde hay chicos de su misma edad o en su defecto con biombo, tratar de resguardar eso, no andar paseándolos prácticamente desnudos, con una batita, con una cosita, cuidar un poco esa parte” Médica M.

Para las/os profesionales, la ausencia de cuidados en la exploración de NNyA, es algo “que sucede”, “que se ve”, cuestión que, en principio, no es adjudicada a una falencia institucional sino a “*algunas/os profesionales*” o “*servicios*” que no incorporan pautas de cuidado. Afirman que en los servicios donde se desempeñan, el aspecto de la intimidad es tenido en cuenta. No obstante, surgen prácticas y discursos controvertidos en algunas de las/os médicas/os cuando se trata de la exploración de zonas genitales de NNyA. Para realizarla se toman “*otros recaudos*” asociados a una exploración vigilada por otras/s adultas/os.

² La alusión al resguardo corporal refiere a prácticas de protección asociadas estrictamente a la intimidad física de las/os NNyA por parte del personal hospitalario.

“sí hay que revisar genitales a una nena y es más grande, entonces se queda la mamá, pero nunca solos, es más cuando tenemos que revisar genitales generalmente estamos dos de nosotros, tratamos de que sea cuando somos dos y con la madre presente, bien ahí al frente. No sentada en el escritorio allá hablando y mostrando papeles, sino con la mamá ahí, al frente y siendo dos de nosotros” Médica M.

“El examen físico siempre se hace en presencia del padre, siempre. Nunca revisamos, menos genitales, con un niño solo, siempre hay alguien presente” Médica E.

¿Qué se prioriza en la consulta?, ¿la protección de quién? El espacio de consulta se aborda según estos registros en función de la protección profesional.

Al respecto es interesante el aporte del enfoque de medicina defensiva (MD). Dicho enfoque se desarrolla a partir de los '60 con el objetivo de estudiar y evaluar el aspecto negativo de algunas prácticas profesionales que eventualmente pudieran devenir en una forma no ética del ejercicio médico ya que la prioridad en la atención pone el centro en la/el profesional por sobre la/el paciente (Ortega-González, Méndez-Rodríguez y López-López, 2009). En la modalidad de exploración descripta prevalece el resguardo profesional por sobre el derecho a la intimidad física de niñas y niños, quizás ante la complejidad y dilema que configuran las exploraciones de zonas genitales para las/os profesionales, sumado a imaginarios y miedos profesionales sobre sospechas o reclamos que se les pueda ocasionar al tratarse de niñas y niños.

Retomando la exploración genital, en otros registros se manifiesta el modo en que las/os profesionales abordan estas exploraciones en particular. Dado que las mismas pueden ocasionar incomodidad en NNyA, surge como modo de afrontar el malestar “restar importancia” a la situación o “quitarle trascendencia”:

“los nenitos la primera vez por ahí están con más miedo y los adolescentes que son a los que más les cuesta, a los adolescentes varones, sobre todo. Por ahí las nenas ven que somos todas mujeres, pero el varón es al que más le cuesta; tratamos de no darle tanta importancia, de bueno a ver vení rápido, mira, una que ve la puerta. Si hay algún varón rotante tratamos de que lo haga ese varón a los varones y sino bueno lo tenemos que hacer si o si, aunque sabemos que no les gusta porque a todo adolescente o preadolescente les molesta.” Médica M.

Nuevamente, ¿se busca restar importancia con relación a quién? Podría asociarse este modo de abordar el respectivo “acto médico” a un mecanismo de “descompresión” ante lo que representa esta exploración en el imaginario profesional, más allá de lo que pueda ocasionar en la/el niña/o expuesta/o a dicha exploración. En otro de los relatos surge igual modo de abordar este examen:

“en general no le damos muchas opciones. Aunque le decimos, permiso te voy a ver ehh. Entonces, si te dicen. Pero vos ya lo viste, ya lo examinaste, pero uno les pide permiso. Una

vez una nena se me enoja me acuerdo, se largó a llorar en realidad, y la mamá le dice, ¡pero la doctora te pidió permiso! Si, pero lo mismo lloraba ¿viste? A lo mejor no le di tiempo de pensarlo” Médica E.

Otro aspecto en cuestión es la comunicación a la/el niña/o o adolescente respecto de la acción que se realizará. El “solicitar permiso” se presenta casi como un acto protocolar de “poner en conocimiento” a las/os implicadas/os (niñas/os y adultos/as a cargo) de la exploración genital en el momento en que se está efectuando sin esperar respuesta, quizás bajo el implícito de que las personas puedan negarse. Prima en el quehacer profesional el sentido práctico, tendiente a “naturalizar” estas prácticas (Bourdieu, 2015), convirtiéndolas en esquemas motrices en el marco de un procedimiento, lo que hace que sean sensatas y habitadas por el sentido común. Sería deseable que pudieran mediar en los procedimientos médicos mecanismos que privilegien la comunicación facilitando la comprensión de las/os sujetas/os sobre sus diagnósticos y así, en uso de su autonomía, las personas pudieran prestar su aceptación y así legitimar el acto médico (Ortega-González *et al.*, 2009).

Lo expuesto y reservado de la corporalidad

Hemos dicho hasta aquí que abordar temas asociados a la genitalidad suele presentar dificultades para el equipo de salud, que pueden asociarse al desconocimiento sobre el modo como abordarlas con NNyA, como así también a la construcción de la sexualidad como tema “tabú” en nuestra cultura. Y el ámbito hospitalario no está exento de tales representaciones. En las expresiones de las/os médicas/os se pone énfasis en los cuidados “particulares” a la hora de la exploración genital, pero no parece otorgarse igual importancia a la exploración de otras zonas del cuerpo. No todas las sociedades y culturas otorgan la misma importancia a la reserva física y, por ejemplo, el pudor, si bien es un valor subjetivo, se incorpora en los hábitos como producto, entre otros aspectos, de pautas culturales, costumbres, creencias, vivencias, educación, procedencia. (Iraburu, 2006). La niña M. (11 años) expresa:

“me da cosa, me da vergüenza, cuando me revisan y me tocan acá (señala la parte superior del abdomen)

- ¿y además te revisan alguna parte íntima?

- sí, la panza”.

En nuestra sociedad existe la representación de que la genitalidad se asocia a las llamadas “partes íntimas” del cuerpo, pero la niña M. identifica su abdomen como “parte íntima”. Esto ilustra de manera concreta lo que supone el derecho a la intimidad corporal, que sostiene que nadie puede acceder al cuerpo de una persona sin su aceptación. El espacio de intimidad física es definido por cada quien, y es conveniente estar atentas/os a no trivializar unas zonas del cuerpo por sobre otras respecto del resguardo físico.

Presencia de “otras/os” durante la internación

Podría conjeturarse que la circulación de personas en las salas (personal hospitalario, familiares de internadas/os, voluntarias/os, etc.) constituye una posible vulneración del derecho a la intimidad, o al menos una situación que puede causar incomodidad durante la internación. Curiosamente, en los relatos, niñas y niños no mostraron malestar o incomodidad ante la presencia de otras personas en las salas. Pero sí manifiestan malestar asociado con la ausencia de espacios de juego. Estas dos expresiones de las/os NNyA, pueden guardar relación. I (12 años) expresa: *“comparto la sala con otros, pero para mí está bien, estoy cómodo”*

Por otra parte I. (11 años) y M. (12 años) respectivamente expresan: *“Me da miedo, no quería quedarme, me da miedo estar aburrido”*; *“no hay nada lindo, no hay juegos, no hay nada”*

Es posible que la ausencia de espacios de recreación en un hospital pediátrico se sustituya con el “entretenimiento” que niñas y niños pueden encontrar en la dinámica de la sala durante la internación.

La intimidad, ¿una cuestión de género?

En la construcción de la autopercepción se incorporan elementos y categorías de nuestra cultura. El género representa el conjunto de ideas sobre “la diferencia”, que atribuye características femeninas y masculinas a cada sexo. Esta *“simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, discursos y representaciones sociales que otorgan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo”* (Lamas, 2002:57). La interpretación social de estas diferencias está marcada por un fuerte contenido del orden de la moral. La oposición binaria hombre/mujer genera una simbolización en todos los aspectos de la vida (Lamas, 2002). Para Bourdieu (2015) esta oposición se traduce en distintos comportamientos corporales y atributos diferenciados: las virtudes femeninas son el pudor, la discreción, la reserva que orienta al cuerpo femenino “hacia adentro, hacia abajo, hacia el interior”, mientras que la excelencia masculina se afirma en el movimiento hacia el afuera.

Tanto en los discursos de NNyA como en los relatos profesionales se expresan representaciones referidas a valores como el pudor, el cual se asume de manera diferenciada si se trata de varones o niñas. En el caso de relatos recuperados de las niñas su percepción del momento de exploración se asocia al sentimiento de vergüenza: *“me da cosa, me da vergüenza, cuando me revisan y me tocan acá”*, expresa M., 11 años (señalando la zona del abdomen). Los varones, por el contrario, no expresan incomodidad ante la exploración:

“- a veces viene uno y a veces vienen tres a la sala, pero la mayoría vienen mujeres. Vino un solo varón

- ¿cómo te sentís al momento que de la revisión?

- bien, no me molesta” I. (12 años)

Socialmente la exposición del cuerpo del niño tiende a presentarse de manera “naturalizada” y “habitual”. Estas representaciones se refuerzan en el discurso de las/os profesionales, en el que se observa énfasis en la necesidad de resguardar los cuerpos de las niñas: “en las nenas es más reservado el tema ¿no?, que, en los varones, eso sí siento”. Médica E.

La médica N expresa:

“te los bajan a los chicos de trece, catorce años con una bata transparente y sin nada, o con una bombachita ¡y son nenas y te la baja el camillero a ecografía!, o sea no es necesario todo eso, pero bueno yo creo que en el manejo eso no se cuida”.

Estas representaciones están fuertemente atravesadas por los hábitos de género y prácticas tutelares sobre el cuerpo de las niñas, pero, además, el acento en el resguardo corporal de las niñas puede suponer situaciones en que los cuidados respecto a la exposición del cuerpo de los varones sean minimizados o desestimados por parte del equipo de salud.

La voz de las niñas y niños: conocimiento sobre el diagnóstico y prácticas médicas

Podemos afirmar, partiendo de los registros, que NNyA conocen el motivo de su internación y pueden enunciar su diagnóstico. Incorporan en sus explicaciones vocabulario técnico o de uso médico cuando se refieren a su situación de salud y, en algunos casos incluso, pueden realizar una explicación extendida de sus diagnósticos; el relato de I. (11 años) es ilustrativo al respecto:

*“- ¿y por qué estás internado?
- porque tengo sinovitis en el músculo derecho
- ¿y te hicieron estudios?
- si me han hecho placas, me encontraron una bacteria...
- ah una bacteria y ¿qué te inyectan por ahí por la vía?
- el antibiótico”*

Aunque no logren en principio una comprensión cabal del diagnóstico, pueden enunciar el por qué o para qué de las intervenciones médicas. Hay una apropiación del lenguaje técnico y a la vez una reproducción de éste. En este sentido adquiere importancia identificar cuáles son los intereses particulares de las/os niñas/os, de qué información se apropian, de qué manera la resignifican y cuál ignoran. Se infiere que ponen énfasis en el “para que” de determinadas intervenciones: “tengo leucemia, me explicaron, pero no me acuerdo”. Y en otro fragmento el niño agrega: “cuando me revisaban me escuchaban el corazón, la panza y espalda, me tocan la panza, y espalda por si me duele y me toman los pulsos y el ritmo cardíaco” A. (14 años)

Las médicas por su parte identifican que cuando reciben consultas de las/os niñas/os, éstas refieren a la posibilidad mantener sus actividades y gustos, dada la preocupación de que su situación de salud pueda obstaculizar el sostenimiento de estas: “preguntan con el tema de la

comida, del deporte. Los varones, ¿puedo jugar al fútbol?; ¿puedo hacer gimnasia?, las niñas, con respecto a eso, al colegio y la comida. Con respecto a los medicamentos no me preguntan tanto” médica N.

Las profesionales reconocen que NNyA realizan preguntas, pero no requieren necesariamente información precisa de sus diagnósticos. Manifiestan otros intereses, que quizás desde la mirada profesional se “lee” como “desinterés” dado a que no responden a las expectativas de lo que, a criterio del equipo de salud, deberían consultar.

En lo que respecta a las intervenciones médicas, en algunas ocasiones NNyA manifiestan que el hospital les genera malestar y miedo: “me da miedo, no quería quedarme en el hospital” (I., 12 años); “me pone nerviosa estar internada” (M., 11 años).

En los casos de internaciones prolongadas y reiteradas, NNyA asumen una postura de aceptación ante las prácticas médicas:

“la última vez que me sacaron sangre me hizo llorar porque me dolía mucho”; “los médicos me preguntaban porque me dolía, pero no sé si eran doctores o enfermeras. Pero siempre me ponen aguja y no lloraba nada, me dolía un poco, pero me las aguantaba hasta que me pusieron el catéter” D. (11 años).

Su aceptación guarda relación con la experiencia en internaciones, lo que brinda más información sobre sus tratamientos, por lo cual asumen las intervenciones como parte del abordaje de su situación de salud. Pero debe advertirse también que, en caso de enfermedades crónicas y tratamientos extendidos, como en los casos de A y D con diagnóstico oncológico, es posible una sobreadaptación a aquellas prácticas altamente agresivas que implican las intervenciones hospitalarias. Se trata de una adaptación pasiva y acrítica de la realidad (Arbiser, 2000) en la cual las señales emocionales y corporales son ignoradas, y las manifestaciones del cuerpo ante las intervenciones médicas se anulan. Se disocia el cuerpo de la mente para atender a valores culturales, priorizando las expectativas sociales, por ejemplo, ser “buena/buen paciente” que las instituciones hospitalarias requieren. Este aspecto debe ser tenido en cuenta por parte del equipo de salud ya que la dificultad para manifestar dolor o malestar durante los procesos de ASE tiene incidencias orgánicas y somáticas (Arbiser, 2000).

¿A quién se dirige la información?

De las fuentes consultadas surge que las devoluciones respecto al diagnóstico e intervenciones médicas se dirige a las/os adultas/os responsables principalmente, en presencia de las/os NNyA: “a ella (refiriendo a su mamá) le dicen qué es lo que me van a hacer, pero cuando yo no entiendo algo le pregunto” I. (11 años)

Para las/os integrantes del equipo médico las/os NNyA preguntan “poco” o lo hacen a través de las/os adultas/os responsables:

“preguntan más los padres que los chicos, o los chicos le hacen preguntar a los padres, preguntale si puedo comer esto, preguntale si puedo jugar al fútbol, preguntale del colegio, generalmente lo hacen más los chicos a través de los padres” Médica N.

“son bastante abúlicos (refiriéndose a NNyA). Es raro, muy poco. Acá son más tímidos, no sé de qué depende” Médica P.

Las/os NNyA no son meros observadores pasivos, por el contrario, realizan una escucha activa, resignifican la información según sus intereses y acuden sus referentes adultas/os en espacios de mayor confianza para aclarar sus dudas y solicitar más información. De este modo las personas a cargo se constituyen en intermediarias/os ante las dificultades para expresar todas sus inquietudes al equipo médico. Se manifiesta nuevamente un desencuentro entre las expectativas médicas respecto del tipo de participación de las/os niñas/os y las expectativas de NNyA en cuanto a lo que requieren saber sobre su proceso de ASE.

La heteropercepción corporal, ¿cuerpo objeto o niñas/os y sus cuerpos?

En el proceso de ASE con NNyA opera una doble asimetría que debe ser tenida en cuenta al interpretar las expresiones de las/os profesionales. Por un lado, la relación profesional/paciente y su impronta médico-hegemónica, y, por otro, la relación niña/o- adulta/o en el marco de la supremacía de la visión adultocéntrica. El poder como elemento constitutivo de las relaciones, toma fundamental importancia.

“El cuerpo está inmerso en un campo político, las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (Foucault, 1998: 32).

Para el autor, el poder se cristaliza en la materialidad de los cuerpos y recurre a las instituciones para llevar a cabo sus procedimientos. Se trata de un poder que se ejerce más que se posee, en un juego de relaciones dinámicas, pero no igualitarias, que transcurre en el ámbito de la vida cotidiana, donde actúa como un poder productor. Desde esta perspectiva, el lugar que históricamente se ha asignado a la infancia –en una posición de dependencia y subordinación, siendo asistida a través de prácticas de control y tutela que aún conviven con paradigmas superadores- cimienta muchos de los discursos y prácticas de las/os agentes de salud.

Principio del procedimiento y autonomía de las/os sujetas/os

En las situaciones descritas hasta aquí, predomina en el accionar médico una lógica de “encasillamiento” centrado en el procedimiento. Ilustramos esta afirmación con una situación que se presenta durante la entrevista a un niño en presencia de su madre, en el marco de

intervención profesional en una sala de internación. Iniciada la entrevista, ingresa personal a la sala, sin presentarse, y expresa: “¿Les falta mucho para terminar? tengo que sacar sangre”. El niño angustiado, pregunta: “¿me van a sacar sangre?”. La profesional contesta: “mirá, le cuento a la mamá”, se dirige a la madre y explica el procedimiento de extracción. En ese momento el niño llora y es consolado por su madre (quien también llora angustiada) mientras tanto la médica prepara los instrumentos para la extracción.

Mintzberg (1979) describe el proceso de encasillamiento, el cual resulta útil para reflexionar sobre la situación. La idea general que plantea el autor es que las/os profesionales tienen dos tareas básicas: La primera, clasificar la necesidad de las/os sujetas/os en términos de contingencia, es decir diagnosticar y, posterior a ello, ejecutar unos pasos determinados. Para el autor esta modalidad simplifica las cosas, ya que no implica tratar cada caso como único y minimiza la necesidad de análisis y detención para la reflexión respecto a otros modos de construir la tarea. Subyace en el abordaje de éstas la idea del “deber hacer” por sobre la opinión y consentimiento de la/el niña/o. Este accionar, a primera vista “automatizado”, aborda las exploraciones de un único modo y no otorga el espacio ni el tiempo requerido por NNyA para interiorizarse sobre el por qué y para qué de la intervención. No median opciones dialogadas con las/os niñas/os y sus acompañantes, por ejemplo, esperar a que la angustia se disipe y postergar la acción, o acordar previamente el momento adecuado con las/os NNyA. Al parecer en las condiciones de la dinámica hospitalaria no emergen opciones posibles.

Participación de Niñas y niños: ¿la (im) posibilidad de la pregunta?

Hasta aquí, según los registros, las/os NNyA consultan “poco o casi nada” y si lo hacen, transmiten las dudas a quienes los acompañan. En el relato siguiente surgen representaciones de la médica E. respecto a que implica habilitar la participación o la pregunta de la/el niña/o:

“en general uno le pregunta siempre al niño ¿qué comés? ¿Cómo pensás vos que comes?, ¿cuántas veces vas al baño? Digamos uno dirige al niño, lo hace participar en la consulta. Y cuando uno tiene que darle información a la madre se la das a la madre, y al niño con otros términos. Pero nosotros, abordamos a los dos, es como que uno lo hace participar de la consulta. Y decirle, estas sanito, te pasa esto que es por esto, explicarles, eso siempre lo hacemos” M. (médica)

En el fragmento anterior M. expresa que “hace participar” a la/el niña/o, pero de manera direccionada, siendo la profesional quien realiza las preguntas esperando obtener respuestas que, según plantea, serán útiles para completar el diagnóstico. Además, se manifiesta que en la devolución la profesional se anticipa a “explicar” qué “le pasa”, “se hace” participar la /el niña/o en la medida en que la médica lo requiere.

También emerge es la insistencia en la explicación por parte de las médicas a la/el niña/o: “*les explicamos más o menos cómo es, lo que van a sentir, cómo es la biopsia, tratamos más o menos de explicar. Muchos entienden, pero sí, siempre les decimos*” N. (médica)

Si bien es necesaria la explicación, hay que advertir si efectivamente la misma se corresponde con las expectativas de las/os niñas/os, con lo que requieren conocer sobre su situación; o si en cambio responde a lo que la/el profesional cree que debe transmitirles. Además, debe observarse si se contemplan los tiempos y espacios que las/os niñas/os necesitan para realizar preguntas genuinas desde sus intereses. Lo que sugieren los relatos es que las/os profesionales se anticipan a brindar información y puede que ello no dé lugar a la pregunta.

Consideraciones finales

El presente trabajo pretendió recuperar la voz de niñas/os y adolescentes como también la mirada profesional para ponerlas en diálogo. Es deseable que el estudio aporte a delinear acciones que propicien prácticas hospitalarias respetuosas, que contemplen las necesidades de las/os sujetas/os en cuestión, tomando en cuenta los aspectos de la corporalidad aquí analizados con el objetivo de lograr un abordaje integral de los procesos de ASE de NNyA.

Este estudio significó en lo profesional la posibilidad de repensar prácticas y posicionamientos. Durante el proceso de lectura y relectura de los registros seleccionados se presentó una primera dificultad: pretender encontrar respuestas específicas a los interrogantes que inicialmente me había propuesto. En este sentido, es valioso el aporte de Diana Milstein respecto a las “*cortinas ideológicas que nos impiden ver*” (Balandier, 1994:12 en Milstein, 2008:34). Lo dicho por las/os niñas/os no siempre aporta información precisa de lo que las/os adultas/os requerimos saber o escuchar. Se trata de encontrar un sentido desde sus relatos y en sus propios términos, a fin de comprender las realidades de las/os NNyA (Milstein, 2008). El desafío, al decir de Bustelo Graffigna es, “*cómo lidiar con el adultocentrismo*” que impregna los métodos de análisis y el modo de entender y explicar la realidad (2012:291). Como advierte el autor respecto de las infancias, es necesaria la vigilancia teórica y metodológica. Si se pierde de vista la desconstrucción de su propio lenguaje y sus vivencias, corremos el riesgo de recuperar su voz, pero seguir observando sus experiencias a través de la “*lente exclusivamente adulta*” (Bustelo Graffigna, 2012: 291). Siguiendo el planteo del autor, las/os niñas/os nunca reproducen (al menos por completo) el orden adulto, sino que lo reelaboran, interpretan y crean un nuevo orden de significaciones en una cultura entre pares con sus códigos y lenguajes (Bustelo Graffigna, 2012).

A partir de los datos obtenidos se esbozan algunas consideraciones:

Se observa que el resguardo de la intimidad de las/os niñas/os en el hospital tiene distintos matices y abordajes, dependiendo de la importancia que otorgue a este aspecto cada servicio, sala o consultorio. La intimidad física, como el tratamiento de la información sanitaria, deben ser abordajes de índole institucional. Resulta fundamental la adecuación a la normativa correspondiente a través de instructivos, protocolos y capacitaciones hospitalarias como parte de acciones de mejora del proceso de los procesos de ASE con niñas, niños y adolescentes.

Por otra parte, aunque NNyA no demanden explícitamente el cumplimiento de estos aspectos, es responsabilidad de las/os profesionales y directivos del hospital garantizar los resguardos necesarios de acuerdo con la normativa vigente.

Es fundamental destacar los límites profesionales respecto del abordaje de las exploraciones médicas y puntualmente en aquellas situaciones en que no hay aceptación por parte de NNyA ante las intervenciones, cuestión que siempre se presenta dilemática cuando se trata de esta población.

Se observan además dificultades al momento de comunicar a las/os niñas/os aspectos referidos a su salud, ya que, si bien la información es transmitida de distintos modos por el equipo, no se incorpora plenamente a la/el niña/o en el proceso.

Existe una clara manifestación de conflicto por parte de la/os profesionales ante las exploraciones con adolescentes, para lo que quizás es menester una preparación específica, sobre todo cuando incluyen la exploración genital. Es necesario que las/os profesionales cuenten con herramientas actitudinales y comunicacionales para abordar estas exploraciones de manera que sean lo menos invasivas posible.

Aunque el tratamiento del tema merece mayor profundidad, debe atenderse lo mencionado respecto a las/os niñas/os que transitan el hospital asiduamente dado su diagnóstico de enfermedad crónica. Es posible la naturalización de tratamientos agresivos y la asunción de la hostilidad del ambiente hospitalario como incuestionable, lo que influye en el propio proceso de ASE y condición de salud (Arbiser, 2000), pero sobre todo en la posibilidad de alcanzar grados de autonomía. Este aspecto debe ser observado por los equipos de salud. En este sentido los espacios grupales resultan fundamentales para acompañar y facilitar la manifestación de niñas/os con este tipo de diagnósticos.

Por último, pueden ensayarse algunas sugerencias para garantizar el derecho a la intimidad física. Hay modificaciones que deben ser implementadas, algunas requieren cambios de más largo plazo porque están asociados a mejoras edilicias y mayor presupuesto³, pero otras se asocian con transformaciones del quehacer del personal hospitalario: profesionales que llamen a la puerta antes de su ingreso a la sala y que se presenten de manera completa y adecuada ante NNyA. Deberían garantizarse cortinas o biombos entre camas y en los espacios de consultorio. Tener en cuenta la distribución de niñas y niños en las salas según edades y sexo, si así lo requirieran; permitir aislarse visualmente antes del examen; anticipar y comunicar de manera clara las distintas intervenciones médicas que deban realizarse, entre muchas otras (Iraburu, M. 2006).

Debería atenderse el malestar de NNyA ante una institución en la que no hay espacio para recrear su corporalidad, siendo un hospital pediátrico que recibe adolescentes de hasta 14 años, pero diseñado en todos sus sentidos de manera homogénea y a partir de la corporalidad adulta, con características de cuerpos regulados que no concuerda con la corporalidad de la niñez, que requiere del juego y la recreación.

³ Podría pensarse en habitaciones únicas, salas de juego y recreación, suficientes biombos, mayor cantidad de personal. Todas cuestiones que inciden en la calidad de los procesos de ASE como así también en los aspectos abordados en este trabajo.

Para finalizar, en coincidencia con Iraburu (2006) se afirma que no se trata de dejar los derechos y la autonomía (sean niñas, niños, adolescentes o adultos/os) en la puerta del hospital ante la única prioridad de recuperar la salud; estos aspectos son parte constitutiva del proceso de ASE y de la dignidad humana y deben ser reconocidos por las/os profesionales y la institución hospitalaria en todo momento.

Bibliografía

- Arbiser, Samuel (2000):** Sobreadaptación e incidencia somática. *Psicoanálisis APdeBA*, V. 23, N° 1. Recuperado de www.apdeba.org. Fecha de consulta: 20/04/2018. Fecha de última consulta: 20 de abril de 2018.
- Bourdieu, Pierre (1999):** La Dominación Masculina. Anagrama S.A, Barcelona.
- (2015): El Sentido Práctico. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- Bustelo Graffigna, Eduardo (2012):** Notas sobre infancia y teoría: un enfoque latinoamericano. *Salud colectiva* 8, 287-298. Buenos Aires.
- Cabré Pericas, Lluís; Lecuona, Itziar; Abizanda Campos, Ricardo (2009):** Confidencialidad. Recomendaciones del grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Medicina Intensiva* 8, 393-402. Vol.33. Barcelona. Recuperado de: www.elsevier.es/medintensiva. Fecha de consulta: 05/03/2017.
- Foucault, Michel (1998):** Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber. Siglo Veintiuno Editores. México D.F., Madrid.
- Iraburu, Marga (2006):** *Confidencialidad e intimidad*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1137-66272006000&lng=es&nrm=iso. Fecha de última consulta: 05/06/2017.
- Lamas Marta (2002):** Cuerpo, diferencia sexual y género. Taurus, México D. F.
- Le Breton David (2002.a):** La Sociología del Cuerpo. Nueva Visión. Buenos Aires.
- (2002.b): Antropología del Cuerpo y la Modernidad. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Mintzberg, Henry (1979):** Diseño de organizaciones eficientes. El Ateneo Editorial, Buenos Aires.
- Milstein, Diana (2008):** Conversaciones y percepciones de niños y niñas en las narrativas antropológicas. *Sociedade e cultura* v.11 n°1, 33-40, Universidad Nacional de Comahue, Argentina.
- Mora, Ana Sabrina (2014):** *Prácticas, representaciones y experiencias: propuestas teórico-metodológicas en investigaciones socio-antropológicas sobre el cuerpo*. Recuperado de: <http://www.ojs.arte.unicen.edu.ar/index.php/cuerpodeldrama/article/view/88/85.pdf>. Fecha de consulta: 01/05/2017. Fecha de última consulta: 18 de junio de 2017.
- Ortega González, Juan Manuel; Méndez Rodríguez, Juan Manuel; López López, Fidel Herminio (2009):** Medicina defensiva, Su impacto en las instituciones de salud. *Revista CONAMED*, vol.14. pp. 1-10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3628057.pdf>. Fecha consulta: 23/04/2018. Fecha última consulta: 23 de abril de 2018.

Scharagrodsky Pablo (2007): *El Cuerpo en la Escuela*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Programa de Capacitación Multimedial. Recuperado de: www.me.gov.ar/curriform
Fecha de consulta: 05/05/2017. Fecha de última Consulta: 05 de mayo 2017.

Documentos consultados

Ley N.º 9944. Promoción Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 2011. Secretaria de Niñez, Adolescencia y Familia, Córdoba, Argentina. Promulgada 4 de mayo de 2011. Recuperado de: <https://boletinoficial.cba.gov.ar/PDF>. Fecha de consulta: 03/05/2017.

Cita recomendada

Zoé Aimé Boj (2019): «Representaciones sobre la corporalidad de la niñez en un hospital pediátrico» [artículo en línea]. *Conciencia Social*. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 110-125 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26129>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre la autora

Zoé Aimé Boj

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Residente del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (2015/2018). Correo electrónico: zoeaimeboj@gmail.com