



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA SOCIAL DE GRUPOS E
INSTITUCIONES

“Cuerpo médico: desafección y castigo”

IDONEA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS
PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA SOCIAL DE GRUPOS E INSTITUCIONES

ALUMNA:

MAYLETH ALEJANDRA ZAMORA ECHEGOLLEN

Asesor Dr. Roberto Manero Brito

Resumen: En este trabajo encontrarán un *corpus médico* teórico, el cómo se ha constituido *lo médico* desde la intencionalidad de las ciencias sociales; seguido de las propuestas de intervención desde la psicología social: los dispositivos; posteriormente, a una apuesta a la resistencia ante una alienación totalizadora del sujeto, por medio de la afección y el vínculo. Y finalmente a los *analizadores* que permiten dar cuenta de fenómenos institucionales como el castigo y el suicidio.

GENERACIÓN 2014-2016

Ciudad de México, 01 de Febrero de 2017

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1 - GÉNESIS TEÓRICA	13
1.1 ¿Qué dicen las Ciencias Sociales de la Medicina?	13
1.2 ¿Qué <i>hacen</i> las psicologías en la institución médica?	24
CAPÍTULO 2 - ¿DISPOSITIVO O <i>ANALIZADOR CONSTRUIDO</i> ?	33
2.1 La Psicología Social de Grupos e Instituciones	33
2.2 Análisis Institucional y Socioanálisis	41
2.2.1 – La Psicoterapia Institucional.....	44
2.2.2 – Pedagogía Institucional	46
2.2.3 – Socioanálisis	48
2.3 De <i>lo médico</i> a la institución de la clínica.....	50
CAPÍTULO 3 - EL CAMPO DE INTERVENCIÓN.....	68
3.1 La intervención desde el Análisis Institucional y el Socioanálisis	68
3.2 El Contrato y El Efecto Weber	73
3.2.1 Los Tecnócratas vs. la Vieja Medicina.....	75
3.2.2 De formatos, oficios y otras historias de terror burocráticas	80
3.3 ¿Quién es el Hospital Universitario de Puebla?	87
CAPÍTULO 4 – URGENCIAS.....	92
4.1 Jerarquía	97
4.2 La Multiplicidad de Demandas.....	104
4.3 Las Guardias y el ser parte.....	110
4.3.1 El Sujeto <i>en</i> la Investigación	110
4.3.2 Cansancio y Guardias	113
4.3.3 La Situación Laboral.....	116
4.4 El Analizador Castigo	119
CAPÍTULO 5 – MEDICINA <i>ETERNA</i>	127

5.1 La Visita	129
5.2 - La <i>Notaterapia</i>	131
5.3 –La Agonía y el Exceso	134
5.4 Con un pie en la Ciencia y otro en la Religión	137
5.5 La UCI y la Distancia: La Desafección no es distancia	145
5.6 - Las Demandas del Servicio	148
CAPÍTULO 6 - LOS CENTAUROS	150
6.1– Los Quirófanos	155
6.2 Los Dos Hospitales en el Establecimiento	159
6.3 Las Devoluciones con los Residentes	163
CAPÍTULO 7 - EL ANALIZADOR SUICIDIO	167
7.1 Los Analizadores y la Afección	176
7. 2 El Encargo.....	182
CAPÍTULO 8 – EL CAMPO DE ANÁLISIS: EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y LA AFECCIÓN	187
BIBLIOGRAFÍA.....	195

INTRODUCCIÓN

Una mañana usted se levanta con un fuerte dolor de garganta, su primer pensamiento es que no quiere ir a trabajar, y que tal vez debió haberse abrigado mejor el día anterior e inmediatamente después, que probablemente debería ir al médico. Ve la hora y es demasiado tarde como para ir a formarse para sacar ficha para la consulta con su médico familiar, y considera que no se siente tan mal como para faltar al trabajo ni para acudir al servicio de salud.

A la mañana siguiente se siente mucho peor que ayer, tiene un fuerte dolor de cabeza y de cuerpo cortado, lo cual implica que no quiere ni puede ir al trabajo; telefonea para avisar que no irá a trabajar por motivo de enfermedad, pero le demandan que lleve un justificante de la institución de salud de la cual usted está dado/a de alta (claro, si tiene la suerte de contar con prestaciones). Sin embargo ya es demasiado tarde como para sacar consulta, pero decide ir de todos modos.

Se levanta torpemente para alistarse e ir al servicio de urgencias de su institución de salud; al llegar toma su turno y espera, y espera, y espera y espera más. Mientras usted está ahí, observa en la pizarra o alguna pared del servicio de urgencias la clasificación de “triage”, aquel método de selección y clasificación de pacientes, empleado en la medicina de emergencias y desastres, en el cual se evalúan las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia y de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. El método, en sí mismo trata de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención. Observa la pizarra y nota que probablemente usted está en color verde, es decir, no es una prioridad. Voltea a su alrededor y observa gente mucho más enferma que usted, niños llorando, mujeres embarazadas, adultos mayores, gente sangrando y al borde del desmayo y comienza a preguntarse si irá a pasar ese mismo día.

Con el paso de los minutos que lentamente se convierten en horas, empieza a desear que no vaya a llegar ninguna ambulancia o alguna persona mal herida. Siguen llamando a los pacientes a cuenta gotas y en ese punto le pasa por la mente que tal vez debió haber ido al trabajo o acudir a un médico particular, o uno de esos consultorios económicos de las farmacias, o incluso que debe ser una simple gripa que se le quitará con un té o con un fármaco de esos que anuncian en la televisión.

Después de un largo rato de esperar al fin lo/a llaman, es un médico medio mal encarado y ojeroso. Lo/a hace pasar y nota que no le da los buenos días ni nada, le pregunta su número de afiliación o si ya pagó e inmediatamente pregunta ¿motivo de la consulta?

Con un tono monótono y cansado. A usted lo que le pasa por la cabeza es ¿qué no me va a mirar? ¿No ve que estoy muy enfermo/a?

- *Creo que tengo gripa o algo le dice al médico.*
- *¡Ah! Ya se diagnosticó. ¿Cuáles son sus síntomas? ¿Cuándo empezaron? ¿Por qué no vino antes? Contesta el médico.*

Comienza una serie de preguntas acerca de sus antecedentes familiares, quién vive, quién se murió y de qué, quién está enfermo, cuándo, dónde, cómo, etc. El o la médico están llenando papeles o tapeando en el teclado de la computadora y jamás lo/a mira. Cuando termina se acerca le pide que saque la lengua, le toma la presión y la temperatura y le dice: es un resfriado común o gripa, tome muchos líquidos, tómese esta pastillita 2 veces al día durante 5 días y en caso de dolor esta otra cada 12 horas durante 3 días; evite los cambios bruscos de temperatura y guarde reposo.

Al salir mira las pastillas y son las mismas que salen en los anuncios de televisión y se queda un poco/a extrañado/a, incómodo/a tal vez ¡estos médicos son todos iguales! ¡la próxima vez no vengo a menos que sea algo grave!

Lo anterior es una escena más o menos cotidiana, o que al menos a la mayoría de las personas se podría identificar o identificarnos como pacientes. Sin embargo, ¿qué sucede con el otro personaje? La relación médico-paciente, se conforma justamente de estas personas, con sus respectivos matices acerca de la posición de poder o jerarquía. Pero, ¿por qué es más sencillo identificarnos con el paciente que con el médico? Tomemos en cuenta que la profesión médica es una disciplina “cerrada”, esto es, que contiene una serie de características que la hace difícilmente accesible para el ciudadano común¹, por ejemplo el lenguaje o terminología, los procedimientos, etc., es decir, lo referente a un tipo de saber especializado. En ese sentido, la mayoría de las personas, sin importar nuestro oficio, solemos ubicarnos desde un lugar de “ignorancia” con respecto a *lo médico*.

Además, con esta característica de resguardo de la disciplina, pareciera que custodiaran una serie de secretos, sólo se puede percibir un fragmento de su praxis, lo demás permanece como misterio. Con respecto a esto, podríamos partir desde

¹ El efecto Lúcahs en el Análisis Institucional, el cual alude a cómo el conocimiento científico, en la medida que se institucionaliza, olvida o ahoga el saber social, referido a sus propias condiciones que permitieron el desarrollo y nacimiento del conocimiento mismo. (Manero Brito, R., 1991a).

una serie de preguntas como: ¿qué ocurre al interior de la institución médica? ¿Siquiera nos preguntamos acerca de ese *otro* que nos atiende en el consultorio? ¿Cómo se ha abordado estas problemáticas desde otras disciplinas no-médicas? ¿El médico se preguntará sobre su propia disciplina y quehacer?

Más allá de intentar dar respuestas a estas preguntas, este trabajo buscará problematizarlas, lo cual implicará que muchas veces se formularán muchas otras. Empero, es menester señalar que esta investigación abordará al médico como protagonista, éste, construido a partir de una serie de discusiones entre la propia mirada médica y una mirada desde la psicología social. Miradas que se fueron convirtiendo en voces, abriendo camino a una interlocución.

Estos diálogos y discusiones no se realizaron en solitario, lo cual significa que la investigación no cumple con la norma “*Nullius in verba*”², frase angular de la ciencia. Ésta es traducida frecuentemente como “la palabra de nadie” y también con el sentido de “piensa por ti mismo”. Sin embargo, si seguimos al pie de la letra esta frase, implicaría que los descubrimientos se dan por un momento de iluminación o de genialidad, como un acto individual. Este trabajo en ningún momento se trata de iluminación, ni genialidad, ni *insight* y mucho menos como un acto individual. Este es un trabajo de “la palabra de muchos”, de un grupo social que dirigió ciertas inquietudes y preguntas, cierto capital cultural o herramientas simbólicas que permitieron aproximarse más fácilmente a unos temas y no a otros. Un lugar de portavoz, como portadora de una polisemia de voces. Por lo que esta investigación no es un trabajo de “pensar por mí misma”, es un pensar *con otros*, una palabra de nadie y de todos.

Se parte de una inquietud, ¿qué es esto de la insensibilidad o inhumanización de los médicos? Más allá de ser “una opinión personal”, lo retomo de una queja generalizada que he escuchado en diversos lugares y diferentes situaciones

² En 1663, la Royal Society (Sociedad Real) de Londres adoptó esta máxima latina como lema o divisa de la institución. Que en ese momento histórico era la máxima Institución científica, lugar de los grandes descubrimientos y experimentos, como por ejemplo la Ley de la Gravedad de Isaac Newton. Esta frase funge una regla establecida por Sociedad Real, la cual dicta que las personas de dicha institución, siempre se adherirán a nunca dar su *opinión* sobre ningún tema, ni de Naturaleza ni de Arte, que llegue ante la Sociedad Real. Esto significaba que, si no era por medio de la experimentación científica, no debían dejarse influenciar por las tendencias políticas, religiosas o ideológicas predominantes. Sin embargo ¿Qué acaso estas tendencias no eran lo que los hacía reflexionar, discutir e investigar?

(universidades, hospitales, clínicas, reuniones familiares) donde la constante es la cual se refiere al *problema* de los médicos: los pacientes se quejan de los médicos. Pareciera que *todos* son unos desconsiderados, fríos, insensibles e inhumanos.

De este modo, la investigación se convierte en una estrategia para desmontar estas certezas u opiniones. Que en lugar de tomar como “verdad” estas quejas, vale la pena preguntarse si ¿será que *todos* los médicos son desconsiderados, fríos, insensibles, inhumanos, etc.? ¿Qué quiere decir inhumano o insensible? ¿Qué significados e implicaciones tienen estas palabras? ¿A qué se refieren?

Es así que comenzó una búsqueda de qué se dice acerca de estos temas, no sólo de esas palabras, sino qué se dice en general de los médicos. Al acercarme a la bibliografía que tenía más a la mano, que era desde la psicología y las ciencias sociales, me enfrenté a una problemática: las investigaciones en su mayoría se escribían sobre el lugar del paciente. Esto abrió una serie de nuevas preguntas ¿Por qué hay más del paciente que del personal de salud? ¿Por qué hay más investigaciones sobre enfermeras que de médicos? ¿Por qué desde este enfoque y no otros? ¿Será que el escribir desde ciertos lugares produce cierto efecto y no otros? ¿Hay alguna intencionalidad no dicha sobre esto?

Lo que podemos entender como “desensibilización” o “inhumanización”, no se ha estudiado al pie de la letra de estas palabras, sino que se le asocia a un fenómeno designado como Síndrome de Burnout. Éste, es definido como como un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear. (Catsicaris, C., Eymann, A., *et al.*, 2007).

Se consideran los siguientes puntos para el diagnostico de este síndrome: 1) la evitación del compromiso emocional, como la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro; 2) la disociación instrumental extrema, la cual se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias: el embotamiento y negación o la falta de conciencia del propio estado de agotamiento

e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica; 3) la impulsividad, es decir, que se pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico; y 4) la desmotivación, la cual se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos. (Catsicaris, C., Eymann, A., *et al.*, 2007).

No obstante, estas investigaciones sostienen que las condiciones para desarrollar síndrome de burnout está relacionada fundamentalmente con las características de las organizaciones más que con las personales, e identifican factores como la sobrecarga laboral, falta de control, insuficiente reconocimiento de la labor, la sensación de injusticia, fallas en la construcción de una comunidad de trabajo, y el conflicto de valores. (Maslach C., and Leiter M., 1997).

Como ya lo ha mencionado Horacio Foladori (2006), este fenómeno termina por atribuirse a la insanidad de las personas, a los problemas interpersonales y/o a la carga de trabajo. Sin embargo, es justamente esta la perspectiva “médica” del “síndrome”, la cual no logra profundizar ni problematizar en sí mismo los factores que lo produce. Las explicaciones se atribuyen a la humillación, al problema del liderazgo, la personalidad y cosas por el estilo, pero no cómo se llegó a éste punto, y por qué se mantiene “a pesar de la toma de ciertas medidas”.

Es así que Foladori, pone el acento en la problematización de las condiciones de trabajo, las normativas institucionales acerca de la forma en que se realiza el trabajo y no el trabajo mismo. Esto es, que el burnout se trata más de un fenómeno de ocultación es el sentido de su psicologización, es decir, la naturalización del problema, en tanto se desmarca de sus determinaciones socio-políticas. (Foladori, H., C., 2006).

En esta misma línea, Bleger propone que el grupo institucional tiende a mimetizarse con el problema que busca resolver, es así que cae en una especie de paradoja. El equipo de salud termina por reproducir la institución, no puede tomar

distancia para tomarse como objeto de análisis. Bleger destaca la importancia y éxito de los dispositivos grupales para la simbolización y como dispositivo de análisis. Por ello, desde la perspectiva del Burnout, en realidad se trata de la reducción de una serie de procesos sociales, institucionales, políticos e históricos a un “diagnóstico multifactorial”. (Cit en Foladori, H., C., 2006).

En ese sentido, ya no podemos quedarnos con esta explicación desde un “diagnóstico referencial”, que *“no es el trabajo el que produce el estado de burnout. No se trata solamente de un problema energético, de cansancio –que puede existir- sino de un problema de otro orden. Más aún, si el trabajo constituye un acto de transformación creativo y ello redundaría en beneficio directo de la construcción yoica, entonces para el caso del profesional, el trabajo puede tener efecto contrario; esto es, ayuda a salir del Burnout en lugar de producirlo”*. (2006, pp. 3).

Aun cuando considero que efectivamente no se trataría de un problema “energético” solamente, es menester enfatizar cuáles son las condiciones de trabajo con el fin de comenzar a elucidar aquello que ha sido naturalizado y ocultado. Y algo que queda naturalizado y ocultado son las condiciones de trabajo *per se*. Pareciera que el agotamiento físico es “lógico” o disminuido. Estoy de acuerdo que el problema es además de otro orden, pero no podemos ignorar el agotamiento y desgaste físico. Son las condiciones de trabajo las que producen el Burnout más que el trabajo mismo.

Pero ¿quién debe abordar esta problemática? ¿Y cómo se tendría que hacer esto? ¿Son los médicos quienes deberían preguntarse acerca de esta cuestión? Canguilhem en la introducción de *“Lo normal a lo patológico”* afirma que la propia medicina es quien debe reflexionar sobre sus propias problemáticas. Pero me pregunto ¿pueden? O ¿deberían? ¿Es posible que desde la formación que los caracteriza, se puedan hacer cambios? ¿O realmente requieren de una disciplina mediadora para dar este paso? ¿Y sería entonces, que desde la psicología social se podría proponer algo o hacer una lectura diferente?

Sobre esta interrogante, el grupo de investigación surgido del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Oriente de la Universidad de Chile y del Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, tiene el interés por

abordar éste problema desde la subjetividad de la profesión; tomando en cuenta además de la cuestión del Burnout, la actual crisis de los servicios de salud y el impacto de la implementación de políticas públicas; en otras palabras, el cómo *afectan* estas condiciones sociales en su compromiso vocacional, satisfacción laboral, en su identidad profesional y por tanto que se verá una repercusión en su rendimiento laboral, calidad de vida, salud física y emocional, vida personal y familiar. (Jiménez, J. P., 2004).

Durante el año 2002, éste grupo revisó el estado de la discusión, según se refleja en las publicaciones internacionales y llevó a cabo un estudio cualitativo exploratorio en diferentes grupos de médicos de la región metropolitana de Chile. A lo largo de este proceso les quedó claro que el campo de la subjetividad es complejo y difícil de definir con precisión desde la medicina, por lo que en éste artículo plantean la posibilidad de explorar la influencia de la reforma del sistema de salud en los profesionales desde *el papel mediador* de otra disciplina, ya que consideran que “tal vez” desde su formación no sea posible abordarlo. (Jiménez, J. P., 2004).

Entonces ¿la propuesta para abordar este problema debe ser a partir de la subjetividad? En ese sentido, este trabajo pretenderá desde una propuesta de la psicología social, aproximarse al tema de *lo médico*, desde varios supuestos. El primero, desde el antagonismo, o en este caso más bien de la negatividad, de aquello no recuperado o no superado de la institución médica. Partiendo de la consideración de que existen espacios que no han sido subsumido por completo por las tecnologías del ejercicio del poder, es decir, que escapan o son antagónicos. Por lo cual, existe la posibilidad de rupturas (negaciones) desde el interior de la medicina. De este modo, se le apuesta a la inviabilidad de una alienación totalizante. Esto bajo la suposición de la elucidación de estos fenómenos por medio de los analizadores, esto es, desde la teoría del análisis institucional y del socioanálisis.

El segundo supuesto, acerca de qué es esto de la insensibilidad o inhumanización de los médicos ¿se le puede llamar de esta forma? ¿O refiere otro tipo de procesos? ¿Es posible abordarlos? Por lo tanto, para intentar asir estas problemáticas, el proceso de investigación parte de las premisas del análisis institucional y el socioanálisis; y preguntándose acerca del afecto y la afección. Esto

es la formulación de dos interrogantes ¿qué permitieron elucidar los analizadores acerca del supuesto fenómeno de la *desafección* en la institución médica? Y a partir de la teoría de los afectos, ¿cuáles son las condiciones en las que se encuentran los cuerpos médicos para efectuar o no su potencia (afección)?

Así, esta Idónea Comunicación de Resultados o tesis, dará énfasis a las discusiones establecidas con los médicos, al proceso mismo de investigación y a las resonancias entre los analizadores y el fenómeno de la *desafección* en el campo de intervención y del campo de análisis. Todo lo anterior representa una gran dificultad, la cual consiste en cómo transmitir este *pensar con otros*, esto es las reflexiones construidas *con* los médicos. Ya que el resultado de estas reflexiones en conjunto derivó en un material sumamente denso, no sólo en términos teóricos, sino en términos de tópicos o temas.

Como propuesta se presenta un capitulado que intentará poner sobre la mesa las intencionalidades del trabajo. Iniciando con el primer capítulo que reconstruye cómo se ha abordado *lo médico* desde las ciencias sociales. Ya que en ellas, se hace evidente que al no tener en cuenta las intenciones del espíritu de la investigación, se puede caer en un reduccionismo e humanizar al capitalismo más salvaje.

Así, lo primordial o la intención consiste en describir y problematizar una situación para tratar de reconstruir una forma de memorias constituyentes de las formas sociales institucionalizadas: una génesis teórica. Ésta nos reenvía permanentemente al debate entre historiadores y sociólogos, entre la historia y la memoria; nos remite a las condiciones sociales e históricas de posibilidad en la conformación de los procesos institucionales. De esta manera, la génesis social no solamente reconstruye un pasado intentando mantenerse fiel a los hechos históricos, sino que remite permanentemente a un presente desde el cual el pasado adquiere sentido. Completa de esta manera al concepto histórico, ya que el pasado nos permite, por lo menos en cierta medida, elucidar algunos aspectos del presente. (Manero Brito, R., 2009).

El segundo capítulo, abordará la propuesta teórico-metodológica para el acercamiento a las preguntas sobre los médicos y si se trata de *insensibilidad*

afecto, o *afección*. Ya que el concepto cambia las implicaciones políticas. Lo anterior, construido desde un tipo particular de la psicología social de grupos e instituciones, la cual incluye la noción de dispositivo y su construcción desde el análisis institucional, el socioanálisis y la teoría del análisis de las implicaciones.

El tercer capítulo se dirige hacia a la construcción del campo de intervención, el cual corresponde al Hospital Universitario de Puebla, así también el cómo se construyó este campo de intervención y la puesta en marcha del proceso de intervención. En el siguiente capítulo, se inicia con la reconstrucción del proceso de intervención en el servicio de urgencias, el cual describe las condiciones más generales en las que, los médicos realizan su praxis. En él se busca poner de relieve la negatividad de la institución clínica, y de otras instituciones que atraviesan el establecimiento; así como la construcción del concepto de la *desafección* y su posible elucidación a través de analizadores, entre ellos, el castigo.

El quinto capítulo, abordará el servicio de medicina interna, el cual presenta la tensión entre los procesos institucionales de lo instituido y lo instituyente. Éstos mediados por el analizador castigo, así como los temas de la muerte y de la agonía en la institución médica, lo cuales permiten la construcción de hipótesis relacionadas con la teoría de los afectos de Deleuze.

El sexto capítulo destacará dos caras de la misma moneda: el cuerpo médico, referido a la organización contra-institucional en el establecimiento en contraste con los cuerpos de los médicos, haciendo referencia al movimiento anti-institucional de los médicos internistas.

El séptimo capítulo, surge a causa del suicidio de dos médicos que trabajaban en el establecimiento. En él, el término de analizador hace mérito en relación a su capacidad de provocación y de hacer emerger lo negado de la institución. Y finalmente, en el octavo capítulo se hace la reflexión del proceso de investigación con el campo de análisis.

CAPÍTULO 1 - GÉNESIS TEÓRICA

1.1 ¿QUÉ DICEN LAS CIENCIAS SOCIALES DE LA MEDICINA?

Cuando se trata del campo de *lo médico* existe una variedad de abordajes, donde cada disciplina tiene sus propias reglas. Esto les hace tener una mirada muy particular acerca de los tópicos que se proponen estudiar, sin embargo muchas veces su intencionalidad no siempre es manifiesta.

De lo escrito sobre la medicina, ¿se puede decir la medicina es igual en todos lados? ¿Qué sucede con las diferencias culturales? ¿Qué tipo de medicina existe en México? ¿Cuáles han sido los abordajes o desde qué perspectivas se ha escrito sobre la medicina? ¿Qué dice la antropología, la medicina social, la sociología, la psicología o la propia medicina?

La historia se ha encargado de hacer diversas reconstrucciones del devenir de la medicina, como son los casos de Francisco Flores (1888), Ignacio Chávez (1947), G. Aguirre Beltrán (1981), Florescano y Malvido (1982), H. Mercer (1984), M. Suárez (1988), Fernando Ocaranza (1995), por mencionar algunos. (Cit. En Gil Montes, V, 2004). De igual manera, uno de los primeros investigadores en exponer las relaciones de la práctica médica y las condiciones sociales fue Henry Sigerist. Entre las investigaciones que realizó se encuentran principalmente acerca de la profesión médica y la relación entre la enfermedad, así como de la ocupación del enfermo. (Sigerist, H., 1974).

Sobre la misma línea, encontramos el texto *De la policía médica a la medicina social* de George Rosen (1974), donde trata temas relativos a la historia de la atención de la salud y pone el acento en la historia de los hospitales y el nacimiento del concepto sobre medicina social. (Rosen, G., 1985).

Por otro lado, el campo de *lo médico* ha sido ampliamente abordado por otras ciencias sociales como es el caso de la sociología. Desde este lugar se han formulado “modelos de comprensión” vinculadas a la problemática de la relación médico-paciente, como desde el modelo sistémico de Herderson a principios del siglo XX; el modelo orgánico funcionalista de Parsons, el modelo normativo, el modelo de confrontación en donde las premisas fundamentales son acerca de los roles sociales que se juegan entre el personal de salud y el paciente (actividad-

pasividad, paternalismo, clientelismo) y el fenómeno comunicativo entre ellos. (Donati, P., 1994).

Estos estudios desde la sociología de corte estructural funcionalista marcaron una dirección en las investigaciones posteriores, que obedece a las circunstancias histórico-sociales de la época. Por lo que el enfoque de la sociología médica está fundado en un pensamiento individual-biologicista, que va desde las definiciones de salud y del rol social del enfermo, el modelo de relación médico-paciente (por ejemplo Goss y Reader cit. en Freeman, 1998), acerca de las clases sociales menos privilegiadas y servicios de salud (Koos cit en Freeman, 1998).

Sobre esta línea en 1957, Robert Straus publicó en la *Revista Americana de Sociología* un artículo titulado “*The nature and status of medical sociology*”, (cit. en Straus, R. 2007) con lo cual se abrió un campo extenso de investigación en dos líneas: las relacionadas con el conocimiento sobre las características de la población usuaria de los servicios de salud; el tipo de enfermedades o la nosología; la falta de acceso a los servicios médicos; y algunas propuestas para la disminución de problemas como desnutrición o enfermedades recurrentes como la gripa y la tos; y por otro lado, aquellas interesadas en indagar sobre las instituciones hospitalarias, las organizaciones de salud y el personal que en éstas laboraba, como sobre el tipo de atención médica, productividad y excelencia de los trabajadores de la salud tanto en instituciones privadas como en los sistemas estatales de salud. (Gil Montes, V., 2004; Straus, R., 2007).

Otros trabajos que contribuyeron a fortalecer los lineamientos establecidos por Straus, fueron aquellos que cuestionaban el tipo de atención y la calidad del servicio médico; por ejemplo, en 1970 Hyman realizó estudios sobre el descontento médico-social, basó su investigación en la frecuencia con que los usuarios de las instituciones de salud se quejaban del tipo de tratamiento médico que recibían. Algo semejante ocurre con la compilación realizada por Freeman, Levine y Reeder en 1963 titulada *Manual de sociología médica*, donde se destacan temas como: Salud y enfermedad, conducta individual y organizacional, política sanitaria y métodos de estudio de la sociología médica. (Freeman, 1998; Gil Montes, V., 2004).

A partir de los años setenta, dentro del enfoque interaccional, Coe, Rosen y Freidson, incursionaron por un lado entre el médico y el paciente, y sobre la interacción entre diferentes grupos en un contexto organizacional como el hospital o la facultad de medicina. Coe trata temas como el campo de la sociología médica; la enfermedad y el enfermo, características de la enfermedad; la evolución histórica sobre la profesión y la práctica médica, así como la profesionalización de la disciplina médica y la historia sobre las instituciones sanitarias: la evolución y la estructura social del hospital moderno, los costos y la organización de los servicios médicos. (Freidson, E., 1978; Freeman, 1998; Gil Montes, V., 2004).

En los años 50's y finales de los 70's las líneas de interés de las investigaciones sociales giraron en torno de la relación de las enfermedades con el tipo de población que las padecía, enfermedades y factores de riesgo en poblaciones vulnerables, números de usuarios de los servicios de salud, la calidad de la atención en las instituciones hospitalarias y la organización de los sistemas de salud, etc. (Basail Rodríguez, A. y Álvarez Durán, D., 2004; Moncada Santos, M. y Villareal Varela, J. A., 2013).

En el contexto latinoamericano se encuentran los estudios de Néstor García Canclini (1991), Raúl Rojas Soriano (1995), Nereida Rojo Pérez (2000), Francisco Rojas Ochoa (2004), Libertad Martín Alfonso (2004), Alain Basail Rodríguez (2006) versando sobre temas de salud como fenómeno social; la adherencia terapéutica; el espacio social de los factores de riesgo; la aptitud social. (Basail Rodríguez, A. y Álvarez Durán, D., 2004; Moncada Santos, M. y Villareal Varela, J. A., 2013).

En contraposición, el enfoque de la sociología cultural, hace el énfasis en que:

[...] todos los grupos humano desarrollan saberes y técnicas de carácter preventivo y curativo, normas sociales de control y construcciones simbólico-culturales, para enfrentar los problemas de salud-enfermedad-muerte. Los mismos constituyen una serie de prácticas culturales comunitarias que forman parte de los mecanismos de control de la naturaleza y de las personas, para la reproducción del orden social imperante. (Moncada Santos, M., Villareal Varela, J. A., 2013, pp. 3).

Lo anterior además de sonar romántico, podríamos ingenuamente creer que entonces la solución es “formar” a los médicos bajo la premisa de *lo cultural* como por ejemplo las líneas interculturales.

Esta propuesta, surge en la década de los 40's con el fin de acercar al personal médico con el paciente en un contexto indígena y comunitario. En ella, se busca que el médico establezca una relación de simetría y respeto por medio de la comprensión de la cosmovisión de su paciente, es decir, que exista una relación entendida desde la cultura del paciente y la premisa de la diversidad cultural; una interrelación de los diferentes modelos y saberes médicos, que implicaría la adopción de ciertos modelos para ciertos pacientes con características determinadas y no un modelo universal para todos los pacientes; el personal de salud debe comprender las diferencias de los procesos bioculturales como el embarazo, puerperio, parto, etc.; entender a las enfermedades desde un enfoque antropológico, que implicaría un acercamiento desde la investigación-acción en la medicina tradicional a fin de comprenderlos en la cosmovisión médica alópata como parte inherente del proceso salud-enfermedad-muerte. (Lerín Piñón, S., 2004).

Sin embargo, el término de *interculturalidad* ha sido sometido a ciertas críticas y se ha cuestionado en el sentido de que si al hablar de *pluriculturalidad* e *interculturalidad* no reproduce la misma lógica que el término intenta cuestionar (Bhabha cit. en De Sousa Santos, B., 2012); en otras palabras, el médico intercultural que acude a la comunidad ha sido capacitado para acercarse a la población, pero de fondo se sostiene que existe una diferencia entre ellos, sino no tendría sentido capacitar al médico para comprender al otro. La comunidad se percibe como subdesarrollada y que necesita modernizarse, sin embargo el subdesarrollo de las comunidades se debe a que nutre el desarrollo de otras, por lo tanto, mientras se mantenga el sistema capitalista no se podrá cambiar. (Wallerstein, L., 1995; Bhabha cit. en De Sousa Santos, B., 2012).

Estas implicaciones ponen en tensión, además de la viabilidad, el trasfondo sumamente progresista y una falta de reflexión sobre el problema del Modelo Médico Hegemónico (MMH) del cual habla Eduardo Menéndez.

Ya finales del siglo XVIII, la clínica en su discurso y por tanto en su práctica, logra establecer como subalternas a las diferentes prácticas sociales, saberes, ideologías y teorías, como la herbolaria y la partería. Se constituye una forma única de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Menéndez, E., 1990). Es decir, se constituye todo un corpus de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida, de los sentidos, de las percepciones definidas que tenemos del mundo y por tanto de nosotros mismos, en otras palabras, se hegemoniza. (Williams, R., 1980).

La hegemonía del modelo médico debe ser analizada en la relación con las prácticas a las cuales subalterniza. La construcción de este modelo supone detectar una serie de rasgos considerados como estructurantes, los cuales deben ser entendidos como modelos a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Los principales rasgos estructurantes son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, E., 1988; 1990).

El modelo médico hegemónico (MMH) se encuentra dentro de los estudios antropológicos, que ha contribuido al estudio de la historia y formas de inserción de los modelos médicos en nuestro país a partir de textos como: *El modelo médico y la atención a la salud* (1978); *Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán* (1981); *Hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (1984); *Morir de alcohol* (1988); y *Hacia una práctica médica alternativa* (1992). En sus textos de manera general, Menéndez reflexiona sobre los tipos de modelos que se han creado para poder acceder a los problemas de salud-enfermedad. Desde esta perspectiva se puede interrogar acerca de ¿Cómo se gestan estos modelos de atención a la salud? ¿Responden o no a las necesidades de la gente en general y de qué manera?

Por lo que para ir más allá de modelos culturalistas se debe poner en tensión al sistema de salud en donde los procesos de salud, enfermedad, muerte y atención son parte del mercado económico, como por ejemplo la ley de la oferta y la

demanda, en donde el enfermo es un bien, una mercancía a la cual se le trata según su nivel de vida productiva o su papel en la sociedad. (Laurell, A. C., 1995).

Sobre esta línea se encuentran los estudios realizados sobre el análisis de las reformas establecidas en la nueva Ley del Seguro Social sobre todo con respecto al Programa de Reforma del Sector Salud. Por ejemplo, Asa Cristina Laurell cuestiona los lineamientos que se pretenden establecer en las políticas del sector salud como: el cobro de cuotas, las restricciones sobre el tipo de atención a los trabajadores y sus dependientes económicos, restricción de servicios médicos en algunas áreas laborales; todas estas medidas que llevan a una disminución importante de la intervención del Estado respecto de la seguridad social. (Laurell, A. C., 1995).

El enfoque anterior, el cual se desmarca de la corriente estructural-funcionalista, corresponde a la medicina social. Este campo fue impulsado por el médico argentino Juan César García, coordinador de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), formado en sociología en Chile, quien trabajó acerca de la educación médica, los determinantes de clase social en los procesos salud-enfermedad y las bases ideológicas de la discriminación contra los hispanos, desde 1966 hasta su muerte en 1984. Otras figuras importantes en su desarrollo son María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez quienes gestionaron junto con la OPS para el desarrollo del movimiento de la Medicina Social (MS) y así consolidar la disciplina y uno de los primeros posgrados en MS (1975) en la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco³. (Iriart, C., et al. 2002).

La medicina social *“considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que la componen. Por lo tanto, la medicina social define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales, pero con un encuadre teórico-metodológico colectivo. Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina”*. (Iriart, C., et al. 2002, pp.

³ Más acerca del posgrado en Medicina Social en:

<http://www.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/ppposg/medicina-social/historia/>

130)⁴. Que a diferencia de la salud pública, tiene como unidad de análisis a la población, la cual está definida como la suma de individuos, los cuales pueden ser clasificados en grupos según sus características como sexo, edad, educación, ingresos económicos, raza o etnia. (Iriart, C., *et al.* 2002).

Es así que para la medicina social, si no quedan explicitadas las características económicas, sociales, políticas e ideológicas histórico-sociales que definen a los sexos, clases, etnias, etc., en relación con el problema de estudio, se están desconociendo los determinantes que subyacen a la propia clasificación sexo, clase, etnia, etc. (Iriart, C., *et al.* 2002).

Sin embargo, cabe destacar que los individuos no se pueden totalizar en términos de “población”, ya que éstos, se constituyen en núcleos culturales, en grupos específicos, en figuras singulares. Es así, que el problema de la “categoría” de población, en realidad, nace a partir de los intereses de los investigadores y no de las personas con las que trabajan y /o estudian, simplemente no se pone en discusión. Un elemento que la medicina social aún no ha puesto en tensión.

Por otro lado, a partir de las premisas anteriores, la MS delimita dos objetos de estudio: la distribución diferencial del proceso salud-enfermedad en las poblaciones y las respuestas que cada sociedad desarrolla para enfrentar sus problemáticas de salud-enfermedad-atención. (Granados Cosme, J., A., Delgado Sánchez, G., 2005). Además que diversos autores destacan que la definición del colectivo no se realiza *a priori* sino que se entreteje con el problema que se pretende analizar. (Iriart, C., *et al.* 2002; Granados Cosme, J., A. y Delgado Sánchez, G., 2005).

Entre los aportes que ha hecho la MS es la aplicación de conceptos del materialismo histórico como clase social, el proceso de trabajo, la plusvalía absoluta y plusvalía relativa. Asa Cristina Laurell y Márquez (1983) con las nociones explicativas de desgaste y su nexos con lo biopsíquicosocial (Laurell y Noriega, 1990, cit. en Laurell, A. C., 1991); Breihl (1995) que dio cuenta con el perfil epidemiológico y el perfil patológico acerca de las tasas de morbilidad y menor esperanza de vida

⁴ Este artículo recupera 250 artículos, informes de investigación, libros, capítulos, trabajos presentados en congresos, entrevistas a especialistas del área de medicina social, contextualiza a la medicina social, sus teorías, métodos, debates contemporáneos.

en la clase trabajadora y en zonas rurales (Bronfman y Tuirán 1984; Wilkinson, 1997; Blanco, 1991 cit. en Granados Cosme, J., A. y Delgado Sánchez, G., 2005).

Además de investigaciones acerca de la asociación entre el espacio social y la enfermedad, la evaluación de la calidad de vida, el apoyo social, estudios de género y de masculinidad. (Granados Cosme, J., A. y Delgado Sánchez, G., 2005).

Acerca de políticas y prácticas en salud se ha profundizado en el desarrollo de la práctica médica moderna con la consolidación del capitalismo y en sí mismo como parte del proyecto de la modernidad, como por ejemplo la funcionalidad de la medicina científica en la reproducción de la fuerza de trabajo, el incremento de la tasa de ganancia y la legitimización del orden social, desde esta perspectiva fue posible construir un marco explicativo de la hegemonía de la práctica médica científica (modelo médico hegemónico) y su institucionalización en política pública. (Granados Cosme, J., A. y Delgado Sánchez, G., 2005).

En México, a lo largo de los últimos 20 años en México, se ha privilegiado la discusión sobre las políticas de salud basadas en las recomendaciones de los organismos financieros internacionales, así como el análisis de los sistemas de salud y debido a su tendencia por enmarcarse bajo las políticas reformadoras que apuntan a la privatización y mercantilización de la salud. (Granados Cosme, J., A. y Delgado Sánchez, G., 2005).

Por otra parte, en Brasil la corriente de la medicina social adoptó el nombre de *saúde coletiva* debido a que el movimiento sanitario surgido en ese país consideró importante destacar que el análisis del conjunto de prácticas y organizaciones de salud, incluida la práctica médica, abandonan la enfermedad, su tratamiento y el acto médico como ejes centrales del proceso salud-enfermedad-atención. (Iriart, C., et al. 2002).

El grupo de la Universidad de Campinas en Brasil ha desarrollado en el *Laboratório de Planejamento em Saúde*, investigaciones sobre la micropolítica de los procesos de trabajo en las instituciones de salud y ha realizado múltiples intervenciones junto a los servicios de salud para modificar la relación entre las instituciones sanitarias y los usuarios con un enfoque desde de lo institucional y del análisis de los procesos de trabajo. (Iriart, C., et al. 2002).

Es importante señalar que debido a que la mayoría de las investigaciones de la MS se realizan en Latinoamérica, éstas se encuentran en español y en portugués los cual ha representado una dificultad para su difusión en otros países.⁵

Por otro lado, dentro de los debates metodológicos en la medicina social se considera el contraste entre modelos empírico-funcionalistas e histórico-analíticos, los enfoques micro y macro sociales, las metodologías cuantitativas y cualitativas, entre lo individual, lo grupal y lo colectivo. (Iriart, C., *et al.* 2002).

Sin duda alguna, la MS y la investigación cualitativa tienen en común su permanente crítica al Modelo Médico Hegemónico, ya sea por su constante cuestionamiento a la organización de los servicios, a la generación de las formas de reproducción de conocimiento o a la formación de los profesionales del área de salud. (Mercado Martínez, F., J. y Robles Silva, L., 2004). Sin embargo, como se menciona anteriormente, Juan César García al ser decisivo en la conformación y el desarrollo de la MS, rechazó la corriente fenomenológica como opción de la realidad social y sanitaria. Él consideró que la fenomenología reduce y confina los acontecimientos sociales a la experiencia inmediata y al consenso en la comunidad, por lo que al centrarse en la experiencia cotidiana de los individuos y en su interacción, se estaba negando la existencia de los fenómenos estructurales. Es así, que este autor termina por concluir que la fenomenología es una corriente idealista con posturas reaccionarias que en sí mismas constituyen el sustento teórico de las políticas sociales y de salud en diferentes gobiernos. (Mercado Martínez, F., J. y Robles Silva, L., 2004).

Como consecuencia, entre ciertos autores (no puedo generalizar) de la MS hay una predominancia hacia las investigaciones cuantitativas, o una investigación cualitativa poco reflexiva sobre sí misma⁶, es decir que no se cuestiona a sí misma dentro de un marco positivista, como podría ser el uso de ciertos términos como el de *población*.

⁵ Iriart se ha propuesto iniciar una traducción de los materiales del español y el portugués al inglés para su difusión. *Ver referencia.*

⁶ No sólo la MS, sino muchas disciplinas en las ciencias sociales no hacen una reflexión profunda sobre este punto.

Para los autores Francisco J. Mercado Martínez y Leticia Robles Silva (2004) la investigación cualitativa en el área de la medicina social y en otras ciencias sociales, queda subordinada ante lo cuantitativo, por ser consideradas “interpretativas”, no son excluidas sino incorporadas como un elemento metodológico o una técnica. Ya que los enfoques fenomenológicos, del interaccionismo simbólico, la etnografía y de la hermenéutica son objeto de críticas debido a su “subjetivismo” y su “relativismo”, así como su supuesta incapacidad para comprender la determinación del *todo* sobre sus *partes* según los principios epistemológicos de la economía política de la salud. Es decir, que finalmente la corriente dominante de la MS termina por afiliarse al mito de la cientificidad a través del objetivismo experimentalista.

Considero que al igual que autores como Francisco J. Mercado Martínez, Leticia Robles Silva (2004) y Jaime Breilh (1994), el debate sobre lo cuantitativo y lo cualitativo es falso en sí mismo, ya que lo se pone en juego son los abordajes epistemológicos en donde pueden estar en sí mismos inmersos, es decir, lo cualitativo puede ser positivista, y lo cuantitativo además de no escapar a la interpretación, también puede pecar de relativizar, fragmentar y de no “comprender el todo sobre sus partes”.

Por ejemplo, para Jaime Breilh (1994), el punto de debate se centraría en cómo incorporar de manera dialéctica aquellas técnicas que permitan estudiar “datos”⁷ cualitativos y datos cuantitativos. Se proponen tres formas para resolver el dilema:

1. La investigación debe recurrir al análisis histórico y relacional.
2. El método científico requiere manejar técnicas cuantitativas y cualitativas en íntima relación y no de manera separada.
3. Se debe recurrir a las técnicas cualitativas de evocación y de análisis, como en el caso de la epidemiología crítica.

Así, desde el método dialéctico, las relaciones y expresiones sociales no se dan a conocer en forma directa, sino que se construyen en el marco de las relaciones estructurales, así aunque la investigación cualitativa sea “incapaz” de dar

⁷ Las comillas son mías.

cuenta dichas relaciones estructurales, se le considera útil para el estudio de ciertos fenómenos sociales. (Mercado Martínez, F., J. y Robles Silva, L., 2004).

En una postura opuesta, María Cecilia Minayo propone desde la hermenéutica-dialéctica el abordaje para la investigación cualitativa, sosteniendo que ésta debería ser aquella que sea capaz *“de incorporar la cuestión del significado y la intencionalidad como elementos inherentes a los actos, las relaciones y las estructuras sociales, entendidas estas también como construcciones humanas significativas tanto en su origen como en su transformación”*. (De Sousa Minayo, M. C., cit. en Mercado Martínez, F., J. y Robles Silva, L., 2004, pp. 42). Lo anterior, de cierta manera es la reincorporación del sujeto que había sido no sólo expulsado sino además negado, desde las investigaciones cuantitativas.

Por otro lado, así como el método dialéctico reitera la subordinación de la cualidad, frente a su “ineptitud” de poder asir a la “estructura”, María Cecilia Minayo hace un llamado de atención para reflexionar que la noción de *metodología cualitativa* también puede dirigirse a la presunción de afirmar superioridad de la cualidad frente a la cantidad, situación que remite a la lucha teórica entre el positivismo y las teorías comprensivas. (De Sousa Minayo, M. C., 2007).

Ella insiste en el trabajo de constante reflexión sobre su pertinencia para el problema de investigación, sobre las limitaciones metodológicas de una técnica frente a la otra y el cuestionamiento del porqué subyacente para su utilización. En ese sentido, la crítica está dirigida hacia el empleo de diseños, métodos, técnicas o del análisis de la información, donde muchas veces se evita la reflexión epistemológica en torno al uso de las propuestas cualitativas. Si se deja de lado la reflexión acerca de ello, se corre el riesgo de asumir una posición pragmática y utilitaria en el uso de las técnicas cualitativas para explorar temas epidemiológicos, de la práctica médica o la formación de recursos humanos, en una especie de “eclecticismo apacible”, así también de convertirse en una “moda metodológica” y convirtiéndose así en un ejercicio investigativo donde la técnica define al objeto de estudio y no viceversa. (Mercado Martínez, F., J. y Robles Silva, L., 2004; De Sousa Minayo, M. C., 2007; 2010).

De acuerdo a lo anterior, podría sospecharse que el abordaje adecuado para el problema de la presente investigación sería el de la medicina social. Sin embargo, aun cuando recientemente la MS ha ido incorporando el fenómeno de la subjetividad y el cual constituye un indicio de la reestructuración de esta tradición teórica, sigue sin ser un marco ideal para abordar el tema de la desafección en los médicos. Además, para diferenciar entre la medicina social y la psicología social primero habría que empezar por preguntarse acerca de que dice la psicología en relación a lo médico. Y como se menciona anteriormente la MS termina por caer en el mito cientificista.

No obstante, la psicología es un campo contradictorio y heterogéneo que tiene una historia muy particular y considero que necesita su propio apartado, por lo que a continuación se hace un recorrido de las diferentes psicologías que han abordado el problema de la salud y de lo médico.

1.2 ¿QUÉ HACEN LAS PSICOLOGÍAS EN LA INSTITUCIÓN MÉDICA?

Un elemento fundamental para abordar las problemáticas existentes de las psicologías es la *tara* con la que surge, es decir, un defecto de nacimiento a causa de la escisión cuerpo/alma cartesiana y del pensamiento racional-científico occidental. Desde inicios la psicología ha luchado con dientes y uñas para ser llamada *ciencia*, ya que éste es *el* conocimiento reconocido como “válido”, y que por si no fuera poco, sólo algunos (las clases dominantes) logran apropiarse de dicho conocimiento, la cual pasa a ser una herramienta al servicio del estado y de la producción capitalista. El efecto: se construye un paradigma dominante, el positivista, el cual niega y desprecia los saberes de la gente, como lo son el sentido común, lo religioso y lo mágico. (Paoli Bolio, F., 1990; Fernández Christlieb, P., 1994; Jaidar, I., Baz, M. y Vargas, L., 2002).

Después de la primera guerra mundial y a partir de los años 20's la mayoría de las teorías psicológicas con el fin de ser científicas, recurrieron a una sobreproducción de manuales, a la comprobación de hipótesis por medio de la experimentación, equiparando lo objetivo con el conocimiento científico, y centrando

toda su atención y actividad teórica en éste. (Rodríguez Marín, J., 2001, Morales, J. F., 2002; Fernández Christlieb, P., 2011).

Por lo que tenemos a una psicología hegemónica que se encarga principalmente del estudio del comportamiento y del aprendizaje, la cual ha trabajado arduamente para ser científica. En el caso de los abordajes acerca de lo médico, esta psicología ha recuperado mucho de los enfoques médicos y de la sociología estructural funcionalista de Parsons, como son los modelos de Szasz y Hollander (Cit. en Rodríguez Marín, J., 2001). O en el caso de la psicología el modelo de la Teoría General de los Sistemas con Henderson en 1909, Ludwig von Bertalanffy en 1969 (Bertalanffy, L. V., 1976) y Gregory Bateson en 1951 (Rodríguez Marín, J., 2001) o las teorías de sistemas de las relaciones sociales (Pareto, 1930, Cit. en Rodríguez Marín, J., 2001).

La psicología de la salud surge junto a la medicina comportamental con dos eventos que dieron lugar a la concreción de la disciplina, una en 1977 en una conferencia en Yale y la segunda en una reunión del Grupo de Investigación en Medicina Comportamental de la Academia Nacional de la Ciencia de EEUU en abril de 1978. (Rodríguez Marín, J., 2002).

Es así que la medicina comportamental se define como *“el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento, relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.”* (Schwartz y Weiss, 1978 cit. en Rodríguez Marín, J., 2002, pp. 187). Dentro de este marco, aparece la psicología de la salud como un área más específica que centra su mirada en el papel de la psicología como *ciencia y profesión* en el campo de la medicina comportamental, en particular focalizando su atención hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud⁸ a través de la modificación del comportamiento. (Rodríguez Marín, J., 2002).

Por lo que, de manera general, la psicología de la salud tiene como objetivo promover y brindar recursos para el cuidado de la vida. (Rodríguez Marín, J., 2001;

⁸ Y por supuesto, la salud entendida desde su conceptualización más clásica de la OMS como el “estado de completo bienestar, físico, psicológico y social”.

San Martín, 1984; Morales Calatayud, F, 1999). En un umbral que va desde lo relativo a cualquier aspecto la salud y/o enfermedad física, ya sea desde las diversas áreas de la psicología tales como la evolutiva, la fisiológica, la cognitiva, la industrial, las organizacionales, la social, etc.; referente al sistema sanitario incluida la organización, el personal de salud y los pacientes; o la formación de políticas sanitarias. (Rodríguez-Marín, J., 2002).

En ese sentido la psicología de la salud se considera como *“cualquier aplicación científica o profesional de conceptos o métodos psicológicos, a todos los problemas propios del campo de la salud, no sólo con relación al sistema de cuidado de salud, sino también al sistema de salud pública, financiación, legislación, etc”*. (Stone, 1979, cit. en Rodríguez Marín, J., 2002: 186).

Además, ésta se propone no sólo dirigir su atención al “individuo”⁹ cuya salud está en cuestión, sino abarcar también al conjunto complejo de instituciones y fuerzas dentro de las cuales se “persigue la salud”. (Stone, 1983, cit. en Rodríguez Marín, J., 2002). Este supuesto de considerar a la persona dentro del “conjunto”, propone que el psicólogo de la salud debe estudiar las relaciones de la persona con los problemas de salud sobre una línea “quasi-temporal”, que va desde un extremo en el que la persona es “consciente” de ciertos acontecimientos que todavía no la ponen en peligro, hasta un estadio en el que sucumbe y desarrolla los síntomas alcanzando el estadio de conducta de enfermedad, en el que el individuo se determina a buscar ayuda profesional. Al decidir que necesita cuidados, la persona adopta el “papel de enfermo” (he aquí la influencia de la sociología estructural funcionalista) y se sumerge a las lógicas del proceso de tratamiento, que van del diagnóstico, la adherencia, el seguimiento, al alta, incluyendo si habrá o no una fase de rehabilitación que “preparará” a la persona a adaptarse a los déficits residuales del episodio de enfermedad. (Rodríguez Marín, J., 2002).

Acerca de los servicios de cuidado de salud, el abordaje está basado en la organización sanitaria y el trabajo de los profesionales, la satisfacción del personal de salud, de los usuarios y de la calidad de la asistencia. Así como el clima socio-

⁹ Todas las comillas de este párrafo son mías a propósito del cuestionamiento de los términos y conceptos que utiliza la psicología de la salud para definirse a sí misma.

laboral del personal de salud. (Rodríguez Marín, J., 2002). En ese sentido desde la psicología de la salud, el hospital se convierte en el objeto de estudio para *“explicar el entramado de redes comportamentales y sociales donde las personas con sus actitudes, aptitudes y emociones interactúan entre sí con la situación de salud-enfermedad que viven ya sea como pacientes o como personal de salud”*. (Santoloya Ochando, F. J. y Novoa-Gómez, M., 2009, pp. 150).

Como consecuencia, los estudios de esta vertiente de la psicología de la salud han centrado su atención en los comportamientos¹⁰ que van desde la “promoción de la salud” hasta la “prevención de la enfermedad” pasando a través de las instituciones entendidas más bien desde la lógica de una psicología organizacional y laboral. Por ejemplo, se han estudiado factores como el marco físico del ámbito hospitalario, la pérdida de intimidad, la despersonalización, el cambio de roles y hábitos al ingreso del hospital, el modelo de creencias y la representación social de la enfermedad y la jerga técnica utilizada por el personal de salud. (Rodríguez Marín, J., 2001; 2002).

De ahí que se ha enfatizado en la comunicación y los *tipos* de relaciones que se construyen entre el médico y el paciente, modelos que ponen el acento en el nivel de control que ejercen entre ellos. Si el control que ejerce el médico es alto, se convertirá en una relación paternalista, por el otro lado, si el control lo tiene el paciente, se transforma en una relación clientelista, etc. (Rodríguez Marín, J., 2001; 2002).

En consecuencia, los representativos de las investigaciones de la psicología hegemónica de corte conductista e influenciadas por la sociológica estructural-funcionalista, han contribuido en realizar un reconocimiento de los aspectos sociales y culturales en la influencia de los procesos salud-enfermedad, pero al mismo tiempo han potencializado la construcción de instrumentos y técnicas de medición como encuestas, cuestionarios, pruebas, escalas de actitud, etc., lo cual ha contribuido en la construcción, producción, clasificación y selección de la enfermedad tanto de enfermos como del personal de salud, convirtiendo las

¹⁰O desde los enfoques cognitivistas el modelo de creencias de salud de Becker (Álvarez Bermúdez, J., 2002).

relaciones sociales de los involucrados (tanto el personal de salud como las personas que acuden a los servicios) en estadísticas. (Gil Montes, V., 2004).

En este sentido, se cae en la descripción de factores que repercuten en el paciente y se proponen cambios al modelo médico tradicional, empero quedan en la línea de “recomendaciones”, ya que por la misma estructura hospitalaria no se pueden llevar a la práctica por que no se logra elucidar la dinámica de la institución. En su lugar, se han constituido varias vertientes en la psicología de la salud como lo son la psicología hospitalaria y la psicología de enlace.

La primera se ocupa de problemáticas como: el estrés y la salud en enfermos ambulatorios y hospitalizados; la intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico; la intervención psicológica en los pacientes oncológicos; los programas de rehabilitación; preparación e intervención en pacientes quirúrgicos; psicología y la Unidad de Cuidados Intensivos; la preparación y selección de candidatos para trasplante de órganos. (Soriano Pastor, J., Monsalve Dolz, V., Santolaya, J., *et. al.* 2009; Gómez Rojas, M. T., 2007). Y la segunda, que en realidad es una derivación de la psicología hospitalaria, funge como puente entre los familiares del paciente y el paciente con el personal de salud, cumpliendo tareas como el informar al paciente sobre su diagnóstico, no sólo desde el punto de vista del paciente, sino también del familiar; toma en cuenta las demandas y presiones de la familia, además de las del paciente, con el fin de “promover un funcionamiento más saludable” de todos los afectados. (Carrillo Esper, R. y Gómez Hernández, K., 2011; Varela, B., 2002).

Hasta este punto nos podemos percatar que el abanico psicológico cuenta con un mosaico muy diverso para abordar los temas de la salud y de lo médico. Sin embargo, dentro de esta misma conceptualización de la psicología de la salud, de manera aún más específica se encuentra la psicología social. Para fines de este apartado sólo haré mención del ala hegemónica dentro de la psicología social que aborda las problemáticas de salud.

Esta ala de la psicología se caracteriza y clasifica a sí misma desde dos aproximaciones: una centrada en el individuo y otra más de corte “sociológica” o más ocupada en lo colectivo. La primera aproximación, referirá al control de la conducta, de las formas de pensamiento, del procesamiento de información y de la

comunicación, es decir una “psicología social psicológica”; y por otro lado una psicología social sociológica, más preocupada por el contexto y por el conocimiento que es fundante en sus relaciones sociales aquella ocupada de los procesos evidentemente sociales que ocurren en la vida cotidiana. (San Martín, H., 1992; Rodríguez Marín, J., 2001; Alvarado, J. L. y Garrido, A., 2007). Empero, su propia caracterización, de nuevo escinde y reduce a los sujetos y a lo social como si se trataran de entes sin relación¹¹.

Ahora podría venir un momento de frustración para el/la lector/a, ya que el problema de este trabajo no se abordará desde ninguna de las perspectivas anteriores. Sin embargo, como lo menciono al principio de este apartado, el interés de todo este recorrido es intentar poner en tensión las implicaciones de estas disciplinas y los efectos que acarrea su práctica.

Por lo que debe señalarse que si bien el papel de la psicología de la salud tiene repercusiones positivas en los pacientes y en el personal en términos muy generales de un “mejor manejo de sí mismos” en el ámbito hospitalario y de la salud, ésta no reflexiona acerca de las implicaciones políticas y éticas de su propia praxis, que incluye sus teorías, metodologías y por tanto su intervención. Por ejemplo, en el caso de la preparación y selección de candidatos para el trasplante de órganos se parte de:

- La evaluación de las características de personalidad, lo cual se refiere que hay algunas personalidades que se adaptan mejor a este proceso que otras.
- Las estrategias de afrontamiento previas y actuales, en caso de no contar con ellas, la labor terapéutica consistirá en brindarle estas estrategias.
- La historia de adherencia a los procesos de autocuidado, es decir que alguien que haya seguido los tratamientos de manera rigurosa tiene mayor probabilidad de seguir el tratamiento.

¹¹ No obstante, se debe hacer mención al trabajo de la psicología de la salud comunitaria, la cual se pregunta acerca cómo se construye la comunidad en relación a las construcciones, representaciones, significaciones e imaginarios de la salud-enfermedad-muerte. (San Martín, H., 1984; Montero, M., 2010; Martínez Villaseñor, N., 2011).

- El nivel de razonamiento lógico y comprensión, con el fin de que comprenda las implicaciones que conlleva ser un paciente trasplantado (llevar el tratamiento y cambios del estilo de vida).
- Estilo de vida, que se refiere que hay personas con hábitos y maneras de vivir su vida más “deseables” en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Factores de riesgo por eventos anteriores o actuales críticos a nivel emocional o psicopatológico, que incluye el consumo de sustancias, “mala” dieta (alta en grasas).

Todo lo anterior con el fin de tener la mayor probabilidad de tolerancia al manejo de las condiciones posteriores al trasplante, adherencia a los medicamentos, al autocuidado, a los controles médicos y capacidad de afrontar y solucionar eventos que puedan ocurrir asociados al trasplante. (Gómez Rojas, M. T., 2007). Lo cual quiere decir que si se realiza una “evaluación” bajo el ojo clínico del DSM-V que indique que la personalidad propicia la no adherencia al tratamiento, o que ha llevado un estilo nocivo para su salud y que no está dispuesto a modificar estas conductas combinado con un mal historial de adherencia al tratamiento, o tal vez que sí quiere cambiar conscientemente pero no cuenta con redes sociales que lo apoyen y se determina que tiene demasiados factores de riesgos emocionales o psicopatológicos, el psicólogo de la salud determinará que no es candidato para el trasplante. Esto es, que hay un alguien que determina *a priori* quién sí tiene posibilidades de convertirse en candidato y quiénes no.

Como es el terrorífico ejemplo del multimillonario David Rockefeller¹² de 99 años quien va por su sexto trasplante de corazón, quien además también recibió un doble trasplante de riñón, es decir que estos criterios pueden ser no-aplicables o

¹² La noticia corrió por el internet el 1 de mayo del 2015, sin embargo en algunas páginas decía que no era verdad que hubiese recibido un 6to corazón, pero sí que ya ha recibido cinco corazones, por lo que cito alguno de los links de las notas donde se asegura que sí recibió el sexto trasplante. <http://www.sdpnoticias.com/sorprendente/2015/05/01/david-rockefeller-recibe-su-sexto-transplante-de-corazon-a-los-99-anos-de-edad>; <http://mundo.sputniknews.com/increible/20150501/1036981670.html>; <http://www.globaltruth.net/at-100-the-secret-of-david-rockefellers-longevity/>

estar por encima de los lineamientos para las clases dominantes. Suena muy similar a “cuerpos que no importan¹³” o a “vidas sin derecho de ser vividas¹⁴”.

Dicho de otra manera, hace referencia a mecanismos o dispositivos productivos, que no dejan inalterada la realidad a la que afectan y comprometen. Aquello que produce cierta subjetividad y que también produce muerte. Que torna a un sujeto a su propio objeto, que lo objetiviza. Aquello que Foucault señala como procesos implicados de la política de la vida o *sobre la vida*. (Esposito, R., 2006; Foucault, M., 2013). La biopolítica, es aquello que designa “*lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana*” (Foucault, M., 2013, pp. 126).

Lo anterior, es importante destacarlo ya que, la psicología hegemónica ha tenido un papel relevante en el desarrollo de esta problemática¹⁵. Por ello, es menester señalar que no sólo depende de los alcances de las teorías, sino también, de cómo se miran o abordan ciertas problemáticas. Como es el ejemplo de la psicología de la salud que dentro de sus buenas intenciones de modificar comportamientos termina por humanizar al capitalismo más salvaje.

Por lo tanto, es necesario discernir entre la gama de abordajes al interior de las disciplinas, debido a que en un polo se encuentra a una psicología de poca reflexión sobre sí misma, pero también encontramos otras aristas que intentan ser críticas y que han dedicado a problematizar su propio devenir. Así queda a la vista que las disciplinas tienen límites, también habrá que resaltar que son los sujetos *en* las investigaciones quienes hacen las rupturas dentro de las teorías y de las disciplinas.

Sin embargo hay que tener en cuenta que se debe tener cuidado en no ser el intelectual del Estado o del partido, de aquel intelectual orgánico del que habla Gramsci, un investigador mercenario al servicio de la producción de saber para el poder; pero tampoco convertirse en una especie de “mesías”, como el intelectual

¹³ Haciendo referencia a Judith Butler con “Cuerpo que importan”

¹⁴ Y referencia a Giorgio Agamben en “Homo sacer”

¹⁵ Se pueden revisar los planteamientos de la “Cultura Psi” de Ana María Fernández; las tecnologías del Yo en Michel Foucault; y de la psicopolítica de Byung Chul Han.

comprometido de Fanon que “recupera una sociología desde abajo”; sino que se trataría más bien de un investigador anticlimático con los intelectuales comprometidos y orgánicos, es decir, de un investigador implicado. (Lourau, R. 1980).

Sobre lo último residirían algunas de las diferencias entre la medicina social y una vertiente de la psicología social, esto es la implicación y la subjetividad. La psicología social le apuesta por el esclarecimiento y elucidación del devenir de los sujetos, surcado por aconteceres grupales e institucionales a través de la historia. Esto posibilita la construcción de nuevas miradas sobre los procesos de creación de sentido en las formaciones (subjetividades) colectivas. (Baz, M., Perrés, J., 1997).

Ya que en el caso de la salud, el saber médico y las medidas políticas y administrativas se entrelazaron con las prescripciones de vida y comportamientos de los sujetos, exigiendo una forma dada de subjetivación, por lo que a partir de este enfoque existe la posibilidad de aproximarse a los médicos desde otro lugar, ya no desde la función, la estructura, la organización o la patología, sino como un pliegue del sujeto en la operatividad e intención de un dispositivo, lo cual permite elucidar a qué necesidades responden y cómo se producen procesos de subjetivación.

En el siguiente capítulo se abordará la construcción del dispositivo de investigación, y en él la concepción de los procesos sociales que se pretende indagar. Se incluyen las condiciones que posibilitaron la conformación de la propuesta del análisis institucional y del socioanálisis de lo *médico*. En otras palabras, podríamos resumirlo en el nivel teórico, qué conceptos; nivel político, cuál es la propuesta teórico-metodológica y las implicaciones políticas que tiene esta intervención; y el nivel ético, desde dónde se concibe al otro y qué noción de la relación con éste se está articulando.

* * *

CAPÍTULO 2 - ¿DISPOSITIVO O ANALIZADOR CONSTRUIDO?

2.1 LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE GRUPOS E INSTITUCIONES

El campo de estudio que define la propuesta de la maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco, surge de un análisis que intenta articular dos fenómenos sociales concretos y problemáticos: los grupos y las instituciones. Su estudio, implica desarrollar una estrategia que aluda a la producción de conocimiento en torno a los procesos relativos a la subjetividad colectiva. Así, los grupos e instituciones pueden ser entendidos como procesos dentro un campo de estudio particular y que posibilita la problematización de lo grupal, tanto en su constitución, como en sus formas, sus características, sus efectos, y de su relación con lo institucional; y por otro lado, el abordaje de lo institucional como algo mucho más complejo que como una red de relaciones, más allá de las dimensiones normativas y materiales que la originan y la sustentan¹⁶.

En virtud de lo anterior, la formación del psicólogo social está dirigida para poder posicionarse lo más adecuadamente posible ante los fenómenos que estudia, investiga y sobre los que interviene. Es decir, a partir de un *otro lugar* donde se parte de la comprensión experiencial de los fenómenos grupales e institucionales, que termina por darle sentido a los saberes teóricos, metodológicos y técnicos. De esta manera, existe la posibilidad de incluir los procesos de reflexión, cuestionamiento y pensamiento de los sujetos en su hacer cotidiano, de su existencia concreta en un espacio compartido y en su relación estrecha e ineludible con los saberes que entrecruzan y configuran lo social. Por lo que la propuesta de intervención va dirigida a una problematización que implica un campo de reflexión, donde los procesos de subjetivación y el trabajo ético del sujeto sobre sí mismo se ponen en juego. (Baz, M., Perrés, J., 1997).

Bajo los supuestos de la construcción de nuevos panoramas que intentan elucidar los procesos subjetivos en los campos grupales e institucionales como

¹⁶Recuperado en: <http://csh.xoc.uam.mx/index.php/posgrados/maestria-en-psicologia-social-de-grupos-e-instituciones?showall=&start=1>

elementos inherentes a lo social, se apunta a la construcción de un *dispositivo*, el cual supone la posibilidad de arrojar luz sobre los acontecimientos de la vida cotidiana; apuntando a la transformación en los posicionamientos subjetivos y a la apropiación de mejores recursos de inteligibilidad en los vínculos que tejen las tramas transindividuales e intersubjetivas que los contienen. (Baz, M., Perrés, J., 1997; Salazar Villava, C., 2004).

Pero ¿qué es un *dispositivo*? De manera general, desde la perspectiva de Michel Foucault, el dispositivo puede entenderse como una función estratégica dominante, la cual implicaría ciertas manipulaciones de fuerza, ya sean para desarrollarlas en cierta dirección, bloquearlas, utilizarlas o estabilizarlas. Éste, tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder y ligado a límites del saber que lo condicionan. (Agamben, G., 2011; Foucault, M., 2013; García Canal, Ma. I., 2006). Es decir, un dispositivo es todo aquello que de alguna manera tiene la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar gestos, comportamientos, opiniones y discursos. Como tal, es resultante del entrecruzamiento de relaciones de poder-saber. Foucault toma posición respecto de un problema decisivo del que él se apropia: la relación entre los sujetos como seres vivos y el elemento histórico. Así, para este autor, el dispositivo se entiende como el conjunto de instituciones, procesos de subjetivación y reglas, en cuyo seno, las relaciones de poder se concretan. (Agamben, G., 2011, Foucault, M., 2001; 2013).

Sin embargo, ¿el dispositivo en la investigación se puede entender de esta misma forma? Agamben examina el concepto a partir de las definiciones del uso común en francés, en donde se pueden distinguir tres sentidos de este término: un sentido jurídico, uno tecnológico y un sentido militar. A partir del último, el dispositivo hace referencia al *dis-ponere*, poner en cierta posición, o más precisamente al *conjunto de los medios dispuestos conforme a un plan*. (Agamben, G., 2011).

Ahora bien, ¿cómo se plantea en la investigación? Ya no se trata de la propuesta de Foucault, sino más bien, *a la disposición* de una serie de prácticas y mecanismos, que puede tener como objetivo el hacer frente a una urgencia y de

conseguir un efecto. (Agamben, G., 2011). ¿Cuál es el efecto que se quiere conseguir y por qué? ¿Quién lo realiza? ¿Quiénes están inmersos en este proceso?

En primer lugar, esta disposición implicaría una construcción situada bajo un contexto histórico-social específico y entrelazado por un *corpus* teórico que construye una noción de sujeto, en la cual no existe una escisión entre el sujeto y el objeto, sino se trata del sujeto doblándose sobre sí mismo. Por lo tanto, desde un primer nivel, el dispositivo representaría una forma de posibilitar la elucidación de los pliegues del sujeto. (Manero Brito, R., 1995_b). Dicho de otra manera, desde un nivel ontológico, aquello que intenta responder quién es el sujeto de la investigación y éste cómo se está concibiendo.

En segundo lugar, se debe tomar en cuenta que la construcción del dispositivo es una artificialidad del *continuum* socio-histórico, ya que siempre se está incidiendo sobre la realidad y por tanto se perturba la dinámica de la cual se intenta dar cuenta, debido a que la sola presencia del investigador produce algo en los otros y viceversa. Pero al contrario de una lógica positivista, no se espera controlar las variables ni a los sujetos, sino que se parte de la impredecibilidad y que más bien el dispositivo deberá estar construido con la intencionalidad de permitir alzar sobre las condiciones que posibilitan la emergencia de ciertos fenómenos, esto es, de las contingencias y de la singularidad. (Ardoino, J., 1987; Manero Brito, R., 1991_a). Lo cual nos llevaría hacia un nivel epistemológico, en otras palabras, cómo se construye la realidad y mediante qué procesos se está construyendo.

En un tercer nivel, desde lo teórico-metodológico, requeriría la necesidad de preguntarse acerca de qué conceptos y cómo se intenta comprender la realidad que se busca investigar. Esto implicaría, un dispositivo con puntos de referencia (teóricos y metodológicos) pero lo suficientemente inestable y dinámico que permita la apertura y flexibilidad del encuentro entre sujetos.

Desde esta postura, la metodología tendría que quedar inmersa o se convierte en el proceso mismo de encuentro con el otro, del investigador y del investigado, ya que no sólo articula la elucidación del campo, sino también las implicaciones del investigador, debido a que éste se encuentra dentro del dispositivo. Es importante señalar que el lugar social del investigador predetermina su propio dispositivo de

observación y, con ello, los dispositivos de investigación producen los fenómenos que desean observar, ya que esto presupone una lectura determinada de la situación. (Manero Brito, R., 1995a).

Sin embargo, ¿se pueden admitir e incorporar las preguntas acerca de las propias condiciones de posibilidad en una investigación? ¿La *ciencia permite* esta discusión al interior de una investigación? ¿O más bien se debería tratar de una investigación lo más pulcra y lejana de mis preocupaciones personales y biográficas? ¿O siquiera es posible negarlas y hacer de cuenta que éstas no están detrás de toda investigación?

Esta problemática guarda relación estrecha con el cómo se ha constituido la ciencia y cuáles son los criterios de verdad con los que se determina el camino a construir en la investigación. Discusiones relacionadas a la producción misma de saber y de aquello que se considera como válido: la institución de la ciencia. Como premisa, se tendría que plantear que toda investigación “científica” consiste en un acto de parcialización, de recorte y de resignificación de la realidad, las cuales son las propias condiciones que permiten la existencia de la realidad misma. Debido a que la forma en la que se ha constituido la ciencia, oculta y niega el modo en que esta misma se produce y se organiza. “*El saber especializado (y quizás también todo saber social) se asienta sobre la ignorancia y el ocultamiento de sus propias condiciones de producción*”. (Manero Brito, R., 1995a, pp. 248).

Es así, que para tratar de problematizar lo anterior, se tendría que incluir en el proceso de investigación una forma de elucidar la relación que liga al investigador con la propia institución científica. (Manero Brito, R., 1995a). La propuesta del análisis de las implicaciones, consiste “*en tratar de restituir, en el corazón mismo del dispositivo de investigación, la problemática de las implicaciones en el proceso de la investigación*”. (Manero Brito, R., 1995a, pp. 262). En otras palabras, en la integración del sujeto que investiga en el proceso mismo de la producción de conocimiento, no como elementos separados, ni como objetividades o completudes, sino como parte de un sin número de pliegues del sujeto doblados uno sobre otro: del campo social en donde se lleva a cabo la investigación, de las condiciones sociales e históricas singulares, de las trayectorias personales del investigador. No

partiendo desde la escisión esquizofrénica de lo público-privado o biográfico-académico sino del resultado de preguntarnos y tensionar sobre nuestra propia curiosidad, cómo surgen las inquietudes y preguntas referentes a esta investigación y no otra. Estas aproximaciones no se tratan de algo que ocurra azarosamente, al contrario, tiene que ver con nuestro lugar en la sociedad, en la división del trabajo, en los grupos sociales de pertenencia, etc.

De esta manera se asume al investigador como emergente de un grupo social específico, ya sea el colectivo de donde parte nuestro saber social o de los dispositivos que nos atraviesan. En ningún momento se propone que se trate de un “investigador supraconsciente”, sino de la admisión y la problematización del propio mecanismo de la percepción de la mirada, la cual se encuentra ya instituida a partir de los propios deseos, demandas, objetivos, etc., siempre se miran desde los esquemas propios. (Manero Brito, R., 1995_a).

Se debe tener precaución de no confundir al análisis de las implicaciones con la *sobreimplicación*¹⁷, no es el compromiso último con alguna causa. (Lourau, R., 1991_b). O de mencionar las implicaciones como un apartado “especial” dentro de la investigación. ¿Se puede evitar caer en el “*implíquese, re implíquese pero no analice sus implicaciones*”? (Guigou cit. en Lourau, R., 1991_b). ¿Cómo se *analizan* las implicaciones?

No existe alguna fórmula que indique como se deberá realizar éste análisis, sin embargo, considero que por un lado, se deberá contener tanto la admisión de esta mirada y escucha singular, que junto con el corpus teórico-metodológico, delimitará también los fenómenos que se quieren elucidar. (Manero Brito, R., 1996). Y por otro lado, la explicitación de lo anterior a lo largo del texto, esto es, que las decisiones que fueron llevando a lo largo del proceso no son meras contingencias o decisiones “científicas”. Si no se trata de un atravesamiento y entramado complejo que ha dirigido la curiosidad a investigar algo de cierta manera: el vínculo del investigador en la producción de conocimiento y las intencionalidades de la propia investigación.

¹⁷ Más sobre este problema ver: Lourau, R. (1991_b). Implicación o Sobreimplicación.

Lo anterior, “[...] *se enfrenta directamente a dos obstáculos emanados de las formas instituidas del saber; en primer lugar, la fragmentación del conocimiento y de la escritura*”. (Manero Brito, R., 1995a, pp. 262). ¿Qué se recorta y qué se escribe en la investigación? ¿Cómo se escribe lo que se escribe?

En ocasiones, la polisemia de voces en la investigación es reducida a procesos monoreferenciales y monodimensionales, o produciendo una escritura que se ciñe a los requerimientos de la institución científica. El análisis de las implicaciones, consistiría en ir más allá de la propia reflexión y explicitarlo a lo largo del texto, enunciar aquellas condiciones en las que se gesta la investigación a las que sí se puede acceder y nombrar; señalar aquello del lugar del grupo social que produce ciertos encargos que dirigen la mirada del investigador, las preguntas, los marcos referenciales que si se pueden discernir y que son aquellas que hacen más ruido a la hora de la redacción.

Sin embargo no es tan fácil como se lee, una de las primera dificultades a las que me enfrenté fue el cuestionar y posteriormente romper con las formas instituidas de la ciencia, un imaginario del *deber ser* de una investigación hecha y derecha, debido a mi propia formación como psicóloga, aquella que es ampliamente descrita y cuestionada en el primer capítulo. Por otro lado, las interrogantes de cómo incorporar las discusiones que tuvieron lugar con los sujetos inmersos en la investigación y que fueron uno de los elementos más importantes para la toma de decisiones. Al menos en este caso, se terminó por caer en un proceso de tensión y duda sobre lo qué se debe escribir y qué no, o de cómo se *presenta* el proceso mismo de investigación. Y si con todo esto, ¿realmente se rompe o se escapa de la forma instituida de escritura científica?

Una propuesta para intentar salir de la encrucijada anterior, al menos para mí, tiene que ver con preguntarse seriamente sobre quiénes son los que se posicionan como los interlocutores de la investigación y cómo es que se involucran en el proceso de construcción de la misma.

Desde esta posición, los interlocutores ya no son más *sujetos de* la investigación, sino sujetos inmersos en un proceso. En ese sentido, la idea de rigurosidad en la investigación ya no tendrá más que ver con la definición de

conceptos y ni de explicitación de decisiones objetivas y científicas, sino del énfasis y elucidación de los vínculos de los sujetos sumergidos en los procesos de construcción de conocimiento; de la elucidación de las relaciones que tiene el investigador, como sus vínculos con la institución de la ciencia, la elección del marco explicativo y metodológico, y por su puesto con aquello que investiga. Además de la inclusión del diálogo en el que se reconstruyen las condiciones de posibilidad que hacen surgir el punto de vista del entrevistador y el entrevistado, ambos como elementos implicados en el proceso de construcción y con la posibilidad de ponerlos en tensión y discusión. (Manero Brito, R., 1996; Gómez Carpinteiro, F., 2014).

Lo anterior, llevaría necesariamente a un último nivel de nuestro dispositivo, el ético-político, en donde se hace necesario plantear cuál es el papel no sólo del investigador, sino de la investigación misma en la sociedad y su vínculo con los sujetos que constituyen el proceso mismo de investigación. No hay una distinción jerárquica entre el investigador y el investigado, sino se trata, de una pluralidad de sujetos que quedan inmersos y construyen conjuntamente el proceso de investigación. De igual forma, la investigación está obligada a expresar de manera más o menos explícita la intencionalidad con la que surge o aquello que busca problematizar o responder.

Por lo que se podría decir que, el dispositivo es “*una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilineal*”. Como una composición de líneas de diferente naturaleza, entretejidas unas con otras, sin una jerarquía o sistema en particular. (Deleuze, G., 1990, pp. 155). En donde en esta especie de madeja de líneas de diferente naturaleza, lo ontológico, epistémico, teórico, metodológico, el análisis de las implicaciones y lo ético-político, quedan entretejidas unas con otras, formando procesos dinámicos, fluctuantes y en desequilibrio en la medida que se alejan o se acercan entre ellas; lo cual, posibilita ciertas disposiciones y no otras, ciertas miradas y cierta escucha.

En general, lo que habría que establecer es, que el dispositivo parte de la alteración o perturbación de las formas instituidas: la organización, los lenguajes, los horarios y espacio; asimismo de los roles, las formas constituidas.

A partir de lo anterior es que se plantea la delimitación de los fenómenos que se estudian a través del dispositivo. Que más allá de hablar de límites, se tendría que plantear la posibilidad de *resaltar* o *relevar* lo que sucede en la realidad social. Que a diferencia de plantearlo como recorte, la propuesta del relevamiento consistiría en no perder de vista el contexto, sino sólo alumbrar una parte del todo. (Ardoino, J., 1987).

Ahora bien, de acuerdo con Salazar Villava, C. (2004) no hay dispositivo sin intervención, lo cual lleva a preguntarse ¿qué tipo de intervención se está buscando? ¿Toda investigación es intervención? ¿Cuáles son las diferencias?

Se podría decir que la diferencia entre la investigación y la intervención reside en su procedencia, en otras palabras, cuál es el punto de partida de cada una y para qué se realiza. Empero, si se parte de que la sola presencia del investigador perturba la realidad social, deberá ser entonces un elemento que se incluya y se discuta en el proceso de investigación. Es así, que la construcción del dispositivo implicará el proceso mismo de investigación y entretejido en ella la intervención.

Por ejemplo, al partir de una concepción de investigación experiencial, que a diferencia de la investigación académica, se trataría de desmontar certezas y no de comprobarlas. De este modo, la intervención se puede entender como productora de conocimiento. Por lo que no se puede delimitar o predecir los efectos de la intervención, sino dar cuenta de los movimientos que se producen a partir de ésta. (Manero Brito, R. 1995_a).

Para ello, sería necesaria la construcción de dispositivos y la utilización de los *analizadores*¹⁸ naturales y contruïdos. (Manero Brito, R., 1995_a). Importante no confundir el concepto de analizador ni con el síntoma ni con el emergente.

El síntoma tiene un origen clínico, lo cual marca ciertas intenciones e implicaciones, como la manifestación de una alteración, enfermedad, cuadro o síndrome. Por lo que el síntoma siempre buscará un antígeno, una respuesta, una cura. Por otro lado, el emergente tiene que ver con las estructuras imaginarias de

¹⁸ Es toda aquella persona, situación o acción que desconstruye lo instituido de la institución. (Manero Brito, R., 1991a).

un grupo. Es así que la principal diferencia entre el emergente y el analizador, consistirá en que éste último es un concepto fundamentalmente político, ya que devela las relaciones de poder al interior del mismo, ya sea el grupo o/y su medio institucional. (Manero Brito, R.; 1991_a).

Lo propio del analizador es precisamente la producción de conocimiento y de saberes que se dan a partir de la acción de la negatividad, de aquello que pone en tensión las formas instituidas; lo que tiene la intencionalidad de provocar “algo” en la institución; aquello que alude a la provocación de lo imaginario, del surgimiento del deseo. (Hess, R., 1979; Manero Brito, R.; 1991_a; 2015).

Desde la perspectiva del análisis institucional el dispositivo representa un “analizador construido”, esto es, aquello que “*permite relevar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar. Provocación institucional, acting out institucional [...] el paso al acto institucional supone un paso al habla (una provocación en el sentido original del término), y exige, por consiguiente, la mediación de individuos particulares a los que su situación dentro de la organización lleva a la singularidad de «provocadores»*”. (Hess, R., 1979, pp. 282).

Sin embargo, hay que precisar que la construcción teórica desde donde se piensan ciertos fenómenos, es parte intrínseca del dispositivo. La teoría debe ser considerada uno de los elementos del dispositivo de intervención (Lourau, 1977). Por lo que en el siguiente apartado se abordará un recorrido histórico que permitirá visualizar los procesos que posibilitaron la emergencia del análisis institucional y del socioanálisis, como elementos fundamentales del dispositivo de intervención o del *analizador construido*.

2.2 ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y SOCIOANÁLISIS

Al interior de estas corrientes existe una fuerte discusión acerca de su enseñanza, de si es posible aprenderlo a través de cátedras, cursos, o peor aún, de una tesis. El mismo Lourau decía que el problema de la formación ha caído en una serie de falsos dilemas, el primero relacionado con la *enseñanza teórica vs. aprendizaje por la intervención* y contenida en este último; el segundo referido a la *intervención interna vs. el aprendizaje por intervención externa*. No obstante, Lourau señala que

la problemática real se encuentra en la oposición entre las vías institucionales y no-institucionales de aprendizaje del Análisis Institucional, y que en todo caso, aquellos que podrían darle sentido a su proyecto serían los movimientos anti-institucionales o eventualmente las experiencias contra-institucionales. (Manero Brito, R., 1991_a).

Tomando en consideración estas discusiones y la verdadera dificultad de transmitir qué es el análisis institucional, he tomado la decisión de primero hacer una contextualización sobre su surgimiento y los rumbos que han tomado algunas de sus vertientes, sin abordar en este apartado con mucha profundidad los conceptos y nociones propios de la teoría y su metodología. Éstos se irán entretejiendo más adelante con el trabajo empírico de la investigación; ya que a mi parecer, el propio corpus teórico-metodológico produce la imposibilidad de escindir la teoría y la práctica, y más bien se trata de una dialéctica, en donde el proceso de intervención va señalando cuáles son las posibles claves de lectura para los procesos singulares ocurridos en el campo de intervención¹⁹. El cual se refiere al aspecto microsocial, por ser limitado en el tiempo y el lugar de la intervención sobre el terreno. (Lourau, R., 1977). Lo anterior se desarrollará más ampliamente en el capítulo 3.

En primer lugar, habrá que puntualizar que el sentido del concepto de institución se ha ido modificando a lo largo de los años, desde los tiempos de Marx en el siglo XIX hasta nuestros días. Para el marxismo naciente, las instituciones se conciben como sistemas jurídicos, el derecho, la ley, etc., en otras palabras se refieren a la *superestructura e infraestructura*. (Lapassade, G., 2008).

Posteriormente, a comienzos del siglo XX, el concepto es trabajado en la escuela francesa a cargo de Durkheim, quien asimila a la institución a las normas y representaciones sociales, por lo que la propone como objeto central de la sociología. (Lapassade, G., 2008; Varela, C., 2013). Sin embargo, en Alemania con Weber, en Italia con Pareto, y a principios del siglo XX en la Psicología de las masas de Freud, se presenta a la institución como una dimensión donde lo social se articula

¹⁹ Claro que se parte de una intencionalidad de lectura desde el análisis institucional, empero el dispositivo deberá estar construido deliberadamente para permitir dar luz sobre las condiciones que posibilitan la emergencia de ciertos fenómenos, es decir de las contingencias o de la singularidad.

con lo grupal y con la estructura psíquica del sujeto. (Lourau, R., 1991^a; Varela, C., 2013).

Si bien la institución aún no es objeto de cuestionamientos en los estudios sociales, ya se percibe una mirada crítica sobre ella. Por ejemplo en la *Crítica de la violencia* (1921) de Walter Benjamin, las instituciones públicas son entendidos como mecanismos de reproducción y expansión de un poder totalizante concentrado en el Estado moderno. O en el caso de Freud al identificar las restricciones y el malestar que imponen las *instituciones* de la cultura como un factor que contribuye a la neurosis. O Georges Mead al distinguir a las instituciones sociales opresivas, estereotipadas que aplastan la individualidad, de aquellas otras flexibles y progresistas que por el contrario alientan la originalidad de las personas. (Varela, C., 2013).

Desde la mirada antropológica, la profundización del concepto comienza con Malinowski, quien plantea a la institución como una forma funcional a las necesidades de cada sociedad. Impulsado por esta corriente, emerge el carácter simbólico de las instituciones, el cual Mauss y por supuesto Levy Strauss resaltarán más adelante y marcará una distancia con el funcionalismo de Malinowski. (Varela, C., 2013).

Después, bajo la influencia de Mead y de la mano de la fenomenología y el psicoanálisis culturalista, surge un institucionalismo norteamericano, que como suele caracterizar a los estudios estadounidenses, se encuentra más preocupado por las formas empíricas que por la reflexión teórica. Este institucionalismo se nutre gracias a los aportes psicoanalíticos (de la psicología del Yo), de la antropología y de la teoría de los grupos de R. Park, E. Burgess y W. Brown. Que de acuerdo a Lourau, la emergencia del institucionalismo²⁰ norteamericano, supone un giro fundamental en la historia del concepto. (Varela, C., 2013).

²⁰ Uno de estos giros se refiere a la psicología institucional "*institutional psychology*" norteamericana y a la psicología organizacional. Éstas se caracterizan por un trabajo desarrollado por el profesional de la psicología en tanto que perteneciente a la institución. Ese trabajo se orienta ya a colaborar en la consecución de los fines institucionales, y la asistencia psicológica de sus miembros, y por lo general preventiva. En consecuencia, un primer punto de vista a sustentar es que la Psicología Institucional no es aquella que tiene por sujeto que la ejerce a la institución, sino por el contrario es la psicología que tiene a la institución como objeto de estudio y de intervención. (Varela, C., 2004).

A partir de ese momento la sociología de las instituciones deja de referirse nominalmente a la sociedad y los individuos para concentrarse en grupos humanos concretos, la cual redundaba en la supuesta necesidad de “extender y mejorar” los servicios sociales para paliar sus efectos, más que en un cuestionamiento profundo acerca del papel de las instituciones en la sociedad. (Lourau, R., 1991_a; Varela, C., 2014). Tal y como se ejemplifica en el primer capítulo con la sociología estructural-funcionalista y la psicología hegemónica.

Sin embargo, hacia mediados del siglo XX influenciado por el pensamiento de Cornelius Castoriadis, quien fuera el primero en enunciar a la institución como un elemento imaginario de la sociedad. Se comienzan a conformar tendencias que pusieron en tela de juicio a las formas típicas de las instituciones de la modernidad.

Lapassade señala la importancia de este pensamiento como base del socioanálisis y del análisis institucional. *“La idea central aquí, es que una sociedad dada, en su modo de producción, instituye un conjunto organizado de relaciones sociales mediante «un hacer instituyente» que se apoya en «una situación dada», en creaciones del pasado aún vividas, en el hecho de que ya existe una sociedad instituida cuando el nuevo hacer instituyente la trans-forma.”* (1977, pp. 200).

Por lo que se trata de una tendencia que se manifiesta tanto en el plano de las prácticas como de las ideas, coincidente con un momento que Deleuze (1990), *“caracteriza como de tránsito entre una vida social encerrada en espacios instituidos –la familia y la escuela, la fábrica, el hospital y la prisión– y una vida al aire libre”*. (Deleuze, 1990 cit. en Varela, C., 2004).

2.2.1 – La psicoterapia institucional

De manera breve²¹ se pueden identificar tres momentos que dan lugar al nacimiento y desarrollo del análisis institucional y del socioanálisis. El primero catalizado en la posguerra, a partir del exilio de Tosquelles, Ajuriaguerra y Solanes. Éstos trasladan a la región de los Pirineos las estrategias desarrolladas en Cataluña durante el gobierno republicano. La recepción francesa corre por cuenta de médicos franceses

²¹ Es breve en el sentido que para la profundización de estos puntos se sugiere revisar “Introducción al análisis institucional”; “El devenir del socioanálisis”; “La novela institucional” de Roberto Manero Brito y a Cristian Varela “¿Por qué la institución? Su surgimiento como objeto de estudio” y “La obra de René Lourau”.

ligados la Resistencia, quienes desarrollan experiencias alternativas que luego quedarán englobadas bajo la denominación de *psicoterapia institucional*, la cual cuestiona y analiza a la institución psiquiátrica. (Manero Brito, R. 1991_b; Varela, C. 2004).

Así para Tosquelles y Bonnafé la psicoterapia institucional debe retomar con un nuevo impulso la tradición *desalienista de la psiquiatría francesa*, pero con la incorporación de nuevas prácticas de investigación-acción al interior de los establecimientos. (Varela, C. 2004).

La Psicoterapia Institucional, que además se dividió en dos corrientes: la sociológica y la psicoanalítica. Se desarrolló en tres fases: una primera fase centrada en la transformación de la relación médico-paciente: la humanización del trato al paciente; la segunda fase estuvo presidida por la socialización a través del grupo; y la tercera, fuertemente incidida por el psicoanálisis y con la elaboración del concepto de institución. (Manero Brito, R. 1991_b; Lourau, R., 1991_a).

De manera sucinta se podría decir que la psicoterapia institucional, a diferencia de la farmacología y la práctica médica aplicada a los pacientes, tiene la consigna de curar a la institución, es decir, en hacer de la institución misma el agente principal del tratamiento. (Lourau, R., 1991_a; Varela, C. 2012).

En la misma línea, encontramos a la crítica británica de la institución psiquiátrica, donde la gestión de la institución también es concebida como instrumento terapéutico. A partir de este tipo prácticas, va cobrando forma el modelo de comunidad terapéutica, cuyo primer estadio consiste en hacer del hospital psiquiátrico un laboratorio donde se reproducen con función curativa los vínculos y actividades de la vida social. El escocés Maxwell Jones desarrolla este modelo, el cual también está dentro de los proyectos de la Psiquiatría Comunitaria (*The industrial therapy*) de Donald Early, el hospital abierto de Mc Donald Bell y la psiquiatría administrativa de Clark. (Varela, C. 2012).

Estas resistencias al etiquetamiento psicopatológico, convergen con la corriente francesa y con la postura más radical antipsiquiatría de Laing, Cooper y Esterson, quienes crean lugares de albergue alternativos al hospicio, llamados comunas, donde ellos mismos y sus adeptos conviven con los asistidos. Con esto,

se busca encontrar una solución a un problema que tradicionalmente concernía al Hospicio, ahora ya no sólo se buscaba en el Hospital General y en las clínicas locales, sino también en espacios como la fábrica, el teatro, las asociaciones vecinales y los albergues experimentales. (Varela, C., 2012).

Quizás quien llevó más lejos la crítica política de la psiquiatría instituida, fue Franco Basaglia (1972), propone que se tendría que poner en un plano de igualdad a enfermos y médicos, enfermeros y *staff* de salud, todos unidos en una misma causa y con un fin común. La construcción de una nueva estructura, de un complejo hospitalario regido de forma comunitaria y basada en premisas que tendieran a la destrucción del principio de autoridad. Llevar a correr riesgos personales para vivir a los él llama “dialécticamente las contradicciones de la realidad”, esto es, el aspecto terapéutico del trabajo clínico.

Basaglia sugiere que son estas contradicciones en lugar de ser ignoradas o alejadas sistemáticamente con el ingenuo fin de crear un mundo ideal, deberían ser enfrentadas dialécticamente, discutidos de forma en que se pueda comprender la dinámica interna. De este modo de podría convertir a la comunidad en terapéutica. (Basaglia, F., 1972).

Desde esta perspectiva, de la situación comunitaria Franco Basaglia dice que:

[...] el médico, cotidianamente controlado y cuestionado por un paciente al cual no puede alejar ni ignorar por el hecho de que testimonia constantemente, y en persona, sus necesidades, no tiene la posibilidad de reducirse a un espacio de algún modo aséptico, donde pueda ignorar las interrogaciones que la misma enfermedad la plantea. No tiene ya la posibilidad de entregarse en una generosa donación de sí mismo que, inevitablemente trascendido en un papel apostólico y misional, establecería un tipo de distancia y de diferenciación tan grave y destructor como el primero. (pp. 152-153).

2.2.2 – Pedagogía Institucional

El segundo momento, corresponde al del movimiento de la Pedagogía Institucional francesa, la cual versa sobre la problemática de una teoría de la acción política fuera de las organizaciones políticas y sindicales. (Lourau, R., 1991a; Manero Brito, R., 1991b; Varela, C., 2012).

Hay un consenso en que la Pedagogía Institucional trata principalmente tres puntos: el primero es en considerar a la *institución* escolar, como objeto de análisis y no solamente el *establecimiento* donde se ejerce; el segundo es establecer las formas de regulación como la autogestión, las instituciones de clase, etc., sobre la base de un funcionamiento lo más democrático posible del conjunto maestro-alumnos; y el tercero, crear las condiciones de este funcionamiento y así producir un análisis colectivo de la institución escolar a partir de relaciones no-directivas entre maestros y alumnos. (Manero Brito, R., 1991_b).

En este punto es necesario distinguir la diferencia entre institución y establecimiento. Las instituciones corresponden a “*la red simbólica, socialmente sancionada donde se combinan en proporciones y en relaciones variables un componente funcional y un componente imaginario*”. (Bernard, M., 1977, pp. 36). Al dominio de este componente imaginario se le denominará alienación, la cual trae consigo autonomización y el dominio de la institución referente a la sociedad y de la institución misma. Lo que es simbólico es la institución en la forma en que se presenta, es decir, el hecho de representar en un sector particular de la práctica social el sentido de todo el sistema social. (Bernard, M., 1977; Lourau, R., 1977).

Por lo tanto, “*la institución no está a la fuerza allí donde se manifiesta especial o jurídicamente, pero sí siempre donde las relaciones de producción están instituidas [conformadas] de manera aparentemente necesaria, natural y eterna*”. (Lourau, R. cit. en Bernard, M., 1977, pp. 36). Y por otro lado, el establecimiento corresponde al lugar donde se cruzan e instalan las instituciones. (Lapassade, 1977).

Regresando a la discusión de la pedagogía institucional, a causa de diferencias tanto de sensibilidad política como de comportamientos políticos y estimaciones estratégicas, el movimiento de la pedagogía institucional se divide en dos corrientes: la tendencia de orientación terapéutica a cargo de Fernand Oury, Deligny y posteriormente Aída Vásquez, donde los postulados precisan que por pedagogía institucional debe entenderse como “*la suma de los medios empíricos que garantizan las actividades y los intercambios de cualquier orden dentro y fuera de la clase*”, esto es, medios en cuyo centro se ubican las instituciones internas.

(Michaud, G., 1972, pp. 147, cit. en Varela, C., 2004_a; Manero Brito, R., 1991_b). Y la otra con René Lourau, Georges Lapassade, Raymond Fonvieille y Michel Lobrot, más de tendencia psicosocial y donde se destaca el potencial autogestivo. Por ejemplo, para Fonvieille, la pedagogía institucional consistiría en avanzar hacia la modificación de las instituciones externas representadas por la totalidad de la vida escolar, incluidas la administración del establecimiento, los programas de las materias, la grilla horaria, etc. (Manero Brito, R., 1991_b; Varela, C., 2004_a).

2.2.3 – Socioanálisis

El tercer momento, enunciado por primera vez en la década de los sesentas por el equipo del psicosociólogo francés Van Bockstaële, alude a un método de intervención situado *“en la prolongación de la Psicoterapia y de la Pedagogía Institucional, en particular en lo que concierne a los conceptos de autogestión, implicación (el cual reemplaza, ampliándolos, los conceptos de transferencia y contratransferencia institucional), de transversalidad y de analizador, poco elaborado pero enunciado por la Psicoterapia Institucional”*. (Manero Brito, R., 1991_a, pp. 126).

Es importante señalar que se ha confundido al socioanálisis más como una forma de práctica psicosociológica, o se ha equiparado como una forma específica de intervención grupal. A pesar de que el Socioanálisis hereda de la psicología de los grupos un dispositivo de análisis micro-social, el dispositivo socioanalítico se generó tomando distancia tanto de la consultoría sociológica, del psicoanálisis y de las prácticas grupales tradicionales. (Manero Brito, R., 1991_a; Manero Brito, R., 2012).

En consecuencia, surge como un método de intervención que establece críticas severas y puntuales a sus antecedentes, frente a la consultoría entre la *demanda* y el *encargo* de intervención y el cuestionamiento a la psicosociología como monorreferencial y reduccionista en su campo de análisis. (Manero Brito, R., 2012).

Gracias al recorrido anterior podemos darnos cuenta que, tanto el socioanálisis y como el análisis institucional, provienen de una serie de eventos revolucionarios.

Así se produce lo específico del Análisis Institucional, la subversión de su propio dispositivo, es decir, el cuestionamiento permanente de las instituciones de saber y del análisis de las implicaciones desde donde se construyen los dispositivos. (Manero Brito, R., 1991a).

Esta perspectiva permite dar cuenta de los movimientos y la constante tensión entre lo instituido y lo instituyente. (Lourau, R., 1991). Así, *“en todas las organizaciones, no se puede privilegiar las profecías homeostáticas de los conjuntos sociales. Lo que trata de elucidar, por el contrario, es el negativo no integrado o no recuperado, no superado, mediante analizadores que provocan la manifestación de lo impensado de la estructura social”*. (Lourau, R., 1977, pp. 17).

Por lo que se podría decir que, el análisis institucional favorece la elucidación de la negatividad actuante de los procesos y de las fuerzas instituyentes, que con cierta frecuencia, llegan a producir crisis institucionales y le posibilitan a la sociedad cuestionarse a sí misma y cuestionar sus instituciones a través de analizadores. (Manero Brito, R., 2012).

Para Guattari *“el análisis institucional implica un descentramiento radical de la enunciación científica. Pero, para lograrlo no es suficiente contentarse con “dar la palabra” a los temas involucrados –esto es a veces un procedimiento formal hasta jesuítico-, también es preciso crear las condiciones de un ejercicio total, hasta paroxístico de esa enunciación”*. (Cit. en Lourau, R., 1977, pp.18).

Además, Lourau rechaza la discusión que consiste en oponer el centro de la periferia, *“ya que el poder central está en todas partes e incluso eso es fundamento del análisis institucional [...] y no sólo el poder estatal (la centralidad) está siempre ausente/presente en todas partes, en el sitio de cualquier práctica social [...] sino que ni siquiera el “centro” puede ser verdaderamente encarado, analizado, atacado, más en las supuestas “periferias”, lo cual confiere una orientación macro social al análisis institucional”*. (1977, pp. 22-23).

En ese sentido, el campo de intervención del análisis institucional es microsocioal, por ser limitado en el tiempo y el lugar de la intervención sobre el terreno. Su campo de análisis es macrosocioal, ya que justamente se tratará de recuperar en los sectores y los momentos aparentemente no-políticos, la potencia

y la acción de lo político, la potencia y la acción de lo político en cuanto centralidad determinante de toda periferia. (Lourau, R., 1977).

Una vez que se ha contextualizado algunas de las condiciones de posibilidad y los puntos de emergencia del análisis institucional y del socioanálisis, es hora de preguntarse cómo se podría entender desde esta lectura *lo médico*.

2.3 DE LO MÉDICO A LA INSTITUCIÓN DE LA CLÍNICA

Lourau plantea que las instituciones son los procesos mediante los cuales se crean las fuerzas instituyentes que se confrontarán a las fuerzas de lo instituido, de hecho que la institución nace y se desarrolla gracias al fracaso de la “profecía” inicial del movimiento; en términos del análisis institucional: el efecto Mühlmann²². Éste quiere decir que la institucionalización de un movimiento social (ya sea religioso, político, estético, etc.) está en función del fracaso de la “profecía” que daba su contenido y fuerza al movimiento, aunque el fracaso no signifique necesariamente el fin del proyecto. Al contrario, en una gran cantidad de movimientos, este fracaso podría significar un aumento en la movilidad y velocidad de difusión del movimiento. (Lourau, R., 1991a; Manero Brito, R., 2010).

Así, la institución aparece como el producto de una negación de su propia ideología original. (Lourau, R., 1977). En otras palabras, que si nos interrogamos acerca del propio surgimiento de la medicina se puede relevar que en el proceso de su institucionalización, fracasa su espíritu o intencionalidad primigenia.

Podríamos pensar que, en general, el movimiento está soportado en una estructura de malentendido, de significaciones múltiples que se derivan en el momento mismo de instaurar su propio simbolismo. Dicho de otra manera, el mito encierra en sí mismo una polisemia que significará una variabilidad enorme en la naturaleza de la profecía que impulsa al movimiento. Esta multiplicidad de proyectos posibles no desaparece en el momento de la institucionalización. La institución está habitada por la disensión y la polisemia. Eso ya lo sabían los institucionalistas, ya que era un fenómeno observado en todas sus intervenciones. (Manero Brito, R., 2010, pp. 603).

²² Para Mühlmann la emoción tiene que ver con los afectos, aquello lo que nos da movimiento. (Manero Brito, R., 2010).

En efecto, la cuestión de los mitos en tanto temática del movimiento, así como de la estructuración de las "profecías" o proyectos, está en la acción de estas figuras imaginarias sobre la organización y la acción de los grandes colectivos. (Manero Brito, R., 2010). Por lo que habría que preguntarse si el *nacimiento de la clínica* realmente surge con las intencionalidades que le atribuimos actualmente, como el "curar"²³, y vale la pena preguntarse cuál fue el proyecto que triunfó entre muchos otros que perecieron.

En primer lugar, a pesar de que la concepción de lo médico ha tenido un desarrollo distinto en las diferentes partes del mundo, el modelo dominante del saber médico actual proviene de Occidente, las instituciones son el producto instituyente de tal momento de su historia. (Lapassade, G., 1977). De ahí la necesidad de volver a pensar cómo se constituyó "lo médico" desde este lugar.

Para referirnos al Occidente actual, tendremos que remitirnos a dos procesos fundamentales. El primero que se refiere al despliegue industrial capitalista ubicado tradicionalmente a la Revolución Industrial inglesa; y el segundo a la configuración del Estado-Nación moderno el cual generalmente es referido a partir de la Revolución Francesa.

Para fines de este apartado me concentraré sólo en el segundo proceso, el cual es relevante debido a que marcó la derrota definitiva del feudalismo en Francia y de la conquista del poder político por parte de la burguesía. En el plano de la estructura económica, las relaciones de producción capitalista quedaron plenamente instauradas; en la estructura jurídica y política se organiza una Constitución que reconoce la libre concurrencia y las libertades individuales. (Contreras Vizcaíno, J. J., 2012). Es así que la Revolución Francesa implica una ruptura que deja la sensación que todo "mal" ha sido eliminado, y entre esos males las enfermedades; como si se "volviera" a un estado de *salud originaria*. Bajo este contexto, la medicina, se pensaba sólo como una entidad pasajera, un puente que diera paso a las contingencias de la revolución, y que por medio de los ideales

²³ Además del papel del "hospicio", tanto como establecimiento como institución. Este lugar improvisado para que la *población lumpen* fuera a morir. Posteriormente éste, se convertirá en el hospital.

revolucionarios el individuo se fuera haciendo cargo de su salud, y que en el futuro, la salud fuese un estado “permanente”. (Foucault, M., 2012).

Con ello, surge la proliferación de tecnologías políticas que van a abordar el cuerpo, la salud, la alimentación, el alojamiento, las condiciones de vida, esto es, “todo el ámbito de la existencia”. Estas técnicas estarían unificadas en lo que por entonces se denominaba *les polices* [policía], a diferencia del sentido actual, debe entenderse como un sistema de vigilancia con el propósito de asegurar el bienestar del Estado. (Donzelot, J., 2008).

Las policías operaban como una forma de intervención directa sobre la población, para regularla y controlarla. Es así que la familia, se convertiría en aquel objeto en donde se dará lugar a un conjunto de procedimientos de transformación sociopolítica; ya que ésta, es la instancia cuya heterogeneidad respecto a las exigencias sociales puede ser reducida o funcionalizada por el establecimiento de un procedimiento de puesta en flotación de las normas y los valores que sean necesarios para ese momento sociohistórico. (Donzelot, J., 2008).

En particular, se buscaba alcanzar dos objetivos: la difusión de la medicina a través de la familia y la “economía social”, es decir, las formas de dirigir la vida social de los pobres. El primero estaría centrado en la difusión de “*«la medicina doméstica», [...] un conjunto de conocimientos y técnicas destinado tanto a lograr que las clases burguesas aparten a sus hijos de la influencia negativa de los criados, como a poner a los criados bajo vigilancia de los padres*”. Y el segundo bajo la etiqueta “economía social”, que esperaba “*reagrupar, todas formas de dirección de la vida de los pobres con [el objetivo de] disminuir el costo social de su reproducción y obtener una cantidad deseable de trabajadores con un mínimo de gasto público, en síntesis, aquellos que se ha dado en llamar «filantropía»*”. (Donzelot, 2008, pp. 25).

Cabe mencionar que la medicina no estaba interesada en los niños ni en las mujeres, estos eran concebidos como simples máquinas de reproducción, y no fue sino hasta que se convirtieron en proyectos a mediados del siglo XVIII que su concepción cambiaría. “*El médico prescribe y la madre ejecuta*” (Donzelot, J., 2008, pp. 27). La madre se convierte en el vehículo del médico, ahora se le concebiría

como la única capaz de contener cotidianamente, en el caso de la familia aristócrata el oscurantismo de los criados y de imponer su poder sobre el niño; y en el caso de la familias campesinas y pobres, sería el evitar que siguieran siendo fuentes reproductoras de la población lumpen. En otras palabras, una forma de control y regulación social.

No es casual que hubiese un anclaje del médico en la célula familiar, o más bien que el médico operara como catalizador de la conformación de la idea burguesa de familia, puesto que esto tiene lugar en el contexto del surgimiento de la teoría maquínica del cuerpo, sobre la cual se funda la medicina. Un ejemplo de esto es la producción médica de obras sobre crianza, educación y medicación de los niños para uso de las familias burguesas. (Donzelot, 2008; Foucault, 2012).

Se convierte en una *“alianza provechosa para ambas partes, el médico triunfa gracias a la madre contra la hegemonía tenaz de esa medicina popular de las comadres; y en contrapartida, concede a la mujer burguesa, por la importancia creciente de las funciones maternas, un nuevo poder en la esfera doméstica, revaloriza la autoridad civil de la madre, el médico le concede un estatus social; esa promoción de la mujer como madre, como educadora, como auxiliar médica.”* (Donzelot, J., 2008, pp. 32).

Este vínculo orgánico entre medicina y familia tendrá una profunda repercusión en la vida familiar e inducirá su reorganización en al menos tres direcciones:

1. El estrechamiento de la familia contra las influencias negativas del antiguo medio educativo, contra los métodos y los prejuicios de los criados, contra todos los efectos de las promiscuidades sociales.
2. El establecimiento de una alianza privilegiada con la madre, conductora de una promoción de la mujer gracias al reconocimiento de su utilidad educativa;
3. La utilización de la familia por parte del médico contra las antiguas estructuras de enseñanza, la disciplina religiosa, el hábito del internado.

Sin embargo, a diferencia de las familias burguesas, “los plebeyos” no podían costear un médico familiar, y además los problemas de las familias pobres eran “distintos”, por lo cual los hospitales generales, los conventos y los hospicios

constituyeron una base estratégica para toda una serie de intervenciones correctivas sobre la vida familiar. Para las familias, esa concentración tiene valor de exclusión, de depósito, y para el Estado es un modo de poner fin a las costosas prácticas familiares, es el punto de partida de una voluntad de conservación y de utilización de los individuos, una superficie de absorción de los indeseables del orden familiar. (Donzelot, J., 2008).

Cabe destacar, que estos procesos no serían posibles sin el propio devenir histórico de la Ilustración y bajo el marco de la modernidad, y que además hay una articulación intrínseca. De acuerdo a Diderot (cit. en Ducros, L., 1900), la Ilustración no pretende transmitir un determinado acervo de conocimiento, sino inducir un cambio en la manera de pensar. Ésta forma su propio método de acuerdo al modelo que le oferta la ciencia natural de su tiempo.

Al hablar de la ilustración se deben separar dos corrientes de pensamiento: la forma cartesiana de análisis y la nueva síntesis filosófica que se abre paso con Leibniz. Ambas interactúan produciendo las grandes tramas del siglo XVIII, que será a través del método científico donde se enaltecerá la correlación de sujeto-objeto, de verdad-realidad. (Contreras Vizcaíno, J. J., 2012). Y es así que la Ilustración sienta los fundamentos filosóficos de lo que será la ciencia moderna.

En el caso de la modernidad, pareciera que se habla del desvanecimiento del universo de lo simbólico-religioso para darle paso a la razón, sin embargo, al mirar atrás se trasluce un paso a una religión científica, a una Fe en la objetividad y a la razón pura. Las utopías religiosas se secularizan, se trata del paraíso en la tierra, el hombre se convierte en el nuevo dios, y como ejemplo materializado encontramos al médico, quién puede trascender la muerte, sortearla. (Rifkin, J., 2004).

Bajo el marco utópico de la modernidad, el cuerpo se convierte en parte de esta maquinaria de producción, surge la ilusión de que “ya no hay límites”. Por ejemplo, desde el comienzo del Renacimiento hasta fines del siglo XVIII, el saber de la vida era obtenido en el círculo de la misma, sin embargo con Bichat (principios del siglo XIX) el conocimiento de la vida se encuentra su origen en la destrucción de la misma y en su extremo opuesto, la muerte. (Foucault, M. 2012).

El caso de Bichat implica una ruptura, una condensación de toda la lógica moderna, con él se transgreden los límites. Bichat más allá de liberar a la medicina del miedo de la muerte, ha integrado esta muerte a un conjunto técnico y conceptual, *“abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer enseguida la obscuridad que la observación sola no ha podido disipar”*. (Foucault, M., 2012, pp. 198).

La muerte se convierte en un espejismo, en un semblante que ha dejado de ser un espacio inaccesible para el ser humano, ahora (*en apariencia*) asible, con un fin, un propósito, que se deberá usar en favor de la ciencia, del progreso y del bien “común”. Es así que el discurso de las ciencias es una consecuencia lógica y directa del proyecto de la modernidad y que simultáneamente lo legitima, respalda y reivindica; y en particular lo hace a través del discurso de la clínica, en este se materializa, ya que se interviene sobre el cuerpo.

De este modo, son las técnicas de la medicina las que constituyen al sujeto moderno, la primera: la mirada. La cual *“tiene la paradójica propiedad de entender un lenguaje en el momento en que se percibe un espectáculo, [...] en la clínica, lo que se manifiesta es originariamente lo que se habla.”* (Foucault, 2012, pp. 150); es decir la mirada produce un lenguaje y el lenguaje dirige la mirada. Ésta es:

[...] como un acto perceptivo subterfugado por una lógica de las operaciones; es analítico porque reconstituye la génesis de la composición; pero es puro de toda intervención en la medida en que esta génesis no es sino la sintaxis del lenguaje que hablan las cosas mismas en un silencio originario. La mirada de la observación y las cosas que ella percibe comunican por un mismo logos, que es aquí génesis de los conjuntos y allá lógica de las operaciones. (Foucault, M., 2012, pp. 151).

Es entonces que la materia toma forma a partir de la clínica, el cuerpo se convierte en blanco de las tecnologías del ejercicio del poder, se convierte en el foco de las ciencias médicas y biológicas; es esta mirada la que produce la definición de lo que somos, lo que nos hace ser, aquello que nos obliga a conducirnos, lo que nos disciplina.

El segundo aspecto imperante de la clínica es la tecnología hospitalaria, la cual funciona como espacio pedagógico, de conocimiento y de comunicación, un lugar donde se pierde la singularidad. Éste, es un lugar de observación constante, donde

se codifica y sistematiza al sujeto, se encuentra a cargo de un personal médico diferenciado y jerarquizado. Por lo tanto, el hospital opera como un instrumento de verificación del saber a través de la mirada. (Foucault, M., 2002).

La clínica hospitalaria permite [...] poner aparte lo extrínseco. (Foucault, M., 2012, pp. 153). Es decir, da la opción por medio de la observación clínica de no escuchar al paciente, sino que por medio del saber y de la técnica, el paciente se convierte en un receptáculo de la patología que sólo confirma lo ya observado. El paciente es sólo un objeto que hay que conocer.

Es así que, la clínica determina el lugar en que se da el “vínculo del encuentro” del médico y el enfermo por tres medios:

1. *La alternación de los momentos hablados y de los momentos percibidos en una observación.* En el primer momento, en lugar del lenguaje se observan los síntomas quienes cobrarán sentido sólo para el observador calificado, sólo después interroga al enfermo sólo para constatar lo ya antes observado. En el segundo momento, se le pide al enfermo que rememore el desarrollo y sucesos relacionados con su malestar. En el tercer momento se observa el progreso de la enfermedad y la acción de los fármacos ante esta. (Foucault, M., 2012).

2. *El esfuerzo por definir una forma estatutaria de correlación entre la mirada y el lenguaje.* Este se presentará en la forma del *cuadro*; entendido como la correlación entre cada síntoma y su valor sintomatológico se fijan en una función que pareciera ser analítica, en donde sólo tiene la función de hacer visible la configuración de los malestares. (Foucault, M., 2012).

3. *El ideal de una descripción exhaustiva.* El rigor descriptivo, la exactitud en el enunciado y de la regularidad en la denominación. Todo aquello que permite que la descripción autorice la transformación del síntoma en signo, es decir, que dé paso del enfermo a la enfermedad, del individuo a lo conceptual. (Foucault, M., 2012).

El arte de describir los hechos es el arte supremo en medicina: todo palidece ante él [...] la descripción en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible al alcance de los que no tienen acceso a ellos, sino hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra. (Foucault, M., 2012, pp. 159-160).

Así, la clínica se apropia del derecho de hacer uso de un discurso de poder. Ya que él tiene competencia, que cobra forma a través de la institución, el hospital, y por tanto se encuentra normado. En ese sentido asume una posición, el estatuto del médico, comporta criterios de competencia y de saber; instituciones sistemas, normas pedagógicas, condiciones legales que dan derecho, fija límites, tanto a la práctica como a la experimentación del saber. (Foucault, M., 2013; Foucault, M., 2012).

En efecto, la institución de la clínica contiene a la medicina hegemónica, produciendo dispositivos que sujetan, capturan, orientan, determinan, interceptan, modelan, controlan y aseguran gestos, comportamientos, opiniones y discursos de los sujetos, es decir que producen ciertas *colocaciones* frente a las instituciones.

¿Será que una de estas posibles *colocaciones* se refiere al decir común con *insensible e inhumano*? Habría que realizar una investigación más sobre la percepción de los pacientes para ratificarlo “objetivamente”, pero a grandes rasgos, y por los estudios que ya se han hecho desde diferentes disciplinas sociales (ya mencionadas en el capítulo primero) podríamos sospechar que sí apunta a esto. A la institucionalización y atravesamiento de la clínica de los médicos, que les da esta no-cualidad de sensibilidad.

Entonces ¿el centro debería ser la institución? ¿O el médico? ¿O el médico *en o como* la institución? Si se pone al centro a la institución, bajo las premisas del análisis institucional, permitiría la elucidación de otro tipo de aspectos de estos vínculos del médico, con el paciente, con sus compañeros, y podríamos sospechar que no cabría una distinción entre una medicina hospitalaria y una praxis privada o de consultorio, sino que se trataría de *la institución*. Así el vínculo del médico y del paciente se pone en escena desde la mirada de la clínica, y no como se ha estudiado ampliamente, en términos de *la relación*. (Lourau, R., 1991, Manero Brito, R. 1991_a).

Desde los planteamientos de René Lourau (1991), podemos dar cuenta de los momentos negados y no recuperados de la institución. ¿Cómo se puede dar lectura a esto? Primero se partirá del momento de la universalidad, aquel de la unidad

positiva del concepto, verdadero sentido abstracto y general: la institución de la clínica.

Segundo, el momento de la particularidad que expresa la negación del momento precedente, es decir, las normas universales (o así consideradas) no se encarnan directamente en los sujetos, sino que pasan por la mediación de formas sociales singulares. La manera en que se encarna la institución de la clínica en un establecimiento específico.

Y el tercero, el momento de la singularidad es aquel de la unidad negativa, resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal. Las prácticas de los médicos en el establecimiento atravesados por diversas instituciones, entre ellas, la de la clínica (o del modelo médico hegemónico).

En ese sentido, el significado universal estructural de la institución se refiere a las normas instituidas, a lo que ya se haya establecido; el significado singular, morfológico de la institución, se refiere a formas sociales visibles; y el significado particular, es dinámico y es referido al acto de instituir, fundar o modificar el sistema instituido, es decir lo instituyente. Por lo que el sujeto no está dado antes de la institución ni a pesar o en contra de ella, sino que se da en tanto es instituyente. (Lourau, R., 1991_a).

Una de las consecuencias, consistiría en que no se podría hablar de una hegemonización o alienación totalizante, ya que en la corporización de lo universal se hace presente la negación de la negación, en otras palabras, siempre hay algo que escapa, ya que lo particular no se presenta como universal, y lo singular no se presenta como particular. Es así que lo singular se puede entender en términos de prácticas concretas y resolutivas que por un lado irrumpen la alienación, pero por el otro retroalimentan el carácter universal y particular de la institución. (Lourau, R., 1991_a).

Pero ¿Es posible elucidar estos momentos de negatividad y contradicción? ¿Será posible aluzarlos con el dispositivo de investigación? De acuerdo a los propios planteamientos del análisis institucional, si es posible elucidarlos, por medio

de los analizadores. Sin embargo, hay de varios tipos: el histórico; el natural y el construido.

En primer lugar el histórico, que se refiere a las situaciones de explosión social, de aquellas revoluciones movimientos sociales que tienden a un Análisis Institucional generalizado al conjunto de la sociedad o hacen evidentes las contradicciones. (Manero Brito, R. 1991_a).

En segundo lugar, el natural, aquellos analizadores que:

[...] al interior de los dispositivos de intervención contruidos irrumpe generando consigo un saber sobre los fundamentos mismos de la institución. La irrupción de lo inesperado, la manifestación de todos aquellos elementos que se encontraban ocultos y cuya invisibilidad sostenía una forma de funcionamiento, se constituyen como analizadores naturales. Estos son los más virulentos, revelando todas aquellas alianzas y relaciones que mantienen una forma específica de implicación del grupo cliente y del staff analítico con la institución. (Manero Brito, R. 1991_a, pp.144).

Y en tercer lugar el construido, referido a los dispositivos de intervención que durante su operación, tienden a poner de manifiesto, las dimensiones y elementos diversos que normalmente se constituyen como un no-saber colectivo sobre la institución. *“Así, por ejemplo, el dispositivo socioanalítico intentaría constituir una crisis en frío de lo instituido, de lo ya establecido, para desmontar su funcionamiento y estructuración. Otro ejemplo sería la autogestión del pago del staff analítico, que intenta poner de manifiesto la base material de la institución”*. (Manero Brito, R. 1991_a, pp.144).

En este trabajo se parte de la construcción de un analizador, el cual surge de una interrogante (o pregunta de investigación) encaminada a preguntarse acerca de la “supuesta” insensibilidad o deshumanización de los médicos. ¿Por qué es supuesta? Si partimos de la misma lógica dialéctica del concepto planteado por Lourau, implicaría que, el atravesamiento de la clínica, no se presenta tal y como lo sugiere el planteamiento foucaltiano, sino más bien, de la negatividad y de las contradicciones que se corporizan del universal al particular y al singular. En esta especie de gran mal entendido, tal vez y sólo tal vez, sucedería que los médicos no sean unos completos insensibles e inhumanos.

Tal vez mi sarcasmo no permita a cabalidad mostrar mi intención, pero lo que intento aquí es darle un matiz a las generalizaciones de *todos los médicos son iguales* o de que los médicos que no son insensibles se debe simplemente a su biografía. No quisiese terminar en explicaciones hiperindividualistas, como hacer una historia de vida que se convierta en una generalización o al contrario, como una singularidad única e irrepetible. Se trata de proponer otro tipo de elucidación a un problema que se percibe socialmente en este gremio, no sólo desde la perspectiva de los pacientes, sino por ellos mismos.

Antes de hacer propuestas de resolución a este supuesto, habrá que ir por partes; primero con la construcción del supuesto acerca de ¿qué es esto de lo insensible o lo inhumano? ¿Sucede en la institución? ¿Cómo se presenta? Y posteriormente se podrá problematizar si hay alternativas de resolución o no al final de esta investigación.

Partiré entonces del primer supuesto, la in-sensibilidad. El prefijo *in* significa negación o privación, en ese sentido sería la negación o privación de la sensibilidad (y de la humanidad). Ni por error quisiese discutir la negación o privación de la humanidad, es un tema bastante complicado. Por lo que me avocaré a la negación o privación de la sensibilidad.

¿A qué se refiere la *sensibilidad*? ¿Sensibilidad y sentir es lo mismo? Sensibilidad proviene del latín *sensibilītas, -ātis*. La Real Academia de la Lengua Española define *sensibilidad* como la “*facultad de sentir, propia de los seres animados; cualidad de sensible o cualidad de las cosas sensibles; y manera peculiar de sentir o de pensar*”. (RAE, 2016, s/p). Otro significado posible es “*la propensión natural del hombre a dejarse llevar de los afectos de compasión, humanidad y ternura*”. (Pabón S. de Urbina, J. M., 1999).

Partamos primero de la primera definición, la facultad de *sentir*. Esta palabra viene del latín *sentire*. Algunas traducciones lo ubican con el significado de oír; algunas otras se refieren a “experimentar una sensación”, la cual proviene de los *sentidos* que en particular se le asoció al oído. Una predominancia de la sensación por la escucha. Se podría sintetizar a experimentar una sensación que llega a través de los sentidos.

Ahora, en su sentido más primitivo, se refiere a tomar una dirección en consecuencia de orientarse por los sentidos; referencia que aún se utiliza al decir que algo tiene *sentido*, es decir, algo que conlleva movimiento, dirección, orientación. Es un significado complejo y designa un complejo acto perceptivo-reflexivo concebido, a la vez, como una acción. Es importante distinguirlo del *sensus*, (de donde viene seso) refiriéndose al “sentido común”, facultad de pensar bien, o la resolución práctica de un problema común. (Pabón S. de Urbina, J. M., 1999).

En la segunda definición la cosa se pone interesante, el sentir y el pensar se toman, al parecer como símiles. Lo cual me lleva a la tercera definición con la palabra *afecto*. ¿Es en realidad una *propensión natural* de los seres humanos el dejarse llevar por los afectos? ¿Y que además son de compasión, humanidad y ternura? ¿Por qué creemos que se trata de una propensión natural? ¿Innata? Si fuese este el caso, entonces aquel ser humano que no tenga esta propensión, estaría en un estatus de no-humanidad. Tal vez de ahí venga la asociación de inhumanidad....

Pero no podemos afirmar que se trata de una propensión natural ni innata, sino que se trata de una construcción social. Sin embargo ¿sentir y pensar es lo mismo? ¿Cuál es su diferencia con el afecto²⁴? ¿Entonces la insensibilidad se refiere a no-sentir? ¿Es posible no sentir?

Spinoza abordó estas problemáticas, primero parte de distinguir el afecto, ya que para él, el sentimiento²⁵ es un afecto²⁶. El afecto se refiere al *affectio*, el cual no debe confundirse con el *affectus*, la afección, que aunque se traducen igual tienen significados diferentes. (Deleuze, G., 1978).

²⁴ También es importante diferenciarlo de *emoción*. En un texto de Byung Chul Han hace mención a cómo en las investigaciones científicas sobre las emociones no se reflexiona seriamente sobre su propia actividad. Señala de que por un lado a éstas se les oculta la coyuntura de la emoción está vinculada con el proceso económico y por el otro, que es necesario hacer una distinción entre lo que se entiende como *sentimiento* y por *afecto*. Desafortunadamente no profundiza más en ninguno de las aristas anteriores.

²⁵ Retomaré como símiles el sentimiento y la afección, tal y como lo plantea Spinoza, ya que acerca de las teorías sobre sentimiento, que son más de corte psicológico no hacen una reflexión epistemológica de qué es, sino que terminan por clasificar y categorizar los *tipos* de sentimientos y emociones que *existen*.

²⁶ Y si retomamos la definición de *sensibilidad*, en sí misma hace una referencia al pensar y al afecto.

Para él, el afecto siempre es un *tipo de idea*, se trata de un modo de pensamiento no representativo. Una volición o una voluntad, que rigurosamente implica, *querer* algo. Pero eso que se *quiere* es objeto de una representación; *querer* está dado en la idea, pero el hecho de querer no es en sí mismo una idea, es un afecto, ya que éste es un modo de pensamiento no representativo. (Deleuze, G., 1978).

La idea se refiere a una realidad “objetiva”. Ésta se considera como la representación de algo. La idea en tanto que representa, está llamada a tener una realidad objetiva. Esta realidad objetiva es la relación de la idea con el objeto que representa. Entonces, la idea es un modo de pensar definido por su carácter representativo. Aquí se puede clarificar la distinción entre idea y afecto, ya que el *affectus*, es este modo de pensar que no representa nada. Por ejemplo el afecto o sentimiento de angustia, amor, esperanza, nunca son representativos. “*Hay una idea de la cosa amada, hay una idea de algo prometido, pero la esperanza como tal o el amor como tal no representan nada, estrictamente nada*”. (Deleuze, G., 1978, pp. 2).

Importante recalcar que no hay primacía de la idea sobre el afecto, aun cuando se sugiera que para amar hay que tener una idea, por confusa o indeterminada que sea de lo que se ama. Sino que también tendría que tener una representación no sólo del objeto sino de “eso” que se nombra como amor: el sentimiento. (Deleuze, G., 1978).

Aun cuando se piense “yo no sé lo que siento”, hay una representación, confusa, pero presente de un objeto. Sin embargo, creo que aquí justamente está la trampa, ya que “el no saber que se siente” implica una paradoja de la primacía de la idea sobre el afecto, debido a que un lado se tiene una representación confusa de un objeto pero al mismo tiempo un afecto indefinido e inasible, la sensación y efecto de algo no representable. Esto me sugiere que se buscará fijarlo a algún objeto, la pregunta es ¿cómo se elige? ¿Inconscientemente?

Por otro lado, Deleuze resalta que no se puede caer en un reduccionismo de una primacía cronológica de la idea sobre el afecto o viceversa, asegurar que primero están los modos representativos del pensamiento sobre los modos no

representativos, es un reduccionismo. Se debe partir que idea y afecto son dos especies de modos de pensamiento que difieren en naturaleza, irreductibles el uno al otro, pero simplemente atrapados en tal relación que el afecto presupone la idea, por confusa que sea. (Deleuze, G., 1978).

A su vez, se desecha por completo la premisa de que existe una realidad objetiva y formal del mundo, como esto no es posible, las ideas no corresponden entonces al “objeto”. Spinoza le llama “*cierto grado de realidad o de perfección que tiene la idea como tal [...] Hay entonces una realidad formal de la idea, es decir que la idea es algo en sí misma, esta realidad formal es su carácter intrínseco y es el grado de perfección o de realidad que envuelve en sí misma*”. (Deleuze, G., 1978, pp. 3).

Deleuze dice que la vida cotidiana no está hecha sólo de ideas que se suceden. Spinoza denomina el término “automatón”; es decir, que los sujetos somos autómatas espirituales, en otras palabras, que no es tanto que nosotros tengamos ideas, sino que las ideas se afirman a nosotros. (Deleuze, G., 1978, pp. 3).

Ahora bien, estas ideas/afectos son variables, hay algo que varía en los sujetos, no se trata de una idea/afecto estática, sino dinamismos, variaciones. Spinoza lo llama *vis existendi*, la fuerza de existir o *potentia agendi*, la potencia de actuar. Hay variación continua de la fuerza de existir o de la potencia de actuar. La fuerza de existir o la potencia de actuar, pueden ser aumentada o favorecida, o disminuida o impedida. (Deleuze, G., 1978, pp. 3).

Esto es el afecto para Spinoza, la variación, la línea melódica continúa constituida por el afecto, el movimiento. “*La tristeza es el afecto en tanto que envuelve la disminución de la potencia de actuar*”. (Deleuze, G., 1978, pp. 4). Se es entonces afectado por la tristeza. El afecto es entonces, una variación continua de la fuerza de existir de alguien, en tanto que esa variación está determinada por las ideas que tiene. Por lo tanto, el afecto es un paso, se trata de una transición del paso del aumento o disminución de la potencia. El paso es la transición vivida de un estado a otro, es decir, del aumento a la disminución o viceversa.

Si se aumentan las afecciones de las que somos capaces, hay un aumento de la potencia. Deleuze señala que los afectos no es que señalen los aumentos o

disminuciones de la potencia, sino que los afectos *son* el aumento o la disminución de la potencia vivida en tanto paso de transición. (Deleuze, G., 1978). La potencia está siempre en acto, está siempre efectuada. Los afectos son los que la efectúan. Los afectos son las efectuaciones de la potencia, lo que se experimenta en acción o en pasión.

Por otro lado, la afección es lo que inviste al afecto. Aquello que envuelve el paso por el que llega a ella, y por el cual sale hacia otra afección. Y la afección a diferencia del afecto, es un cierto tipo de ideas. (Deleuze, G., 1978).

Una afección es el estado de un cuerpo en tanto que sufre la acción de otro cuerpo. Pero sin recaer en términos de efecto o acción que produce un cuerpo sobre otro. La *affectio* es una mezcla de dos cuerpos, un cuerpo que está llamado a actuar sobre otro, y el otro va a acoger el trazo del primero. Toda mezcla de cuerpos será llamada afección. (Deleuze, G., 1978).

Spinoza distingue tres tipos de “ideas” (ideas-afecciones), ordenadas de acuerdo a su complejidad. La primera se trata de la idea-afección, la segunda a la idea-noción y la última a la idea-esencia. La idea-afección es el más elemental, ya que se refiere a la percepción de un cuerpo afectando a nuestro cuerpo, pero sin poder discernir el porqué de esto. Es un efecto-reacción, una representación de efectos sin sus causas, las ideas de mezcla separadas de las causas de la mezcla. (Deleuze, G., 1978).

[...] en virtud de cuál constitución de los cuerpos, del cuerpo afectante y del cuerpo afectado que actúa y el cuerpo que sufre. A este nivel no sé nada. Como dice Spinoza, son consecuencias separadas de sus premisas o, si lo prefieren, es un conocimiento de los efectos independientemente del conocimiento de las causas. Es, entonces, al azar de los encuentros ¿Qué puede pasar al azar de los encuentros? (Deleuze, G., 1978, pp. 6).

Esto significa que se anda por la vida siendo receptor de cuerpos que producen un buen o mal encuentro, sin poder discernir más allá de la percepción de estos, y tampoco la causa. Nos convierte en impotentes de decidir sobre el buen y el mal encuentro, se convierten en sujetos pasivos.

Este tipo de ideas-afección producen un *occursus*, que quiere decir encuentro. Para Spinoza hay dos tipos de encuentros, los buenos y los malos, no en el sentido moral, sino en la variación de potencia. Un buen encuentro es aquel que aumenta o favorece la potencia del actuar, y un mal encuentro es aquel que disminuye la potencia o desfavorece la potencia del actuar. (Deleuze, G., 1978).

El cuerpo, desde estos términos, de *occursus*, es “una cierta relación compuesta y compleja de movimiento y de reposo se mantiene de todos los cambios que afectan las partes de ese cuerpo”. (Deleuze, G., 1978, pp. 6). Es decir, un conjunto de las relaciones que lo componen, en él, su poder o potencia de ser afectado por algún otro cuerpo. Que está mediado necesariamente por cada cultura y construido socialmente.

¿Por qué se ve disminuida la potencia de actuar con un mal encuentro? Debido a que toda la *vis existendi* está concentrada en invertir el cuerpo que está afectando al propio con el fin de rechazar el efecto de este cuerpo. En ese sentido la potencia para realizar otra cosa, se disminuye. Un poder de ser afectado es realmente una intensidad o un umbral de intensidad. (Deleuze, G., 1978).

Por otro lado, la segunda de las ideas, la cual se refiere a las nociones, es una idea que concierne y que tiene por objeto la conveniencia y la inconveniencia de las relaciones características entre los dos cuerpos. Es la noción de la conveniencia y disconveniencia de las relaciones. Se eleva a la comprensión de la causa y del efecto de la mezcla de los cuerpos. A diferencia del primer tipo de ideas, aquí se logra identificar las causas y por tanto se pueden tomar decisiones al respecto de los cuerpos que podrían producir un buen o mal encuentro. (Deleuze, G., 1978).

Finalmente, la idea-esencia, donde la palabra esencia puede confundirnos, sin embargo Spinoza tiene una discusión muy densa al respecto²⁷ que no abordaré aquí, pero al utilizar el término esencia, en el caso de la afección, se refiere a la potencia. (Deleuze, G., 1978).

Esta tercera idea, se refiere al conjunto de relaciones que nos constituyen, así como las composiciones y descomposiciones. Ahora bien, no se trata del sujeto supraconsciente que *sabe* cómo están constituidas sus propias relaciones. Sino que

²⁷ Ver Tomo IV de la Ética y Deleuze, G., (1978). “Curso sobre Spinoza”.

tiene hasta cierto punto aluzadas, algunas de sus potencias y sus condiciones de posibilidad. Esto es un paso gigantesco, ya que implica una posibilidad de alterarlas. ¿Alterarlas cómo? De acuerdo a la lógica spinociana, tendría que ser en encaminado a un sentido de *un buen encuentro* y de la *ética*. ¿Por qué de la ética? Esto es a que apunta a la potencia del cuerpo en su carácter singular, las potencias siempre son singulares. El discurso ético nos hablará permanentemente, no de las esencias, no lo que la cosa es, sino lo que es capaz de soportar y capaz de hacer, es decir, de la potencia.

El punto de vista de la ética es ¿de qué eres capaz? ¿Qué puedes hacer? ¿Qué es lo que puede un cuerpo? A saber las acciones y las pasiones de las que un cuerpo es capaz. No es un cuerpo cualquiera, es de lo que puedes tú, o de lo que puede otro concreto. (Deleuze, G., 1978).

Es así, que la ética a diferencia de la moral, no es un sistema de juicio, del doble juicio, en donde tú juzgas por ti mismo y se es juzgado. El problema de la moral es que termina esencializando a un nivel de lo que se *debe* hacer. “*Si usted no comprende nada, usted entiende una ley como una orden, o como mandato. El niño pequeño en la escuela comprende la ley de la naturaleza como una ley moral: él debe, y si dice otra cosa será castigado*”. (Deleuze, G., 1978, pp. 33).

¿Por qué es tan importante esta distinción? Por qué si lo pensamos en términos de ley, deber, moral; implica una condición de posibilidad enmarcada bajo una ley muy concreta, hay algo que debe acatarse y punto, por ejemplo el juramento Hipocrático. A diferencia de la ética, que se pregunta por la potencia, ¿Cuál es la potencia de este cuerpo?

La ética, es singularidad. “[...] *¿qué es lo que puede un cuerpo? Muy diferente de la pregunta moral: ¿qué debe, en virtud de tu esencia?, ¿qué puedes en virtud de tu potencia? He aquí que la potencia constituye la escala cuantitativa de los seres. Es la cantidad de potencia la que distingue a un existente de otro existente. [...]*” (Deleuze, G., 1978, pp. 28).

Sin embargo, hay que señalar que la potencia del ser humano no es la razón, la razón designa un cierto tipo de afectos, no por ideas. Para Spinoza la razón es forzosamente un conjunto de afectos, por la simple razón de que son precisamente

las formas bajo las cuales la potencia se efectúa en tal o cuales condiciones. (Deleuze, G., 1978).

Entonces la potencia es lo que puede, cuerpo y alma. A lo que Deleuze plantea como el deseo. La potencia se tendría que efectuar en las mejores condiciones. Entonces los planteamientos aquí cambian. Ya que implica una problematización y reflexión de las condiciones en las que se puede efectuar la potencia; la potencia en tanto las disminuciones y aumentos de la misma, es decir de los afectos. ¿Cuáles son las condiciones en las que se encuentran los cuerpos médicos para efectuar o no su potencia?

Es así que deberemos tener presente lo siguiente para la lectura de los siguientes capítulos: la presencia del carácter universal de la institución médica, su particular y singular del establecimiento, esto es, lo que enmarca las condiciones de posibilidad. Por otro lado, su posible o no elucidación por medio de los analizadores, tanto el construido (el dispositivo) y de aquellos que surgieron en su cualidad de analizadores naturales; con el fin de arrojar luz sobre la negatividad y contradicción de la institución. Es decir, ¿qué permitieron elucidar los analizadores acerca del fenómeno de la *afección* en la institución médica? ¿Y si es afección o no? ¿Y en caso de que no sea, qué es entonces? Conceptualizando los afectos y afecciones, en tanto *son* los aumentos y disminución de la potencia singular del establecimiento.

* * *

CAPÍTULO 3 - EL CAMPO DE INTERVENCIÓN

3.1 LA INTERVENCIÓN DESDE EL ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y EL SOCIOANÁLISIS

“¿Por qué y cómo intervenir en la red institucional regida por el principio de equivalencia, y por consiguiente dispuesto a zurcir el menor desgarrón, a taponar la menor brecha, a restablecer incesantemente su equilibrio?” (Lourau, R., 1977, pp. 16).

El *principio de equivalencia ampliado*, que describe Lourau, se refiere a la forma estatal que funge como el común denominador de las formas institucionales, es decir, que toda institución es equivalente. *“Por ello, la transformación violenta, revolucionaria (por oposición a la evolución lenta y pausada de las instituciones producto de la equivalencia, no identidad), requiere un concepto que elucide el cambio posible. Por ello, al lado del proceso institucional está siempre la figura, agonística, de la contrainstitución”*. (Manero Brito, R., 2010, pp. 602-603). En otras palabras, la institución se opone a sí misma, es antagónica.

Esta *oposición a sí misma* y la tensión entre los procesos instituidos e instituyentes, junto con la reconstrucción de sus condiciones de posibilidad en las que se encuentran los cuerpos médicos para efectuar o no su potencia, espero que, a lo largo de los siguientes capítulos queden puestos en escena. En este capítulo, en particular, iniciará con el relato de cómo se fue abriendo el proceso de intervención, o la “entrada al campo”, que más bien consistió en la construcción del analizador.

Como lo mencioné en el capítulo anterior, la distinción entre el campo de análisis y el de intervención, reside en la delimitación y abordaje, sin quedar excluidos uno del otro, ya que el campo de análisis al ser macrosocial, tratará de recuperar en los sectores y los momentos aparentemente no-políticos, la potencia y la acción de lo político, la potencia y la acción de lo político en cuanto centralidad determinante de toda periferia. Y el campo de intervención se refiere al aspecto microsocial, por ser limitado en el tiempo y el lugar de la intervención sobre el terreno. (Lourau, R., 1977).

Por lo que primero, es menester hacer una distinción en cuanto a qué me referiré en torno al campo de intervención, y precisamente qué es lo que se construye como “campo”. Cuando se menciona este concepto, se hace mención inmediatamente a un lugar. El campo se ha definido clásicamente como una lógica geográfica, en tanto delimita un *territorio de conocimiento*. (Soto Martínez, A., 2011). Por otro lado, el *terreno*, entendido desde el análisis institucional “*permite incluir la idea de procesos, interacciones y ligas no sólo en el plano espacial sino también en el temporal; de este modo la idea de terreno obedece más a una lógica histórica que geográfica*” (Soto Martínez, A., 2011, pp.11-12).

En ese sentido, los procesos, interacciones, vínculos, etc., no sólo se remiten a lo que sucede en el “presente”, sino que brinda la posibilidad de elucidar o de tomar en cuenta aquellos procesos históricos, sociales y políticos que en sí mismos constituyeron el terreno actual. Es decir, el terreno no queda desligado de su propio devenir sociohistórico y político. Por ello, Ardoino (1981), plantea que, al contrario de lo que sucede en el campo, cuyo ámbito es la extensión, en el terreno lo que lo constituye es precisamente las capas temporales que se superponen, de los procesos que van dejando su huella, el tiempo que se encuentra sedimentado en las capas del campo.

Lo anterior, me parece que se puede nutrir de la lectura de James Clifford, donde se trata de poner en duda la “localidad” o la “localización”. Es así que ejemplifica al campo como *trayectorias de movimiento*, apuntando a que el trabajo de campo estaría descentrado o interrumpido como una residencia o estancia. Así, éste se convierte en una mezcla de prácticas espaciales de movimiento, ya no “desde el campo” y “hacia el campo” o de “dentro y fuera de éste”, sino de un *atravesamiento*. (Clifford, J., 1999).

A partir de esta construcción del terreno, para mí fue mucho más fácil darle *nombre* (sentido) a lo que sucedió a lo largo de la intervención, debido a que ya no se encuentra en la materialidad de un viaje, de entrada y salida, sino que el trabajo de terreno tuvo lugar en las relaciones sociales, en las contingencias del viaje y no

en sitios controlados de investigación. Podría decirse, que se trató de un *habitus*²⁸, en el sentido que, en diversas circunstancias no había una distinción de un dentro o a fuera del establecimiento en cuanto al trabajo, sino que se las llevé como disposiciones y prácticas corporizadas. (Clifford, J., 1999).

Pero ¿cómo fue que llegué al Hospital Universitario de Puebla (HUP)? Tardé mucho tiempo en percatarme que yo jamás elegí como tal el campo de intervención. Tampoco se trató de una situación azarosa ni contingente. Sino, tal y como lo menciono en el capítulo anterior, la elección del terreno estuvo todo el tiempo a travesada por mis implicaciones, mi lugar de *portavoz* y mi lugar en el grupo social.

Resulta sumamente complicado entrar a este punto, considero que se debe al carácter mismo de la implicación, de la forma que están plegados los elementos que constituyen las elecciones y decisiones en relación al por qué este tema y no otro, por qué este terreno y no otro. ¿Por qué médicos e instituciones?

En este momento se hace necesario romper con la escritura científica que niega el papel del investigador, de sus implicaciones, sin embargo se cae en espiral a una especie de ambigüedad escrita. ¿Qué escribo? ¿Cómo lo escribo? ¿Cuánto se me es permitido revelar? ¿Qué se *recorta* o releva y qué no? ¿No es en sí mismo un mecanismo de negación de las implicaciones?

Para hablar acerca de cómo fue que terminé en el Hospital Universitario de Puebla, si se hace necesario contar “mi historia”. Una historia que es mía en el sentido de que estoy hecha de muchas voces y experiencias que remiten al contexto social y no necesariamente a una forma de interpretación monorreferencial, el papel como *portavoz*. Lo cual apunta una ruptura parcial con la redacción académica y lo que se “espera” que aparezca en esta investigación.

Podría comenzar a narrar que provengo de familia de médicos y personal de salud, lo cual me ha dado cierto bagaje del tema de lo médico, pero probablemente eso aburra inevitablemente al lector. Posiblemente sería más pertinente explicar

²⁸ Para Bourdieu, este concepto se define como: “*aquel sistema de disposiciones que actúa como mediación entre las estructuras y la práctica, más específicamente, se hace necesario estudiar las leyes que determinan la tendencia de las estructuras a reproducirse mediante la producción de agentes dotados de un sistema de predisposiciones capaz de engendrar prácticas adaptadas a las estructuras y contribuir de este modo a la reproducción de las mismas*”. (Bourdieu, P., 1998, pp. 145).

cómo durante el primer trimestre de la maestría comencé a acercarme a las relaciones que ya tenía, con el fin de encontrar algún lugar “ideal” para realizar la investigación.

A finales de octubre del 2014 me puse en contacto con el Dr. Carlos López Reyes, a quién conocí mientras realizaba prácticas psicológicas²⁹ en el área de urgencias del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores de Puebla (ISSSTEP). A éste médico lo conocí por vía de mi papá, quien es psicoterapeuta. Ellos se conocieron alrededor del 1992³⁰, y se reencontraron en el ISSSTEP, donde mi papá estuvo realizando un servicio social en el 2004, como psicólogo hospitalario³¹ e interventor en crisis y el Dr. Carlos López Reyes era jefe del departamento de Investigación y Enseñanza del mismo establecimiento.

Cabe destacar que éste médico es uno de los más reconocidos en Puebla en el área de urología, además de haber sido director de la Facultad de Medicina de la BUAP, así como jefe de enseñanza en el HUP; actualmente tiene un consultorio privado y es capacitador de varios miembros del Comité de Bioética del HUP y de la región Puebla y es parte del Consejo Consultivo de Investigación y Posgrado de la Universidad de Oriente.

Si no fuera poco, el rector actual de la Universidad de Oriente, es hijo de López Reyes, donde además mi papá es Coordinador del área Psicopedagógica y yo impartí clases durante un semestre en el 2014. Más allá de que pueda parecer que la vida de provincia se ciñe al famoso refrán “pueblo chico, infierno grande”, lo que está presente es mi lugar de *portavoz*, y cierto lugar en un determinado grupo social. Dicho de otra manera, se puede reiterar que, el terreno de intervención se extiende hacia tiempos y espacios en los que ese o esos grupos se fueron estructurando. Donde posiblemente exista un vínculo histórico que sigue actuando como referente de algunas prácticas y significaciones. (Lourau, R., 1991).

²⁹ De aquella psicología que cuestiono a lo largo del capítulo 1

³⁰ Cuando le comenté a mi papá que escribía este capítulo, me relató que el Dr. López Reyes y él se conocieron formalmente en una preparatoria donde mi papá daba clases, pero que lo conocía de mucho antes, ya que era amigo de un tío mío, dueño de una clínica de laboratorios clínicos aquí en Puebla.

³¹ Haciendo trabajo de *intervención en crisis*, psicología hospitalaria en trabajo del duelo, hipnoterapia para el manejo del dolor y preparación pre, peri y post quirúrgica.

Por lo anterior, en el momento en que tuve que a pensar cuáles eran mis opciones para realizar una intervención, “lo lógico y obvio”, fue acercarme a López Reyes. Es así que a lo largo de los primeros semestres de la maestría, retomé el contacto de este médico, quien se encontraba trabajando junto a un grupo de profesionistas de la salud de parte del CINAD (Centro de Interdisciplinario de Investigación y Actualización Docente) quienes desde 1993 han trabajado en un centro en Pahuatlán, Puebla.

En la primera reunión que tuve con él, me entregó un libro titulado “Problemas de Salud y educación en Comunidades Indígenas” escrito por él y publicado por la Universidad de Oriente. En él, describía entre otras cosas la práctica médica en Pahuatlán, relatando como los médicos conviven con una serie de dificultades institucionales, como la falta de recursos entre otros, pero como perciben que la gente “a pesar” de que saben que “deben” cuidar su salud no acuden a los centros de salud.

A lo largo de las semanas me reuní varias veces con él en su consultorio y durante estas reuniones, me comentaba que la formación del médico era deficiente y que se debía hacer algo al respecto. Fue así que le planteé el anteproyecto de investigación, el cual en ese momento era un proyecto muy diferente al que planteo ahora, pero inmediatamente mostró interés y lo consideró relevante para el área de salud.

Junto con la directora del CINAD, quien me fue presentada por López Reyes, la Mtra. Marisela Juárez Campa, con quien lleva largos años trabajando, consideraron pertinente y necesaria mi propuesta. Por lo que ellos me propusieron trabajar a través del CINAD³² en Pahuatlán, Puebla. Sin embargo, a pesar del aparente interés, cuando traté de comunicarme con la Mtra. Marisela Juárez Campa no recibí respuesta. Estuve insistentemente intentando comunicarme pero fue imposible localizarla. Más adelante conocí la razón³³ y decidí cambiar el lugar de intervención. En ese momento consideré junto con López Reyes otras opciones; la

³² Más sobre el trabajo del CINAD ver López Reyes, J. C. y Juárez Campa, M. (2002). La integración docencia-servicio-investigación. ¿Utopía o necesidad impostergable? México: BUAP.

³³ Que como suele ser, la vida no se entera de la eficiencia terminal de CONACyT y de los tiempos institucionales. La única hija de la maestra Marisela murió en un accidente automovilístico.

primera opción y la más probable era el ISSSTE, lugar donde tengo varios contactos que podían facilitar mi entrada al establecimiento. El siguiente lugar era el ISSSTE-Puebla (ISSSTEP), donde ya había realizado prácticas y conozco a varios jefes de departamentos; y por último el Hospital Universitario de Puebla (HUP).

En la tercera reunión que tuve con el Dr. López Reyes discutimos la posibilidad de acercarme a los establecimientos anteriores y en ese momento se puso a realizar llamadas a diferentes conocidos (médicos), determinó que el ISSSTE y el ISSSTEP no eran una opción debido al cambio de encargados, lo cual implicaba que no tenían tanta cercanía entre ellos y que probablemente no estarían de acuerdo con la implementación de la investigación. Por lo que decidió llamar a un amigo cercano suyo, el Dr. Cuauhtémoc López, presidente del Comité de Bioética Médica de Puebla y parte del departamento de Investigación y Enseñanza del HUP, para preguntarle qué día me podía recibir y así discutir directamente con él, si era viable hacer la investigación ahí o no.

3.2 EL CONTRATO Y EL EFECTO WEBER

En el campo de intervención lo que debe suceder primero es la negociación del contrato de intervención con el "staff" cliente. (Manero Brito, R., 1991a). En este caso, la negociación se dio en tanto proceso de acercamiento y del trámite. Fue un largo recorrido, que inició con una primera reunión con López Reyes el 03 de octubre del 2014 y culminó con la "autorización institucional" de entrada al establecimiento el 18 de septiembre del 2015. Durante este lapso, sucedieron una serie de percances y obstáculos que iré describiendo ya que en sí mismo, es representativo de la institución. La institución habló a través de los mecanismos burocráticos.

Lourau (1991_a) denomina el Efecto Weber cuando una sociedad al mismo tiempo que se vuelve jurídica y tecnológicamente compleja, opaca el saber social. Esto sucede debido a que se encuentra institucionalizada en fragmentos separados y volátiles, e incluso la "demanda" social se aliena en ideologías tales como la de las "necesidades". Con referencia a lo anterior, considero relevante redactar todo el vericuesto de los trámites, oficios y negociaciones, ya que se hace visible la

fragmentación del efecto en lo correspondiente al proceso burocrático por el cual transitó para “entrar” al establecimiento.

Desde el Socioanálisis se puede estructurar la intervención partir de tres polos principales: a) el "staff" analítico, constituido por los "expertos" demandados por la intervención, aunque eventualmente pueda ampliarse con miembros del establecimiento donde se efectúa el socioanálisis; b) el "staff" cliente, es decir, la persona o personas que son portadoras del encargo de intervención, quienes realizan directamente la demanda a los analistas; c) el grupo-cliente, el conjunto de personas que participan en la intervención. (Manero Brito, R., 1991_a, pp.128).

Al tratarse de una investigación proveniente de un posgrado, no hubo un "staff" cliente como tal, y tampoco un "staff" analítico. No obstante, hay que recordar que el campo de análisis de la intervención socioanalítico no se trata en específico de personas, tampoco se trata de interacciones, ni del "grupo" como objeto o instancia de conocimiento. (Manero Brito, R., 1991_a).

Sin embargo, posiblemente el interés mostrado por el Dr. López Reyes podrían situarlo como staff cliente o como parte de éste, lo mismo que la Mtra. Marisela. Esto resulta de suma importancia debido a que en México, un mecanismo muy generalizado es que el staff cliente (SC) tiende a ausentarse del proceso de intervención. Sin embargo ¿debía *estar* el Dr. López Reyes en el proceso?

El staff analítico (SA), por su parte, estuvo representado más bien por mí persona en solitario. Lo interesante de este proceso es cómo en la interacción entre el SA, yo en mi papel de investigadora y el SC, el Dr. López Reyes como un médico de renombre y peso político en la disciplina, fuimos negociando y construyendo los primeros esbozos del dispositivo. En ese sentido el SC sí estuvo presente a lo largo de toda la intervención y en la construcción del dispositivo.

Por otro lado, como señala Roberto Manero, *“no es el saber especializado del interviniente un saber privilegiado, que le permita situarse por encima de los saberes y no-saberes del grupo-cliente. Si lo que sucede antes, exteriormente y después de la intervención constituye el campo de análisis de la intervención socioanalítico, estas dimensiones constituyen también elementos del campo de intervención”*. (1991_a pp.129). Es así que en realidad, más allá de un staff analítico, hablaríamos

de, por un lado, la interlocución con el asesor, los lectores, compañeros, seminarios, profesores, la universidad, el posgrado, el CONACyT, etc. La otra parte obedece al de nuevo al lugar del portavoz.

De este modo, podríamos referiríamos al Hospital Universitario de Puebla³⁴ como parte del SC. La agrupación que constituye al grupo-cliente entendido como el resultado de *“una cantidad infinita de determinaciones sociales que adquieren formas y sentidos específicos, determinaciones políticas cuya piedra de toque es el Estado y que atraviesan transversalmente al conjunto del grupo-cliente”*. (Manero Brito, R., 1991_a, pp. 129). En otras palabras, se refiere a la clínica, la salud y la universidad, tanto institución como el establecimiento (la BUAP), etc. Estas determinaciones transversales actúan unas sobre las otras y su elucidación se constituye como el objeto propio del socioanálisis. (Manero Brito, R., 1991_a).

3.2.1 Los tecnócratas vs. La vieja medicina

Una vez acordada la reunión en las instalaciones del HUP (el 30 de abril del 2015), fui directamente en la oficina del Dr. Cuauhtémoc López y le expuse brevemente el proyecto haciendo énfasis en mi interés por acercarme a la visión que tienen los médicos sobre su propia disciplina. Él me explicó que llevaría el anteproyecto ante el comité, que entraría a revisión y que en 2 ó 3 semanas tendría una respuesta, que él consideraba que sería favorable.

Después de las tres semanas, me puse en contacto con el Dr. Cuauhtémoc López y me explicó vía mensaje que por favor me presentara el día 22 de junio en su oficina en el hospital con el anteproyecto con dos copias y un oficio que solicitara y explicara mis motivos por los cuales estaba interesada en hacer la investigación en el HU.

El día que me presenté, el Dr. Cuauhtémoc me explicó que ya se había revisado mi proyecto y que ya había sido aprobado. Pero a lo largo de esa semana, se habían realizado modificaciones de los miembros del comité y se habían incorporado, en sus palabras, “médicos jóvenes que no tienen muy claro su papel en el comité ni en la medicina”. Cuando le pregunté a qué se refería con ello, me

³⁴ Este punto se desarrollará más adelante en este mismo capítulo.

dijo que “son más bien administradores” y que habían comenzado a poner peros a todos los proyectos que ya se habían aceptado y que se debían revisar otra vez, pero esta vez por el “nuevo” comité.

A partir de ese momento, los nuevos miembros pusieron peros y trabas para mi ingreso al hospital, argumentando que en primer lugar si no era médica no podía estar “paseando” por el hospital. Se contraargumentó que estaría acompañada por otros miembros del hospital (médicos) y que no estaría paseando sino realizando la investigación. Se señaló que quién o quiénes iban a estar dispuestos a “tenerme por ahí” o “quién se iba a hacer cargo de mí” y le preguntaron directamente al Dr. Cuauhtémoc si él estaba dispuesto a desempeñar ese papel, él dijo que sí. En contraréplica dijeron (entre ellos el Dr. Cuauhtémoc y otros médicos) que porqué iba a necesitar supervisión o porqué alguien se tendría que hacer cargo de mí si no era ni interna ni residente, sino investigadora; y que en todo caso no sólo el Dr. Cuauhtémoc estaría estar dispuesto a que lo acompañara en las consultas sino otros tratantes no lo veían como un problema.

Además discutieron acerca de cómo podían “permitir” que estuviese en el hospital observando lo que hacen si yo no soy médica. Este punto lo discutieron álgidamente según me dijo Cuauhtémoc, fue a propósito de que el meollo de todo el asunto es que yo estaría observando los *procedimientos médicos*. Lo cual detonó una discusión en relación a los procedimientos y protocolos seguidos en el hospital, en donde un médico le preguntó a uno de los que estaban en contra de mi entrada si se trataba de qué estuviese preocupado de que yo observara los procedimientos médicos y utilizando uno de los argumentos anteriores le dijo que si yo no soy médico en realidad no voy a “entender” lo que están haciendo y así él no tendría que estar preocupado por ello, a menos de qué él no esté siguiendo los protocolos reglamentados.

El Dr. Cuauhtémoc hizo hincapié en que si no permitían mi entrada estarían rechazando mi hipótesis de trabajo la cuál apunta a que no están alienados totalmente por el modelo médico hegemónico y así confirmando la hipótesis nula

que planteaba en mi proyecto³⁵, lo cual los podrían en contradicción. Al final de este argumentó uno de los médicos nuevos en el comité señaló que el verdadero problema era que no había seguido las formas institucionales y que en realidad no había nada de malo en que yo realizaré mi investigación en el hospital, pero que entregará el proyecto con un oficio ante las instancias oficiales y no por la vía informal.

Desde otra lectura³⁶, podríamos mencionar que la inclusión de un extraño, de alguien externo que estará observando al establecimiento es vivido de manera muy persecutoria. Posiblemente yo podría ser alguien no tan externa, vistas mis relaciones con los médicos “viejos”. Al contrario, con los jóvenes, yo no formaba parte de ese clan o grupo. Por eso ellos, sí me podrían asociar como un elemento extraño y peligroso. El problema en el hospital, entonces, no derivaría de mi presencia como no-médico, sino básicamente como representante de un grupo que no los aglutinaba a todos.

Entrando más en la discusión que tuvo lugar en el comité, creo que en realidad tuvo que ver con distintas cuestiones. En primer lugar o nivel, con el cambio de personal dentro del comité, en donde se dan confrontaciones para establecer los mecanismos de poder y control. Lo cual podría implicar que para demostrar quienes son los que tomarán las decisiones tendrán que demostrar su poder de alguna forma, como lo podría significar dar marcha atrás a las decisiones tomadas por el comité anterior, como el rechazar los proyectos que ya habían sido aprobados. Evidentemente hay un juego de poder, así como de inclusiones y exclusiones. Podría decirse que los médicos viejos habían excluido a los jóvenes en torno a la decisión de mi entrada. El staff cliente imponía mi intervención. Esto me colocó en una posición de vulnerabilidad, ya que mi proyecto era prescindible, esto implicaría que me negarán la entrada al hospital.

³⁵ Ya en ese momento de la investigación tenía perfilado que le apostaba a la imposibilidad de una alienación total en los médicos. Y el proyecto que entregué en el HUP fue traducido de tal forma que estuviese estructurado con un corte positivista, es decir, planteando hipótesis de trabajo, hipótesis nula, objetivo general y particulares, etc.

³⁶ Interpretación realizada por mi asesor.

En un segundo nivel, acerca de las resistencias de la institución (Varela, C., 2004), como el demandar que siguiera las “formas institucionales”, es decir, la vía de la burocracia y no la vía informal.

El tercer nivel, la discusión entre los miembros “nuevos” y los miembros anteriores. Que siguiendo las palabras del Dr. Cuauhtémoc, estos nuevos médicos pertenecen a una medicina técnica y neoliberal, en otras palabras, son los representantes de una “nueva medicina”, por lo que está en discusión en la vigencia de una “vieja medicina” la cual si le está dando entrada a la *psicología social de la UAM – Xochimilco, que está vinculada a los programas anteriores de medicina comunitaria y con un enfoque más humanista*³⁷.

El cuarto nivel correspondería a la pregunta de ¿quién detonó la discusión? ¿El analizador o el analista? *“El analizador es, desde su mismo enunciado, un concepto bisagra en el Análisis Institucional, que articula los procesos de intervención con la teoría sobre las instituciones o, dicho de otra manera, el campo de intervención con el campo de análisis”*. (Manero Brito, R., 2015, pp. 2).

El analista advierte al analizador, elemento central que pregunta por la institución. Pero Rémy Hess advierte que el analista corre el riesgo de negarse a llevarlo más allá del análisis, tomando en serio al analizador. Por lo que puede a tratar de ocultar las contradicciones, de explicarlas, de informar “ideológicamente” acerca de ellas, es decir, de disfrazarlas. (Hess, R., 1979).

Entonces ¿es en realidad el analista quien hace el análisis? Sí y no. Sí debido a que el analista por medio de la elucidación, la cual siempre es necesariamente colectiva, puesto que no puede existir un saber especializado propio de un “analista” que ilumine el no-saber social. A lo más, el especialista puede darse los medios para inyectar o restituir en el grupo-cliente los datos o informaciones sobre las características de la población o la situación que va a enfrentar. (Manero Brito, R., 1991_a).

El analista será quien recabe y concentre el material y las experiencias, pero el que hace surgir el deseo y produce al mismo tiempo su simbolización es el

³⁷ Retomo estas frases de las reuniones que he tenido con el Dr. López Reyes, en donde él ha puesto mucho énfasis en el proyecto de la UAM y que ha dado a conocer a los médicos a los que les da cursos de actualización, varios de ellos miembros del comité de bioética del HUP.

analizador. No obstante, es importante señalar que el analista, puede ser tanto el que recaba el material y experiencias, y simultáneamente puede ser analizador³⁸. (Hess, R., 1979).

Por otro lado, a lo largo de las semanas que estuve en Puebla, mi papá me mencionó que se encontró al Dr. López Reyes y que le comentó la discusión que se había desatado en el comité, que “él seguía al pendiente” y que había hablado personalmente con otros miembros del comité (algunos de los nuevos y otros de los anteriores) y que había reiterado que era “necesaria” mi investigación para el departamento de “Enseñanza e Investigación”. Pero ¿por qué el Dr. López Reyes creyó que era tan necesaria mi investigación en el campo de la medicina? ¿Por qué el Dr. Cuauhtémoc y otros médicos defendieron mi proyecto en el comité? ¿Cuál es la intención acerca de que me permitan la entrada para realizar la investigación?

En las reuniones que he tenido con López Reyes yo le he preguntado directamente por qué cree pertinente o no mi propuesta de investigación/intervención, y me ha dado diferentes respuestas, como el hecho de que la medicina se está deshumanizando, los problemas al interior del hospital necesitan una mirada diferente y que la psicología social podría abonar a la comprensión de las situaciones que se presentan; o que los resultados de la investigación podrían contribuir a mejorar a la disciplina.

Por otro lado, también le pregunté a Cuauhtémoc López lo mismo, y él fue muy concreto, me dijo que él quería una retroalimentación desde lo que obtenga a partir de la investigación (sea lo que sea, ya que precisó que no tiene muy claro que es lo que hace la psicología social de la UAM) para incorporarlo al área de enseñanza, es decir, pensando en los “nuevos médicos”.

En realidad siempre sospeché de estas respuestas, de que se trataba sólo del avistamiento de la punta del iceberg de lo que en realidad se estaba *demandando*, y que en realidad no es a *mí*, sino que tiene que ver con los imaginarios sobre la psicología, la psicología social y la UAM-X y con algunos otros proyectos encubiertos relacionados con el HUP y la medicina.

³⁸En ese sentido podría aventurarme a decir que en este caso, la investigación-intervención, o más precisamente el dispositivo, es el elemento analizador y el analista.

Es así que llegamos al tema del *encargo* (Bernard, M., 1977), o *encomienda* el cual corresponde a la demanda institucional, la cual fue por vía del Dr. Cuauhtémoc y del Dr. López Reyes, que hasta este momento fue acerca del interés por fomentar la investigación y por una futura retroalimentación de mi parte, con el supuesto objetivo de mejorar el departamento de investigación y enseñanza.

Por otro lado, durante los primeros días me enteré que el Dr. López Reyes es un médico muy renombrado, considerado “autoridad” en el campo disciplinar, lo cual explica por qué el Dr. Cuauhtémoc facilitó mi entrada al establecimiento y por lo que la “recomendación” de recibirme proviene desde una jerarquía cargada de significados y símbolos que o tienen que ver nada con quién soy yo en realidad, o quién es este médico, sino que se ponen en juego los símbolos previos y con la propia cultura médica.

Aquí es donde resulta evidente que el dispositivo debe ser susceptible a estos virajes, lo cual fue permitiendo aproximarme a las demandas de este grupo. Un grupo enclavado en un establecimiento de condiciones bastante particulares por la historia que tiene la Universidad, no sólo en Puebla o México, sino los entretejidos sociales, históricos, de clase, de la disciplina, del establecimiento, etc. En consecuencia, los límites del dispositivo estuvieron alrededor de un encuadre que yo no establecí como “investigadora”, sino que éste se fue tejiendo con los médicos del Hospital Universitario de Puebla, con las condiciones y ciertas posibilidades a las que el establecimiento dio lugar. Así mismo, la temporalidad y los vínculos que se fueron dando en el transcurso del proceso posibilitaron la emergencia de ciertos fenómenos y no otros.

3.2.2 De formatos, oficios y otras historias de terror burocráticas

Otra dimensión del campo de intervención se refiere al exterior. Es decir, personas, grupos, que a veces son considerados como elementos materiales “exteriores” a las fronteras originales del grupo-cliente que pueden entrar en el campo de intervención. Así por ejemplo, en ciertas instituciones las secretarías, el personal de limpieza, etc., pueden jugar un papel importante en la realización de ciertas tareas de la institución, en la producción de ciertos conflictos, en la elucidación de algunas

problemáticas. Sin embargo, en realidad ellos al estar inmersos en los procesos, deberían ser invitados explícitamente. Esto justifica, además, la tendencia a hacer estallar las fronteras del grupo-cliente hacia la totalidad de la base social de la institución. (Manero Brito, R. 1991_a).

Con respecto a lo anterior, la secretaria del área de Investigación y Enseñanza jugó un papel importante en esta trayectoria. Debido al cambio de administración ya mencionado, tuve prácticamente que empezar el trámite nuevamente. Durante ese periodo, estuve “dando vueltas” (unas 10) al HUP para entregar documentación, y fueron necesarias muchas horas de antesala en con la secretaria del Dr. Chrystopherson Gengyny Caballero López³⁹ el nuevo jefe del departamento de investigación y enseñanza.

La segunda ronda del trámite reinició formalmente el 22 de junio al entregarle de nuevo al Dr. Cuauhtémoc el anteproyecto y el currículum, y me sugirió entregar una copia a la secretaria del Dr. Gengyny. Sin embargo el 24 de agosto me presenté con la secretaria, llamada Fer, para averiguar cómo iba el trámite y me dijo que se había traslapado y que ahora que tenía que entregarle a ella una nueva copia vía correo electrónico del anteproyecto y de mi currículum. Ella me dio los datos de la oficina (teléfono y correo electrónico) y me dijo que no era necesario que estuviese apareciendo por las instalaciones, que bastaba con una llamada. Le envié por correo la otra copia del anteproyecto y del currículum ese mismo día.

Estuve llamando del 26 al 03 de septiembre y aún no había respuesta del comité, pero que por favor le enviara de nuevo al correo los documentos porque ya no lo encontraba. Me presenté el 04 de septiembre y la secretaria estaba muy enferma, le pregunté cómo estaba y di unos dulcecitos para la tos, le hice plática, después de esto ella comenzó a ser amable, pero aún no había respuesta del comité. Pasé a ver a Cuauhtémoc y me dijo que siguiera insistiendo.

El 06 de septiembre volví a ir al HUP, ya que la secretaria había empeorado y no se presentó durante esa semana, así que nadie sabía nada de lo que pasaba en el comité. Fui a la oficina de Cuauhtémoc y él llamó directamente a la oficina del

³⁹ Es un médico bastante joven, todavía en sus treinta y tiene una especialidad en Pediatría y una alta especialidad en Inmuno-Alergología Pediátrica.

nuevo jefe del departamento de investigación y enseñanza, Dr. Gengyny, pero le dijeron que no tenían nada con mi nombre, que probablemente se había traspapelado de nuevo⁴⁰ y que además no había llenado el formato correspondiente, el cual habían incorporado en la última junta (dos días antes de esta fecha).

Fui al sagrado escritorio de la secretaria suplente para pedirle los formatos, pero ella no tenía idea de lo que yo le estaba pidiendo, e hizo 2 llamadas para preguntar qué era lo que estaba buscando, tuve que ir por Cuauhtémoc y él habló con otras 2 secretarias más, hasta que resolvieron en comité secretarial que “ellas no tenían esa información” y que regresara al día siguiente con Fer, que “probablemente” ella sabría qué hacer.

Al día siguiente (07 de septiembre) al llegar vi a Fer en el escritorio, y ella ya estaba enterada de todo el asunto, me dio un formato y me dijo que el Dr. Gengyny le dijo que tenía que pasar mi anteproyecto al formato que pide la Secretaría de Salud⁴¹.

Me presenté al siguiente día (08 de septiembre) y Fer me comentó que ya había recibido el correo, pero le dije que con eso de que se “traspapelan” las cosas me sellara de recibido las copias de todo lo que había entregado. Me dijo que a lo largo de la semana me entregaría un oficio de autorización, pero que antes el Dr. Árcega, un nombre que jamás salió antes de este día, revisaría mi proyecto y me mandaría las correcciones correspondientes.

A la salida pasé a ver a Cuauhtémoc y le comenté lo ocurrido y me sugirió llegar preparada la siguiente semana con unas fotos tamaño infantil (para la credencial que autorizaba mi presencia) y una bata blanca, y así pudiera empezar ese mismo día.

Llamé a lo largo de la semana pero el Dr. Árcega aún no revisaba mi anteproyecto, y me dijo Fer que me presentara hasta la siguiente semana. Ya el 14

⁴⁰ Me es muy difícil entender cómo se pueden traspapelar los correos electrónicos, pero este evento se puede leer como un *analizador* el cual está en el próximo apartado. Además de esto lo bueno de esta experiencia es que después de la tesis podría escribir una comedia de equivocaciones y un anecdotario de “cosas reales que usted no creyó posible que pasarán”

⁴¹Se puede consultar en esta liga: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7754.pdf>

de septiembre, por fin me hicieron entrega del oficio que decía que autorizaban mi anteproyecto y mi presencia. Fui inmediatamente con Cuauhtémoc y le enseñé el oficio y comenzó a reír, diciendo que seguramente ni lo había leído y si lo habían hecho no le entendieron, comentó que el nuevo encargado de ese trabajo era el Dr. Árcega, pero que no entendía como lo había aprobado sin haberlo discutido en el comité, que más adelante lo comentaría en una reunión, ya que estaban haciendo lo contrario que proponían y que las reglas que tanto habían defendido y sacralizado en la discusión en el comité en relación a mi presencia se las estaban saltando.

Finalmente las formas eran lo menos importante, como tampoco la cuestión de la excelencia del proyecto. Lo fundamental fue hacer pagar la aduana por cruzar territorios. Un elemento central en mis implicaciones, es precisamente mi pertenencia (sin afiliación) al grupo de “los viejos”, los que todavía estarían en los discursos “revolucionarios”, que ya no significan en la generación joven.

3.2.3 Los formatos y oficios como analizadores

En el caso particular de los formatos y oficios, haré referencia a ellos en el sentido de analizadores desde la postura de Lapassade y Hess, es decir, como la descomposición del objeto, como aquello que permite descomponer lo instituido de la institución. (Manero Brito, R., 1991^a; 2015). Éstos fungen como elementos defensivos y que dejan en evidencia la contradicción de la institución. En otra palabra, este es un hospital-escuela que según su “misión” dice que está para *“proporcionar servicios integrales de salud, con ética, claridad, calidez y equidad a través de modelos de atención calificados y que aporten seguridad al paciente, realizando docencia e investigación científica, formando recursos humanos de excelencia para la salud”*.⁴² Sin embargo, el formato improvisado con dos días de anticipación que no fue discutido previamente en el comité no se ciñe con el término “claridad” y posiblemente tampoco con el de “ética. Además que este proyecto estaba enmarcado en el contexto de la mejora de “la docencia e investigación” que al fin y al cabo tendría que redundar en “formar recursos humanos de excelencia para la salud”.

⁴² http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/mision

Más allá de las críticas que pueda tener hacia estos términos como el de “recurso humano”, quiero relevar la contradicción del fenómeno, tal y como dice Lourau sobre la negatividad actuante de los procesos y las fuerzas instituyentes, que llegan a producir con cierta frecuencia crisis institucionales que tienen la característica de ser fuertemente analizadoras. Esto es, que por más que trata de aparecer como una institución clara y preocupada por la educación terminan por emerger los elementos de su *negatividad* y del fracaso de su espíritu o intencionalidad primogénita.

El oficio tan requerido, que se muestra en la página siguiente, contiene una frase que tiene suerte de analizador “*su proyecto de investigación [...] ha sido aceptado con corrección de estilo*”. Cuando leí esto, inmediatamente le pregunté a Fer a qué se refería, y me dijo que el Dr. Árcega iba a corregir algunas partes del anteproyecto. Hice un gran esfuerzo para no reír, no porque creyera que mi anteproyecto fuese perfecto, sino que me pregunté ¿qué estilo podían corregir? ¿Era la redacción? ¿El marco teórico desde la psicología social? ¿A qué *estilo* se refiere? ¿O simplemente, *había que corregir algo*?

Sin embargo, más que analizadores, el analizador aquí es el dispositivo que permite tomar como objeto de reflexión un formato burocrático, estos formatos lo que mostrarían, serían como la constatación inerte del fracaso del proyecto que funda al hospital. Hay que recordar que, con Guattari, que es el concepto de analizador más próximo a la práctica socioanalítica, el analizador es un trabajo práctico, es la emergencia del deseo, de la negatividad, el analizador es acción que desconstruye, que revela, que crea o que produce nuevas significaciones de la realidad.



C. MAYLETH ALEJANDRA ZAMORA ECHEGOLLEN
PRESENTE

Por este medio la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Estudios de Posgrado hace de su conocimiento que su proyecto de investigación titulado: **"El proceso de subjetivación del médico en el Modelo Médico Hegemónico"**, con número de registro PEG-T/002/15, ha sido **Aceptado con corrección de estilo**, por el Comité de Ética e Investigación, para que sea desarrollado en esta Institución conforme marca su protocolo, en virtud de haber cumplido con los requisitos para el efecto.

Recibiendo informes sobre el progreso de la investigación y con la entrega oportunamente de trabajo final.

Sin otro particular por el momento, me es grato saludarle afectuosamente

ATENTAMENTE
"PENSAR BIEN PARA VIVIR MEJOR"
Puebla, Pue. 15 de Septiembre de 2015



DR. CHRYSTOPHERSON GENGNY CABALLERO LÓPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SALUD

Hospital
Universitario
de Puebla

25 poniente 1301, Col. Volcanes,
Puebla, Pue. C.P. 72410
01 (222) 229 55 00 Ext. 6200 y 6162

Como se puede leer en el oficio, éste no especifica cómo deben ser los informes sobre el progreso de investigación, a quién, o cuándo sería la *entrega oportuna del trabajo final*. Tampoco dice a qué servicios podría entrar y a cuáles no, el número de horas, mi aspecto, nada, tal cual *sin otro particular*.

No me mal entiendan, al leerlo me tranquilizó que no me “demandarían nada más”, pero con todas las discusiones que surgieron en el comité creo que cualquiera esperaría al más que un *saludo afectuoso*. Lo positivo de esto, además de brindarme un efecto analizador, me permitió poner un encuadre con Cuauhtémoc, el cual consistió en que él me presentaría el 18 de septiembre en el servicio de urgencias con la encargada y de ahí yo podría ir decidiendo hacia donde rotar de servicio y los horarios más convenientes.

Un elemento que fue parte intencional del dispositivo fue mi aspecto físico⁴³, ya que siempre me presenté con alguna prenda blanca (blusa, pantalón, chamarra); decidí maquillarme, pero no demasiado; me recogí el cabello (trenza, coleta) ya que muchas veces escuché a los médicos de la universidad donde daba clase que se fijaban en esto, en el sentido de “practicidad”, si se arreglaban demasiado o llevaban el cabello suelto lo interpretaban como que las mujeres estaban más preocupadas por la apariencia y no en el trabajo; también llevé aretes pequeños, al igual que el ejemplo anterior, escuché muchas veces tanto en mi familia como en mi acercamiento con personal de salud, que los aretes largos representaban un problema si algún paciente tenía alguna convulsión o se resistía, ya que podía arrancar el arete y lastimar el lóbulo de la oreja; me corté las uñas, debido a que hacen énfasis en que no se pueden tener uñas largas por el cómo se “manipula” a los pacientes, la asepsia, etc., y que independientemente de que yo no sea médica, si es en algo que he observado y he escuchado que se fijan los médicos.

⁴³ Debo aclarar que el único aspecto que no pertenece a mi aspecto cotidiano son los aretes cortos, en general solía vestirme así para ir a trabajar, ya que en una ocasión una lectora me hizo el señalamiento que parecería que me estaba disfrazando, sin embargo creo que suelo vestirme más formal en Puebla que en la UAM-X, me hizo reflexionar que en realidad el ambiente laxo de la maestría, me hizo vestirme de manera más informal que la usual.

3.3 ¿QUIÉN ES EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA?

El Hospital Universitario de Puebla (HUP) cuenta con una versión institucional, es decir con aquella que está autorizada por sí misma. Esta información la recolecté del sitio electrónico oficial de la Universidad Autónoma de Puebla y de un folleto informativo que tienen en el HUP.

Como toda información institucional cuenta con información, valores, su misión, etc.; a continuación se van presentado como están en sitio de internet:

Información General⁴⁴:

• Entidad	Puebla
• Municipio	Heroica Puebla de Zaragoza
• Tipo de Unidad	Hospital General
• Domicilio	25 pte. 1301, C.P. 72410
• Zona de Ubicación	Urbano
• Fecha de Inicio de Operaciones	1973
• Superficie de Terreno	7,474.49 m ²
• Superficie de Construcción	11,483.96 m ²
• Superficie de Terreno sin Construir	3,117.51 m ²

Su visión consiste en *“lograr ser el mejor hospital a nivel estatal y regional, generando modelos de atención médica, enseñanza y proyectos de investigación de alta calidad que impacte en los indicadores básicos de salud y apoyando además la formación de recursos humanos con alto sentido profesional y ético”*.⁴⁵

Sus valores la *“ética, equidad, respeto, honestidad, solidaridad, justicia, responsabilidad, transparencia, compromiso institucional, compromiso social y trabajo en equipo”*.⁴⁶

La Política de Calidad dice que *“en el Hospital Universitario de Puebla estamos comprometidos con la satisfacción plena de nuestros usuarios mediante la provisión*

⁴⁴ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/mas_datos

⁴⁵ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/vision

⁴⁶ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/valores

*de servicios asistenciales, la formación de recursos humanos y el desarrollo de investigación en salud, con los más altos estándares de calidad, cumpliendo con la normatividad aplicable y manteniendo un programa de mejoramiento continuo”.*⁴⁷

Y sus antecedentes:

En la actualidad el Hospital Universitario de Puebla es una Unidad Administrativa dependiente de la Rectoría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y se encuentra insertado en el sistema estatal de salud como un componente del mismo, con más de 32 años de prestar atención a la población de los 217 municipios del estado de Puebla y entidades circunvecinas (Veracruz, Oaxaca, Guerrero y Tlaxcala) que han encontrado en esta unidad médica un referente para especialidades médicas que no se encuentran al alcance en sus entidades y han recibido una respuesta inmediata a sus problemas de salud.

El Hospital Universitario mantiene una cobertura para 139,000 usuarios, es considerado un hospital de mediana capacidad y por el tipo de atención como un Hospital General, ubicado en el segundo nivel de atención y servicios de tercer nivel, con 39 especialidades y sub-especialidades médicas, formador de recursos humanos en salud en pregrado y postgrado, reconocido en sus programas por la Comisión Nacional de Formación de Recursos humanos en Salud y como unidad receptora de residencias médicas⁴⁸.

Además se menciona que el HUP posee muchas fortalezas, entre ellas, el haber atendido entre 1972 y 2005 un total de 513,804 Consultas de Medicina General; 392,920 urgencias médicas; con un total de consultas de 3,002,378.

En Hospitalización se egresaron en el mismo periodo 228,134 personas, con la realización de 101,320 intervenciones quirúrgicas y 5,868,000 estudios de laboratorio. El total de personas atendidas en algún servicio de Hospital es de 5,476,800 personas.

En cuanto a la formación de recursos humanos se han egresado 2,240 médicos internos de pregrado y 1003 médicos especialistas de las residencias médicas que aquí se imparten.

En materia de investigación se han realizado 2,671 proyectos de investigación por médicos de pre-grado, 1,125 proyectos de investigación de post-grado. 97 investigaciones de médicos de base y 27 trabajos con la industria farmacéutica.

En materia de enseñanza se han tenido 21,250 eventos académicos, con una asistencia de 270, 495 asistentes”⁴⁹.

⁴⁷ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/politica_de_calidad

⁴⁸ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/antecedentes

⁴⁹ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/antecedentes

Algo que llama la atención es que los antecedentes consisten básicamente en números, en la supuesta efectividad a partir de cifras. No obstante hay elementos de sumo interés para poner en cuestión: la versión no-institucional de la fundación de este hospital.

En una la última reunión que tuve con López Reyes, ya finalizada la intervención en el establecimiento, fui a preguntarle acerca de la historia del HUP, ya que lo único que había encontrado fue lo referente al acta de cesión, la cual dice que *“la unidad médica Hospital Universitario de Puebla antes Hospital Civil de Puebla creado por decreto del 19 de agosto de 1965 y construido por la SSA, la fundación Mary Streer Jennkins⁵⁰ y el antiguo Hospital General de Beneficencia Pública y el 12 de agosto de 1973 el H. Congreso del estado, decreto la cesión gratuita, a favor de la Universidad Autónoma de Puebla, de los inmuebles que integran las unidades del Hospital Civil, con el único objeto de crear un hospital escuela. De esta manera el Hospital civil dejo de depender del Estado y cambio su denominación por Hospital Universitario de Puebla”*.⁵¹

Pero ¿cómo fue este paso del hospital civil a hospital universitario? Debo señalar que hice una búsqueda en diferentes archivos, como el Archivo Histórico de la Universidad, de la Ciudad de Puebla y no encontré como tal un documento que narrara la historia o el desarrollo de cómo se pasó del Hospital Civil a HUP. La información me la proporcionó el Dr. López Reyes en una reunión, describiendo el papel que tuvo el hervor del movimiento universitario (la toma del carolino), en 1973. Donde un grupo de médicos de la facultad de medicina de la UAP tomaron las instalaciones del hospital civil y le demandaron al gobierno que pasara a ser parte de la universidad.

Al respecto, de manera muy breve, desde la década de los 30's la universidad⁵² había conformado un movimiento estudiantil que durante los sesentas

⁵⁰ Después sería importante profundizar un poco más acerca de la fundación Jennkins, ya que fue un conocido cacique de la ciudad.

⁵¹ http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/hup/acta_de_cesion

⁵² Más sobre el movimiento universitario de la época se puede revisar a Quiroz Palacios, A. (2006). Las luchas políticas en Puebla. Período 1961-1981.

y principios de los setentas, al igual que en otras partes del país, se volvió más explosivo. (Quiroz Palacios, A., 2006).

Simplemente de 1970 a 1973 se exige la desaparición de los comités de lucha en la UAP y se pide el desconocimiento de las autoridades procomunistas. Por otro lado se exige la derogación de la ley orgánica universitaria e inicia una persecución y se cometen asesinatos a mansalva a dirigentes universitarios. (Quiroz Palacios, A., 2006).

Durante este periodo, Bautista O'Farrell llega al gobierno estatal, quien intenta desmantelar los proyectos y movimientos universitarios con la oposición de ultraderecha, pronunciándose en contra de que el Estado tenga mayor participación en la economía; pues ellos se consideraban como movimientos estalinistas y socialistas. (Quiroz Palacios, A., 2006).

A final de abril de 1973 se concentra un mitin a 100 000 personas y junto con el gobernador se exige la aprehensión de varios universitarios. Se exige la restitución de 54 alumnos del FUA expulsados de la UAP y el 1 de mayo de 1973, la UAP sufre un atentado a mano de miembros infiltrados de la policía, quienes disparan contra universitarios que festejaban el duodécimo aniversario de la toma de la Universidad por integrantes del Movimiento Estudiantil de Reforma Universitaria. (Quiroz Palacios, A., 2006).

En el ataque al edificio central de la Universidad resultan muertos cuatro estudiantes. Este hecho también dio pie a la separación de los sectores conservadores de profesores y alumnos que resultó en la fundación de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP); se corre el lema *“matar un comunista no es pecado, sino un deporte”*. (Quiroz Palacios, A⁵³., 2006).

Aquí estamos frente a una problemática que da pertinencia a una psicología social, ya que es este objeto imaginario de la institución lo que aparece como objeto fundamental de dicha psicología. Es lo que aparecería en todo caso como el sujeto de la institución, dicho de otra manera, como la estructura subjetiva de la institución. ¿Qué es lo que queda? Memoria. No solamente fracasó el proyecto instituyente, no solamente fracasó el proyecto utópico. Las fuerzas instituyentes quedaron ahí en esos proyectos que no triunfaron, pero que sin embargo no

⁵³ Abraham Quiroz es el actual coordinador del posgrado de Psicología Social de la BUAP, quien además fue un personaje importante a lo largo de mi formación en la licenciatura.

desaparecieron. Son proyectos que están ahí actuando, articulándose o no con fuerzas instituyentes o, dicho de otra manera, cargándose o no de esa energía instituyente o de esa energía de la sociedad instituyente, de esa capacidad de creación. Por eso los institucionalistas insistirían tanto frente al inmovilismo de la institución durkheimiana, sea en su figura funcional o sea en su figura simbólica estructural. Lo que tenemos es una dinámica que se traduciría en su momento en una dialéctica al interior de la institución. Entonces ésta se vuelve así objeto de la psicología social, precisamente porque es desde la institución que podemos entender categorías como memoria histórica, como memoria institucional, como conciencia institucional. Estamos hablando así de una idea de latencia que no serían ni la latencia del grupo, ni el inconsciente freudiano, estaríamos hablando entonces de una figura de latencia que nos asociaría inmediatamente a pensar desde otros términos eso que los sociólogos y etnólogos no pudieron sino llamarle lo sagrado, aunque no se detiene en eso. Tampoco es un inconsciente social. Estamos más cerca del planteamiento de Lapassade, en el sentido de encontrar en esas fuerzas instituyentes el inconsciente político de la sociedad. (Manero Brito, R., 2010, pp. 604).

En este contexto, un grupo de médicos toma las instalaciones del hospital civil. Sin embargo, ¿dónde quedó esta *historia*? ¿Por qué está presente en forma de ausencia y silencio de la versión institucional? ¿Este fue el proyecto que triunfó? ¿Qué sucedió con los *otros* proyectos? ¿Fracasaron? ¿Cuál era su profecía?

Sin duda alguna, en estos puntos sería imposible abordarlos en este apartado o en esta tesis, es todo un nuevo campo de investigación pero que inevitablemente hacen preguntarse acerca de la memoria, de la profecía y de los otros proyectos del HUP y de los médicos que laboran ahí.

* * *

CAPÍTULO 4 – URGENCIAS

El análisis institucional trata de elucidar lo negativo, aquello no integrado o no recuperado, lo no superado; mediante analizadores que provocan la manifestación de lo impensado de la estructura social. (Lourau, R., 1991_a). Por ello, los siguientes tres capítulos tiene como intención relevar la negatividad actuante del HUP. Sin embargo, es importante señalar que este capítulo se concentra principalmente en el funcionamiento cotidiano del establecimiento, el cual es indispensable para comprender las condiciones de posibilidad del mismo.

Antes una advertencia, a lo largo de los siguientes capítulos se hace una descripción densa de la intervención que, hasta cierto punto, se vuelve cansada de leer. En el propio proceso de redacción se hace tedioso explicar cuáles son los procedimientos a los que el personal de salud queda relegado y el paciente más o menos anulado, los cuales son los fenómenos comunes que suceden en el hospital, el tedio, el cansancio, el enredo del proceso burocrático, e inmersos en ellos la afección.

El 18 de septiembre Cuauhtémoc me presentó con la encargada temporal del servicio de urgencias, y a lo largo de la primera semana los médicos adscritos, el residente y los internos me explicaron cómo se compone y funciona el servicio.

El servicio de urgencias pertenece a la unidad de atención ambulatoria, éste consta de 3 partes:

1. El *triage*, lugar en donde ocurre el primer encuentro entre el médico y el paciente, aquí se indaga el motivo de la consulta, se toman los signos como la presión arterial, la temperatura, ritmo cardíaco, niveles de oxígeno, etc.; y conjuntamente se lleva un registro en una hoja con un formato especial de triage y que después se pasará a Excel en la computadora de esta área. En este paso se determinará la gravedad del paciente y se decidirá a donde irá, si a consulta o es necesario ingresarlo. Por las mañanas se encuentra el Dr. Memo⁵⁴, quien tiene siempre 2 internos que le auxilian a llenar los formatos y

⁵⁴ Memo es un médico joven (28 años), de complexión delgada y generalmente muy sonriente. Estudió medicina en la BUAP y lleva 2 años trabajando en el hospital. Debo mencionar que casi todos los médicos me dieron autorización a utilizar sus nombres reales.

tomar los datos. Si el médico considera que necesita medicación y una atención más a fondo, deriva al paciente a la *consulta*. En el camino que el paciente se dirige a la consulta se llevan las hojas del registro con la información recaudada en el triage. Si el paciente no es derechohabiente debe pagar la consulta, y si es derechohabiente pasa directamente. Lo de directamente es relativo, no es que pase enseguida del triage a consulta, sino que toma asiento de nuevo en la sala de espera y es llamado cuando es su turno.

Se supone que los servicios de urgencias deben contar con un área de *trauma*, uno de *paro o parada* y una segunda *sala de espera*. No obstante, el HUP no cuenta con área de trauma ni de la segunda sala de espera, en su lugar está 1 consultorio de suturas y curaciones, 2 consultorios de ginecología y obstetricia y 1 consultorio de atención y consulta.

2. En la *consulta* se encuentra la Dra. Beatriz⁵⁵, quien ya tiene la hoja que se llenó en el triage (los internos la dejan en su escritorio), sin embargo, debe volver a hacer las mismas preguntas por protocolo y hacer un nuevo llenado en un nuevo formato en la computadora. En este caso, quien realiza la revisión física son los internos, que suele ser uno, a veces dos. Si se trata de algo no “grave”, como gripa, infecciones intestinales, etc., se le indica un tratamiento, y en caso de ser algo que requiere hospitalización, se le ingresa.
3. El *ingreso* es la parte de hospitalización del servicio, es decir las camas del servicio de urgencias, éstas no están a la vista del triage ni de los consultorios, sino que hay un pasillo que se llama paso intermedio, el cual los separa. En el área de ingreso las camas están en forma de “U” y en el centro se encuentra la estación de enfermeras (tipo panóptico) y detrás suyo, los armarios y baños. Del lado derecho al fondo el escritorio y la pizarra. En esta sección está a cargo el jefe del servicio ambulatorio o el encargado en

⁵⁵ Beatriz es una mujer de mediana edad, casada, con 2 hijas adolescentes. Su esposo también es médico; estudió en la BUAP la carrera y lleva trabajando alrededor de 10 años en el HUP.

turno. La médica encargada es la Dra. J⁵⁶, quien suplía en ese momento al jefe del servicio, el Dr. Saúl⁵⁷.

Ahora bien, aunque estén los pacientes en esta parte no significa que estén ni ingresados ni hospitalizados, sino que están de forma ambulatoria, lo cual reduce las posibilidades de estudios y procedimientos. Cuando el paciente entra a esta parte, se le pide que se cambie en los baños y se coloque la bata y comienza un tercer interrogatorio acerca del motivo de la consulta, síntomas, presión arterial, temperatura. Casi siempre el primero en realizarlo es algún interno, una vez que lo hizo el interno, va la enfermera y vuelve a hacer exactamente el mismo cuestionario con el formato de enfermería; al terminar, la trabajadora social vuelve a hacer el mismo cuestionario, pero con otro formato, el de trabajo social. Al terminar la trabajadora social, si hay algún residente, se dirige al paciente y hace las mismas preguntas y vuelve a tomar signos, pero no llena formatos, sólo anota en un papel o en la mano.

Por último, pasa el médico a cargo del servicio, quien vuelve a preguntar lo anterior, mientras los internos, el residente y las enfermeras le reiteran los datos que acaba de decir el paciente. A partir de este punto, el médico a cargo (adscrito) decide el procedimiento, por ejemplo si se “le toman los laboratorios”, es decir, los estudios sanguíneos y otros exámenes que analiza Patología. Sin embargo, para este punto los internos ya llenaron las solicitudes (que son por escrito) para los estudios que les indicó tanto la enfermera como el residente que es probable que se vayan a realizar. Por lo que el médico adscrito sólo firma y sella las solicitudes.

Aquí empezará lo “divertido”, ya que los estudios deben hacerse en un orden específico, muchas veces tienen una hipótesis de cuál es el diagnóstico y existe algún estudio en particular que lo confirme, empero no pueden pedirlo directamente, deben hacer todo un recorrido de estudios previos de acuerdo al protocolo. Éste es un asunto de maña, se convierte en una batalla de tácticas y estrategias, ya que piden los estudios de gabinete y algunos que de ante mano saben que permitirán

⁵⁶ J debe rondar los 30 años, está en el HUP desde la universidad; realizó su servicio social en el HUP; es hija de médico especialista; y ella es parte de 3 comités diferentes en el hospital, el de desastres, el de políticas reproductivas y el de enseñanza.

⁵⁷ Médico cirujano de mediana edad.

abrir el camino para llegar al estudio que confirme o descarte; por lo que se llenan con anticipación las solicitudes, se firman y sellan, y sólo se espera el resultado del estudio previo para solicitar el siguiente y se pide la opinión de los especialistas en éste sentido.

Generalmente se le pide una *interconsulta* a otro especialista, esto es, que si se sospecha que es un problema es cardíaco entonces se solicita la consulta del cardiólogo. Para este proceso, se debe pedir por escrito con una solicitud de *interconsulta*, de la cual se debe llenar y llevar al área de la especialidad. Por lo que muchas veces se pide la opinión del especialista en el sentido de qué estudio puede facilitar la brecha para llegar al estudio deseado y así confirmar más rápidamente el diagnóstico.

Los encargados de hacer esto son básicamente los internos, quienes durante toda la jornada están llenando formatos de solicitud de estudios y yendo a recoger los resultados; llevando las nuevas solicitudes, etc.

Los internos deben dividirse entre las áreas de *triage*, si están de pre-guardia (A); en *consulta*, si están de guardia (B); en *ingreso*, si están de post-guardia (C). Este tipo de guardia se llama ABC, y una vez terminada la post-guardia al día siguiente comienzan con A, la cual inicia a las 7am y “supuestamente” termina a las 3pm. En la realidad termina hasta que se “liberan los pendientes”, en otras palabras, se termina con las notas y el expediente del paciente. Como los internos están divididos por áreas, cada uno está “a cargo” de un paciente y debe llenar en el formato en papel, después en digital y posteriormente anexarlo al expediente del paciente.

Aquí entran en juego los residentes, quienes son básicamente los encargados de revisar que no tengan errores las notas, expedientes, indicaciones, etc., del paciente. En este caso, Iván, residente de primer año de la especialidad de medicina interna, estuvo supervisando a los internos, ya que si tienen algún error debe corregirlo, lo cual implica volver a llenar el expediente digital y re-imprimirlo. Este es el trabajo de los que están en C (post-guardia), ya que son los encargados de las camas, casi siempre tienen a 2 pacientes por interno. Por lo que están comisionados de llenar, entregar, hacer firmar, sellar y recoger: las notas, los expediente, las

solicitudes de laboratorios, de estudios, las notas de ingreso, las notas de altas y de las interconsultas (pedir la consulta de otro especialista). Aquellos que están de guardia entran a las 7 am y salen de la post-guardia al día siguiente. En un mundo idílico saldrían a las 3 pm del siguiente día, sin embargo, salen hasta que ya no hay “pendientes”, como están de post-guardia salen temprano, a las 5 o 6 pm.

Aquellos que están de guardia (B) inician en consultorio a las 7am y a partir de las 7 u 8 de la noche, que dejan de llegar pacientes a consulta, se pasan al área de *ingreso*, y ahí en el transcurso de la noche se vuelve C. En palabras de los médicos, “te vuelves una piltrafa humana”.

Mientras sucede todo este largo y cansado papeleo de idas y vueltas de estudios y solicitudes, el paciente mira desde su cama sin saber por qué tarda tanto el diagnostico, el estudio o el alta.

En servicio matutino son en total: 4 pre-internos⁵⁸, 7 internos, 1 residente (Iván); 4 médicos tratantes, de los cuales sólo 2 son adscritos, es decir tienen plaza de médicos, el jefe del servicio Saúl (médico-cirujano) y J (médica general); 1 está por honorarios, Memo (médico general); 1 con plaza de administrativo, Beatriz (médica general). Es decir, no hay un médico/a que sea especialista en urgencias, y sólo hay un médico a cargo de 12 pacientes.

Este fue una discusión que tuve en varias ocasiones con Beatriz y Memo, no hay personal suficiente en caso de que estén ocupadas las 12 camas, y que haya consulta simultáneamente. Mucho menos si llega un paciente grave, quien iría directamente al área de *parada*⁵⁹. Por lo que en caso de que estuviesen las 12 camas llenas, más personas esperando consulta y llegara un paciente de emergencia directamente a *parada*, no hay personal suficiente para responder a la situación.

⁵⁸ Este es un punto a aclarar, el HUP está vinculado con un programa de la Universidad de Tlaxcala, quienes al no tener prácticas a lo largo de la carrera, en el último año de la licenciatura inician un pre-internado, que son básicamente prácticas. No obstante, en lugar de realizar sus prácticas son los encargados de ir y recoger los laboratorios, por lo que se la pasan corriendo de un lado a otro del hospital.

⁵⁹ Cuando un paciente llega en ambulancia de gravedad se le atiende en esta área, que básicamente significa *parada del aparato cardio-respiratorio*.

4.1 JERARQUÍA

Cuando llegué a urgencias, no llevaba ni 5 minutos cuando se hicieron explícitas las jerarquías. La Dra. J cuando me presentó al equipo de urgencias, separó a los pre-internos de los internos y al residente, por lo que fue bastante evidente el trato diferenciado dependiendo de su lugar en la jerarquía. Al único que llamó doctor y por su nombre fue al residente, a los demás sólo dijo que eran pre-internos e internos y que ayudaban en el servicio. Debo señalar que no me presentó a las enfermeras, fui yo quien se acercó a presentarse y saludar. Podríamos pensar que por el prefijo “pre”, los pre-internos son el último eslabón de la cadena alimenticia de un hospital, pero no es así.

Sucede lo siguiente: la jerarquía está organizada en función del grado de responsabilidad que tiene una persona. Se considera que los practicantes y los pre-internos tienen responsabilidad mínima⁶⁰, esto es un gran problema, por diferentes razones. Partamos del supuesto de que los pre-internos y practicantes están en el hospital para practicar, aprender y adquirir habilidades para su praxis. Si lo pensamos con un poco de sarcasmo, si están practicando, aprendiendo y desarrollando habilidades que también tienen que ver con un aspecto de su praxis cotidiana, lo administrativo y lo burocrático; que en su caso es bajo la forma mensajeros y repartidores. Lo cual deja abierta la interrogante acerca de la responsabilidad, es decir, ¿cómo pueden responsabilizarse de su propia intervención y su lugar en el hospital cuando se les concibe como personas “exentas” de responsabilidad? ¿No será que esta situación reafirma el imaginario de que no tienen responsabilidad? Lo anterior, bajo la premisa, que aun cuando están a cargo de las funciones administrativas y operativas tienen responsabilidad, más allá de estar de acuerdo o no con respecto a qué deberían estar haciendo otras tareas. Sin embargo, si no lo realizaran ellos ¿Quién lo haría?

Los que siguen en la escala de responsabilidad son los internos, hay de dos tipos: los MIP1 y los MIP2, (médico interno de pregrado del 1er periodo y de 2do periodo). El primer periodo se refiere a las primeras rotaciones (3 ó 4) lo cual

⁶⁰ Las demás personas (internos, residentes, adscritos y los propios practicantes) consideran que tienen nula responsabilidad.

significa que tienen menos experiencia que los del segundo periodo que ya van por la quinta o sexta rotación. Generalmente los internos están en pareja, uno de primer periodo con uno del segundo, donde el de segundo le enseña al otro cómo debe solicitar y llenar los formatos. No se discute o enseña cómo tratar al paciente o acerca de qué es la medicina, no. Lo más importante es que sepan a quién le deben pedir qué cosa y cómo, quiénes son los residentes impacientes y los adscritos de los que deben tener cuidado. Por lo que los internos están en una paradoja similar a los practicantes. Es decir, que aprenden los aspectos informales de la institución, o dicho de otra manera, las instituciones que operan latentemente. Aquellos quienes conviven más con los pacientes y que al mismo tiempo son los menos preparados en todos los sentidos, son vistos como personas que no tienen una *verdadera responsabilidad*, cuando son quienes tienen una enorme responsabilidad.

Aquí tenemos un punto interesantísimo, las cuestiones administrativas y burocráticas son concebidas como tareas que las realiza una persona sin responsabilidad y simultáneamente, éstas, son las que organizan la cotidianidad del establecimiento. Al final del día lo más importante es tener los expedientes y el papeleo en orden: el hospital está cimentado de papel. ¿En qué momento el papeleo tomó tanta fuerza al interior del establecimiento? ¿Y qué está detrás de esto?

Estos aspectos tienen que ver precisamente con las lógicas de control. El hospital no solamente está para curar. Está también, y quizás, sobre todo, como “sensor”, como máquina de información para la reproducción del Estado. Esto cobra sentido cuando uno piensa en relación a la función política del hospital, que está relacionada con el lugar del sujeto y del cuerpo en el MMH.

Ahora bien, quien está verdaderamente al final de la cadena alimenticia son los residentes de primer año (R-1), ya que ellos al “ya ser médicos”, y tener el “sello”, pueden pedir estudios y dar tratamiento⁶¹, por lo que ellos tienen a lo que llamaría 5 niveles de responsabilidad:

1. Supervisar a los pre-internos y practicantes

⁶¹ Hay muchos tratamientos y estudios que sólo se pueden pedir dependiendo el año de la residencia, es decir, depende de la jerarquía y está totalmente institucionalizado, en el sentido que el sistema (en la computadora) cuenta con ciertos candados y no permite mandar ciertos fármacos dependiendo del año de residencia.

2. Coordinar, dirigir y supervisar a los MIP1 y MIP2
3. Dar tratamiento e informar al paciente y a los familiares
4. Informar a sus residentes de años superiores de los casos que están tratando
5. Estudiar y preparar los casos y clases para los adscritos, residentes, internos y pre-internos.

Estos niveles no tienen un orden en particular y tampoco se superponen los unos con los otros, sino que son simultáneos y están interrelacionados. Además de los dos primeros niveles de responsabilidad que mencioné al inicio del capítulo, los residentes deben informar a su “R” superior inmediato, al de segundo año⁶². Antes de informar o preguntar cualquier cosa deben estar completamente seguros de haber agotado todas las alternativas, si no corren el riesgo de ser castigados⁶³ por su “R mayor”. En el caso de su relación con los adscritos, los residentes del primer año son quienes hacen las guardias ABC y por tanto quienes “entregan” la guardia. La entrega de la guardia se refiere a la visita⁶⁴ matutina, la cual tiene como objetivo informar, tanto a los médicos como enfermeras, pacientes y familiares. Se les pone al tanto sobre todo lo que sucedió a partir de las 4pm del día anterior (cuando se fueron adscritos y residentes mayores) hasta el día siguiente, y la evolución del paciente desde su ingreso al hospital a ese día.

Cabe señalar que los adscritos no hacen guardias. Se supone que debe haber al menos un especialista en cada turno, pero en lo operativo, sólo permanecen los R-1, y a veces los de segundo y tercer año, los residentes de cuarto año tampoco hacen guardias.

¿Por qué los residentes de primer año son el final de la cadena? Los residentes tienen cierta responsabilidad legal, pero quien está legalmente como responsable de todo tratamiento al paciente es el médico adscrito. Aquí está la trampa: quien convive con el paciente, realiza el ingreso al hospital, lo examina y lo entrevista es el R-1, empero, el que decide el tratamiento, es el adscrito. La decisión del

⁶² Bromean llamándolos R-Dios en lugar de R-Dos.

⁶³ El tema del castigo lo desarrollaré más adelante.

⁶⁴ El tema de la visita lo desarrollaré más a fondo en el capítulo de *Medicina Eterna*.

tratamiento del adscrito es tomada en relación al diagnóstico y observación del R-1 y que es ratificado por los residentes de jerarquía mayor. En el momento que se le presenta al adscrito el caso, éste sólo corrobora que los residentes no estén equivocados. Pero en realidad el adscrito sólo ha convivido con el paciente a lo largo de la visita matutina de 10 minutos. Todo lo que supone saber el adscrito está basado en las notas y seguimiento de los internos y del R-1.

La responsabilidad legal del residente sólo radica en la ejecución del tratamiento, empero, la carga de responsabilidad legal recae en el adscrito. Es así que en realidad el residente queda desprotegido en términos tanto legales, ya que el sólo administra un tratamiento, que en muchas ocasiones no está del todo de acuerdo con la decisión del adscrito o de algún residente de jerarquía mayor, pero que debido al nivel jerárquico que ocupa, aparentemente sólo le queda acatar la orden.

Ahora bien, ¿qué tan distinta (o no) es al planteamiento foucaultiano sobre la clínica? Foucault en el *Nacimiento de la clínica* nos muestra y problematiza la genealogía de ésta. Va relevando los puntos de emergencia que permitieron los parteaguas de la disciplina, la cual, está marcada por el abandono de la medicina expectante de tipo hipocrático y por la aparición de lo que Claude Bernard llamará medicina “empírica”. Del paso de ésta a la medicina “experimental”, la cual considerará a las enfermedades no como esencias que deben ser descritas y clasificadas, sino que constituyen el objeto de una acción positiva para restablecer la salud. (Canguilhem, G., 1971).

La jerarquía desde la perspectiva Foucaultiana, nos indica primero la distinción entre “los oficiales de salud” y el “doctor”. Esta distinción es bastante simple, ya que se refiere sucintamente a los años de estudio y a la población que atienden. Los oficiales de la salud se harán cargo de los cuidados más comunes y “rudimentarios”. Lo esencial de la formación del oficial de salud son los años de *práctica*. (Foucault, M., 2012).

Por el contrario, los médicos deberán pasar una serie de exámenes teóricos y prácticos. El médico completa la enseñanza teórica que ha recibido con una experiencia *clínica*. Lo esencial en este caso es la experiencia clínica. Es decir, se

discrimina entre la práctica y la clínica. La práctica hace mención a un empirismo controlado, saber hacer después de haber visto; la experiencia se integra en el plano de la percepción, de la memoria y de la repetición. La clínica es una estructura más fina y compleja en la cual la integración de la experiencia se hace en una mirada que es al mismo tiempo saber. En otras palabras, que es dueña de su verdad y libre de todo ejemplo, incluso si ha sabido un momento aprovechar de él. “*Se abrirá la práctica a los oficiales de salud, pero se reservará a los médicos la iniciación a la clínica.*” (Foucault, M., 2012, pp. 118).

Aquí se hace evidente una distinción esencial en el paradigma positivista y de la disciplina de la clínica y nos ayuda a entender por qué ambos se nutren uno al otro, o en otras palabras, por qué el proyecto de la modernidad se pudo entretener con tal facilidad al proyecto de la clínica y por qué ambos están inmersos. Encontramos una separación entre la *práctica* y la *clínica*, en términos del saber-hacer o del empirismo, y del saber-verdad o de la teoría. A lo que el mismo Foucault llamó una distinción entre le *savoir* y el *connaissance*. Entendido al saber cómo el paradigma científico, validado, reconocido y por el contrario el conocer, cómo parte del sentido común y considerado inválido.

De acuerdo a lo anterior, se puede “comprobar” que sigue “vigente” este planteamiento entre las enfermeras (oficiales de la salud) y los médicos. Sin embargo ¿qué sucede con la jerarquía al interior de la clínica? ¿Qué tan distinto es lo planteado a las líneas anteriores con respecto a la ausencia de responsabilidad de los internos a lo que plantea Foucault?

Primero se debe señalar lo siguiente, en el apartado 3 del capítulo sobre la *Lección de los hospitales* en el *Nacimiento de la clínica*, Foucault releva una serie de proyectos del papel de la policía médica del año IV en Francia. Estos proyectos marcarán el momento en el cual la ideología va a tomar parte activa y determinante en la reestructuración política y social de la clínica. A fines de este apartado sólo me referiré a dos, el que señala los problemas de los oficiales de salud y el de los exámenes y vigilancia del cuerpo médico.

En el primero, se diferenciará el nivel jerárquico entre uno y otro en relación a los años de estudios y el tipo de estudio. Cómo es el caso de la distinción entre

enfermeras y médicos, y por consiguiente, en la jerarquía interna del cuerpo médico entre los años de *práctica y clínica*.

Foucault (2012), define el carácter cerrado de la profesión médica, desde dos puntos: la evitación de incorporar el viejo sistema corporativo de la profesión, y la evitación del control sobre los actos médicos mismos, lo cual, a su vez, remite a la cuestión de las sesiones clínica. El principio de elección y su control son establecidos sobre la noción de competencia, es decir, sobre un conjunto de virtualidades que caracterizan a la persona misma del médico: saber, experiencia y la “probidad reconocida”, en otras palabras, la vigilancia y examinación del quehacer de los médicos. Lo cual recae en el dominio cerrado y reservado de la medicina, ya que aquel que sea médico deberá haber transitado y ser acreditado por una serie de requerimientos súper especializados y ser evaluados por miembros del propio *corpus*.

Entonces ¿la responsabilidad recae en términos de la *competencia clínica*? Foucault no menciona nada al respecto en el libro ya mencionado. Tampoco me interesa demasiado rastrear si lo hace o no. Aquí la problemática consiste en que los médicos basan su praxis en torno a la *clínica*. Esta vez, sí en términos foucaultianos, pero también como *sujetos* de la examinación por esta competencia que se plantea con anterioridad.

En otras palabras, en el establecimiento los médicos quedan sujetos a la examinación, basada en torno a la clínica. Por otro lado, se hace una jerarquización en función a la *competencia clínica* basada en años ascendentes y descendentes. Pero a diferencia de lo que señala Foucault, en el hospital (al menos en este) lo anterior produce en la praxis cotidiana el problema de quién queda como responsable del paciente o no, del grado de responsabilidad o no y las implicaciones de esto.

Ahora bien ¿cómo se le podría dar lectura desde el análisis institucional y del socioanálisis a este problema? Tomemos primero el supuesto de la universalidad de la *competencia clínica*, es decir, que los médicos se forman desde ciertos regímenes que encontramos claramente en el *Nacimiento de la clínica* (la objetivación del paciente, los momentos determinados por la mirada-saber, etc., lo

planteado en el segundo capítulo; después partimos del segundo supuesto, el de la particularidad, esto es, la negatividad del momento precedente, lo cual querría decir que la *competencia clínica* esta mediada por las formas sociales singulares y que está representada en la forma en que se encarna en la institución de la clínica en el establecimiento específico del HUP, por ejemplo, la red informal de relaciones. La manera en que queda en cuestión el papel de la responsabilidad de las jerarquías y de los sujetos actuantes de las prácticas clínicas.

Y el tercer supuesto, el momento de la singularidad, aquel de la unidad resultante de la acción de la negatividad sobre la unidad positiva de la norma universal. En este caso, ¿será que se refiere a la manera en que terminan acatando los residentes la situación de la jerarquía? ¿O de los internos asumen su papel de mensajeros y repartidores aparentemente exigüos de responsabilidad? ¿Y que al mismo terminan por retroalimentar el carácter universal y por tanto particular de la competencia clínica? Y que estas cuestiones aparecen en el nivel no de la ley, sino de las normas informales e instituidas, “las cosas que son como son”, de las costumbres y las reglas no escritas.

Puedo distinguir algunas problemáticas resultantes de estas interrogantes sin contestarlas directamente. Hay un imaginario sobre *la responsabilidad* y de las *jerarquías* basadas en la *competencia clínica*, el cual se sostiene en el momento en que se determina que según la jerarquía se está acordando que hay un grado de responsabilidad dependiendo de la competencia clínica, y que ésta al mismo tiempo prescribe que, como no hay competencia clínica o que ésta es mínima, entonces no hay tampoco responsabilidad, cuando en realidad sí la hay. En este sentido aparece la respuesta de los residentes, en donde pareciera que no tienen ninguna alternativa más que seguir y obedecer las órdenes del adscrito y de las jerarquías superiores, ya que ellos tienen una “mayor” competencia clínica que ellos.

No pretendo darle cierre a esta problemática, y tampoco estoy segura de responder cabalmente a la interrogante, sin duda son elementos que deberán trabajarse más finamente, no necesariamente en este trabajo ni por mí. Pero serán elementos necesarios para la discusión relacionada a la afección en apartados consiguientes.

4.2 LA MULTIPLICIDAD DE DEMANDAS

Desde el socioanálisis se debe realizar un análisis entre de la encomienda o encargo y la demanda. Este análisis encuentra, a cada momento, el lugar ocupado por el "staff" analítico (la oferta), y el lugar del "staff" cliente. (Manero Brito, R., 1991_a)

La exigencia de una diferenciación entre encomienda y demanda reside en los lugares entre el staff analítico y el staff cliente, en este caso, entre el entramado de relaciones del HUP y yo. *“Entre los dos, una complicidad política, de cualquier orden, se establece, para que exista encomienda. La diferencia, la oposición o el conflicto entre aquellos que dirigen y aquellos que son dirigidos, entre los “responsables” y la “base”, entre líderes y liderados.”* (Manero Brito, R., 1991_a, pp. 131). Y aquí se hace necesaria una distinción entre ambas.

La diferencia entre encomienda y demanda no debe confundirse con el procedimiento de análisis de la demanda manifiesta y la demanda latente. En las intervenciones grupales o en psicoanálisis, la lectura de los niveles manifiesto y latente de la demanda permite al analista establecer una estrategia de intervención, que consiste en crear las condiciones para el esclarecimiento de los elementos latentes, inconscientes de la demanda. (Manero Brito, R., 1991_a).

En el caso de los conceptos de encomienda y demanda en Socioanálisis, la referencia es distinta. De una manera simplista, la encomienda es la demanda del "staff" cliente (el HUP). ¿Cómo se constituye esta demanda? Suponer que el "staff" cliente es el portavoz de una demanda del conjunto de la institución sería caer en una visión romántica de las estructuras sociales. En otro sentido, se refiere más bien a que en el interior de un establecimiento, surgen una serie de demandas múltiples y contradictorias, de acuerdo a los diferentes lugares que ocupa la base social, los integrantes de dicho establecimiento.

La encomienda de intervención o el encargo, surge en el momento en que una o un grupo de demandas es privilegiada respecto de las otras, que son negadas, curvadas, desplazadas o resignificadas. En el caso del Dr. Cuauhtémoc, la encomienda se refirió a la retroalimentación y propuesta de un “cambio” desde mi lugar de exterioridad con respecto a la institución. Referido a que hay “problemas” en el establecimiento y que una mirada externa podría ser de utilidad. ¿Utilidad de

qué? ¿Qué tipo de cambio? Antes de contestar estas preguntas, requeriré que los lectores hagan un ejercicio de imaginación y se imaginen que se trata de una novela con nudos y desenlaces en los momentos menos esperados. Pido este ejercicio, ya que, al encontrarme en el trabajo de terreno, iban surgiendo estas demandas y preguntas y sólo iba anotando algunas posibilidades y que fue hasta el final de la intervención que se hicieron más explícitas algunas demandas, éstas en particular.

En este sentido, arribó una demanda procesada ya por diversas fuerzas al interior del establecimiento. Es una demanda que recubre otras tantas, y que aparece privilegiada, importante, respecto de las demás. El proceso analítico será el camino inverso de la constitución de la encomienda. Aquí se trata de intentar desconstruir el encargo hacia las múltiples demandas contradictorias que le dieron origen.

Por ejemplo, en el área urgencias, la encomienda estaba dirigida a dar atención psicoterapéutica, que en un primer momento se refirió a los pacientes y en el momento que manifesté que no estaba allí *para ver pacientes* se deslizó hacia el personal médico, pero aún bajo la forma de atención psicoterapéutica.

Esto sucede debido a que la encomienda de intervención no sería posible si no existe una oferta específica de ciertos servicios. Se acude a un especialista de las instituciones, porque la creencia en este saber especializado permite esperar la resolución o esclarecimiento de ciertas problemáticas. (Manero Brito, R., 1991_a). En mi caso, los imaginarios acerca de la psicología jugaron a favor de formar una encomienda de atención psicoterapéutica.

La encomienda de intervención juega, entonces, con lugares sociales que rebasan con mucho los límites de un grupo o establecimiento. El papel social del conocimiento, del saber, está en el origen mismo de toda encomienda. Y en tanto saber socialmente legitimado, el saber socioanalítico no está exento de todo aquello que Basaglia analizaba respecto del mandato social.

Por ello es no sólo encargo, sino encomienda. Encomienda, porque se espera que el socioanalista actúe en cierto sentido, mantenga la significación dominante de los vínculos sociales, se sostenga como especialista, que pronto se transforma un juez. Esta dimensión de la encomienda supone que el socioanalista, respondiendo al encargo, legitime en su totalización al sistema social vigente. (Manero Brito, R., 1991_a, pp. 132).

Es así que cuando llegué al área de urgencia, los médicos tratantes se encontraban dudosos y distantes con respecto a mi presencia, les incomodaba que fuese psicóloga, justo por los imaginarios asociados a la profesión, como la psicoterapia, la locura, el *saber* lo que piensan los otros, el *poder* de detectar las mentiras, etc. Los internos y el residente curiosos acerca de qué hacía allí. Durante el primer día, preguntaron con insistencia el motivo de mi presencia, después de explicarles torpemente sobre qué se suponía que era la investigación y lo que hacía ahí, preguntaron si los ayudaría si llegaba un paciente con características psicosomáticas, dije que sí. En ese momento, considero que cumplí con una “función” que ellos esperaban, es decir, que todo personal que está allí debía hacer, debe tener funciones y tareas. En mi situación, como psicóloga, debía ver pacientes. Efectivamente “atendí” a dos o tres pacientes a lo largo de la primera semana, después dejaron de demandar que viera pacientes y en su lugar, emergió una verborrea generalizada, casi todos comenzaron a quejarse y querían platicar conmigo⁶⁵. Se comenzó a manifestar la demanda psicoterapéutica.

El caso de los internos y el residente fue distinto. El residente Iván estaba dando una explicación a los internos en el área de ingreso, no había ningún paciente, y comenzó a hacer preguntas relacionadas al tema de día, la diferencia entre urgencia y emergencia. Sucedió que yo *sabía* la respuesta, y de un momento a otro terminé explicando algunas cosas sobre este tema; Iván confirmó que estaba en lo cierto y así comenzaron a ubicarme como figura de poder-saber, y yo me coloqué allí de manera más o menos intencional⁶⁶.

Cabe señalar que el poder no debe entenderse en el sentido ni de “El Poder” como absoluto ni tampoco como abstracto, sino a través de los medios se está ejerciendo. El poder no es una función de consentimiento y tampoco de una renuncia de la libertad, sino que se trata de relaciones. Las relaciones de poder operan indirectamente y de forma mediata, actuando sobre las acciones de los

⁶⁵ Excepto la Dra. J, ella me evitó durante toda mi estancia en urgencias.

⁶⁶ Es más o menos en el sentido de que no fue algo calculado, sin embargo, cuando comencé a explicar los procedimientos y observé sus caras y cómo cambiaban de postura corporal decidí seguir. Este tipo de información es a lo que me he referido como mi bagaje proporcionado por mi lugar en un determinado grupo social.

otros. Así, el ejercicio del poder consiste en guiar la posibilidad de conducir y ordenar los efectos posibles. (Foucault, M., 1988).

El poder no se construye a partir de voluntades, sean individuales o colectivas, al igual que no deriva del interés de individuos o grupos, se construye y funciona a partir de múltiples fuerzas o poderes que recorren el campo social, sin ser jamás independiente y sólo es descifrable al interior del cúmulo de relaciones que atraviesan todo el campo social. (García Canal, M. I., 2006, pp. 73).

Las relaciones de poder se vehiculizan a través y entreteljadas con el *saber*, es así que las formas de poder están imbuidas en el saber y que las formas de saber están penetradas por las relaciones del poder. En ese sentido no se trata de que el saber produzca efectos de poder, como de que el saber es intrínsecamente poder. Podemos separar el saber en una institución concreta de poder, pero no de su carácter intrínseco de poder. Poder y saber son las dos caras de la misma moneda: todo poder genera saber y todo saber proviene de un poder. Esto sucede debido a que el saber supone un discurso de *verdad*, lo cual implica que sólo está al alcance de algunos. (Foucault, M., 2002).

Por lo que en las relaciones que se establecieron entre los médicos y yo, fue bajo la forma de lo instituido de la clínica, aquello que condiciona ciertos tipos de relaciones, y a partir de estas formas ya establecidas, se hacen lecturas y se apropian las acciones y reacciones. Por lo que lo lógico fue para los internos hablarme de usted y decirme “doctora”, en el caso de Iván, me empezó a tutear y a tratar más bien como una igual.

Este punto fue clave, por un lado, la edad, conocer la jerga técnica o lenguaje especializado y la peculiaridad de estar realizando una investigación de posgrado, produjo que me ubicaran como una residente, sin embargo, una residente de jerarquía mayor. Esto me facilitó establecer relaciones de iguales con los residentes y los adscritos, y abrió la discusión de ciertos temas. Por el otro lado, por la forma propia en que están configuradas las relaciones de poder-saber.

No obstante, la temática de las jerarquías médicas, queda poco analizada con la perspectiva foucaultiana⁶⁷. En el sentido institucional, el lugar simbólico de las jerarquías tendría que ver con los liderazgos, con las formas de dominación

⁶⁷ Sugerencia de mi asesor.

(Weber), los efectos del carisma, etc. En ese sentido, las jerarquías no solamente tienen que ver con el conocimiento, sino con los saberes que se generan en la situación institucional, las responsabilidades, con la capacidad de obtener el reconocimiento de ciertos grupos del personal médico y paramédico. Mi propia experiencia mostraría esta dinámica de instituciones que, como plantearía Castoriadis, están completamente incorporadas en lógicas heterónomas, y que han generado formas de dominación burocrática, expresadas en la división dirigentes-dirigidos. (Lourau, R., 1991^a, Castoriadis, C., 2007).

Entonces ¿quién está dando marcha a los movimientos? ¿El analizador o el analista? Podría sospechar que mi papel no fue solamente de analista sino de analizador. Ya que fue en el vínculo que se fue tejiendo entre nosotros que se fueron abriendo ciertos temas. En ese sentido es analizador, en la producción de conocimientos y saberes que se da a partir de la acción de la negatividad sobre lo instituido, la acción consciente o no, del rechazo de las formas instituidas, pero que, al mismo tiempo, las reactualizan y retroalimentan. Refiriéndome, a la medicina como un corpus cerrado y exclusivo. Bajo esta premisa, los médicos imaginaban de antemano que poseía conocimiento científico relacionado a la psicología, pero no que *poseyera saber* relacionado de la medicina, aunque también cabe la posibilidad de que los médicos reconocieran un saber “mío” relacionado con la medicina, obtenido por fuentes distintas a la formación médica.

Así como los médicos se sorprendieron de esto, yo también me llevé una sorpresa, ya que no tenía registrado conscientemente que tuviera acceso a este saber. Sin embargo, al recordar el concepto del *portavoz*, ya no parece tan descabellado. Como también ya lo he mencionado, al pertenecer a cierto grupo social, en este caso, al de médicos familiares y amigos, produjo ciertos saberes que en mí se materializaron en el semblante de sentido común.

Esta situación representó hasta cierto punto un conflicto para los médicos, ya que ellos se han especializado para acceder a este tipo de saber. Y además pone en tensión la distinción entre el saber (*savoir*) y el sentido común (*connaissance*). Que más que considerarlos como conocimiento especializado, se podría entender desde el *efecto Lukacs*, el cual sugiere que en la medida en la que se desarrolla o

se institucionaliza una ciencia, olvida o niega el saber social referido a sus condiciones de nacimiento y de su desarrollo. (Manero Brito, R., 1991_a). Lo cual significaría que hay formas de “acceder” a este tipo de conocimiento sin “formarse formalmente” en ello, y que en realidad estos saberes se encuentran en el tejido social en formas diferentes.

Todos los elementos anteriores, permitieron que poco a poco la encomienda se fuese desmenuzando en una multiplicidad de demandas. Debo aclarar que no lo hice yo sola, o en un papel de “la investigadora”. Este fue proceso de discusión entre los médicos y yo, donde fue posibilitando a su vez la construcción del dispositivo. Se fueron marcando ciertas pautas, como el que yo no me encontraba ahí como especialista para resolver los problemas del establecimiento, y simultáneamente sí me encontraba en un lugar de especialista, pero en el sentido de poder abrir discusiones desde otro lugar.

Además, esto lo que muestra es que existen paralelismos entre los procesos de investigación y los de intervención especializada, que el modelo socioanalítico de intervención permite una lectura fina de los procesos que se desarrollan en el terreno de investigación. Así, el investigador es un papel social cuya finalidad es intervenir en los contextos marcados, de una u otra manera, como importantes para investigar, “relevantes”. De allí la necesidad del análisis de las implicaciones del investigador, que es al mismo tiempo un “interveniente” o “analista” de lo social, de las instituciones, de los grupos, etc.

Por lo que las preguntas que se iban lanzando y construyendo desde ambas partes, representando más que personas, se trataban de imaginarios de las disciplinas. Donde la psicología social interrogaba a la medicina y viceversa. Por ejemplo, al referirme al elemento imaginario de la disciplina de la psicología, aludo a los tópicos que interpelaban: sobre si me encontraba *analizándolos* o *evaluándolos*; el énfasis a las demandas de *psicoterapia*; preguntas sobre si se trataba o no del fenómeno del *burnout*.

Como podemos notar, no se trata en particular de que *yo los analizara o evaluara*, o que desearan que *yo les diera psicoterapia*, o que diera algún seminario

de *burnout*. Sino de temas asociados a lo que se supone que hace la psicología. En este sentido es un imaginario. (Castoriadis, C., 2007).

Por lo que comenzamos a transitar de un imaginario de la psicología a una interrogante qué sería entonces la psicología social y por qué era o no diferente. En este momento, se dio paso a una demanda de *habla y queja*. Había que hablar de lo que sucede al interior del establecimiento. Lo cual podría ser interpretado como una demanda de *contingencia* y en ocasiones de *contención*.

En lo personal me saltó mucho a la vista la angustia por la evaluación psicológica y/o institucional. En un principio no entendía muy bien a qué se debía esto, después cobró sentido con dos situaciones: en primer lugar, las propias demandas de psicoterapia (la consideran como muy necesaria aunque no estén en un proceso terapéutico) y los señalamientos acerca de que no tienen con quién discutir ciertos temas, en particular sobre la cotidianidad del hospital; y en segundo lugar, que se encuentran constantemente siendo evaluados para aprobar acreditaciones y supervisiones de parte del área de calidad y del sector salud.

4.3 LAS GUARDIAS Y EL SER PARTE

Después de 15 días de estar en el servicio de urgencias, Memo y Beatriz empezaban a bromar enfrente de mí, y mencionaron que lo “mero bueno” estaba en las guardias nocturnas y Beatriz me preguntó si no me gustaría quedarme. Le dije que sí, y al día siguiente me quedé a mi primera guardia.

Durante esta primera guardia sucedieron muchas cosas, me concentraré en: el cambio de la relación que se había establecido con los residentes lo cual me hizo repensar y reelaborar aspectos metodológicos de la intervención y la concepción de *otro* o del *sujeto de la investigación*; el tema del cansancio físico y las guardias; y de la situación del aspecto laboral de los médicos.

4.3.1 El sujeto en la investigación

A continuación, muestro un extracto del diario de campo, que corresponde a dos días después de haberme quedado a la guardia:

El día de hoy Iván y yo platicamos casi toda la mañana, considero que la forma de interactuar ha cambiado, ahora ambos estamos más relajados y hablamos de temas más personales (familia, pareja, planes, hobbies) ahora parece más una relación de camaradería que de investigado-investigador. Creo que se debe a que no me posiciono todo el tiempo como “la investigadora”, sino realmente en construir y buscar colaboraciones. Cuando lo leía teóricamente a veces parecía sumamente abstracto, sin embargo cuando lo pienso como “un algo” ya sea artefacto dinámico (el dispositivo), por un lado me angustio por tener la sensación de incertidumbre, pero cuando emergen las “categorías” o no sé que sea, si sean sujetos de diferentes demandas, me entusiasmo. Me tranquilizo y después me vuelvo a angustiar.

Por un lado, desde la perspectiva “clásica” de investigación (y lo estoy pensando así como en la Erosión de las Normas Clásicas) debería evitar “darle” información a Iván y sólo buscar que él me dé información, tal cual como un nativo en una tierra exótica, donde tienen hábitos y rituales “extraños”. Sin embargo, cuando lo pienso como un sujeto en la investigación y no de la investigación, me permite dialogar desde otro lugar con él.

Ahora lo pienso/veo más como un interlocutor, alguien con quien construir algo en conjunto. Siento que me trata diferente desde que me quedé en la guardia, empiezan a bromear conmigo como lo hacen con el demás personal, me dicen “la master” o “guerrera”. (Extracto del diario de campo).

Como se puede leer en el fragmento anterior, cambió todo después de las guardias. Esta parte debe resaltar los problemas éticos con los que tuve que lidiar, y el camino que tomé para resolverlos fue a través del diálogo con los otros. Este punto marcó el tipo de investigación que seguiría, a partir de una hermenéutica-dialéctica, de una concepción del otro como colaborador. Sólo llegué a este punto en el momento en que dejé de pensar en la investigación como un producto o como mercancía. Cuando me enfrenté a las demandas y problemáticas en el terreno, un atravesamiento desde la praxis. Aquí, la tesis cobró un sentido de denuncia, de trabajo conjunto para poner un grano de arena, en empezar a proyectar un camino hacia un futuro más allá de nosotros. Para generar un cambio. Se podría decir, que este momento es fundamental en el sentido que me impacta, produce una

descolocación en relación a las otras demandas, que tienen que ver principalmente con la maestría⁶⁸.

Después de las guardias dejaron de demandarme el ir a hablar con los pacientes, se convirtió en una duda mía, había situaciones en donde me preguntaba si ir o no con el paciente. Empecé a molestarme por “las metidas de pata” de los internos, como el no preguntar adecuadamente (falta de tacto) o el dirigirse groseramente a los pacientes. Sin embargo, dudaba en decir algo o no ¿Le diré a la interna que eso estuvo mal? ¿Le señalo eso al residente? ¿Se lo hago saber al tratante? ¿Cuáles son los límites? En ese momento, me responsabilicé de otra dimensión del encargo: el formar a los médicos para el contacto con los pacientes; una de las tantas partes de la psicología de enlace.

Este fue un tema que estuve discutiendo por varios días con Iván y Hugo⁶⁹, les preguntaba directamente que ellos cómo veían que yo interviniera señalando abiertamente con lo que no estaba de acuerdo y por qué. En este punto se marcó la diferencia entre nombrar sujeto investigador y *de* la investigación con sujetos *en* la investigación, donde el segundo implicaría una dialéctica transferencial, ambos estamos inmersos en el dispositivo, es decir el campo implica la propia construcción del dispositivo. Es así que comencé a decir y señalar lo que me causaba incomodidad y a hacer preguntas incómodas.

Viví en carne propia que la noción de campo no tiene que ver con un “lugar” como tradicionalmente se ubica en la investigación. Sino con el *habitus*⁷⁰, con el atravesamiento del “hacer campo sin estar en el hospital”, por un lado, al reunirme con los residentes para tomar un café fuera del establecimiento; que se comunicaran conmigo vía celular para hacer preguntas (si iba a ir ese día, o alguna duda relacionada con la psicología). Me decían cosas como “*hablábamos de un tema equis ayer, pero nos preguntábamos que opinarías tú y dijimos, ¿qué diría nuestra psicóloga social de eso?* En otras palabras “*presente-ausente, [...] simbólicamente presente*”. (Lourau, 1991_a, pp. 144). Es decir, también me coloqué

⁶⁸ Sobre este tema se abordará más ampliamente en el capítulo final. Opto por hacer ese recorrido y discusión en las conclusiones ya que están *implicadas* mis propias demandas y colocaciones frente a la maestría.

⁶⁹ Residente de medicina interna de tercer año.

⁷⁰ Entendido desde James Clifford.

en un lugar de “asesoría”, que podría manifestar el lugar de ciertas lagunas en su formación, de las cuales ellos constantemente hacen explícitas. Por lo que no sólo era una colega más, sino también una asesora, una acompañante que poseía algunos saberes que ellos en algún momento sentían que les hacía falta.

4.3.2 Cansancio y guardias

El segundo punto de este apartado es acerca de la exigencia física. ¿Por qué es importante discutir este tema? Este tópico es relevante por varias razones, una de ellas es que es un tema que se discute cotidianamente en el hospital: todos están cansados todo el tiempo y, por otro lado, recae directamente sobre las condiciones de posibilidad no sólo del establecimiento, sino de la institución.

Recordemos la lógica de la guardia ABC, ésta implica que deberán estar despiertos entre 30 y 36 horas (o más). A esto debemos sumarle que en general el personal se encuentra de pie, los bancos que están en el establecimiento no son ergonómicos y las habitaciones para dormir no tienen camas y espacio suficiente para el personal. Además, los horarios de la jornada dificultan enormemente que los internos y residentes del primer año vayan a comer en los horarios establecidos. En realidad, internos y R-1 sólo consumen alimentos (y en su mayoría son dulces) una vez al día y a veces 2.

Por lo que tenemos el siguiente panorama: internos y residentes hacen guardia de 2 a 3 días a la semana. La semana tiene 168 horas, de las cuales ellos están despiertos alrededor de entre 112 a 136 horas, suponiendo que tienen el domingo para descansar, que no aplica en la realidad, ya que sólo descansan 1 domingo al mes y los otros 3 domingos deben entrar de A de nuevo.

Hagamos la cuenta; supongamos que el lunes inician con A; martes B, guardia; miércoles C, éste día salen de post-guardia, los internos a las 3pm y los residentes a las 5pm o 6pm (a veces hasta las 10pm). Esto significa que el lunes durmieron, idealmente y bajo la propia recomendación médica: 8 horas, el martes ninguno y de miércoles para jueves 8 horas; iniciando el jueves con A de nuevo. De estos 3 días sólo han dormido 16 horas y han estado despiertos 56 horas. Si eso lo contabilizamos igual para jueves, viernes y sábado, nos da un total de 112 horas

despiertos y sólo 32 horas de sueño en 6 días. Si consideramos los domingos que no descansan, implica que inicia de nuevo el ciclo de ABC, por lo que sólo dormirían las 8 horas de sábado para domingo, es decir, otras 16 horas despiertos, lo cual nos da un total de 128 horas despiertos a la semana. Esto quiere decir que sólo tienen un día al mes para reponerse de 7 días de trabajo durmiendo 32 horas a la semana, y al mes 128 horas en total.

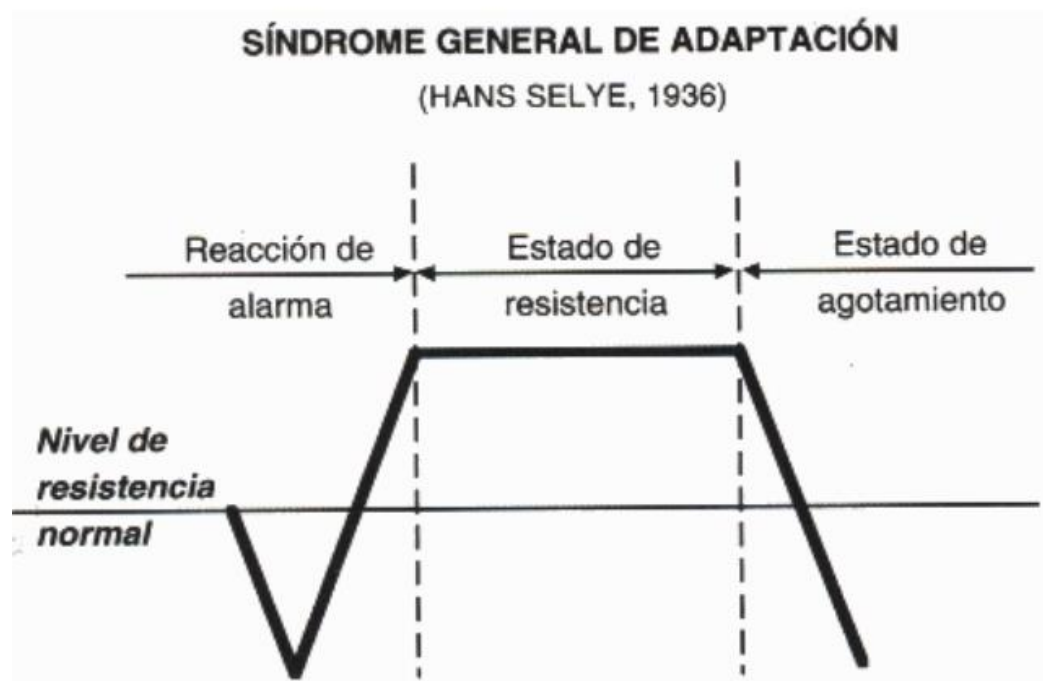
Lo anterior contrastado con una persona que duerme 8 horas por noche diaria, en un mes serían 224 horas de sueño. El personal de salud duerme entonces 96 horas menos que el resto o el 57% del tiempo que una persona normal.

Se han realizado varios estudios relacionados a los efectos de la falta del sueño, entre ellos hay un detrimento de las habilidades cognitivas, en otras palabras, no se puede pensar bien. El procesamiento de información se ve afectado, además de la posible toma de decisiones la cual también está alternada.

En un estudio realizado por el departamento de Investigación Educativa de la división de medicina de la UNAM, 81% de los residentes tuvo un detrimento en al menos una de las pruebas realizadas. Lo más alarmante es que en los resultados de las habilidades psicomotoras y en la maniobra de reanimación cardiopulmonar básica, se encontró una diferencia significativa en los momentos pre y post guardia. Obviamente, con un resultado desfavorable en el momento de la post guardia que en la pre-guardia. (Hamui-Sutton, L., *et al.*, 2013).

Este estudio concluyó que la privación de sueño disminuye las habilidades cognitivas y psicomotoras. Si bien en la investigación se advierte que los resultados no son generalizables, si pueden constituir un precedente para fundamentar posibles cambios referentes a las guardias en las residencias médicas. Ya que en países como Estados Unidos y las naciones europeas se han propuesto cambios a la estructura asistencial y académica de los médicos especialistas en formación que proponen transformaciones a las normas relativas al número de horas que trabajan a la semana los residentes. El argumento principal que sustenta esas transformaciones se basa en el supuesto de que las horas de trabajo excesivas (más de 16 horas ininterrumpidas) provocan alteraciones cognitivas y psicomotrices en los residentes. (Hamui-Sutton, L., *et al.*, 2013).

¿Por qué es importante para mí destacar este punto? Actualmente se habla mucho en el medio médico y psicológico sobre el tema del *burnout*. Sin embargo, cuando se buscan las causales aparece bajo “el alto estrés laboral” y la “carga de trabajo excesiva”. Pero ¿qué es el estrés? ¿Cómo podríamos entenderlo? De manera rápida y sucinta, diferenciamos el eustrés (estrés bueno) del distrés (estrés malo). La diferencia reside en el tipo de valoración (subjetiva) que se le hace a un estresor o estímulo. A partir de esto, el cuerpo entra en un estado que se llama Síndrome General de Adaptación, lo cual significa que es el tiempo en que el cuerpo entra en resistencia para enfrentar al estímulo. (Rodríguez Marín, J., 2001).



(Figura 1)

Si se prolonga demasiado la meseta, esto empieza a alterar el mecanismo de respuesta del organismo, éste se hace *resistente* a la entrada del periodo de descanso, lo cual implica que entre más tiempo se pase estresada o estresado, será más difícil entrar en un periodo de descanso o reposo. A más estrés, menos periodo de recuperación. (Rodríguez Marín, J., 2001).

Se pueden revisar a más profundidad los estudios desde esta corriente, que indican un sin número de efectos colaterales con motivo del estrés⁷¹. Así como a los

⁷¹ Ver Rodríguez Marín, J., 2001.

estudios donde identifican cuál es la población más susceptible de sufrir el trastorno de Burnout, no obstante, en ningún momento dicen por qué, sólo mencionan al factor primordial del estrés.

Es por eso que recurro a una explicación proveniente del mismo enfoque organicista, sólo para establecer las propias contradicciones del Síndrome de Burnout. Ya que el Burnout al sólo concentrarse en las características del diagnóstico y reducir las causales a estrés, sigue sin problematizar de fondo de donde proviene dicho estresor, no resuelve, ni problematiza nada, sino al contrario, se vuelve parte del problema.

En realidad, lo que está operando es la institución. Las guardias que no permiten el descanso y sobre exigen las horas laborales; la larga lista de procedimientos burocráticos y las jerarquías basadas en la competencia clínica. El Burnout es sólo una forma que toma la particularidad y singularidad de la institución, y que además al abordarlo como un fenómeno extrínseco de la propia institución, termina por fragmentar y atomizar el problema: el estresado es el médico y debe atenderse. De esta forma se privatiza la atención, en el sentido que es entonces responsabilidad del médico tratarse por burnout con un especialista, y aquello que está produciendo el fenómeno queda totalmente exento de la ecuación. Dicha condición institucional, se expresa a través de la cualidad del vínculo entre el sujeto y su trabajo: un vínculo marcado por la heteronomía.

4.3.3 La Situación Laboral

Durante la guardia, la Dra. Beatriz comentó que tiene una plaza de administrativa donde percibe \$5,200 mensuales. Debo admitir que no tenía idea de que ganarán tan poco⁷² los médicos, y además tanto Memo como Beatriz hicieron hincapié que yo como investigadora llegaría a ganar mucho más que ellos, algo que jamás me hubiese imaginado.

De igual modo, a lo largo de la noche conocí a la Dra. Lucy, médica adscrita al área de urgencias, quien hace guardias nocturnas 3 veces por semana, tiene una

⁷² La cantidad la califico como “poco” en relación a la beca de CONACyT que corresponde a 4.5 salario mínimos, casi el doble. No obstante, no sería poco en comparación al salario mínimo nacional.

especialidad en anestesióloga y un bebé de 10 meses. Ella hizo énfasis en la comunicación al interior del HUP y me dijo que quería que se denunciaran los problemas relacionado con los médicos que no cuentan con plaza o tienen una de administrativo y que aun así hacen guardias⁷³; además que al área de urgencias de la guardia de la noche no los toman en cuenta en las decisiones de los comités. Me pidió que al terminar la investigación le dé una devolución al turno de la noche.

La Dra. Lucy es esposa del Dr. Saúl, jefe de la división de medicina ambulatoria, parte del servicio de urgencias. Él tiene una plaza de médico adscrito al área de urgencias, pero es cirujano general. Al conocerlo a su regreso de las vacaciones, lo primero que me pidió fue la posibilidad de introducir algo relacionado al burnout, como un taller o un seminario.

Esto nos lleva a tres temas más los cuales considero que están relacionados: el de la calidad y atención al paciente; el descubierto laboral de los médicos; y la medicina defensiva.

Vayamos paso por paso: sucede que a causa del problema de la objetivación del paciente (todos los estudios del capítulo uno) produjeron una especialidad al interior de la medicina que se llama “Calidad y Atención al paciente”, la cual está construida para dar respuesta y solventar problemas que se producen de los médicos hacia los pacientes. Su objetivo es dar una atención de calidad al paciente. ¿Existe un problema con esto? Pues resulta que sí, la especialidad destinada a la protección tuvo un lapsus. En su afán de procurar al paciente, planteó que una atención más rápida supondría una mejor atención. Sin embargo, la institución subsume, por lo que la atención más rápida se convirtió en un protocolo de sólo 10 minutos de consulta por paciente. Lo que se convirtió en un sistema de cuotas para el médico, ahora deben consultar un total de 30 a 35 pacientes en un horario laboral de 8 horas.

En cuanto a la calidad, se establecieron sistema de evaluaciones de parte de instancias como Salubridad, donde deben cubrir un mínimo de requerimientos al interior del establecimiento. El premio: mayor presupuesto y mayor número de pacientes para atender, sin embargo, el presupuesto no se ve reflejado en el

⁷³ Para ganar más dinero.

establecimiento y tampoco se plasma en aumentos en los salarios o incrementos de cuotas, sólo en el aumento de la cantidad de pacientes. Esto se vuelve un círculo vicioso, ya que hay más pacientes que deben atender en menor tiempo para poder cubrir las cuotas. Además, que en la medida que se busca la calidad, entonces se van agregando más papeles que lleven el seguimiento de los procedimientos de los pacientes. De esta forma se supone que todo lo que esté presentado en papel se llevó al pie de la letra en la ejecución.

De esta forma, se supone que el paciente y el médico quedan protegidos bajo la forma de evidencias demostrables. Pero este proceso termina obstaculizar la propia atención, ya que entre más papelería menos tiempo para atender al paciente.

De este modo, el médico debe pedir más y más estudios para asegurar que todo el protocolo se siga. Esto nos lleva a la medicina defensiva, la cual se refiere al:

[...] modo de ejercer la medicina que intenta evitar denuncias por mala práctica médica. Consigue este objetivo realizando un número excesivo de pruebas diagnósticas para descartar incluso situaciones insólitas (cuando ya está razonablemente claro otro diagnóstico) y asegurando que el enfermo firma su consentimiento escrito a todas las pruebas o tratamientos que se le realizan. Tiene como inconvenientes muy serios el aumento desorbitado del costo de la medicina y la pérdida de la confianza mutua entre médico y paciente. (Diccionario Clínica Universidad de Navarra, s/p).

La conclusión de los médicos de urgencias fue *¡chin chin el que acredite!*, los días de la supervisión procuran reprobar la acreditación. Sobre esa línea, posteriormente manifestaron demandas de “cambio” al interior y exterior del establecimiento de parte de los médicos. Señalamientos a la necesidad de más personal, mejores condiciones de trabajo. Todo lo relacionado a su situación laboral y el énfasis de encontrarse desprotegidos institucionalmente. Haciendo hincapié que esta investigación puede contribuir a denunciar sus condiciones laborales, desde mi perspectiva, de posibilidad.

Sin embargo, quisiera resaltar que, así como planteo en el primer capítulo, el riesgo de no reflexionar las intencionalidades de una disciplina. Ya que estos problemas ni son nuevos y son mucho más densos que la medicina defensiva y el burnout, el nudo gordiano reside en las condiciones del sistema económico político,

de las instituciones y de ahí en las particularidades y singularidades que se corporizan en el HUP. Empero, si es menester relevar que, al reducir las problemáticas, se puede caer en el riesgo de producir un efecto contrario al que se quiere llegar, en este caso, las evasiones para acreditar que en sí mismas no retribuyen en un cambio, sino en la postergación y dilatación del problema y la exacerbación de la medicina defensiva.

¿Entonces cuáles son las posibles salidas a estos problemas? Mi intención en este trabajo no es dar respuestas, sino problematizar y en última instancia colaborar para imaginar posibles propuestas. Sí se debe señalar que es alarmante que no haya instancias de ningún tipo que puedan responder a las problemáticas en las que pueden caer los médicos, en términos legales, burocráticos y de atención psicoterapéutica.

4.2 EL ANALIZADOR CASTIGO

Este tópico había estado rondando de manera implícita las conversaciones en urgencias desde un inicio, pero en código y en ese momento no sabía muy bien a qué se referían. En el momento que aparece el tema del castigo y cómo comencé a indagar sobre ello. La forma en que me acercaron este tema fue vía del jefe de residentes del hospital, Juan Carlos Juárez de la Torre, residente de cuarto año del servicio de cirugía. Me explicó los códigos como el “dejar guardado” se refiere a que están castigados.

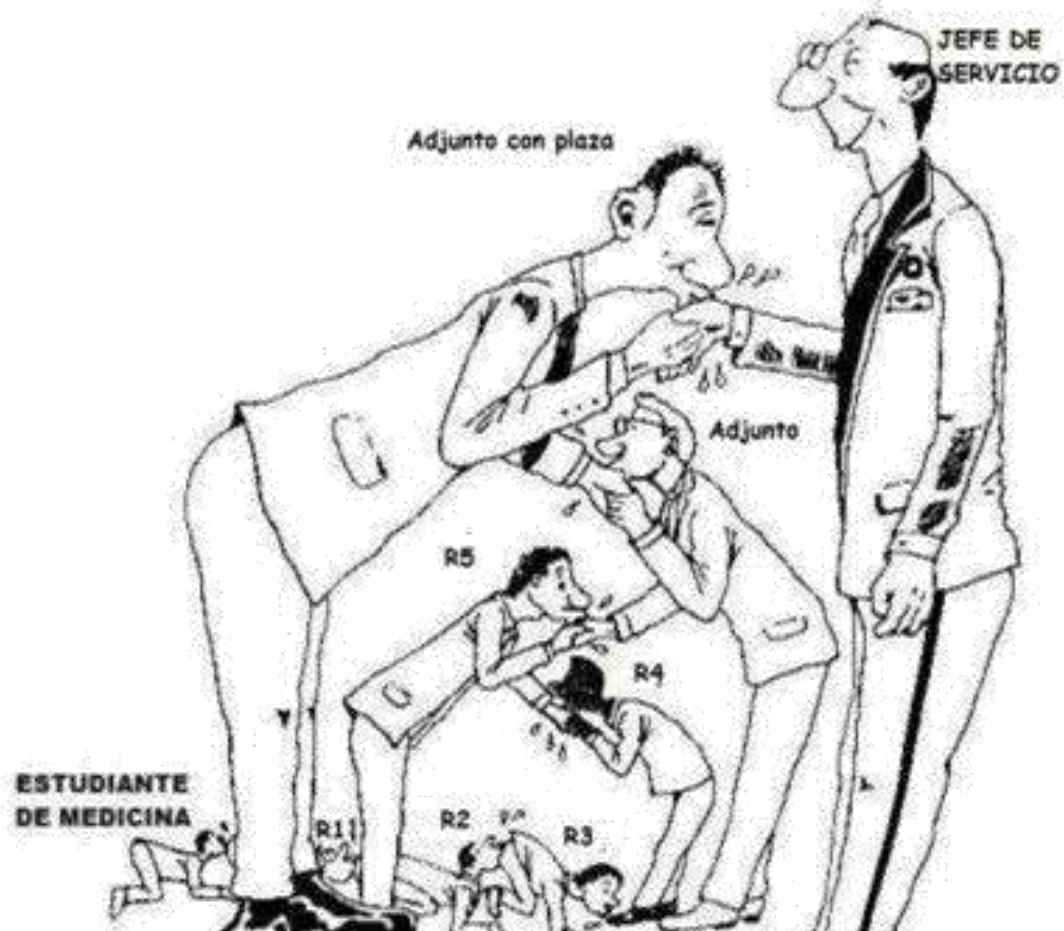
El castigo consiste en hacer guardias “voluntarias”⁷⁴ y tener que permanecer en el hospital por el número de días que prescriba el castigador. Ya sabiendo la existencia de los castigos pasé a preguntar cómo funcionan, cuándo, porqué, por quienes y para quiénes. Éste se impone cuando algún residente principalmente, comete una falta, que puede ir desde lo más irrelevante como el presentar mal a un paciente a su superior, atrasarse con sus pendientes, tener una falta de ortografía

⁷⁴ Se le llama voluntarias debido a que, quienes han sido castigados deben ir al departamento de enseñanza y meter un oficio que indique que se quedarán un número X de días a realizar guardias. Sin embargo, en el entendido de que todo el mundo sabe que es un castigo.

en su nota de evolución o hasta lo más grave que es mentir con respecto a algún procedimiento realizado al paciente, olvidar realizar un procedimiento o hacerlo mal.

Los castigos siempre los imponen los médicos de jerarquía mayor, por ejemplo, un residente de segundo año castiga al de primer año; el del 3er año al de 2do y así sucesivamente hasta llegar al médico adscrito. Cabe señalar que los internos no suelen recibir este tipo de castigos, sino sólo se les deja salir más tarde o se les carga de trabajo administrativo, pero no se les obliga a quedarse en las instalaciones del hospital por días como sucede con los residentes⁷⁵.

JERARQUIAS EN MEDICINA



(Figura 2)

⁷⁵ El récord de días de un residente castigado ha sido de 17 días sin salir del hospital haciendo guardias diarias. Lo cual implica que no pueden ir a su casa a descansar, el bañarse y comer en el hospital.

La figura 2 es un “meme” o gráfico que estaba circulando vía mensaje en los celulares de los médicos del HUP, el cual me mostró el Dr. Islas, adscrito de medicina interna, poco tiempo después me lo enviaron a mi celular.

Es así que el castigo apareció en forma de analizador desde la perspectiva de Lapassade y Hess, ya que éste permitió descomponer elementos de lo instituido de la institución y elucidar ciertos procesos que se juegan entre sí. (Manero Brito, R., 1991a; 2015). El cual presento como imagen (*figura 3*) a continuación:



Figura 3

No pretendo abordar todos temas que ha refractado el analizador *castigo* y algunos de ellos más que teorizarlos, consistirá en elucidar la operatividad que cataliza el castigo. Pero retomaré la metáfora del prisma que refracta la luz en colores, debido a que en esta refracción existen espacios oscuros, luz que requiere de otro tipo de “instrumentos” para visibilizarlos, como los rayos x, la luz infrarroja o los rayos gamma. Siguiendo la analogía, significaría que hay muchos otros elementos de este analizador que, de acuerdo al dispositivo, son obturados y no es posible visibilizarlos. No obstante, también implica que con otros dispositivos se podrían abordar.

Por ejemplo, cómo opera la clínica a partir del analizador, como la dinámica de las jerarquías y del disciplinamiento en el sentido de la competencia clínica. Pero primero, ¿de dónde proviene la palabra castigo? Éste tiene una raíz en común del

latín y el griego que es *castus*. En griego σῶφρων [*sofron*], que tiene las siguientes acepciones:

- cuerdo, prudente, inteligente, sensato;
- moderado, templado;
- casto, sobrio, frugal, modesto, sencillo, obediente;
- meter en orden

Viene de la raíz σῶφρωνίζω [*sofronsi*] que significa *hacer a uno prudente*, *sophrosiné=prudencia*; corregir, advertir; castigar, reprimir o reducir con prudencia. (Pabón S. de Urbina, J. M., 1999).

Me concentraré en la acepción de **casto**, ya que esta es la raíz en común con el latín. En latín *castigo* proviene de las raíces *castus* y *ago*.

- **Castus** (de origen oscuro) como adjetivo se refiere a casto como “moralmente puro”, intachable, honesto *castus moribus* (hombre de costumbres puras).
- **Ago** (agis, êre, êgi, actum) llevar, conducir, hacer caminar, ir adelante, llevar por delante, guiar.
- **Castigo**, as, âre, âvi, âtum, reprender, corregir, enmendar.
 - *Castigare sua vitia*, “corregir sus defectos”, “pulir o dar la última mano a una composición poética”.
 - *Castigare pueros verberibus* “castigar a los niños con azotes”.

Es importante hacer la distinción de “casto” en el sentido religioso, ya que a pesar de que tienen la raíz *castus* en común hay una distinción entre *castigare* y *castífico* (hacer casto o puro). (Blánquez Fraile, A., 1995).

En otra referencia, encontré al igual que la anterior, la palabra castigo proviene del *castus*, casto pero traducido como “ajustado con las reglas o los ritos”; y *agere*, hacer o “hacer ajustado”.

[...] Del valor de instruir procede el sentido de castigar como imponer una corrección o reprimir, en origen “instruir” (en reglas o ritos). La palabra castigador con el sufijo *-dor*, que indica agente es decir el que castiga o más literalmente el agente que instruye las reglas o ritos.

La palabra latina *castus* según el diccionario también tiene la acepción “sin relaciones sexuales, puro, virtuoso. Del cual proviene casto y castidad. Éste viene del verbo *castrare* (castrar) relacionada con la raíz indoeuropea *kes* (cortar).

Asimismo, dice que el verbo latino *agere* nos ha dado muchas palabras como acto, agenda, ambiguo, coágulo y se vincula con la raíz *ag* (conducir). También advierte que el adjetivo latino *castus* (puro, apartado de errores o vicios) nunca significó en latín “sin relaciones sexuales”, sino que esa acepción la crean los escritores cristianos tardíos y es en ese latín cristiano donde *castus* asume el valor de sin relaciones sexuales o relaciones sexuales prohibidas. (Diccionario internet chile, 2015, s/p).

Otra distinción, es que tanto en griego como en latín se hace énfasis en que cuando el castigo es por venganza la raíz es diferente. Entonces tenemos al *castigo* que es aquel que ajusta a las reglas, al que hace puro (sentido religioso) y el que es vengador de una falta que se cometió. ¿Qué castigo se opera en el establecimiento? ¿Es sólo una de las acepciones o son todas entrelazadas?

Hablando con los residentes de diferentes jerarquías, opinan que el castigo es un *medio* para llegar a un fin: el disciplinamiento. Es decir, ajustarse a las reglas. Quienes castigan, siempre buscan un sentido en él, un sentido que no está de facto previamente. La institución no otorga sentidos *per se*, sino que son los sujetos quienes denotan los sentidos al interior del establecimiento y paradójicamente reproducen la dinámica previa. Esto es, lo particular, que al mismo tiempo a lo universal mediado por las relaciones singulares. La institución se actualiza por medio de los sujetos.

¿Por qué hay castigos en primer lugar? ¿En realidad tiene que ver con el disciplinamiento? La pregunta del millón es por qué debe ser por el medio del disciplinamiento, ¿dónde queda entonces la responsabilidad y la ética?

Aquí sucede algo interesante, los residentes al llegar al establecimiento tienen una noción muy general de lo que se *debe* hacer en el hospital. Recordemos que mientras fueron internos sólo se hicieron cargo de los asuntos burocráticos. Entonces debe *aprender* en que consiste la competencia clínica y formarse en ella. El medio por el que lo aprenden es el castigo.

No es una aseveración, sino que la primera semana, los residentes de segundo año primero deben informarles todo lo que se debe hacer en relación a lo burocrático, una vez entendido esto, les van enseñando la competencia clínica. Es demasiada información. La gran parte de los residentes comentaron, que no fue sino hasta la mitad del primer año que ya habían dominado y comprendido su rol y

sus tareas. No obstante, siempre resaltaban que fue por medio de los castigos que llegaron arribar a esto. ¿Pero por qué? ¿Por qué es el castigo?

Los residentes de jerarquía mayor lo trataron de explicar lo mejor posible: *“he intentado todo, ya hablé con ellos, me senté a explicarles, les hice hasta un listado que pegué en el pizarrón y aun así, no hacen lo que tienen que hacer”*. Por otro lado, los residentes de primer año decían *“si entiendo que debo hacer, pero por alguna razón a veces se me olvida o me da flojera hacerlo, al fin ya sé que me van a castigar, a lo mejor así aprendo”*.

¿Qué está sucediendo en esta dinámica? Pareciera que hay algo mucho más profundo a sólo denotarle sentido al castigo, ejecutarlo y acatarlo. Partamos de los supuestos de la investigación: ¿qué diría el análisis institucional y el socioanálisis de esto, y cómo se podría liar a la afección?

Desde el primero, podríamos leerlo desde la tensión de lo instituido y lo instituyente, esto es, la incorporación de la institución en el sujeto y la resistencia de éste. Hay un juego entre el universal, por ejemplo, la competencia clínica y cómo tendría que ser aprendida, que es a través (y es) del disciplinamiento, que en este caso está mediado por el castigo. Éste es singularidad, y es también lo que denota la práctica médica: el médico es aquel que no duerme velando por la salud. Al mismo tiempo, las relaciones sociales particulares, producen negaciones en la implementación de la competencia clínica, hay una parte que se escapa, los castigos varían de caso a caso, a veces no se castiga y otras veces sí; y por último, cómo son efectuados en lo singular, quién castiga y quién es castigado. Esto es muy importante, ya que en el momento de la singularidad hay una decisión: tanto quién decide castigar y quién decide ser castigado y acatar este castigo, es decir, ajustarse a las reglas de la institución.

¿Por qué tendría que ver algo con la afección? Recordemos que la afección, se refiere al recubrimiento del afecto, que da pie a la transición de una disminución o aumento de la potencia del actuar. ¿Qué está produciendo el castigo? ¿Aumento o disminución?

En el momento que un residente de cuarto año dijo “el castigo es formativo” pareciere tramposamente que tiene efecto de aumentar la potencia. ¿Por qué? De

pronto aparece como una especie de juego entre la emoción del evitar o no ser castigados. La tensión entre lo instituido y lo instituyente. Sin embargo, por qué llamarlo afección. Aquí se tiene un *occursus*, un encuentro y la mezcla de los cuerpos, el cuerpo del castigo y el cuerpo castigado. El sentido común indicaría que el hecho de que te castiguen es un mal encuentro y por lo tanto se ve disminuida la potencia, pero el sentido del castigo es la incorporación de la competencia clínica, entonces se acercan un poco más a ser competentes, tal vez en ese sentido podría leerse como un buen encuentro. Empero, es una paradoja ¿cómo un mal encuentro es en realidad un buen encuentro? ¿Cómo un cuerpo (el castigo) que disminuye la potencia termina por aumentarla?

Lo anterior se tiene que problematizar a niveles más profundos. Partamos de la lógica de Spinoza, una afección, una idea. ¿De qué tipo? Los médicos logran reconocer las causales de sus castigos y también disciernen entre la conveniencia y inconveniencia de éstos. Esto implicaría que tienen una *noción*, el segundo tipo de ideas. Sin embargo, no siempre lo evitan, muchas veces lo buscan. Esto ya no obedece a la lógica spinociana, sino a las contradicciones de la institución, los momentos de negatividad, es decir, no todo es blanco o negro.

Aquí se están poniendo en juego muchos procesos institucionales. El castigo sólo se convierte en un mediador, uno que ha demostrado tener éxito. En ese sentido, se podría explicar por qué, aunque se sienten a explicarles cómo pueden evitarlo, sigue sucediendo. Hay procesos inmersos del nivel instituido que no son discernibles y que además no son estáticos, sino que están en movimiento constante.

Implica que se tendría que llevar más allá el concepto de afección, ya que aquí se encuentra en forma de paradoja. Por un lado, se tiene la noción, pero se decide de alguna forma negarla. Negarla en el sentido de que no se asume que están decidiendo castigar y acatar los castigos, aparece en la forma de “así son las cosas y ni modo” (lo instituido), pero en ningún momento se pone en la mesa que tal vez si había otros medios, a lo mejor *impensados*, *inimaginables*. El problema se le acuña al establecimiento, algo así como “cuando yo llegué a mí me castigaron y sirvió, dije que no iba a castigar, pero no hay otra forma, así que castigo, aunque no

esté de acuerdo”. Aplica al castigado la misma lógica: “no me gusta que me castiguen, pero desgraciadamente sólo así entiendo, así son las cosas”. Entonces la culpable, es la malvada institución y no la decisión de castigar o no. Desde esa perspectiva, podría sugerir que se está negando el carácter instituido de la institución.

El castigo aparece como la respuesta institucional a la desviación, es decir, a la manifestación de formas particulares de la misma. Es el medio a través del cual se resuelve la particularidad en una forma singular, que es la guardia, dicho de otra manera, la forma del castigo: la guardia es, más que práctica clínica -que puede ser diurna- la vivencia del hospital de noche, de la ausencia de sueño, es la mudanza que el médico hace de su hogar familiar a su nuevo hogar, que es el medio hospitalario. El consultorio particular está en vías de desaparecer. Toda consulta médica se va dando en los hospitales, a través de formas singulares del medio hospitalario. El hospital es, cada vez más, el *éthos* de la medicina.

Así pues, ¿cómo quedaría una afección negada? ¿O cómo se podría conceptualizar? El prefijo *des* tiene tres connotaciones: negación, exceso y fuera de. Entonces, ¿se trata de una *desafección*? ¿En el sentido de la negación de la *noción*? Esta problemática se irá construyendo a lo largo del próximo capítulo, ya que en los apartados siguientes se releva con mayor claridad esta situación, de la negación y, por otro lado, del exceso de la afección.

* * *

CAPÍTULO 5 – MEDICINA *ETERNA*

La *medicina eterna* es un juego de palabra y una broma entre médicos especialistas, que surge a raíz de las características de la medicina interna, la cual es aquella que se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que afectan a todo el organismo o a un sólo órgano y que no requieren asistencia quirúrgica, pero que al ser en su mayoría crónico degenerativas, no tienen cura y los pacientes no suelen adherirse al tratamiento, por lo que se hace “eterna”. De fondo se pone en relieve que si no es una medicina *curativa* no es medicina.

Después de 5 semanas en urgencias, decidí rotar a medicina interna. Esta decisión la tomé por varias razones: se estaba volviendo muy rutinario y varios de los residentes de interna me demandaban subir para que “viera lo que ocurre en interna”.

El servicio está compuesto por siete residentes de 1er año; 1 residente de 2do año; 3 residentes de 3er año; 2 residentes de 4to año. Los médicos internistas adscritos del servicio son: el Dr. Casco, jefe del servicio; el Dr. Cuauhtémoc, quien además de ser el jefe del departamento de educación e innovación, es el encargado de la Unidad de Cuidados Intensivos; el Dr. Cortés adscrito, quien está más en consulta externa que en piso; el Dr. Islas, uno de los tratantes más jóvenes y es el adscrito que está más tiempo en piso; el Dr. Pedraza Médico adscrito de medicina interna, quien está de 8 am a 3 pm.

Medicina interna está ubicado en el segundo piso del establecimiento. Este servicio se divide en tres partes: el *piso*, que es donde están internados los pacientes y es el área de camas que está dividido por 4 camas por habitación⁷⁶, y algunas habitaciones tienen 2 camas y otras sólo 1 cama. La designación de la habitación depende del caso, si es un paciente con una enfermedad infecciosa se le otorga una habitación privada.

Sin embargo, en lo cotidiano, también se asignan habitaciones si se trata de un paciente recomendado, llamado informalmente como “factor R”; si tiene alguna

⁷⁶ Es importante señalar que las camas no tienen cortinas completas de separación, sólo están las cortinas que están a los lados de las camas, por lo que los pacientes quedan uno enfrente al otro y pueden ver lo que le pasa al paciente de enfrente.

enfermedad que puede impresionar a otros pacientes (casos de pacientes terminales); o si es un paciente muy *demandante*, es decir “un mal paciente”.

La segunda parte de medicina interna es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que es una de las partes del hospital que está en mejores condiciones, tanto en el mobiliario físico (sillas, escritorios, camas) como en el equipo médico (ventiladores, etc.).

La tercera es un área que componen la oficina y de los dormitorios de residentes. Hay dos habitaciones para residentes, las dos con baños completos y solo una con lockers. Esta parte está al final del pasillo de *piso*, es decir, al final de todas las camas y justo después de los baños de pacientes. La oficina está enfrente del baño de pacientes y de una de las habitaciones de residentes.

Los consultorios son tal y como su nombre lo indica: de *consulta externa*. Estos literalmente están externos al área. Se encuentran del otro lado del edificio y se ingresa por otra entrada. Es importante enfatizar esta situación, ya que la mayoría de los adscritos están en los consultorios, lo que quiere decir que no *están* físicamente en el servicio. Sólo *están* de forma imaginaria. En la oficina de residentes hay una pizarra en donde están organizados los pacientes por columnas. En la cabecera de cada columna está escrito el nombre de los adscritos que en teoría están atendiendo al listado de pacientes de la columna. No obstante, como lo señalo con anterioridad, este es un meramente un trámite, ya que los pacientes son repartidos de manera más o menos equitativa para que todos los adscritos tengan la misma cantidad de pacientes, pero éstos, son tratados por los residentes.

El servicio tiene una lógica similar al de urgencias en cuando a la repartición de los pre-internos y los internos. Los pre-interno e internos están a cargo de tomar signos de los pacientes y llevar un registro diario de los que sucede en su estancia en el hospital. Como llevar las solicitudes de estudios, laboratorios, etc., y también ir pasando la información de qué estudios ya se llevaron a cabo y cuales están “pendientes”. Éstos se van anotando en la pizarra, debajo del nombre del paciente. Aquí es donde las tareas de los residentes de primer año (R-1) son diferentes.

Los R-1 deben hacer una “nota” de todo aquello que *se le realiza* al paciente, y se va haciendo un seguimiento por escrito de su evolución (de la enfermedad),

que va directamente al expediente del paciente. Esta nota se hace con respecto a la visita, la cual se hace todos los días a cada uno de los pacientes internados. En esta visita acuden los médicos adscritos, entre ellos el jefe del servicio, los residentes de todos los años, los pre-internos, internos y las enfermeras.

Cuando los R-1 están de pre-guardia (A), se dedican a hacer las notas, prácticamente toda la mañana. Comienzan justo después de la visita, aproximadamente a las 11 am, y dependiendo del número de pacientes ingresados finalizan a las 4 pm. Sin embargo, antes de esa hora, deben preparar “la entrega”, el cambio de turno y deben informar a los residentes que llegan para el cambio. Los adscritos para esta hora han terminado la consulta y se dirigen a la oficina para la entrega de la tarde.

En este momento, los adscritos sellan y firman todas aquellas solicitudes que estén pendientes o que es probablemente que vayan a realizarse en el transcurso de la tarde y noche. Ya que como había mencionado anteriormente, los adscritos no hacen guardia y tampoco se quedan al turno vespertino, así que se sella y firma en blanco.

La entrega de guardia se refiere a una presentación del caso de parte de quienes estuvieron guardia (B) a aquellos que llegan en la mañana de pre (A) o a guardia (B). Además de que es un protocolo, también se debe a que algunos residentes se encuentran haciendo rotaciones en otros hospitales, pero la guardia se hace en *piso*, por lo que se les debe poner al tanto de lo que ocurrió en su ausencia. Para algunos otros que están de guardia (B) pero en otra área, por ejemplo, la UCI; y para quienes han estado toda la mañana en piso, deben volver a hacer la visita. Aquí se vuelve a hacer el recorrido de la mañana, en cuanto al pase de cama por cama, y se va informando si se dará de alta o que sigue en el proceso de tratamiento y se dan los informes. Si se deciden nuevas indicaciones el ciclo se repite, es decir, se debe hacer nuevamente una nota y anexarla al expediente.

5.1 LA VISITA

La visita empieza a las 8 am, los adscritos llegan a la oficina para iniciar por orden ascendentes del número asignado de camas (101, 102, 103 etc.). Para este

momento de la mañana ya se han adelantado algunas tareas necesarias para la visita. Todo inicia entre 4:30 am y 5:00 am, para tener los datos actualizados a las 8 am, ya que todo el proceso lleva entre una y dos horas. Los internos pasan cama por cama a tomar signos y electrocardiogramas, lo cual implica despertar a los pacientes y a los familiares, no obstante, lo hacen desde esta hora para empezar a pasar los datos al expediente, del cual está encargado el residente de primer año.

El expediente debe estar en un orden específico, señalado por el departamento de calidad. Además, deben saber de memoria el proceso y evolución que ha tenido el paciente en el hospital, que va desde el momento del ingreso hasta ese día. Si se tratase de alguna enfermedad con la cual no están familiarizados, tendrán que estudiarlo para el momento de la visita, ya que lo más probable es que adscrito haga preguntas teóricas acerca de la epidemiología y nosología⁷⁷ de la enfermedad.

Recordemos que quien presenta al paciente en la visita, es quien se ha quedado de guardia, por lo que probablemente no ha dormido más de dos horas en un periodo de 36 horas. Esto lo resalto debido a que durante la visita los residentes muchas veces se muestran un poco distraídos y tienen problemas para describir el caso, esto debido a la falta de sueño y excesiva carga de trabajo.

Se pasa cama por cama, en donde el residente va describiendo el proceso de enfermedad del paciente, claro, con el paciente presente. Esta se convierte en una situación incómoda para el paciente, ya que desconoce la terminología y es objetivado. De este proceso nos relata Foucault en el “Nacimiento de la clínica”, ilustrando el mecanismo de la mirada clínica y la tecnología hospitalaria.

El paciente queda relegado a la mera observación, que por medio del saber y de la técnica, éste se convierte en un receptáculo de la patología que sólo confirma lo ya observado. El paciente es sólo un objeto que hay que conocer. Se determina el lugar en que se da el “vínculo del encuentro” del médico y el enfermo por tres medios ya mencionados (la alternación de los momentos hablados y de los momentos percibidos en una observación; el esfuerzo por definir una forma

⁷⁷ Rama de la medicina que se encarga de describir, explicar, diferenciar y clasificar las enfermedades y procesos patológicos.

estatutaria de correlación entre la mirada y el lenguaje; y el ideal de una descripción exhaustiva). (Foucault, M., 2012).

De igual manera, no todas las enfermeras acuden a la visita, sino sólo aquellas que están *encargadas* del paciente. Por lo que, dependiendo del número de cama y del cuarto, acude una enfermera diferente. ¿Por qué esto es un problema? Se fragmenta la información y la atención de los pacientes, ya que, si algún familiar pregunta sobre su paciente a la enfermera equivocada, ella le indicará que no es la encargada sino alguien más y por lo tanto no le puede dar informes.

5.2 - LA NOTATERAPIA

Después de la visita comienza la notaterapia, la cual también refiere a otra broma al interior del servicio, ya que al pasar tantas horas escribiendo notas, termina siendo la terapéutica de medicina interna. Dedicar cerca de 5 horas diarias a hacer notas (de 10 am a 3 pm aproximadamente). Ahora bien, ¿cuál es en realidad el sentido de tanta nota? Yo me lo pregunté muchas veces, y se lo pregunté a ellos. Me dieron varias respuestas:

- Para el seguimiento del tratamiento del paciente, lo cual permite indicarles a sus compañeros que los relevan en las guardias cuál es el estado del paciente.
- Para llevar un registro fiel de las indicaciones, estudios y procedimientos.
- Para llevar el expediente clínico del paciente en orden y así evitar accidentes o negligencias.
- Se trata de medicina defensiva. Todo debe quedar registrado en bien legal del paciente y del médico.

Sin embargo, en el proceso de documentación para los fines de esta investigación, comencé a indagar más al respecto el tema de las notas y el expediente. Lo que encontré fue algo diferente.

Se supone que el expediente debería servir para la construcción de un consentimiento informado y no como medicina defensiva. ¿Qué es el consentimiento informado? Éste es un acuerdo entre el personal de salud y el

paciente (y sus familiares) en donde quedan establecidos cuáles son los límites de la intervención terapéutica.

Primero se debe brindar la *información adecuada*⁷⁸ sobre la enfermedad o condición del paciente. A partir de esto, se presentan las alternativas posibles de tratamiento y se releva la que el médico recomienda seguir. El paciente y la familia son quienes deciden qué tratamiento se seguirá y se negocia con el médico; en términos de con que está de acuerdo y con qué no y cuáles serían las alternativas en caso de no estarlo. De ello, se determinará cuál es el Nivel de Atención Protocolizada, esto es, una clasificación que, de acuerdo al tipo de padecimiento del paciente y su decisión con respecto a los límites de la intervención se establecerá un lugar en el nivel de atención:

- RCP-I: es un paciente recuperable, se le brindará toda la atención posible y se le da reanimación. Tiene la característica de ser un paciente ambulatorio.
- RCP-II: es un paciente recuperable (hospitalizado), a quién se le brindará toda la atención posible y se le da reanimación.
- RCP-III: es un paciente no recuperable debido a que la intervención y padecimiento dañará de manera irreversible su funcionalidad y calidad de vida. Se limitan las intervenciones y no se le brinda reanimación en caso de paro cardiopulmonar.
- RCP-IV: pacientes con muerte encefálica. Por tanto, no recuperables y no se le brinda reanimación.
- RCP-V: caso de pacientes de procuración de órganos (donación). Paciente no recuperable, pero si se le brinda reanimación en caso de que a procuración de órganos aún no se realice. (Netzahualcoyotl Cardoso, C., 2014).

Como se puede intuir, este proceso lleva tiempo, mucho más de los 10 minutos que espera “Calidad y Atención al paciente”. Una especialista en la elaboración de consentimiento informado, que no es del HUP, me comentó que lleva entre 1 hora

⁷⁸ Es la información más general sobre la enfermedad y los procedimientos que se deben realizar.

y 2 horas. Ya que implica sentarse con el paciente y la familia para hablar de lo que está ocurriendo con su proceso de salud-enfermedad-muerte.

El proceso de consentimiento informado debe incorporar la fecha; la hora; el nombre y firma de los representantes legales y testigos; las decisiones que la familia y el paciente tomen en torno a las intervenciones médicas; el nivel de atención protocolizada del paciente; y si se realiza o no la transición a cuidados paliativos en caso de ser necesario.

La información se encuentra en la norma oficial del expediente clínico de la Ley General de Salud, en el apartado 10.1.2, en donde se indica específicamente en que situaciones de intervención médica es necesario un consentimiento informado. No obstante, en el 10.1.3 dice que *“el personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.”* (2016, s/p). Entonces ¿se pone por escrito o no en el expediente?

Encontramos un elemento de contradicción: se supone que toda la lógica de la notaterapia y del papeleo existen, con el fin de que se elabore un consentimiento informado, empero no se utiliza para ello. Es más, ni siquiera se realiza un consentimiento informado como tal, lo que sucede en la práctica es que existe un *sello* donde dice “Consentimiento informado, declaro que se me ha informado sobre los procedimientos y consiento dichas acciones que sean necesarias para el tratamiento. Firma y nombre del familiar”. Estas palabras se sellan en una hoja en blanco, en donde el familiar firma, y esta hoja se anexa al expediente.

¿Por qué no se realiza el consentimiento informado que está indicado en la Ley General de Salud? ¿Cómo pasó este consentimiento que busca en realidad acordar con el personal de salud el tratamiento a un papel extra sin sentido? ¿Fragmentación? ¿Es el efecto Weber del que habla Lourau?

“Cuanto más evolucionada, racionalizada es la sociedad, tanto más opaca, incognoscible se convierte para los individuos que la componen, a tal punto que el “salvaje” sabe más sobre su tecnología y sus instituciones que nosotros sobre las nuestras”. (Lourau, cit. en Bernard, M., 1977, p. 34). Es decir, se aliena, se autonomiza un momento particular. Hay entonces una auto-domesticación

sistemática del humano por el humano. El objetivo, se convierte en crear sujetos (como individuos comunes) los cuales se definan a sus propios ojos y entre ellos por su relación fundamental (reciprocidad mediada) con las instituciones. (Bernard, M., 1977).

Como dice Bernard parafraseando a Cardan⁷⁹ en cuanto a las instituciones:

[...] la institución es una red simbólica, socialmente sancionada, donde se combinan en proporciones y en relaciones variables un componente funcional y un componente imaginario. La alienación es la autonomización y el dominio del momento imaginario en la institución, que acarrea la autonomización y el dominio de la institución referente a la sociedad. Lo que es simbólico en la institución es su manera de ser, la forma en que se da [...], la institución no está por fuerza allí donde se manifiesta especial o jurídicamente, pero sí donde las relaciones de producción están instituidas de manera aparentemente necesaria, natural y eterna. (Bernard, M., 1977, pp. 36).

Es así que la institución da la apariencia, el imaginario, de que la burocracia es un elemento necesario, natural y eterno, algo similar al castigo. Sin embargo, ¿los sujetos pueden preguntarse acerca del imaginario? ¿Es posible discernir estos procesos institucionales cuando se está inmerso en ellos? Castoriadis dice que *“lo imaginario no surge –o no desempeña un papel- sino porque el hombre es incapaz de resolver su problema real, supone que se sabe y que puede decirse cuál es este problema real, siempre y en todas partes el mismo (pues, si este problema cambia, estamos obligados a preguntarnos por qué, y esto remite a la pregunta precedente). Esto supone que se sabe, y que puede decirse lo que es la humanidad y lo que quiere, aquello hacia lo cual tiende, como se dice (o se cree poder decir) de los objetos”*. (2007, pp. 217).

5.3 –LA AGONÍA Y EL EXCESO

¿Por qué el tema de la agonía? Los pacientes que acuden a medicina interna son en general enfermedades crónico-degenerativas y gerontológicas. En otras palabras, enfermedades de larga data y personas de la tercera edad que tienen

⁷⁹ Cardan es el seudónimo de Castoriadis. (Benyo, J., 2016).

estas enfermedades. Por lo que en este piso se encuentran muchas personas que en realidad llegan a morir al hospital. De ahí el tema de la *agonía* de los pacientes.

La palabra *agonía* proviene del latín *agōnizo*, en su expresión más pura significa combate. “*Agonizare cum morte*”, “luchar con la muerte”. (Blánquez Fraile, A., 1995). El conflicto cotidiano es que los familiares no quieren que se les de “alta de máximo beneficio” que implica ir a morir a su casa, y demandan que el personal de salud se haga cargo de su paciente hasta las últimas consecuencias.

Platicando con los médicos ellos comentan que es una de los peores escenarios que deben enfrentar y sin embargo es la más cotidiana. ¿A los médicos les *afecta* esta situación de agonía de los pacientes? Pregunte una y otra vez en diferentes situaciones y se discutió desde varios ángulos, la respuesta generalizada era, sí.

Aquí hay que hacer algunas atenuantes, ya que el personal médico lo vive de diferentes formas. No sé si me atrevería a hacer una categorización de los tópicos recurrentes, pero hay algunas situaciones que se repiten. Por lo que viene a continuación deberá considerarse con mucha precaución.

La primera y la más frecuente, tiene que ver con la *identificación del paciente*, esto es, que la persona les recuerda a alguien de su círculo familiar o fraterno. Aquí hay tantos matices como residentes que me compartieron su experiencia: algunos tenían que ver con la edad, otros por el género; el aspecto físico; la enfermedad; o simplemente “les recuerda a alguien o algo” que no logran identificar de manera consciente. Algo muy similar a la idea-afección de Spinoza, en donde se puede percibir los efectos, pero no las causas.

La segunda tiene que ver con el *esfuerzo realizado por mantener a la persona viva*. Ya sea porque era la primera vez que se encontraban administrando un tratamiento; porque estaban solos; porque dedicaron muchas horas, días, semanas e incluso meses por procurar la sobre vida de la persona; o porque no esperaban que tuviera ese desenlace.

La tercera, la cual considero (y los médicos también), una situación de las más adversa, es el *no estar de acuerdo con la forma en que se siguió el tratamiento*. Este es un tema muy complicado y sensible para ellos, ya que pone en tensión el

aspecto de la jerarquía y de la competencia clínica. Muchas veces un R menor no estuvo de acuerdo con su R mayor o su adscrito acerca del diagnóstico y/o tratamiento y por más que intentaron ponerlo a discusión, la vencedora fue la jerarquía. La consecuencia: la muerte del paciente. Ahora aquí es muy necesario matizar, ya que ellos mismos no pueden aseverar que fue en realidad un “mal diagnóstico” o un “mal manejo del tratamiento”, no saben cómo tal que fuese un caso de negligencia. Aquí la frustración y responsabilidad, recae en que la jerarquía, la cual ni siquiera permite poner en discusión las probabilidades de otro escenario. Por lo que queda un sabor del *hubiera*, de un escenario alternativo irreal que los tortura. ¿Qué habría pasado si me hubiera escuchado? ¿Se habría muerto el paciente si se hubiera seguido el otro tratamiento?

Ahora, no sólo sucede con los residentes de jerarquía menor, sino entre adscritos. Ha sucedido que cambian el tratamiento en el cambio de turno sin el consentimiento del médico tratante y más o menos con el consentimiento del paciente⁸⁰. Cuando el médico tratante regresa al día siguiente, se encuentra que su caso ha sido “manoseado” por alguien más.

El escenario donde suceden las situaciones anteriores, suelen ser en pacientes que se encuentran en un proceso agónico. Esto abre otra discusión, la cual sospecho que está intrínsecamente relacionada con el tema de la desafección, es decir de un exceso: el del proceso de muerte.

¿Por qué el proceso de muerte? Resulta ser que encontramos en el establecimiento una paradoja con respecto a lo que se supone que debe hacerse cargo la clínica. ¿Y por qué esto vendría relacionado con la desafección? El personal no puede hablar de lo que sucede en esas situaciones, difícilmente hablan entre ellos sobre lo que ocurrió. Es un secreto a voces, pero no se habla explícitamente.

⁸⁰ Es “más o menos” ya que en la propia dinámica de la institución, la mayoría de las veces, no cuentan con el tiempo suficiente de explicar e informar a los familiares y a los pacientes todas las aristas de la situación que están viviendo. Por ejemplo, en el momento que entra en paro el paciente y alguno de los residentes sale corriendo de la habitación para informarle a los familiares que se deben tomar medidas extraordinarias para revivir a su familiar. Aunque esta situación se podría haber evitado si se realizara un consentimiento informado al principio de la intervención terapéutica.

“*La bata no te hace a prueba de balas*”, dicen ellos, y por más que se busque la “distancia” y ocupen estrategias para no vincularse con los pacientes, se vinculan, ocurre un encuentro, existe una mezcla de cuerpos: hay una afección. Nos enfrentamos de nuevo a la negación de esta afección, por la manera en que está constituida la institución clínica la cual determina el lugar en que se da el “vínculo del encuentro” del médico y el enfermo por los tres medios que terminan en objetivizar al paciente.

Sin embargo, el tema de la muerte y de la agonía es una afección que desborda, debido a que en sí misma, nadie sabe qué es la muerte y que conlleva el proceso agónico, es un misterio. En ese sentido, la afección además de estar negada, en términos de “no se supone que deba sentir feo cuando se muere el paciente”, si se siente feo, hay un mal encuentro. La muerte siempre es un mal encuentro, ya que disminuye la potencia. (Deleuze, G., 1978).

Lo anterior me lleva a versar sobre la *desafección* el prefijo *des*, el cual tiene tres connotaciones: negación, exceso y fuera de. De acuerdo a la lógica de los analizadores, podríamos sospechar que es entonces una desafección. No es que niegue el concepto de afección, sino que, en el planteamiento de la potencia, no sólo se ve disminuida, sino negada. La noción, en caso de haberla, produce un exceso del investimento del afecto, del paso, y que al mismo tiempo queda en suspenso. Una afección que disminuye la potencia y al mismo tiempo contiene una negación y un exceso, hay una *potencia inmovilizada* (Deleuze, G., 1978).

5.4 CON UN PIE EN LA CIENCIA Y OTRO EN LA RELIGIÓN

Fue la frase que dijo un residente internista cuando nos encontrábamos en la UCI discutiendo acerca del tema de la muerte de los pacientes en el hospital... “Con un pie en la ciencia y otro en la religión”.

El R-3 comenzó a narrarme una serie de experiencias, donde él se sentía en medio de la ciencia y de la religión, ya que debía decidir que procedimientos llevar con determinado paciente. Por un lado, los familiares le demandaban que “hiciera todo lo posible por salvar la vida de su familiar”, por el otro le decían “que era decisión de Dios”. Él se preguntaba ¿cuál era entonces su lugar? ¿Ejecutor de la

mano de Dios? ¿O quién decide finalmente si vive o muere? ¿Y qué sucede con la familia, por qué ella no decide junto con él médico?

Todas estas interrogantes fueron compartidas por otros médicos, donde enfatizaban la constante demandas de los familiares hacía el médico por “hacer todo lo posible por salvar a su familiar”. Sin embargo, queda de fuera el hecho que, las decisiones no las debería tomar el médico en solitario, sino en colaboración del paciente y la familia, es decir, por medio del consentimiento informado. En el momento en que el médico comienza a plantear las alternativas, muchas veces, el paciente y la familia no quieren ser parte de esta decisión, sino que se espera, sostenido en un imaginario, que sea el médico quien decida o, en última instancia, Dios. Es así que el internista que mencionó la frase del subtítulo del presente apartado. Hugo me explicó las complicaciones de hacer de mediadores entre la “decisión de Dios” y lo que *médicamente*, la ciencia debía decidir.

En una investigación de Silvia Emmer y Virginia Schejter (2013) cuyo objetivo inicial en un hospital en Argentina era favorecer el esclarecimiento de los problemas de organización y la integración de los grupos de trabajo, a través de la intervención y el asesoramiento, tanto a nivel de conducción como en los equipos que se iban formando en los diferentes ámbitos institucionales. Se enfrentaron a una problemática muy similar a la que yo me encontré relacionadas con el dolor, la vida y la muerte.

Ellas destacan que en el quehacer cotidiano del equipo de salud, aparece no solo la pregunta sobre si se hacen bien las cosas, sino una interrogación *ética* sobre qué es “hacer el bien” para el paciente. Éste es un problema que actualmente aborda la bioética, en donde se propone que la clínica tendría que atender los procesos de terapéutica, en otras palabras, aquellos que son para el tratamiento de enfermedades que tienen tratamiento y cura. Para ello, se supone, que existe el hospital. Pero en el caso de la medicina interna, de oncología y algunas otras áreas, sino es que en todas, así como está presente el proceso de vida, está latente el proceso de muerte. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

Sin embargo en la institución, se presenta una separación entre vida y muerte; se entienden como dos procesos separados, y no cómo un continuo, o como parte

de un mismo proceso. Evidentemente se trata de una separación moderna y se podría discutir mucho más a fondo este punto, empero, implicaría una investigación diferente. Ya que de fondo, lo que se pone sobre la mesa, es la discusión de cómo entiende y cómo se ha conceptualizado históricamente, la salud, la enfermedad, la vida y la muerte al interior de la disciplina médica.

Es justamente en este escenario, donde el paciente, no sólo padece las circunstancias de indefensión y temor que implica el estar enfermo, sino que además, queda anulado y marginado de las decisiones y de los códigos herméticos y cerrados utilizados por la institución clínica. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013). Lo cual, tal vez tenga que ver con en sí mismo con forma en que conceptualiza al paciente. Una vez más no es tema de esta tesis indagar y discutir la genealogía e implicaciones del concepto, pero se trata de una arista sumamente interesante y con una directa relación a los temas aquí abordados.

Si bien existen parámetros técnicos y científicos generales con los que es posible evaluar la adecuación del actuar y de los distintos miembros del equipo de salud en términos de pericia, eficacia y eficiencia, como es el caso de la competencia clínica, las referencias a estos se pierden en las situaciones particulares en las que la decisión implica un alto grado de incertidumbre sobre los beneficios y riesgos de la aplicación de una terapéutica. Además de las propias contradicciones de la institución, como el sentido del consentimiento informado. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

Por ejemplo, aquella esperanza en prolongar y mejorar la vida que motoriza la investigación clínica, puede al mismo tiempo, llevar a cegar este fin. Se termina cometiendo una especie de *lapsus*, donde la intención deriva en una suerte de "ensañamiento terapéutico". (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

Como se presenta en el segundo capítulo, en las sociedades modernas, la institución hospitalaria surge como un dispositivo social destinado a hacerse cargo de los problemas de salud de una población. No obstante, lo que queda negado o no recuperado:

[...] es el encargo de ocultar la enfermedad y la muerte tras sus muros, alejándolas de la vida cotidiana y del ámbito familiar. Del

mismo modo, los velatorios, instituciones relativamente recientes en las ciudades, van quedando a cargo de los rituales de la muerte. Morir deja de ser un hecho que concierne a la comunidad y en el que participan todos. Negada en la vida real, la muerte, paradójicamente, reina y se multiplica con crueldad en la cotidianidad de la ficción. De la misma manera que otras culturas atribuían a hechiceros y brujos poderes sobre la vida y la muerte, el imaginario colectivo de nuestra sociedad, apoyado en los inmensos progresos del conocimiento médico de las últimas décadas, en el control de epidemias y en el aumento del promedio de vida, hace depositarios a los médicos del encargo social de "curar siempre". Estos participan de esta creencia, se sienten responsables y dolorosamente impotentes cuando pese a los alcances de los recursos técnicos se ven obligados a enfrentarse a la muerte. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013, s/p).

Con el mandato de "*hacer todo lo que se pueda*" la institución médica, y con ella, los médicos, se deslizan rápidamente hacia la utilización de tecnología compleja, sin certidumbre ni comprensión sobre su eficacia. En el intento último de prolongar la vida, ya no cabe la pregunta sobre qué calidad de vida es posible en esas circunstancias, cuál es el beneficio, ¿el bien para quién es?

Una médica bromeó en un seminario de bioética, al discutir sobre estos temas, "pareciere que la medicina debe velar por la sacralidad de la vida, aunque sea como vegetal, pero al fin es vida ¿no?" Esta broma apunta a lo que perciben, y el cómo lo perciben los profesionales de la salud (no sólo los médicos), sienten que hay algo raro en cumplir el juramento, una falla en su misión si no intenta "salvar" una vida, aunque pueda terminar por agravar la situación, en términos de dolor y sufrimiento.

¿No sería más sencillo que en lugar de que actué solo como modo de propiciar "un milagro", tuviera la posibilidad de compartir y consensuar la decisión con el paciente y sus familiares? ¿Y, quizás, de este modo incorporar los conocimientos, los sentimientos, los modos de percibir y entender la situación que les concierne? Ya que esto no sólo le concierne al médico, sino a todos los involucrados, entre ellos, a la institución. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

¿No será lo anterior una forma de aliviar en parte al médico de la enorme carga de sentirse como el único responsable de la vida de otro? No se trata ya de eximirlos o responsabilizarlos, sino de construir dispositivos de visibilidad para

elucidar las condiciones de posibilidad que se abren en estas situaciones. Como diría una profesora de la maestría⁸¹, no se trata de señalar culpables o de repartir culpas, sino de responsabilizar a las partes implicadas.

En ese sentido, en particular de las situaciones terminales, si no se utiliza toda la tecnología o se hace el intento de reanimación, la muerte suele vivirse como falla de la institución y del equipo de salud, no como un desenlace esperado de una enfermedad incurable. Hay un semblante de la negación de la muerte.

En la actualidad existe el riesgo latente de un juicio por la praxis a veces reforzado por amenazas concretas: "sé que se va a morir, pero que no sea por un descuido de ustedes", puede condicionar este seguir haciendo, independientemente de la desproporción del recurso utilizado en relación a los beneficios posibles de lograr. El despliegue de tecnología y de procedimientos terapéuticos complejos es un factor que realimenta las fantasías de curación y obtura la elaboración de la pérdida en la familia. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

Es entonces que se genera la creencia de que todo depende de la tecnología, que por supuesto es mediada por su máximo representante: el médico. Otras alternativas como cuidar o acompañar suelen ser consideradas como equivalentes a no hacer nada y despiertan la sensación de que no se les ofreció "lo mejor". Se pierde así una de las funciones fundamentales del equipo de salud que es el "cuidar". Lo más moderno, lo más costoso, tranquiliza los sentimientos de impotencia y culpa. Cuidar es algunas veces preservar al paciente de la "maquinaria médica" que por momentos parece autonomizarse del pensamiento y tornarse imparable. Queda así poco lugar para acercarse a la muerte por fuera de los caminos ofrecidos por un modelo médico tecnificado. (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

Ahora bien, por qué abordarlo desde la ética. Spinoza hace una distinción importante entre la moral y la ética. La primera obedece al *deber* y a la ley, no hay una elucidación del porqué se hacen las cosas de cierta forma y no de otra, sino que se toma al pie de la letra en su aplicación. En contraposición a la ética, la cual a punta a la singularidad. "[...] *¿qué es lo que puede un cuerpo? Muy diferente de*

⁸¹ Parafraseando a Eugenia Vilar Peyrí

la pregunta moral: ¿qué debe, en virtud de tu esencia?, ¿qué puedes en virtud de tu potencia? He aquí que la potencia constituye la escala cuantitativa de los seres. Es la cantidad de potencia la que distingue a un existente de otro existente. [...]" (Deleuze, G., 1978, pp. 28).

Si lo pensamos en términos de ley, deber, moral; implica una condición de posibilidad enmarcada bajo una ley muy concreta, hay algo que debe acatarse y punto, por ejemplo: el juramento Hipocrático. En éste, está sustentado el principio de no maleficencia y de la sacralidad de la vida, en ese sentido, se debe buscar el beneficio de la vida del paciente ante todo. Sin embargo, en los casos terminales y de procesos agónicos, la pregunta ética sería una pregunta por la potencia, ¿cuál es la potencia de *este* cuerpo? Ya no como un universal de "vida" sin importar qué, sino si realmente el prolongar la vida mediada por la tecnología se trata de un principio de beneficencia y no de maleficencia.

Silvia Emmer y Virginia Schejter comentan algo semejante en sus conclusiones, en relación a la variedad de pérdidas que debe elaborar el equipo de salud en el trabajo con pacientes graves, crónicos o terminales ante los que fracasan los métodos terapéuticos. No sólo la muerte o la "no-curación" de un paciente sino también al duelo por su esfuerzo y su esperanza frustrados. La desilusión suele traer aparejada la sensación de agotamiento y de desinterés. *Se extingue el fuego, burn out, de la pasión que da sentido al esfuerzo y al trabajo.* (Emmer, S. y Schejter, V., 2013).

¿Será qué disminuye la potencia? ¿Qué queda imposibilitada, inmóvil? ¿Y simultáneamente la desborda, la exacerba, hay un exceso? Dice René Girard que no hay mayor violencia que la de la muerte, y que por ello, las culturas a lo largo de su historia han intentado dar mecanismos de asimilación: lo mágico, lo ritual y lo religioso. Éstos, ponen en marcha diferentes procesos de simbolización para poder tejer, por medio de lo colectivo y social, una red que soporte lo incomprensible, lo excesivo y violento de la muerte. (Manero Brito, R., Villamil Uriarte, R., 2002; Girard, R., 2005).

El establecimiento no tiene estos procesos de simbolización de la muerte, la muerte no tiene lugar en el hospital. ¿No es esta una contradicción no sólo de la

medicina, sino de nuestra sociedad? Dice Norberto Elías: "*Jamás anteriormente ha muerto la gente de una manera tan poco ruidosa y tan higiénica como hoy en día en este tipo de sociedades, y jamás lo ha hecho en unas condiciones que hayan fomentado tanto la soledad*". (Cit. en Emmer, S. y Schejter, V., 2013, s/p).

¿Qué no esto suena al proyecto moderno? Recordemos que las técnicas de la medicina las que constituyen al sujeto moderno, la primera: la mirada. La cual "*tiene la paradójica propiedad de entender un lenguaje en el momento en que se percibe un espectáculo, [...] en la clínica, lo que se manifiesta es originariamente lo que se habla*." (Foucault, 2012, pp. 150); ¿Qué significa espectáculo? ¿Se refiere al *espectar*? Lo podemos abordar desde diferentes lugares, puede significar mirar, tal y como la mirada médica brinda un sentido o una forma de percibir al cuerpo. Pero también puede referirse a una tensión. Como aquella espera sin saber lo que viene.

Considero vital el momento en que se cambia la forma de percibir a la muerte en medicina. Donde el mismo Bichat habla de que más allá de liberar a la medicina del miedo de la muerte, se ha integrado esta muerte a un conjunto técnico y conceptual. El efecto que la muerte se conciba como parte de un *proceso*, pero de un proceso lógico, un espacio que sí es accesible para el ser humano. Al mismo tiempo que se concibe entonces como un espacio accesible, se le niega, queda *fuera* de las instituciones.

El hacer "accesible la muerte" para la ciencia, no se trata más que de un espejismo, un semblante, un imaginario de un espacio accesible para el ser humano. Es así que el discurso de las ciencias es una consecuencia lógica y directa del proyecto de la modernidad y que simultáneamente lo legitima, respalda y reivindica; y en particular lo hace a través del discurso de la clínica, en este se materializa, ya que se interviene sobre el cuerpo. Es la ilusión de controlar, asir y predecir a la muerte. El imaginario del control sobre la institución de la muerte.

Con lo anterior, imaginemos la escena: la familia, el paciente agónico y el personal de salud. Desde la perspectiva de la familia y el paciente no cuentan con la información adecuada ni suficiente sobre lo que tiene, lo cual produce una serie de tensiones con el personal de salud. La familia no sabe qué hacer con su moribundo, no quiere llevárselo a casa. ¿Y cómo hacerlo si la muerte ha quedado

negada de todo lugar social? Están en su derecho de no aceptar el Alta de Máximo Beneficio, pero simultáneamente y del otro lado de la relación, los médicos tampoco se quieren hacer cargo del paciente moribundo. ¿Es entonces responsabilidad del médico hacerse cargo de la muerte cuando ésta se encuentra forcluida de la institución? Es una situación en donde el profesional de salud posee el conocimiento, el *know how* de la técnica sanitaria.

[...] la sociedad llamada del bienestar y la abundancia ha descubierto que no puede mostrar abiertamente su rostro de violencia sin ocasionar en el seno de sí misma el nacimiento de unas contradicciones demasiadas evidentes, que terminarían por volverse contra ella. Por ello, ha encontrado un nuevo sistema: extender la concesión del poder a los técnicos que lo ejercerán en su nombre, y seguirán creando —a través de otras formas de violencia—: la violencia técnica [...] El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo de empresas, el sociólogo industrial [*el médico*], son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que —suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones—, se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, la perpetuación de la violencia global. (Basaglia, F., 1972, pp. 132).

¿Pero qué acaso ellos son inmunes a que al mismo tiempo esta técnica los conflictúe y los afecte? ¿Los médicos son sólo técnicos? ¿Quedan exentos de ser objetos de la violencia que se ejerce? Lourau hace mención de la *distancia institucional*, para explicar el fenómeno en el cual las “técnicas” dan un significado que abarca el conjunto de las operaciones e instrumentos utilizados como medio en la práctica social. “*Se hablará de distancia práctica para designar esa forma de no saber referente a la función del sustrato material de todas las instituciones y de la organización social*”. (Lourau, R., 1991_a, p. 268).

Por otro lado, Franco Basaglia (1972) menciona que el enfermo al recibir “la terapéutica” se convierte en un *cuerpo institucionalizado*, se vive como objeto de violencia. ¿Empero que no el médico no es también un cuerpo institucionalizado? ¿No son también objetos de la violencia global que se ejerce a través de la técnica? Y aún peor, quedan inmersos en la lógica instituida de la violencia global y de la técnica. ¿No se tendría que poner en cuestión la propia noción de *vida* que se

construyó en la medicina? ¿Y con la *vida*, la muerte, la salud y la enfermedad? ¿Por qué es tan diferente la manera de afrontar la muerte de la persona desde el lugar del familiar al del médico? ¿No pasará que cuando una persona muere se reviven los duelos personales⁸²? ¿No es el duelo una elaboración colectiva⁸³? Sino porque es tan conflictuante para ellos la agonía de otro cuerpo frente al suyo.

Cabría preguntarse ¿quién decide quien vive y quién muere? ¿Realmente es la familia o el paciente? ¿O se trata del médico? Regresemos a las situaciones ya narradas en este capítulo: los médicos y los familiares quedan en lugares no muy claros con respecto a quién es el que toma la decisión de seguir dando atención terapéutica para prolongar la vida. No puedo decir que se trate de dar una buena muerte, debido a que en el país aún no es legal la eutanasia.

Empero, el médico no es un juez que decide, sino que basa la decisión en una serie de presupuestos, protocolos, el juramento Hipocrático claro está. En ese sentido no es *el médico* como tal quien tome la decisión, sino que ésta está basada en el carácter universal de la institución médica. La cual niega el proceso de muerte como parte del proceso de vida. Si lo tomará en consideración, se podría decidir también sobre cómo se quiere morir, o más bien, cuál es el proceso que se quiere llevar. Es la institución quien decide.

5.5 LA UCI Y LA DISTANCIA: LA DESAFECCIÓN NO ES DISTANCIA

Al final del mes y medio de estar en el piso de medicina interna, dejé de ir al hospital por unos días. Fue una decisión que tomé debido a que me sentía sumamente cansada y “afectada” de todo lo que sucedía en el hospital: las muertes, la agonía, los olores, las discusiones, etc. Regresando de ese periodo de descanso, me instalé en la unidad de cuidados intensivos y ya no en el piso de interna. Esta unidad sigue siendo parte de medicina interna, pero está en otra sala del mismo piso.

A veces no pasaba toda la jornada en la UCI e iba a la oficina a platicar con los residentes del piso. Con la relectura del diario de campo, me percaté de algo:

⁸² Véase Darian Leader (2014). La moda negra. Duelo, melancolía y depresión.

⁸³ Véase René Girard (2005). La violencia y lo sagrado y a Roberto Manero y Raúl Villamil (2002). Notas sobre la institución imaginaria de la muerte.

buscaba pretextos para quedarme en la UCI e irme del piso. Primero lo atribuí a que prefería estar con los residentes e internos que ya conocía y que ahora estaban rotando en la UCI, pero después me di cuenta que se debía a la comodidad del servicio de UCI. Ya que este cuenta con una oficina independiente, con ventilación, computadora, pizarrón, libreros, mesa y sillas acojinadas; y enfrente a esta oficina, un baño individual con otro escritorio y sillas.

Después, al estar escribiendo este capítulo, en general el “ambiente” era más *cómodo* para *estar*. Pero más allá de las condiciones materiales, advertí que en la UCI, no estaban a la vista los pacientes (¡ups!), pequeñísimo detalle que no *había visto*. En esta unidad, hay un *transfer*, o un paso intermedio que separa las oficinas de las camas, por lo que los pacientes se encuentran totalmente separados de la oficina de residentes. Para llegar con los pacientes, hay que pasar por varias puertas y separaciones.

Revisando los diarios, haciendo memoria y con la distancia del cierre de la intervención, puedo distinguir lo siguiente: el servicio de medicina interna fue el más cansado física y emocionalmente. Al menos para mí, no sólo por el “clima” del piso a causa de los tratantes, en particular al jefe del servicio el Dr. Casco, quién hacía muy difícil la estancia, ya que trata muy bruscamente al personal, yo incluida. Empero, considero el factor más relevante, se trató por el tipo de medicina y por los pacientes que arribaban al piso. Tanto las características de las enfermedades crónico-degenerativas, que muchas veces implican, vivir el proceso de muerte y agonía en el hospital, como la cantidad de papeleo y burocracia que caracteriza al servicio.

De esta manera, en la UCI se evidenció la diferencia en la división del tiempo y espacio. En ella, daba la impresión de una apariencia de tranquilidad, en parte, debido a la ausencia del ajetreo que es la cotidianidad en el piso. De personas entrando y saliendo de todas partes; máquinas de escribir sonando sin parar, para escribir las notas; enfermeras y trabajadoras sociales demandando las notas a tiempo y en el formato correcto; internos corriendo a buscar los resultados de los laboratorios y haciendo cola para recibir las firmas de autorización; familiares

preguntando y demandando información; y los adscritos vigilando y regañando a los residentes.

En contraste a lo anterior, la UCI, generalmente recibe pacientes muy específicos, aquellos que requieren atención especializada y que se encuentran en estado crítico, por lo que llegan a tener máximo a dos personas, y en periodos de cada quince días o más. Además, en las unidades de cuidados intensivos, se suele ubicar a la familia del paciente en las salas de espera y no dentro de la unidad, debido al riesgo de contaminación y propensión a infecciones en los pacientes delicados. Por lo que los médicos conviven mucho menos con los familiares, pero en los momentos que lo hacen, es una relación más cálida, en el sentido de que se toman el tiempo de brindar toda la información necesaria acerca del tratamiento, de ser más empáticos y resolver las dudas relacionadas a la situación.

Todo lo anterior resulta ser paradójico, por un lado, resulta ser muy impactante para los familiares (y el personal de salud) *ver* al paciente en este contexto. Éste se encuentra lleno de tubos, conectado a diferentes máquinas, anestesiado, llevando procedimientos muy invasivos sobre el cuerpo. Pero simultáneamente, tanto la familia como el personal de salud, se ven obligados a actuar y responder de acuerdo a la temporalidad del proceso de salud-enfermedad-muerte, del proceso de cada paciente, y ya no de la temporalidad del establecimiento, el de “Calidad y Atención al paciente”, ya no el de la burocracia.

En la cotidianidad del establecimiento produce efectos que podrían parecer insignificantes, pero que no lo son. Como que los residentes e internos que rotan en la UCI salgan más frecuentemente a comer. O que tengan más tiempo para descansar, dormir, estudiar, hablar entre ellos. Por ello, les llaman a estos lugares, como la UCI y dermatología, “las playas”, rotaciones que son percibidas como descanso. Momentos que dan pauta para procesar todo lo que ocurre.

Es importante señalar que no son sólo apariencias o imaginarios, sino que provocan reacciones totalmente diferentes a lo que se vive en piso. Esta temporalidad permite asimilar y procesar de a poco lo que va ocurriendo con ellos mismos, y se abre la posibilidad de proporcionar confort, paliar dolor, acompañar y escuchar las manifestaciones del paciente y de la familia como maneras alternativas

de cuidar. Que a diferencia de lo que sucede en el piso, donde todo es muy rápido y siempre está mediado por la burocracia. El pulso pausado de la UCI posibilita de pasar de un estado de negación y exceso de la potencia a uno donde la ésta, la afección, aumenta.

Es así que no es que la afección y la desafección dependan del servicio en sí mismo, o del establecimiento o no de ciertas distancias, sino, de las condiciones de posibilidad en las que se encuentran los sujetos. Hay ciertas condiciones que posibilitan ciertas afecciones hacia un umbral más cercano al aumento o disminución, y otras las dirigen hacia un estado de negación y exceso. Es decir, la potencia ya sea aumentada o disminuida, puede estar negada y/o desbordada.

5.6 - LAS DEMANDAS DEL SERVICIO

De acuerdo a lo anterior, tendríamos que comenzar a pensar dispositivos que posibiliten condiciones del procesamiento de los sucesos cotidianos, como la muerte y la agonía, y replantear el asunto burocrático. ¿Qué dispositivos podrían ser aplicables al establecimiento para problematizar lo anterior?

Un elemento que puede dar pistas acerca de una tentativa de propuesta, es el dispositivo del “habla” que se construyó en la investigación. Prácticamente todos los médicos de los diferentes servicios comentaron la diferencia de tener alguien con quien conversar en el hospital. Ese alguien que no pertenecía del todo a la cotidianidad y que tampoco era de la disciplina médica. Enfatizaron que se requería un servicio de psicología en los pisos, no sólo para los pacientes, sino para el personal de salud. Algunos opinaron que mi presencia era beneficiosa en el sentido del “poder hablar de cualquier cosa”, e importante señalar, que no era desde un lugar de psicoterapia o clínica. Se trataba más bien de “simplemente hablar, conversar”, de contar con ese *espacio* para discutir.

Es así que no se trata de *una persona* que tenga ese papel o encargo, sino de lugares y espacios para cambiar la temporalidad del establecimiento y poder procesar lo que sucede. Es menester hacer la distinción, debido a que si se maneja desde *una persona*, puede remitir al tema de del espacio psicoterapéutico. En este sentido como lo plantea Rifkin (2004) y otros, el sistema capitalista atomiza e

individualiza al sujeto, y por lo tanto, las respuestas o acciones de los sujetos deben ser efectivamente individuales. Se termina por privatizar el problema, entonces, las diferentes alternativas de solución siempre serán de carácter individual y quedando negado el carácter social y colectivo del problema. En otras palabras, se saca de la jugada a la institución, ya no se trata de que ésta instituya y encauce cierto tipo de subjetividades y produzca particularidades y singularidades que terminan por retroalimentar (o reactualizar) al carácter de la institución. Sino que, al tratarse de un problema individual, entonces es Burnout, o el espacio para el “habla” resulta de una decisión individual acotado a una consulta psicoterapéutica o psicoanalítica.

* * *

CAPÍTULO 6 - LOS CENTAUROS

En el establecimiento, los cirujanos son llamados con diferentes nombres: “pirujanos”, haciendo alusión a “pirujo/a”, considerados como aquellos con la mayor carga erótica del establecimiento; “los cuchillos”, metaforizando el bisturí, poniendo a los cirujanos como aquellos que siempre están buscando operar y “abrir a alguien” o “pasarle cuchillo”. Y algunos otros, particularmente los médicos internistas, les llaman “centauros”. Todos estos sobrenombres y bromas tienen elementos simbólicos e imaginarios del establecimiento.

Esto es de suma importancia, ya que *“las relaciones profundas y oscuras entre lo simbólico y lo imaginario aparecen enseguida si se reflexiona en este hecho: lo imaginario debe utilizar lo simbólico, no sólo para «expresarse», lo cual es evidente, sino para «existir», para pasar de lo virtual a cualquier cosa más”*. (Castoriadis, C., 2007, pp. 204). Las imágenes están como representación de otra cosa, de ahí su carácter simbólico. Inversamente, lo simbólico presupone a su vez, la capacidad imaginaria, ya que apunta a la posibilidad de ver en una cosa como lo que no es, y de verla otra de lo que es. Esto no es ni azaroso ni fortuito, sino que conllevan una significación histórica, en este caso, vinculada al establecimiento y a la institución. (Castoriadis, C., 2007). De ahí la relevancia de abordar las bromas y los sobrenombres.

El término *centauro*, hace la referencia a los cirujanos como “mitad humanos y mitad bestia”, es decir, que conservan un lado “irracional” y “salvaje”. En la mitología griega, los centauros juegan un papel muy importante en la cultura, ya que las contiendas con los centauros representan la lucha entre la civilización y el barbarismo. ¿De dónde proviene esta metáfora con el barbarismo en el establecimiento? Hay una discusión entre las especialidades de medicina interna y la cirugía, entre la razón o la teoría y la práctica.

La mayoría de los internistas, consideran la cirugía como el último recurso y no el primero, dada las características de la propia medicina interna. Por el contrario, los cirujanos, consideran la intervención quirúrgica como una alternativa resolutive y más rápida en comparación a un largo tratamiento terapéutico. Sin duda alguna se trata de dos abordajes que se contraponen el uno con el otro.

El supuesto “salvajismo”⁸⁴ se relaciona en términos del trauma que conlleva una intervención quirúrgica, y que al mismo tiempo, esta decisión se toma a partir de una la supuesta “ignorancia”, que según los internistas, caracteriza a los cirujanos por no considerar ninguna otra posibilidad que no sea el abrir el cuerpo del paciente.

Lo anterior abre la discusión sobre qué es la *competencia clínica*, y de cómo se adquiere ésta: si por medio de la teórica o de la práctica. Para los internistas, la respuesta se encuentra en la teoría, hay que *saber* sobre las enfermedades y la nosología de estas, así como de farmacología, anatomía, etc. Y por tanto, la intervención terapéutica deberá consistir en agotar todas las posibilidades para evitar una cirugía. Para los cirujanos, la teoría sólo cobra sentido por medio de la práctica “no hay forma de aprender anatomía si no realizas una cirugía, ahí es donde te das cuenta que no es *como en los libros*, cada cuerpo es diferente, cada anatomía es única”⁸⁵. De este modo, desde la perspectiva de la cirugía, la teoría sólo se puede abordar por medio de la práctica.

Sin embargo, hay otro elemento que queda inmerso en esta discusión: el papel activo o pasivo del paciente. En el caso de la medicina interna, supondría un papel activo del paciente, en el sentido de hacerse cargo o seguir el tratamiento terapéutico; en el caso del paciente quirúrgico, es un cuerpo pasivo que se somete a la intervención completa de un otro.

Durante mi estancia en el piso quirúrgico, los cirujanos me contaron un chiste que apunta a estas discusiones: “si quieres esconder dinero de un internista ¿dónde lo escondes? La respuesta es: en la almohada del paciente. ¿Y si se lo quieres esconder a un cirujano? En un libro. De nuevo se hace la alusión hacia donde dirigen la atención las especialidades (teoría o práctica), pero a su vez, queda en relieve el vínculo con el paciente. Suponiendo que el internista, queda tan absorto con la teoría, que se olvida de escuchar y auscultar al paciente, y que el cirujano, en su trato tan cercano al paciente, olvida revisar sus bases teóricas.

⁸⁴ Además, el salvajismo o la barbarie se relacionan con el elemento erótico, esto es, que a mayor raciocinio aumentan las posibilidades de “contener” los impulsos viscerales, entre ellos los sexuales.

⁸⁵ Palabras del jefe de residentes de cirugía.

¿Qué sucede con esta “discusión” entra la teoría y la praxis? Esta se trata de una discusión ya muy vieja, pero no por ello intrascendente, en donde se pone en tensión una supuesta escisión entre el saber y el hacer, olvidando que están intrínsecamente relacionadas y no son elementos separados ni contrapuestos.

Estas discusiones se replican en otras disciplinas, sin embargo, en la medicina y en específico la cirugía, *la práctica* es aquello que organizará la mayor parte de su vida cotidiana. En particular, las jerarquías y los castigos.

La jerarquía en este servicio, al igual que las anteriores, tiene que ver con la competencia clínica, pero aquí la función jerárquica cambia. Entre más competencia clínica haya, mayor es la responsabilidad, esta vez en el sentido de que quien esté en esa posición jerárquica es el encargado de enseñar la competencia a los de jerarquía menor, en tanto cuenta con más horas de práctica y mayor destreza tanto para intervenir sobre un cuerpo como para intervenir con los estudiantes. Bajo esta misma lógica, los internos y los residentes de primer año, tienen la obligación de formarse dependiendo de su grado de responsabilidad en relación a la competencia clínica. Al ser de una jerarquía menor que un residente de tercer o cuarto año, asumen tareas que implican mayor facilidad técnica, como el encargarse de la cuantificación y registro de los signos o de la evolución del paciente. Pero en esta ocasión, se explicita la importancia de la tarea en cuanto a su nivel de responsabilidad, ya que se pone en relieve la totalidad del proceso.

Como podrá notarse, es totalmente diferente a la lógica de urgencias y de interna, donde los internos, practicantes y residentes del primer año son relegados y considerados como exiguos de responsabilidad. Donde pareciera que el papel del interno o del residente de primer año, no tiene relevancia a lo largo de todo el proceso, y por consiguiente, éste queda fragmentado. En el piso quirúrgico, no se hace de esta forma. Si no que se resalta el lugar de la jerarquía, que funge como *indicador* de cuál es el papel, función y responsabilidad, dependiendo de la competencia y del proceso de intervención terapéutico.

La residente de cuarto año Cindy Vaca me explicó esto a detalle. Los residentes de primer año se les da la carga de trabajo más básica, y se les hace hincapié en que aunque sea “sencillo” tiene un alto grado de responsabilidad. Esto

sustentado en que aun cuando no tienen las habilidades necesarias para operar solos o sin supervisión, el primer paso es comprender por qué se deben pedir u ordenar ciertos estudios y cómo se hacen lecturas de ellos. En primer lugar, para confirmar o descartar un diagnóstico, y en segundo, con el fin de decidir si es pertinente o no la intervención quirúrgica.

Por otro lado, esta misma residente hizo hincapié en que generalmente se evita llegar a la intervención quirúrgica, y que muchas veces se pierde de vista el hecho que, previamente ya se ha hecho un recorrido de búsqueda, confirmación y refutación del diagnóstico, y por lo tanto, no es “quieran abrir los cuerpos” sólo por gusto, sino que es precisamente lo que caracteriza a dicha especialidad. Empero hay que matizar, ya que la mayoría de los residentes del servicio lo hicieron, si hay quienes sólo buscan “abrir cuerpos”, no sólo para enriquecerse sino, para practicar y mejorar sus habilidades.

Las tareas que tienen los R-1, además de las “burocráticas”, son actividades de cuantificación de fluidos (orina, excremento, secreciones), para poder hacer *la nota* que indique entonces, qué alimentos puede consumir y en qué cantidades. Aquí la nota tiene una función explícita, los residentes de jerarquía mayor son muy enfáticos en cuanto a éste punto, no es *notaterapia*, es un control muy delicado de la evolución del paciente, ya que cualquier número fuera de los rangos puede indicar problemas graves. Estas notas a su vez tienen el rasgo de ser mucho más breves que las de medicina interna.

Recordemos que las notas en medicina interna, nacen con este espíritu, el de control, sin embargo la enorme diferencia consiste en que, quién está al pendiente de la cuantificación y al fin y al cabo decide, es el adscrito o el R mayor. En cirugía, se procura involucrar a los internos y a los R-1, en los quehaceres más cotidianos pero que son las bases de su formación. Lo que está detrás de esto, es que deben aprender a tomar decisiones: a generar un criterio o juicio clínico.

Esto se convierte en la piedra angular de la cirugía, en la posibilidad de argumentar el porqué de su decisión, lo cual muchas veces se convierte en

discusiones muy álgidas⁸⁶ en el servicio, que sin embargo, están permitidas. Esto conduce a que los demás servicios los perciban como “viscerales” o como “bestias”.

El residente de segundo año, revisa las mediciones del R-1, y le enseña sus errores y le explica por qué, aquí no se castiga por esto. Si se hace un buen diagnóstico y seguimiento del paciente, es decir, se hace un consentimiento informado adecuado, “el premio” es subir al quirófano y observar o incluso hacer pequeñas intervenciones del caso que están llevado. Ahora, sigue siendo un sistema por recompensas y castigos, ya que si se equivocan, no operan, y si aciertan, operan. Pero, los residentes de jerarquía mayor, enfatizan que la verdadera recompensa es el ir adquiriendo mayor práctica y experiencia, lo cual presupone una mejor formación y mayor pericia a la hora de operar.

El residente de tercer año, puede realizar cirugías de manera más o menos independiente, siempre bajo supervisión de un R-4 o de un adscrito, pero tiene decisión sobre la mayor parte de procedimientos y tratamientos. Muy diferente a los internistas, quienes acatan a raja tabla la decisión del adscrito.

Los residentes de cuarto año prácticamente sólo suben a los quirófanos a operar, ya que este último año de residencia, se basa en la práctica constante de los procedimientos para perfeccionar las habilidades y técnicas. Aun así, están encargados de la supervisión de todos los demás años. Cindy enfatizó que se trata del trabajo en equipo, todos tienen funciones necesarias e importantes, la distribución de tareas se basa en el grado de competencia clínica por seguridad del paciente; entre más competencia clínica mayor en la responsabilidad, pero en términos de que al mismo tiempo se encargan de supervisar y enseñarles a los otros años está competencia. El objetivo es formar un juicio o criterio clínico propio, “no hacer calcas y que todos piensen igual”.

Los cirujanos mencionaban que en su opinión, los internistas basan todo su criterio en los libros, en la teoría, pero que en “la vida real”, no es al pie de la letra como se encuentra teóricamente. Que por eso es tan importante formar un juicio clínico, para tomar la decisión, sí basada en la teoría, pero además en el caso único de ese paciente, de ese cuerpo que está frente a ellos. Además, que muchas veces

⁸⁶ Con álgida me refiero a que elevan mucho el tono de voz al punto de gritar y usar palabras “altisonantes”.

no tienen la posibilidad de generar un criterio clínico propio, sino deben acatar el criterio del adscrito sin posibilidad de ponerlo en discusión. Desde la perspectiva de los cirujanos, los internistas resultan ser más rígidos y siguen al pie de la letra la jerarquía institucional.

6.1– LOS QUIRÓFANOS

Llevaba sólo un día en el servicio cuando me invitaron a subir al quirófano. Estaba un poco nerviosa, ya que no sabía que esperar al estar allí. El ambiente de los quirófanos resultó ser muy diferente al resto del hospital. Es un ambiente en donde se pierden algunos rasgos de las jerarquías de la disciplina, es un más clima relajado. Me imagino que tiene que ver con algunas cosas como el uniforme quirúrgico, es prácticamente un pijama, es muy cómodo. Todos me decían que por eso les encantan los quirófanos, no llevan corbata, ni pantalón de vestir o ajustado, mucho menos zapatos incómodos. El uniforme está diseñado para dar la mayor soltura al cuerpo y estar lo más cómoda posible. Además que, durante la cirugía, ponen su música favorita y suelen platicar de cosas externas al hospital, platican más entre ellos sobre su familia, sus pasatiempos y otros temas, hay un espacio para *hablar*.

Sin embargo, el trato con los pacientes, resulta ser muy diferente al de medicina interna. Los internistas son muy amables en cuanto a su trato con el paciente, les llaman por su nombre, les preguntan cómo quieren que se refieran a ellos, les hablan con voz tenue y suave, son muy cuidadosos al tocarlos. Es paradójico, ya que independientemente de ello, su vínculo del encuentro con los pacientes es objetivado, no logran salirse del encuentro “clínico”, es decir, que estas características, el trabajo de *rapport* y empatía no evitan la objetivación. No me malentiendan, es muy importante generar estos elementos con el paciente, pero con ello, no se logra evitar su objetivación. Los cirujanos son un poco más torpes en ese sentido, a nivel de procedimiento son mucho más cuidadosos que los internistas, pero el trato con los pacientes es sumamente seco. Terminan despersonalizando al paciente.

Algunos comentaban que a veces es a modo de “estrategia”, para mantener cierta distancia, y que así lo aprenden a lo largo de su formación, pero expresan abiertamente que no está bien hacerlo, empero lo atribuyen a que ya están viciados en estas formas y que ahora no saben cómo salir de ese lugar. Considero importante que exista este reconocimiento, y que posiblemente también tenga que ver con el tipo de intervención que realizan: la quirúrgica, la cual implica abrir y manipular el interior de un cuerpo.

Por otro lado, Juan Carlos, jefe de residentes, me decía que en cirugía hay tres escenarios⁸⁷ para el paciente y el cirujano: en el primer escenario, el idílico, la intervención quirúrgica aliviará la molestia o resolverá el problema que lo llevó a ese piso, lo operarán y se le dará el alta del hospital. Este es un escenario resolutivo. En el segundo, puede haber alguna complicación, ya sea por el cuerpo del paciente, por ejemplo su cicatrización o alguna infección, o por algún problema durante la intervención. En este escenario, implican varias posibilidades, se tiene que volver a intervenir y puede resolverse como en el primer caso o en el tercer escenario que es la muerte. Juan Carlos me decía que siempre que toma el bisturí sabe que está latente la muerte, pero que también está la resolución.

La estrategia es entonces “hacer todo lo posible” en términos de lo que su habilidad y conocimiento permita. Dentro de la estrategia se considera también el de sus superiores como mentores, en el sentido de que siempre están allí para ayudar y supervisar. De esta forma, si muere el paciente, los tranquiliza saber que se hizo todo lo que *él podía hacer en esa situación*.

Ellos consideran que no sirve de nada “torturarse” por *no haber* hecho algo que en ese momento era imposible saber o calcular, dado que las decisiones se toman en segundos, y que justamente por ello, se requiere una competencia clínica adecuada y un juicio clínico propio. Al saber posteriormente cuál fue el problema, sólo les queda aprender y responsabilizarse de sus acciones.

⁸⁷ El primer escenario será siempre el evitar la intervención quirúrgica, pero hay que recordar, que si han llegado al piso quirúrgico, probablemente es la única alternativa. Esto se debe contextualizar en el ámbito hospitalario, ya que seguramente si existen algunas otras alternativas y no necesariamente la quirúrgica, sin embargo, no se pone en discusión la medicina alternativa y/o tradicional en este contexto.

Lo anterior, podría sonar muy áspero o tal vez se pueda interpretar como una “justificación”, sin embargo, lo que ellos están resaltando es el carácter humano de la disciplina, “el humano no es una máquina perfecta”⁸⁸, sino que se cometen errores. Errores que la mayor parte del tiempo quedan negados de la dinámica institucional y que producen circunstancias que no logran visibilizar todas las aristas del problema.

En una de las últimas discusiones hablamos sobre este punto, los “errores” que se cometen en la praxis, haciendo una analogía con respecto al dispositivo de investigación. El dispositivo permite elucidar ciertos fenómenos y no otros, con el paso del tiempo nos podemos percatar de los movimientos, pero *a posteriori*. Los cirujanos opinaban que en las intervenciones quirúrgicas sucede algo similar, primero, todos los cuerpos son únicos, así como los dispositivos de investigación, nunca son replicables al pie de la letra debido a que los escenarios y condiciones siempre son diferentes. Entonces, ellos sólo tienen ciertas pautas, teóricas y metodológicas (técnicas) de cómo realizar el procedimiento en el cuerpo único del paciente. La cirugía se va construyendo sobre la marcha, en un espacio y tiempo únicos. Por ello, cuando aparecen contingencias, tienen elementos que les indican cómo se pueden resolver, pero queda un espacio de incertidumbre de sí va a ser aplicable al pie de la letra en ese cuerpo o no. Tanto en la investigación social, como en el campo clínico, se trabaja con la singularidad.

Por otro lado, el quirófano toma un semblante en donde pareciera que se rompen ciertas reglas instituidas, como la vestimenta, la plática, las bromas y la música. Y al mismo tiempo quedan instituidas otras: el lavado quirúrgico previo, quien entra o no al quirófano, la separación entre los vestuarios y el transfer, el uso de cubrebocas, las redes y cubre-cabello, etc. ¿Este semblante de ruptura de reglas es en realidad una ruptura? ¿O se trata solamente de otro tipo de norma o regla instituida?

Una regla es aquello que asegura un modo de funcionamiento periódico, efímero, no regular de la vida social y que puede entrar en oposición con otras reglas. “*Los términos de regla y de ley no definen bien la idea de una regulación no*

⁸⁸ Que en mi opinión no es una máquina.

represiva, sobre todo si se tiene en cuenta que una ley requiere un aparato de control para hacerse respetar” (Lourau, R., 1991_a, pp. 163). En cambio, en las instituciones, es en sí misma la institución la que designa el poder de dividir el tiempo y el espacio, de hacer que los actos sean posibles, deseables o recomendables. En esto reside la gran diferencia entre el plano jurídico y el plano institucional. Por ejemplo, lo que está instituido en una fiesta, es la posibilidad de transgredir las leyes habituales y no la obligación de transgredirlas. Se instaura una ruptura entre dos modos de pensamiento: el reino de la ley y el del reino de las instituciones. (Lourau, R., 1991_a).

Dicho de otra manera, el quirófano es un tiempo y espacio instituido que tiene su propio funcionamiento, los mismos, que permiten otro tipo de relaciones y vínculos al interior del establecimiento. En estos tipos de relaciones y de vínculos, se permiten discusiones que pueden cuestionar la rigidez y supuesta seriedad que caracteriza a la medicina; relaciones y vínculos de carácter erótico; furtivo y fugaz; bromas, albures y chistes que cuestionan la jerarquía y las normas instituidas de la institución.

Lo anterior, resulta relevante en contraste con la división del tiempo y espacio tanto en el piso de medicina interna como en de la UCI. Donde en el piso de interna, la regla, instituye relaciones sumamente autoritarias y largos procesos burocratizados; en el de la UCI queda instituido un tiempo y espacio de “pausa” posibilitando la simbolización y el aumento de la potencia que había quedado excesiva y negada; y el quirófano, donde permanece el nivel libidinal y organizacional que cuestionan a la institución. Donde la potencia se reactualiza y moviliza constantemente, ya sea por vía de lo erótico, o por vía del imaginario de la resolución, del imaginario de la práctica.

¿La medicina está instituida de tal forma que niega la muerte? ¿De ahí la concepción más clásica de salud como contrario de la enfermedad? ¿De vida y muerte? ¿La cirugía niega a la muerte? No, no la niega, la tiene latente en cada corte del bisturí.

6.2 LOS DOS HOSPITALES EN EL ESTABLECIMIENTO

Como se intenta reconstruir en este capítulo, la dinámica del piso de cirugía comparte ciertas similitudes con el piso de interna, pero también hay distinciones importantes entre ellos. Como es la forma en que se construye la jerarquía, la competencia clínica, el juicio o criterio clínico y las dinámicas grupales de los servicios.

Hay un elemento que atraviesa todos los puntos anteriores: el analizador castigo. En cirugía existen los castigos, pero no de la misma manera que en interna, ya no. Hace unos 3 años, se dice, (me narraron) que los peores castigos eran ejecutados por los jefes del servicio de cirugía. Sin embargo, esto provocó que más de la mitad de los residentes tanto de primer año, como de otros años, pidieran el cambio de plaza en otros hospitales. Sólo quedaron 5 residentes, uno de tercer año, y 4 de primer año, de los cuales 2 al término del segundo año se derivaron a otras especialidades y sólo quedaron dos: Cindy y Juan Carlos. Antes de que pasara esto, cuando los cuatro residentes pasaron al segundo año, formaron un movimiento de residentes en cirugía con el fin de acabar con la dinámica de castigos. Se metieron oficios a la administración y dirección general del hospital y a derechos universitarios. Después de casi un año de lucha, lograron llegar a acuerdos con los adscritos. Quedaba prohibido en el servicio de cirugía castigar.

Este logro no fue tan sencillo como aparenta, hubo altos costos, uno de ellos fue que el 80% de los adscritos aceptaron no castigarlos, pero con la condición de que ninguno de ellos les impartiría clase ni los admitirían en *sus* quirófanos. Los residentes lo aceptaron.

Hubo muchas represalias al principio, sólo tres adscritos, dos médicas cirujanas y un cirujano los apoyaron, pero al mismo tiempo se tuvieron que mantener al margen los primeros meses, ya que ellas y él, también eran objeto de acoso y represalias. Lo que hicieron los residentes durante el primer año, fue hacerse cargo de su propia educación, buscaron las guías y los programas de los cuatro años de residencia y gestionaron entre ellos darse clase. Organizaron sus horarios, gestionaron un aula los días lunes por la mañana, y todos los días antes de la visita estudiaban los casos para que a lo largo de ésta, fueran dando el tema con el caso

práctico. Las visitas las realizaban sólo entre residentes y para los residentes, ya no se trataba de la visita instituida con los adscritos, sino un verdadero espacio de aprendizaje. En este caso, el analizador castigo se convierte en un analizador privilegiado, ya que no sólo cuestiona al castigo mismo, sino también la pedagogía médica. Lourau dice que:

Daremos el nombre de analizador a lo que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar. Provocación institucional, *acting out* institucional [...] el paso al acto institucional supone un paso al habla (una provocación, en el sentido original del término), y exige, por consiguiente, la mediación de individuos particulares, a quienes su situación en la organización permite alcanzar la singularidad de provocadores. (Lourau, R., 1991^a, pp. 282).

El sistema de autogestión permaneció hasta la fecha de mi intervención, conforme se fueron incorporando los nuevos residentes, se les explicaba la dinámica y se iban dosificando los temas, con el objetivo de conservar el modelo de autogestión conformado por los residentes. Cada residente preparaba el tema dependiendo de su año, es decir los de primero, segundo, tercero y cuarto iban abordando los temas de los años que les correspondían. Cada día se iba revisando una clase de cada año, con el fin de abarcar el programa e ir dosificando la información de la más básica a la más compleja.

A partir de este modelo de autogestión, los residentes fueron resignificando aspectos de la jerarquía, como la división de tareas y roles, al principio relacionados con la dosificación de temas, y posteriormente, con la asunción de responsabilidades en cuanto al papel de su formación y aprendizaje.

Cindy y Juan Carlos me comentaron que fue muy difícil al principio, ya que tuvieron que investigar como se hacía una planificación y cómo se tenía que dar la clase, ya que ellos no tenían idea. Leyeron un poco de todo, pedagogía, psicología, didáctica, etc. Y con cada año que pasó, lograron formar un grupo de autogestión al interior del establecimiento. Con el paso de los meses, de a poco los tres adscritos que los apoyaron los iban subiendo a los quirófanos y les daban clases prácticas.

Cuando yo llegué al piso de cirugía, los días lunes seguían reuniéndose en el aula y los jueves algún adscrito les daba un tema nuevo. Me dijeron que las cosas

habían cambiado mucho desde que los R-4 habían entrado al hospital. Y del mismo modo, las cirujanas adscritas, como la Dra. Heredia, me decía que no había punto de comparación a lo que a ella le había tocado en la residencia hacía unos 20 años. La situación de género y de los castigos se había ido mermando poco a poco, pero ella resalta que siempre ha sido gracias a la organización y a luchar frente a la *institución*.

Los cirujanos ven condiciones de posibilidad de cambios, no de un día para otro, pero si a mediano y largo plazo. Situación sumamente equidistante a la opinión de los internistas. La mayoría de estos y en particular de los residentes de tercer y cuarto año es que las cosas nunca van a cambiar, así son y así se quedarán. Es decir prevalece el carácter instituido.

¿Qué sucede en ambos servicios? ¿Por qué es tan diferente su forma de vivir la residencia? ¿Tendrá que ver con las cualidades de sus especialidades? ¿O con los adscritos? Sin duda alguna puedo decir que no son los adscritos. Los especialistas de cirugía son mucho más autoritarios e inquisitivos que los internistas. Al jefe de cirugía, el Dr. Quintero le apodan “el diablo”, es un sujeto bastante singular. Es sumamente autoritario y tiene un mal trato generalizado a: enfermeras, camilleros, trabajadoras sociales, internos, residentes, otros adscritos, pacientes. Además tiene fama de haber aplicado los peores castigos y ser particularmente cruel y misógino.

En el caso del jefe de servicio de interna, el Dr. Casco, es más o menos igual de autoritario, pero no tiene esa “fama” de maltratar a la gente, sólo de ser un sujeto cerrado a la discusión y de ser “anacrónico” en sus tratamientos y formas. No acepta sugerencias de nadie y tiende a cambiar los tratamientos de otros médicos.

La última es una diferencia importante, en cirugía, por muchas diferencias personales y/o jerárquicas, nadie puede cambiar el tratamiento de otro colega, aún cuando sea de jerarquía menor. En caso de que se considere que la administración del tratamiento no sea la adecuada se hacen discusiones argumentadas durante la visita para poner en tensión porqué si es o no, el mejor tratamiento. Se decide en función tanto de la competencia clínica como de las investigaciones más recientes.

En ese sentido los cirujanos ponen de relieve la formación de un criterio o juicio clínico autónomo y de la actualización de la propia medicina, son más flexibles.

Esto, hace más o menos evidenciada otra diferencia entre los médicos internistas y los cirujanos, que en sí mismo representan una discusión de qué es *ser* médicos y de cómo se enfrentan a la praxis, es decir como resuelven día a día los problemas que se presentan en el establecimiento (el castigo, la muerte, la burocracia), la afección y la desafección. Con esta discusión se elucidan dos formas de proceder muy distintas en el establecimiento: un movimiento contra-institucional y uno anti-institucional, uno de ellos más cerca de la desafección que el otro. Intentaré contestar a las preguntas de por qué y sus implicaciones.

El movimiento anti-institucional, lo instituido es negado solamente en lo imaginario. (Bernard, M., 1977) *“La instancia anti-institucional del grupo es fantasmática; esa fantasía (fantasme) está hecha del desconocimiento de las particularidades institucionales que permiten la existencia del grupo, atraviesan su composición y su funcionamiento, determinan su breve duración”*. (Lourau, R., cit. en Bernard, M., 1977, pp. 42). En este movimiento, la carga está más orientada al aspecto libidinal, sus esfuerzos se encaminan a luchar en contra de la institución.

Por ejemplo, en el piso de interna, los adscritos no les dan permiso a los residentes de salir a comer, la cafetería está en la planta baja, sólo a 5 minutos de la oficina, no obstante es tal la cantidad de trabajo que no les permite ir a desayunar o almorzar. Sólo pueden comer en la cafetería, no pueden sacar los alimentos. Sin embargo si llegasen a descubrirlos comiendo en la oficina, implicará un castigo, probablemente, salir más tarde; o quedarse los fines de semana en guardia; o pagar el desayuno de los residentes mayores. Otra atenuante, las enfermeras suelen comer en su estación, y las trabajadoras sociales se desaparecen para ir a comer. Es así que recurren a *operativos* para meter la comida al hospital y poder comer, obviamente desafiando a las autoridades. Tienen dos soluciones para poder comer: mandar a un interno por comida o seleccionar a alguno de los mismos residentes para ir por alimentos.

Este es el ejemplo claro del modo de acción no-institucional, en donde se llevan a cabo *“acciones ilegales o coyunturalmente no autorizadas, que van en el*

sentido de la delincuencia bajo todas sus formas o de la deserción". (Manero Brito, R., 1991^a, p. 155). De este modo, no están propiciando un cambio en la institución, sólo retroalimentan el carácter autoritario instituido, por medio del desafío y posibilidad a que los castiguen por un derecho básico que es el comer.

En contraposición, los cirujanos, se encuentran más del lado del movimiento contra-institucional, el cual denota una mayor carga hacia el aspecto de la organización. El fin último es cambiar a la institución. (Bernard, M., 1977). Su propuesta fue organizarse con el objetivo de evidenciar lo absurdo de las "reglas" como el no poder salir a comer o no tener horas de sueño, y con ello, rescatar lo que desde un principio es un derecho. Los derechos de tener un trato digno, clases adecuadas para su especialización, horas de comida y descanso.

En la convivencia cotidiana, los cirujanos se encuentran mucho menos agobiados por el trabajo administrativo y burocrático, debido a que la repartición de actividades es más o menos equitativa, gracias a esta organización. Además de que tienen cierta noción de auto-control y regulación de su propio servicio, si se enfrentan a nuevos problemas, la respuesta lógica es volverse a organizar para llegar a nuevas soluciones y acuerdos. Ellos aseguran tener cierto control de los que sucede en su servicio, de sus decisiones y potencias.

En ese sentido, se encuentran más cercanos a la idea-esencia de la que habla Spinoza. Logran identificar aquello que produce buenos y malos encuentros, su conveniencia y además cuáles son las condiciones de posibilidad y su marco de acción o potencia para enfrentarlas y/o modificarlas. Me atrevería a decir que los cirujanos se hallan en una posición más del movimiento no sólo de la contra-institución, sino de una afección de carácter ético y político; y los internistas, más cercanos a un movimiento anti-institucional y de la desafección, de la negación y del exceso.

6.3 LAS DEVOLUCIONES CON LOS RESIDENTES

Al final de mi estancia en el establecimiento realicé tres devoluciones con los médicos residentes. Una fue con los cirujanos y se abrió de manera más o menos espontánea en un grupo de discusión; las otras dos fueron con los de la UCI y con

el piso de internistas donde se presentó una resistencia interesante a la devolución y un silencio. Intentaré dilucidar qué sucedió.

Cuando les comenté a los residentes que me encontraba al final de mi estancia en el hospital, de manera generalizada, me pidieron que no me fuera, que me quedara trabajando con ellos. Les expliqué que debía terminar ese proceso y que no era posible que me quedara allí para siempre. Los cirujanos me solicitaron entonces que les diera una retroalimentación para conocer cuáles eran sus fortalezas y debilidades en el servicio y además porque se encontraban curiosos de qué había estado *escuchando y viendo*. Nos pusimos de acuerdo de cuándo y cómo sería la mejor forma de dar una devolución y acordamos que se realizara en la oficina de residentes con todos los residentes integrantes del servicio que se encontraran en turno. Me facilitaron el cañón que utilizan para sus clases y me dijeron que tomara todos los insumos que considerara necesarios: los plumones, el pizarrón, las mesas, las sillas, etc.

Cindy y Juan Carlos les informaron a los demás residentes que acudieran a la devolución, que era muy importante ya que esta información les permitiría ventilar aspectos que probablemente ellos no veían y que les facilitaría seguirse organizando. Todos arribaron de manera puntual a la reunión. Proyecté un diaporama con la información más general acerca del dispositivo o analizador construido, y ellos comenzaron a hacer analogías con su trabajo quirúrgico. Después, presenté el tema del castigo, primero comenzaron a hacer bromas y a reír y posteriormente comenzó una interlocución acerca de si estaban o no de acuerdo con mi lectura. Hubo puntos que sí unos que no, en este trabajo lo que presento es el resultado de las discusiones finales con ellos.

Ya al final de la presentación, a modo de propuestas, hice hincapié en la organización y en los dispositivos de habla. Algunos de ellos, me hicieron preguntas acerca de si no haría alguna escala o instrumento para “medir” la desafección y la afección, Cindy les dijo que no era el sentido de este trabajo y que además pasaría lo mismo que con el Burnout, hizo una pausa y me miró como preguntando si iba por ahí lo que había comentado. Asistí con la cabeza y les reiteré que efectivamente

no se trataba de estandarizar este fenómeno, sino de elucidar lo que acontecía en el hospital.

Poco a poco empezaron a discutir entre ellos acerca de esto, y de que algo que si debía hacer era denunciar estos temas “secretos”, que la mayoría de las personas no conocen. Como los castigos, los avatares burocráticos, las afecciones, la agonía, etc. En total, se discutió por más de hora y media, haciendo recuentos de cómo había cambiado la situación en los últimos cuatro años y que ellos eran responsables de seguir con la organización del servicio. Un poco antes de terminar, me pidieron que les dijera cuales eran las cosas con las que yo no estaba de acuerdo en su praxis, hice hincapié en la forma en que tratan a los pacientes y quedó como un tema a tratar a lo largo del año en sus clases, preparar temas relacionados a la bioética y la empatía con los pacientes y familiares, haciendo hincapié que era necesaria la asesoría de otras disciplinas, y en particular la de la psicología⁸⁹.

Se podría decir que la devolución en el servicio de cirugía fluyó muy bien, e ingenuamente creí que pasaría algo similar con interna. Afortunadamente no fue así, sino todo lo contrario. Los internistas pusieron todos los obstáculos posibles para la devolución. Ahora ¿por qué afortunadamente? Cuando todo sale “bien” creo que debemos sospechar del dispositivo que construimos, no puede ser todo idílico. Además me hizo preguntarme seriamente porqué con los cirujanos había sido más sencillo, lo cual me permitió hacer un análisis más fino con respecto a las diferencias entre los servicios.

Considero que yo sólo acompañé al movimiento que ya estaba en marcha, ellos me consideraron como un elemento que podía retroalimentarlos favorablemente para nutrir al servicio, pero ellos ya llevaban cuatro años de autogestión, yo sólo hice de acompañamiento y cronista del movimiento. Se podría decir que sólo reafirmé lo que ellos ya suponían que estaban haciendo más o menos bien. Esto apunta a la enorme diferencia entre la virulencia de un analizador natural,

⁸⁹ Hicieron referencia tanto en la psicología hospitalaria como en la psicología social de la que yo fui representante.

como es el caso de la organización de los residentes de cirugía, en contraste con un analizador construido que se implementó en la intervención con los internistas.

Es así que los internistas estuvieron muy resistentes a escuchar que les diría. Estaban nerviosos ante la retroalimentación y muy enojados de que me retiraría del hospital. Incluso dijeron que ahora “todo regresaría a la normalidad”. Les pregunté a qué se referían con eso, y comentaron que desde que yo había ingresado al servicio los castigos habían disminuido porque yo estaba como un elemento externo que daba cuenta de lo que sucedía allí adentro. Que los adscritos no querían evidenciar lo que realmente ocurre en el hospital.

Lo anterior es de suma importancia, ya que muestra el grado de perturbación de lo instituido que produjo el dispositivo. En este caso, el trabajo sobre el castigo supone una “suspensión”, en el sentido de aquello que queda colgado, en pausa.

Me tomó dos semanas más organizarme con los internistas para la devolución. El día en que por fin se llevó acabo estuvo todo muy raro. Hice dos devoluciones en interna, una en la UCI y otra en piso. En la UCI, uno de los residentes más colaborativos se quedó dormido a la mitad de la exposición y la otra residente de primer año no dijo ni pio. La que tomó la palabra fue la R-4 que nunca había comentado nada. Resultó que ella estaba de acuerdo con los planteamientos y problematizaciones en cuanto al castigo, la afección y la organización. Comentó que ella consideraba que su talón de Aquiles era que no han querido organizarse, y que si los cirujanos lo habían logrado, aún con la presencia del jefe de servicio quien era mucho peor que el suyo, ellos no tenían pretexto para no organizarse. Me sorprendió bastante que dijera lo anterior, nunca se había mostrado explícitamente interesada en la intervención, empero había prestado mucha atención acerca de las discusiones que se iban elaborando en el servicio.

Por otro lado, en el piso, el que mostró más interés e intentó organizar a los residentes fue Hugo, el residente de tercer año. No obstante los demás, entre ellos Iván, quien fuese uno de los más participativos en el dispositivo, no quisieron estar en la devolución. Se pusieron a hacer notas y no participaron. Terminó con un sabor de boca muy extraño el final de la intervención.

* * *

CAPÍTULO 7 - EL ANALIZADOR SUICIDIO

El suicidio generalmente es un tema difícil de explicitar y frecuentemente se interpreta como algo sorpresivo o inesperado. Las personas suelen decir cosas como “no sabía que estaba triste” y se habla tanto del desconocimiento de la causa o razón del suicidio, como lo aparentemente inexplicable del acto. Sin embargo, cuando se empieza a hablar más sobre ello, la mayoría de las veces, hay señales, signos que indican que era inevitable el suicidio.

El viernes 4 de marzo del 2016, me enteré vía Facebook que el Dr. Islas (adscrito de medicina interna) murió. El primer pensamiento que cruzó por mi mente fue “se suicidó”, ¿por qué lo pensé?, en su momento no lo supe, empero, no quise preguntarme demasiado por qué lo sospechaba, ni tampoco quise preguntarle a los residentes. No sólo por lo sensible del tema, sino porque hacía sólo 2 semanas que había “terminado el trabajo de campo”, y no quería parecer como “chismosa” o que quería “sacar información” por una simple sospecha relacionada a su muerte. Por lo que decidí esperar a ver a alguien del hospital en persona y preguntárselos cara a cara.

El 6 de abril, Iván me contactó para reunirnos y platicar. Durante los primeros momentos de la conversación postergué “la pregunta” acerca del fallecimiento del Dr. Islas, pero inevitablemente salió el tema, él me confirmó que el Dr. Islas se había suicidado.

Esta noticia me trastornó por diversas razones, en primer lugar por el hecho de haber decidido terminar con su vida; por otro lado, a que siempre he evitado este tema en particular, ya sea como tópico de investigación, o como de conversación. Probablemente por qué ha estado latente a lo largo de mis relaciones de amistad, conocidos e incluso al interior de mi familia.

En segundo lugar, por la forma en que decidió quitarse la vida, ya que en el imaginario, se esperaría que al ser parte de la institución médica, se optaría por un método relacionado a la misma, cómo por ejemplo: barbitúricos, o algún procedimiento “indoloro”. No fue así, él se ahorcó. Discutiendo con los residentes del servicio, todos concluimos que lo más perturbador del evento, era imaginar que

aun cuando él conocía el proceso que implica morir asfixiado, lo eligió. ¿Por qué llevar al límite al cuerpo de esta forma? ¿Por qué el sufrimiento?

En tercer lugar, vinculado a la última vez que hablé con él. Durante los últimos días que estuve en el HUP, platiqué unos momentos con el Dr. Islas en la oficina, y resultó que estábamos leyendo el mismo libro intitulado: *“Medicina basada en cuentos”*. Como en pocos minutos yo entraría a quirófano con los cirujanos, él me dijo “bueno, la próxima vez que nos veamos lo comentamos con calma”. El pensar que no iba a haber una “próxima vez”, me afectó mucho, no hubo posibilidad de un después.

Durante los meses posteriores al suicidio, conforme iba reuniéndome con los residentes, fueron apareciendo varias interpretaciones y aristas relacionadas al tema. Por lo que procuraré abordarlos de manera de general.

Por un lado surgieron las preguntas vinculadas al por qué, motivo, razón o causa del suicidio, y por el otro, el tema del duelo. El primer caso, me llevó a buscar acerca de qué se ha investigado sobre este tema⁹⁰, y a preguntarme ¿cuáles son los mecanismos que se juegan al enfrentarse a la muerte de alguien más? ¿Cómo funcionan estos procesos exactamente?

En el duelo hay un proceso de identificación que tiene que ver con la forma en que lo social, procesa y simboliza la muerte. Por lo tanto, cualquier muerte, aunque no sea alguien conocido o muy cercano, termina por revivir aquellos duelos que sí lo son. Hay una necesidad humana vital de nombrar eventos simbólicamente. Por ejemplo, se ha documentado que en aquellas regiones geográficas donde los rituales de duelo son menos prevalentes, las personas manifestaban síntomas físicos. Es decir, *“que cuanto mayor era la elaboración simbólica y social de la muerte, más se entretecía el dolor de la persona en duelo en la comunidad. Los síntomas físicos y la somatización ocurrían cuando el duelo se bloqueaba o era infructuoso”*. (Leader, D., 2014, pp. 89).

⁹⁰ Una respuesta que considero que apunta a tratar de establecer distancia con el verse afectado por una situación, distancia que traté de establecer por vía de lo académico, de la “razón”. Bueno, esto no sirvió de absolutamente nada, quedé en un estado de parálisis en el sentido de no querer escribir, pensar o sentir. Como podrá sospecharse a una situación de exceso y negación de la afección.

Es así que desde una lectura psicoanalítica se menciona que en algunas formas, es reminiscente de lo que Freud acuñó como “identificación histérica”. Ésta se diferencia de otros tipos de identificación en tanto que no supone un lazo emocional o erótico con la persona con la que nos identificamos. Sino que cuando ciertas expresiones se miran en un *otro*, las identificaciones con la persona muerta, en realidad están ligadas a nuestra propia relación con el fallecido y no con la persona que vemos que vive su propia pérdida. (Leader, D., 2014).

De esta forma, la identificación histérica no depende de un lazo cercano, todo lo que importa es la idea de que compartimos algo con alguien más, que estamos o aspiramos a estar en la misma situación que ellos. En ese sentido, Leader (2014) menciona que se trataría de un diálogo de duelos, ya que las demostraciones públicas de dolor no requieren conexión alguna entre los que hacen duelo, como sería el caso de las personas que viven duelos relacionados a una celebridad⁹¹ o figura pública que ha fallecido. Lo que se está jugando, es el lugar en donde uno mismo se coloca, como por ejemplo la misma situación que otros han experimentado como una pérdida.

Así, *“la relación de la persona en duelo con su pérdida es mediada a través de la relación de otra persona en duelo con su propia pérdida. En esta forma, los analistas dirían que la pérdida se convierte en objeto”*. (Leader, D., 2014, pp. 85). En esta misma línea Freud explicaba que el proceso de duelo implica la idea de agotar las representaciones del objeto perdido, éstas son traídas, una y otra vez, a una dolorosa atención y los recuerdos o anhelos ligados a ellos son confrontados con el juicio de que el objeto ya no existe.

Freud pensaba que el trabajo de duelo implicaba una declaración de que el objeto perdido está muerto. De ahí la necesidad de “matar a los muertos” simbólicamente, ya que el elemento simbólico es un mecanismo básico que se pone en acción al experimentar una pérdida. Siempre hay una apelación a la dimensión

⁹¹ Un ejemplo claro es, quizás, el reciente fallecimiento y pompas fúnebres del reconocido artista Juan Gabriel en México.

simbólica de resolución de ésta. Por ello, el énfasis en los ritos de duelo, ya que permiten la elaboración por medio de la representación y de la artificialidad⁹².

Ahora bien, ¿por qué en objeto? ¿A qué se refiere esto? Lacan señaló que el duelo tiene que ver con un proceso llamado “la constitución del objeto”.

Esto significa haber registrado físicamente un espacio vacío, el hecho de que el objeto que añoramos esté definitivamente perdido. Internalizamos no sólo al padre o a la madre sino también su ausencia. Más concretamente, internalizamos el espacio vacío de ciertos objetos ligados al padre o a la madre, tal como el pecho al que hemos renunciado. Los objetos que encontramos interesantes y atractivos en nuestra vida – amantes, amigos- ocupan este espacio vacío fundamental y eso es lo que les da su atractivo. Construir un objeto significa separar las imágenes de aquellas cosas que nos importan del lugar que ocupan. (Leader, D., 2014, pp. 119).

Melanie Klein y Lacan están de acuerdo en que para que el duelo opere, el objeto y su lugar, deben ser contruidos y que esta construcción nunca debe darse por sentada. Esta construcción, se realiza a nivel inconsciente, donde la persona en duelo, debe diferenciar entre el objeto y el lugar de éste. En el duelo, Lacan pensaba que no es que consista en la renuncia del objeto, sino en restaurar los vínculos hacia un objeto que se considera perdido, imposible. La clave consistirá en distinguir el objeto de la envoltura narcisista que lo cubre. Si los vínculos hacia el objeto son restaurados, y el lugar del envoltorio imaginario se separa de éste, puede que tal vez sea posible para otro tomar su lugar. (Leader, D., 2014).

Lacan consideró que el gran problema, era el tratar de mantener vínculos con la imagen a través de la cual el amor se estructura de manera narcisista. Si se ha amado a alguien sobre un modelo de la imagen propia, o se ha elaborado dentro del campo del propio narcisismo, entonces perderlo, significará la pérdida de la propia persona. (Leader, D., 2014).

⁹² Incluso Hanna Segal propone que se puede alcanzar un duelo fructuoso a través de la experiencia con obras artísticas, entre ellas, el cine. Segal argumenta que es a través de la identificación con el artista que puede alcanzarse la elaboración de duelo. Basado en el sustento psicoanalítico de que se trata siempre de un proceso de identificación, es gracias la exposición a la manifestación del proceso de duelo de alguien más y del reconocimiento del otro ante la pérdida, que se puede elaborar el propio duelo. Por lo que éste, siempre es un proceso que se vive socialmente. (Leader, D., 2014).

En relación a lo argumentado anteriormente, en particular del papel fundamental que tiene lo social en la elaboración de las pérdidas, me lleva a preguntar: ¿Cuál es la pauta que marca la institución médica para vivir el duelo? Si recordamos el capítulo de *Medicina Eterna*, la división del tiempo y del espacio, imposibilita, entorpece o inclusive sanciona, el proceso de simbolización de la muerte. Hay pocos recursos o condiciones que promuevan la asimilación y reconocimiento de la misma, así como de la construcción del objeto y de su lugar. Las salidas consisten en el “pausar” o “negar” las afecciones producidas por el encuentro con la muerte.

Los procesos institucionales subsumen al sujeto, lo instituido niega la posibilidad de verse afectado por la muerte. Cotidianamente se trata de la muerte de los pacientes, lo instituido dicta la objetivación de éste, pero se olvida que aun cuando queda objetivizado, el objeto como cuerpo que condensa diversos procesos, tiene la potencia de afectar a los otros. En el escenario en donde no se trata del paciente, sino del médico que se da muerte por su propia mano, el suicidio surge como analizador, cimbrando con increíble virulencia, el asesinato del objeto.

Siguiendo las premisas psicoanalíticas, el suicidio es un acto en donde el sujeto trata de darle muerte al objeto. Pero éste al quedar fijado en la propia persona, darle muerte al objeto implicará darse muerte a sí mismo. ¿A qué se le dio muerte en este acto? ¿Cuál es el objeto al que le dieron muerte los médicos del establecimiento?

Recordando diversas situaciones vividas en el piso con los residentes, puedo identificar un escenario muy particular; el día que en murieron dos pacientes en un lapso de 2 horas. En esta situación, una paciente había fallecido antes de la visita, por lo que cuando llegué al servicio, todos estaban muy atareados escribiendo las notas, haciendo el certificado de defunción y al mismo tiempo preocupados por la ronda que iniciaba en pocos minutos. Cuando comenzó la visita, a los pocos minutos, otra paciente entró en paro respiratorio, la mitad del servicio corrió hacía la habitación. Después de muchos minutos e intentos por reanimarla, se declaró muerta.

Los pacientes que estaban en esa misma habitación presenciaron todo, una señora en particular estaba muy alterada, repitiendo que ella sería la siguiente en morir. Simultáneamente, los familiares de la difunta, pedían información. Mientras sucedía esto, el Dr. Islas y yo cruzamos miradas, y pude ver en sus ojos que no podía *hacerse cargo* de todo lo que estaba pasando, me acerqué a él y yo me dediqué a acompañar a la familia en lo que llegaba Trabajo social para darle marcha al trámite que conlleva el fallecimiento en el hospital.

Se pidieron interconsultas al servicio de psicología, que por supuesto llegaron unas 3 horas después del clímax, ya cuando todo estaba resuelto. Pero tengo muy presente, que todo el servicio corría a lo largo de todo el piso, haciendo trámites burocráticos, calmando a los otros pacientes, dándoles atención a todos aquellos que estaban teniendo ataques de pánico y de ansiedad por haber presenciado la muerte de un *otro* en el piso.

Terminó la visita y todos los residentes, internos y adscritos nos dirigimos a la oficina, todos tomamos asiento, y por dos minutos hubo un silencio ensordecedor, todos los médicos tenían miradas perdidas y se mostraban sumamente afectados. Los cuerpos rígidos y al mismo tiempo con los hombros vencidos, mirando a la nada, sin que nadie dijera nada, hasta el momento en que entró una enfermera y dio el aviso de que otro paciente había entrado en paro y que había otros tres que esperaban a los residentes para realizar estudios. Todos los médicos se levantaron de golpe y se fueron a seguir realizando sus actividades. Todos excepto el Dr. Islas, él y yo nos quedamos en la oficina, y él, se veía particularmente agobiado.

Supongo que a causa de lo anterior, es que sospeché desde el principio acerca del suicidio, tal vez esta escena anterior obedece a los signos y señales. Además que fue la escena a la que me remitió la pregunta de Iván, posterior al suicidio del Dr. Islas, ¿qué acaso tú lo viste triste?, le respondí que sí, pero que a él lo veía sólo un “poco” más triste que al resto, en general todos suelen verse así. Hablamos durante un buen rato sobre esto, e Iván se encontraba muy molesto con toda la situación, ya que me repetía que no podía creer que “nadie” “nunca” pregunte “¿cómo estás?” y que realmente no se sabe cómo está el *otro*.

A partir de esto, comenzamos a buscar “los signos y señales” que podrían darnos luz para poder comprender mejor lo ocurrido. Unas dos semanas antes de que Silverio Islas se suicidara, en Facebook publicaron que se encontraba desaparecido. Llevaba dos días sin presentarse al hospital y nadie lograba comunicarse con él, y no fue sino hasta el cuarto día que lograron localizarlo. Resulta que unos conocidos que estaban preocupados por su ausencia fueron a su casa y lo encontraron desmayado a causa de la ingesta de barbitúricos.

Después del evento, algunos negaron que esto hubiese sucedido, sin embargo, para quienes estuvimos en el establecimiento, sabemos que fue real. Fue hasta *posteriori* que se consideró este evento como una primera llamada de atención. Iván enfatizó que el problema no consistía en que fuese verdad o no, sino que ninguna persona del servicio *hizo nada* al respecto, en el sentido de que evitó hablar del tema con Islas y entre los otros del servicio. Todos asumieron que se le había pasado la mano con los tranquilizantes y que había sido un accidente tonto. Sin embargo, sólo dos semanas después lo encontraron ahorcado en su casa. Fue hasta este momento en que se comenzó a cuestionar si había sido o no un accidente.

Por otro lado, otros residentes hicieron énfasis en lo difícil que fue seguir realizando su trabajo con toda la situación. Paquito me dijo que su estrategia había sido “compartamentalizar” sus emociones, tratar de *no sentir* lo fuerte de la situación, a causa de la cantidad de trabajo de la que debía hacerse cargo⁹³. Su estrategia fue optar por adelantar sus vacaciones, sin permiso, ya que simplemente no podía seguir trabajando así. Necesitaba de un “tiempo y espacio” para poder digerir el evento. Empero “*el espacio no puede permanecer igual a como era antes del momento de la tragedia y la pérdida*”. (Leader, D., 2014, pp. 97).

También salió a relucir que el servicio estaba muy molesto con el jefe del piso el Dr. Caso, ya que éste no se presentó al funeral. Este fue el primer pretexto para dialogar entre ellos lo que había sucedido. Iván y Paquito me comentaron que constantemente se *imaginaban* que era lo que *yo* podría opinar al respecto. De

⁹³ Me atrevería a decir que seguramente es lo que intentó Islas. La cuestión es que luego las emociones emergen...

nuevo no se trataba de “mi”, sino de lo que la psicología social diría. Iván hizo mucho hincapié en que sospechaba que debían organizarse de alguna forma, tal vez hacer algo similar a lo que ya habían hecho los cirujanos.

En ese sentido, en este ejemplo lo que se juega es la introyección de aquello, que mal que bien, podría haberles enseñado. No sólo tuve una función de analista, sino como analizadora, ya que fungí como un lugar imaginario que les permitió descentrarse en la observación de su acción como y sobre la institución.

Durante nuestro primer encuentro, tanto Iván, como Paquito y Tania, me preguntaron si agregaría a la tesis el suicidio del Dr. Islas. No mentiré, primero les dije que no, y enseguida que no sabía, que lo mejor era platicarlo con *ellos* antes (con los residentes de interna y con el Dr. Pedraza). Iván fue el primero en decirme que ya se habían comentado en el servicio y que querían además de anexarlo a la investigación, querían hablarlo conmigo. Posteriormente los demás me lo confirmaron.

Muchos meses después, el 14 de septiembre, Iván me escribió un mensaje por celular preguntándome cómo estaba y si ya me había enterado de lo que había ocurrido unos días antes en el hospital con la Dra. Graillet⁹⁴. Él me informó que la doctora se había suicidado hacía unos días.

Resulta que la vieron por última vez el sábado 10 de septiembre, y la encontró su vecina el lunes 12 de septiembre⁹⁵. Para mí fue un completo shock, simplemente no podía creer que *pasara de nuevo*. Unos días después me reuní con Iván para discutir sobre el tema, y me dijo que lo más perturbador del evento fue que el establecimiento trató de ocultar lo que había sucedido. La primera versión que se maneja fue que ella había sufrido un infarto, pero unas horas más tarde salió por televisión la nota de que se había suicidado de la misma forma que el Dr. Islas.

⁹⁴ Quien era la encargada de hematología del HUP, y es una de las especialidades que trabajan más de cerca con la medicina interna.

⁹⁵ Durante esa semana de septiembre, había visto un comentario en Facebook acerca de que la extrañarían en el hospital. No hice preguntas, ni quise investigar al respecto, solamente pensé que tal vez se había jubilado o había cambiado de trabajo. Pero es interesante que en ambos casos haya leído sobre ello en Facebook sin saberlo.

Por lo que Iván me relató, todos estaban indignados de que tratarán de ocultar lo que había ocurrido, y por el otro lado, doblemente impactados por tratarse del segundo suicidio por ahorcamiento en menos de un año.

¿Cómo se le puede dar lectura a estos suicidios como analizador? El analizador es el elemento extraño, que revela, desde afuera o desde adentro, a la realidad conflictiva de la institución. El analizador vuelve latente y visible el desajuste entre lo instituyente e instituido, de la crisis latente, se abre. (Hess, R., 1979). *“La primera función de todo analizador⁹⁶ es, en efecto, formular preguntas, interrogar a una realidad hasta entonces inmóvil, cerrada en sí misma.* (Lapassade, G, 1979, p. 245).

Es así que se puede entender como analizador, todo aquello que revela las contradicciones de los poderes instituidos y que de manera implícita, efectúa el análisis. (Hess, R., 1979). ¿Cuáles son las contradicciones que se están revelando? ¿Es el médico que se da muerte⁹⁷? Sí, éste apunta inevitablemente a la muerte y además, al médico en medio de la muerte y sin espacio de elaboración. Por otro lado, cuestiona a nivel institucional, el lugar de la institución y su vínculo con ésta; del hospital como un lugar de muerte o incluso como un productor de la misma.

Constantemente los residentes me interrogaban qué me podría imaginar cómo causa del suicidio, antes de que me dejarán contestar, ellos respondían rápidamente diciendo “no fue por el hospital”, y luego en forma de pregunta ¿crees que fue por el hospital? Para resumir todas las discusiones que se dieron, la primera fue con respecto a que no hay una división real entre una vida personal y otra laboral, ya que pasan la mayor parte de su tiempo en el establecimiento, lo que los lleva a formar “su vida personal” alrededor y dentro del mismo.

La segunda relaciona a lo que detonó el suicidio, ya que evidenció una serie de problemáticas latentes al interior del servicio, relacionadas a la desvinculación entre los integrantes del mismo, es decir, de lo que ellos mismo percibieron como la

⁹⁶ Por ejemplo, *“el analizador histórico, «desgarra los velos» de la historia y de las instituciones. Pero no produce necesariamente soluciones; no está hecho para suministrar recetas y señalar el camino que hay que seguir, que vendría a ser el único camino”.* (Lapassade, G, 1979, p. 245).

⁹⁷ No obstante, como lo muestra esta trágica cuestión de los suicidios, por un lado se revela una demanda y por otro se encubre a otra. Probablemente los suicidios no solamente hablarían sobre la necesidad de psicoterapia para los médicos, sino de una colocación trágica en torno a la vida hospitalaria.

poca cercanía entre ellos, que nadie sabía nada del otro y tampoco se preguntan nada relacionado a “su vida personal”. De nuevo, ¿cuál es la vida personal? ¿Cómo se puede escindir?

El analizador cuestiona seriamente a la institución médica en el momento en que los médicos se dan muerte, dicho de otra manera, se produce un cuestionamiento del lugar instituido del médico. En ese sentido se podría decir que la institución médica también subsume al sujeto médico. Por lo que lo anterior me hizo preguntarme: ¿Cuál es el sujeto de la investigación? ¿Quién es el sujeto del dispositivo? Sin duda alguna: la institución.

¿Es entonces que uno de los objetos negados de la institución médica, es la muerte? ¿Será así que ese es *el objeto* que decidieron aniquilar los médicos que se suicidaron?

7.1 LOS ANALIZADORES Y LA AFECCIÓN

¿Cuáles son las condiciones en las que se encuentran los cuerpos médicos para efectuar o no su potencia? Como ya se ha revisado a lo largo del capítulo previo, el exceso de horas laborales, la división del tiempo y del espacio, las jerarquías, el castigo, el disciplinamiento, las guardias, las visitas, la notaterapia y todos los otros requerimientos burocráticos, obedecen a aquello que podemos considerar como las condiciones en que tienen lugar los cuerpos médicos.

¿A estas condiciones cómo podríamos llamarles? ¿Lo instituido? ¿Lo instituyente? ¿O es la institución misma? Recordemos que la institución siempre se encuentra donde las relaciones de producción son instituidas, como aquello aparentemente necesario, natural y eterno. Existe una tensión permanente entre el momento de la singularidad o lo social instituido con el momento de la particularidad o lo social instituyente. Lo anterior tiene permanentemente lugar en el momento de la regulación social, el momento de la universalidad. (Lourau, R., 1991).

Sin embargo “*¿Por qué la universalidad de la institución es el lugar de la tensión entre lo instituyente y lo instituido? Porque es el lugar donde se manifiesta el «componente imaginario» de la institución.*” (Lourau, R., 1991a, p. 90).

¿Cómo podemos pensar lo anterior junto con la teoría de los afectos de Deleuze? Partamos de los tres niveles de ideas: con base en el primer nivel, no se sabe cuál es la causa de este mal encuentro, se queda a merced del azar, ya que al no tener identificado el objeto o cuerpo de esta pasión, sólo nos queda desear no encontrarlo. No se tiene control y por tanto tampoco decisión.

Desde esta lógica, en el establecimiento los médicos quedan entonces al azar de un mal *occursus*. Parece que no hay nada que pueda hacerse, empero, la potencia se destina a investir al cuerpo que produce este mal encuentro. Toda la afección que inviste al afecto es con el fin de mantenerlo a distancia. Ahora bien ¿funciona?, no se trata de una cuestión de funcionalidad, ya que bien que mal, los médicos siguen realizando sus actividades, aunque sean en condiciones donde su potencia se ve disminuida.

Esto se podría entrelazar indudablemente con lo instituido, que en su carácter imaginario, apunta a la idea de la imposibilidad de modificar las condiciones y a la institución. No se identifica al cuerpo que produce mal, es más se naturaliza, y al mismo tiempo pone en tensión a los médicos en un lugar donde en apariencia no se puede hacer nada.

¿Qué sucede cuando se está en el segundo nivel de la idea-afección, en el de la noción? Donde más allá de la percepción, hay una identificación del objeto... En teoría se puede evitar. Como es el caso de ciertos médicos que mencionan las causas de porqué eligieron cierta especialidad y no otra. Se trata de *saberse* potente en ciertas conveniencias y en otras no. ¿Qué sucede cuando se presenta el mal encuentro? Al igual que en el primer nivel, se inviste el objeto, y en este caso, se identifica la causa y se busca evitarla. Existe una posibilidad de volver a aumentar la potencia. Sin embargo aquí hay una trampa, ¿qué sucede cuando las condiciones de la institución no permiten evitar al cuerpo y siempre está allí?

Aquí no sucede lo mismo que en el primer caso, ya no se está a merced del azar, sino que hay decisión (la cual puede ser quedarse o huir de esa circunstancia). Algunos se han ido de la residencia, dejan la praxis médica. Pero ¿qué pasa con los que se quedan? Aquí intuyo algunas posibilidades, las cuales se juegan a partir de la lógica de la moral, es decir, del deber y de la ley. Por ejemplo el castigo, al

decir que “el castigo es formativo”, se pasa fácilmente a “es una ley”, se *debe* pasar por ello para formarse.

El disciplinamiento y la institución se inscriben en el cuerpo a través del castigo, donde pasan por una serie de afecciones o de transiciones de aumento y disminución de potencia. Si evitan el castigo, se aumenta, hay júbilo, han logrado evitar una bala; pero si son castigados, hay una disminución de potencia que con ella queda instituida la norma de la institución disciplinaria de la clínica. Existe una decisión de ser castigados en el momento en que lo reconocen. Se ejerce el momento de la universalidad como momento de regulación social permanente.

Este es el componente imaginario de la institución, ya que más allá de la actividad consciente de institucionalización, éstas hallan su origen en lo imaginario inconsciente. (Lourau, R., 1991_a).

En estos procesos institucionales, algunas veces la afección queda negada, por un lado se inviste al afecto, es decir se disminuye el actuar, pero simultáneamente hay una negación de la causa: el castigo. ¿Por qué esto? En algunos momentos, pareciera que se identifica claramente que el castigo se trata de un mal encuentro, no con estas palabras, sino que se concibe como algo que está mal y que por ello debería modificarse de alguna forma. Sin embargo, se termina por asumir que no hay otra forma de: aprender, disciplinarse, formarse, ser, y por lo tanto esta es la “única forma” y la que “ha resultado”. ¿No es esto lo instituido?

En la dialéctica entre los niveles que propone el análisis institucional de lo universal, lo particular y lo singular. En la decisión individual -lo singular-, de asumir o no el castigo se institucionaliza su carácter particular, (el castigo es el camino para...). Lo anterior termina por retroalimentar al momento de lo universal: la institución médica, o más concretamente, cómo es que deber ser un médico. Simultáneamente, en este proceso, en el momento que se inviste el objeto y se repliega la afección que disminuye la potencia, hay un reconocimiento del objeto, pero por su carácter instituido, se asume como única alternativa.

¿Cuál sería entonces el salto? ¿Tendríamos que sentarnos a pensar en otra estrategia que “cumpla” con las funciones que implementa el castigo? No creo que

esta sea la solución. Más bien el problema es de nuevo el carácter universal de la institución. Los médicos *deben* ser de cierta forma, y con ello me refiero a la institución médica, de la clínica. Uno de los tantos mecanismos que lo logra es a través del castigo, y por esa simple razón sigue operando.

El problema reside en el último nivel de las ideas-afecto, la idea-esencia, ya que en ella, es posible problematizar a aquellos cuerpos u objetos que producen la potencia. En ese sentido, las implicaciones van desde identificar que hay algo más profundo que una *noción* de los cuerpos que tiene efectos buenos o malos sobre mí. Y que además se consideran y cuestionan las condiciones en que se está ejerciendo la potencia. La decisión, se convierte en una decisión ética. De tal forma que cabría la posibilidad de *cambio*.

Aquí entra en juego lo instituyente aquello que pone en cuestión a lo instituido. El movimiento y la posibilidad de transformar lo ya existente y abrir posibilidades inimaginables. En el carácter singular del establecimiento, los movimientos anti-institucionales y contra-institucionales son la cara de la misma moneda, uno apuntando al cuerpo médico, en el sentido de la organización, y el otro, el cuerpo del médico, como receptor de buenos y malos encuentros. En los cuerpos de los médicos, la disminución de potencia, el exceso y negación, lo instituido.

Por un lado, el cuerpo médico, una organización al interior del establecimiento que busca y encuentra la modificación de las normas instituidas, como la reconfiguración de la pedagogía al interior del servicio (el desviante libidinal). El preguntarse ¿qué si podemos cambiar? ¿Cómo queremos ejercer nuestra praxis? En su autogestión de darse clase, de cambiar los horarios de estas, demandar espacios alternativos para llevar a cabo sus procesos de enseñanza y aprendizaje, y la re-significación de la jerarquía.

En estos movimientos se abren diversas posibilidades del aumento de potencia, los lleva a discutir y por tanto no sólo a simbolizar la muerte y lo que ocurre en el establecimiento, sino a producir cambios al interior del establecimiento, a lo instituyente. En la contra cara, en los cuerpos de los médicos, los internistas, ¿por qué en medicina interna sí prevaleció la individualización del castigo, de la tristeza,

la imposibilidad de trabajar, restaurar, proteger el vínculo? ¿Es la naturaleza del trabajo? ¿O se trata de lo social instituido?

Retomemos el analizador suicidio que pone *“la puesta en evidencia y la elucidación de lo que hasta entonces quedaba oculto en los fenómenos institucionales debido al juego de los intereses y a su opacidad resultante”*. (Ardoino, J., 1987, pp. 18).

Tenemos dos analizadores naturales que se contraponen el uno al otro: el movimiento de autogestión y el suicidio. Se contraponen a un nivel más profundo que entendidos como movimiento anti-institucional y contra-institucional. En el efecto analizador, como descolocación frente a lo instituido, resulta menester mencionar el concepto de desviación, ya que ésta, *“niega [...] la universalización abstracta de lo instituido, poniendo en manifiesto las fuerzas que permanentemente se encuentran corroyendo dicha universalidad, fuerzas particulares que se manifiestan de diferentes maneras.”* (Manero Brito, R., 1991a, pp. 149-150).

Se categorizan en tres tipos de desviaciones de la situación institucional, donde cada uno de ellos entra en una dialéctica que corresponde a los tres momentos del concepto de institución. El desviante ideológico obedece al momento de la universalidad. Es aquello que emite dudas sobre las finalidades y la estrategia general de la organización, y que intenta agrupar a otros heresiarcas ideológicos. (Lourau, R., 1991a; Hess, R., 1979). El de la desviación libidinal que apunta al momento de la particularidad, donde éste *“ocupa un inmenso sitio dentro de la estructura libidinal del grupo y siembra, con su sola presencia, la duda sobre lo serio de la ideología o de la organización”*. (Hess, R., 1979, p. 180).

Y finalmente el de la desviación organizacional, referido al momento de la singularidad, que por un lado ataca directamente el punto en que se encuentran los problemas más prácticos y materiales de la organización, y por el otro, los asuntos más teóricos de la misma. En este caso, ya no por medio de desacuerdos teóricos como en el caso del desviante ideológico, ni de comportamientos ansiógenos como el desviante libidinal. (Lourau, R., 1991a; Hess, R., 1979).

La autogestión de los residentes de cirugía se trata del desviante organizativo, dado que cuestiona y ataca de frente el punto en que se encuentran los problemas

prácticos y materiales de la institución. En momento en que se busca encontrar una alternativa al orden existente (como la eliminación de los castigos), se encuentran y construyen nuevas formas sociales que son una crítica en acto al sistema la resolución y distribución de las horas y división del trabajo y la resignificación del papel de la jerarquía). Debe aclararse que lo anterior no se efectúa sin riesgo de “recuperación”. *“Estos modos de acción cohabitan o se oponen a menudo en un mismo proyecto”*. (Manero Brito, R., 1991_a, p. 155).

En términos de la afección, el movimiento contra-institucional, busca a través de la organización el constante aumento de la potencia, de los buenos encuentros. Lo cual implica una decisión a partir del reconocimiento de ciertas condiciones materiales y de posibilidad, se encuentra en un posicionamiento más cercano hacia lo ético-político.

Por el contrario, en el suicidio, se orienta más hacia la desviación libidinal, éste tiene un impacto sorpresivo y se manifiesta en el plano de las relaciones, en donde se muestran las condiciones de represión y de reificación que aparecen en el contexto de la institución. (Manero Brito, R., 1991_a).

La reificación no es ni una falsa percepción de lo real, ni un error lógico; y tampoco se la puede convertir en un «momento dialéctico» en la historia totalizada del advenimiento de la verdad de la esencia humana, en la que ésta antes de negarla radicalmente a fin de poder realizarse positivamente. La reificación es una significación imaginaria [...] Desde el punto de vista estrictamente simbólico, o «lingüístico», aparece como un desplazamiento de sentido, como una combinación de metáfora y de metonimia. [...] Aquello de lo que se trata en la reificación [...] es de la instauración de una nueva categoría significación operante, la captación de una categoría de hombres por otra categoría asimilable, a todos los fines prácticos, a animales o a cosas. Es una creación imaginaria, de la cual ni la realidad, ni la racionalidad, ni las leyes del simbolismo pueden dar cuenta, que no necesita para existir ser explicitada en los conceptos o las representaciones y que actúa en la práctica y el hacer cotidiano de la sociedad considerada como sentido organizador del comportamiento humano y de las relaciones sociales independientemente de su existencia «para la conciencia» de esta sociedad. El esclavo es metaforizado como animal y el obrero como mercancía en la práctica social efectiva. (Castoriadis, C., 2007, pp. 227).

La desviación libidinal por un lado transgrede las normas instituidas y al mismo tiempo opera como una subversión del sentido, lo cual apunta directamente a la dimensión del deseo, un deseo expresado en una situación institucional. (Manero Brito, R., 1991a).

Entonces ¿Qué significaría con el suicidio? Éste, que es en realidad un homicidio oculto ¿A quién asesinó a través del suicidio? ¿A la institución? ¿Qué de la institución? El acto suicida produjo una descolocación de integrantes del servicio de medicina interna. Algunos hacia la preocupación de organizarse, de comenzar a cuestionarse acerca de las normas instituidas, de las finalidades y del sentido mismo de la institución. Es decir, hacia la desviación ideológica. Algunos otros, los ha dirigido hacia reacciones de huida y represión, que en términos afectivos han representado en exceso y han provocado más difícil la negación del mismo, a la desviación libidinal.

Sin embargo, el servicio no ha llegado a una desviación organizativa, probablemente por el carácter trágico del analizador suicidio. Como se contrasta con el analizador de la autogestión en cirugía, éste llevó a la suspensión del castigo; en el sentido contrario, el analizador suicido, llevó a la suspensión de la afección, y por tanto de un “cuerpo”.

Toda esta situación dificulta y entorpece el imaginar alternativas, dado que subsume y “suspende” a los sujetos a una lógica melancólica. De nuevo hacia una negación y exceso de afección, hacia la tendencia de la disminución de la potencia: a la desafección.

7. 2 EL ENCARGO

Muchas personas, entre ellos varios de mis compañeros de maestría, me sugirieron que no agregara el suicidio de estos médicos en la investigación, debido a que no “era el tema principal o la pregunta de investigación” o que “estaba muy implicada” y que tenía que establecer distancia, entiéndase por eso, no escribir al respecto sobre ello.

Recordé dos cosas, la primera es que *“la muerte por trabajo no debería espantar a los investigadores sobreimplicados en el trabajo del concepto de*

implicación". (Lourau, R., 1991, pp. 6). Y la segunda, que escuché en algún seminario de la maestría o en alguno de los textos que revisé sobre el mismo tema, decían que "aquello de lo que se niega, de lo que no se quiere discutir en la investigación, o que parece que nada tiene que ver con ella, allí es donde está la implicación".

René Lourau distingue dos niveles de la implicación, en el primer nivel comprenden, las implicaciones primarias: a) la relación con el objeto de estudio; b) la relación con la institución y, primeramente, con la institución de investigación; c) la relación con el patrocinio y con el *mandato social*. En el segundo nivel, las implicaciones secundarias se refieren a la relación con el informe final, en este caso la Idónea Comunicación de Resultados o aquellos documentos que busquen transmitir y/o publicar los "resultados de investigación". Éstos se tratan de más ni menos que del "[...] *derecho de entrada a la ciudadela científica, es de tal modo interiorizada en sus normas institucionales que llega hasta a determinar retroactivamente los procedimientos de investigación y de recolección de datos*". (Lourau, R., 1989, pp.15).

En esta relación con el informe de investigación y su relación con el paradigma de la misma, el científico, constituyen las implicaciones secundarias, ya que estas no son susceptibles de ser analizadas por el investigador en el momento mismo en que éste produce un acto de investigación. Además, el investigador, ya sea individual o colectivo, sanciona, omite, reserva, niega y oculta su implicación con la investigación, tanto la primaria como la secundaria. Dicho en palabras de Lourau "*No veo sino lo que quiero ver y no veo sino lo que quiero escribir*". (Lourau, R., 1989, pp. 15).

Sin embargo, durante el proceso de investigación uno de los encargos más claros fue el de la denuncia, tanto el caso de la explotación laboral y de los procesos de despojo que apuntan a la privatización, mercantilización, atomización y cuerpos disciplinados. Así como el castigo y la propensión a fenómenos como el de la desafección y en el extremo el suicidio.

El sentido del encargo, tomó otra dimensión cuando ocurrió el primer suicidio, fue una lucha personal escribir este capítulo, probablemente por ello, hay muchas

aristas que seguramente se me escaparon o no quedaron lo suficientemente explicitadas. Para mí lo importante consistió en darle lugar a los encargos de los médicos en esta investigación, dado que fue una de las intencionalidades más claras.

Ahora bien ¿qué implicaciones políticas tiene/tuvo la intervención? El trabajo de intervención tuvo un carácter de cronista. Ya que se hicieron reconstrucciones desde cuál fue la profecía inicial y el fracaso de la misma. Además de dar cuenta de la posible muerte de ciertos movimientos, como es caso del hospital como parte de la universidad. Con la entrada de las políticas públicas encaminadas a la universalización del sistema de salud, se apunta a que el HUP, deje de ser parte de la universidad y se convierta ya sea de parte de Salubridad o que se privatice. De cualquier modo se le daría fin al proyecto universitario del hospital.

Por otro lado, todo lo anterior cuestiona muy seriamente sobre qué es lo que se entregaría como devolución a los médicos. Me queda claro que no además de la ICR (que por supuesto podría entregárselas), debo entregar una “devolución” que contenga dos características: que sea de carácter institucional, en tanto contenga los formatos que ellos *demandan*, esto con el fin de que cualquier propuesta que se haga, no sea descartada por “no seguir los lineamientos institucionales”. Y que contenga lo construido en el transcurso de la investigación.

En la primera, tengo la reserva a causa de lo que sucedió a mi entrada, que a pesar de que se trató de un pago de aduana por motivo de mi relación con cierto grupo social, no quisiese arriesgarme a que una vez más “los formatos” sean motivo de tirar a la basura las propuestas.

Esto me lleva a la segunda característica, la cual deberá contener diversas propuestas que apunten a darle respuesta a algunas de las demandas que hicieron los médicos, entre ellas los temas del castigo, de las condiciones laborales y físicas. Y por otro lado, entrelazar todas aquellas lecturas que se fueron produciendo en el transcurso de la investigación.

Dentro de las propuestas, se debe destacar la importancia de construir dispositivos sociales de simbolización. Esto es, la creación o adecuación de espacios que permitan la elaboración de los duelos de manera fructífera, y los

eventos que suceden en la cotidianidad del establecimiento que demandan espacios y tiempos diferentes. Probablemente entregue dos versiones, una dirigida al departamento de “Enseñanza e Investigación” y otro a los servicios...

Esta una propuesta que se puede considerar como presuntuosa, sin embargo, ya hacia la finalización del trabajo de campo y de los seminarios de maestría, algunas enfermeras me mencionaron que “si no era posible que regresaran los grupos de reflexión que antes existían en el hospital”. Además de sorprenderme, ya que no sabía nada al respecto y que fue justo al final, me acerqué al Mtro. Nicolás Martínez Villaseñor quién fue mi asesor de tesis de la licenciatura y a la Mtra. Graciela Sánchez, sinodal de la misma que han trabajado temas de salud en Puebla.

Al ponerme en contacto con ellos para preguntar si sabían algo relacionado a un “grupo de reflexión” resultó que habían sido ellos quienes habían hecho varias intervenciones entre los años de 1998 y 2004. Es decir, que ya había un antecedente de dispositivos de habla en el establecimiento, lo cual explicaba por qué había sido aparentemente sencillo intervenir y construir interlocuciones con los médicos.

Por lo que está en pie gestionar este tipo de dispositivos, que con el antecedente de que ya han existido, y que se hagan nuevas propuestas para conjuntar las experiencias previas (la mía incluida) como las nuevas. Considero que es muy factible proponer por vía del servicio social de diferentes establecimientos universitarios, la incorporación de psicólogos en el hospital. La idea se basaría en construir un dispositivo que permita la co-coordinación entre el personal de salud del HUP con estudiantes de psicología, para colaborar en diferentes niveles del establecimiento. Unos desde la psicología hospitalaria y de enlace, que fue una demanda constante de parte del personal de salud, así como la apertura de un “seminario⁹⁸” sobre Burnout. Además del acompañamiento de personal de

⁹⁸ Los médicos fueron particularmente insistentes con esto, ya que consideran que un seminario es la primera forma de abordar el problema. Evidentemente esta demanda queda dentro del marco de la competencia clínica y de su relación con el saber. Sin embargo, por esa vía se podrían dar giros interesantes que más bien apunten a hablar de otros procesos institucionales y la insuficiencia del síndrome de Burnout.

psicología permanentemente en los pisos, no sólo con los pacientes, sino con el demás personal: médicos, enfermeras y trabajo social.

Por otro lado, la organización es un punto clave, no sólo para imaginar otro tipo de posibilidades, sino para dar espacios a procesos de simbolización, reflexión y problematización de temas tan densos como el vínculo con el paciente, los procesos agonísticos, la muerte y las afecciones que giran en torno a esto. Considero riesgoso en caer en soluciones “individualistas” y del ámbito “privado” para la resolución de problemas que surgen del seno social. Los dispositivos de proposición y resolución tendrían que estar contruidos desde este lugar, desde aquello que les da cuerpo a las instituciones, a los movimientos y los sujetos que están entretejidos e inmersos en ellos.

* * *

CAPÍTULO 8 – EL CAMPO DE ANÁLISIS: EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y LA AFECCIÓN

Toda investigación surge a partir de inquietudes personales, y que en ocasiones, ya sea a través de los años, de ciertas experiencias y/o del bagaje que otorga el grupo social, algunas de estas inquietudes logran emerger y traducirse en proyectos, ONG's, trabajos, hijos o investigaciones.

Sin embargo esta investigación en particular se convirtió en algo más que un trabajo institucional o del “producto” esperado de una maestría perteneciente al Programa Nacional de Posgrados de Calidad, auspiciado por CONACyT. Podría decirse que se trata de la crónica de diversos procesos institucionales, procesos con una historia que se remonta a tiempos previos a la intervención, que señala la memoria de movimientos y de organizaciones dentro y fuera del establecimiento, de proyectos que triunfaron y de otros que fracasaron, pero que siguen latentes y denotan sentidos en el quehacer cotidiano de los médicos en el hospital.

Evidentemente estos procesos no están a simple vista, quedan ocultos, negados. Y por ello, parte de los dispositivos del análisis institucional, posibilitan dilucidar aquello no recuperado: lo negativo. En ningún momento se aspiró a elucidar “todo”, sino ciertos procesos que se supusieron, estaban ahí, de los que no se hablaba explícitamente en la literatura “científica”, académica o social. O que se abordaban desde perspectivas clásicas y hegemónicas, como aquellas que se desarrollan a lo largo del primer capítulo.

En este sentido, la disposición que produce y constituye el analizador construido (dispositivo) me dirigió hacia ciertas problemáticas. Algunas de ellas responden a demandas y encargos de diferentes índoles, empero que pocas veces se discuten. Algunas otras surgen como cierta demanda y/o encargo, pero deben, necesariamente, irse modificando a lo largo del proceso de investigación. ¿Por qué se desarrolló de esta forma singular el proceso de investigación? ¿Cómo llegué al punto de discutir acerca de las afecciones en los médicos?

Estas preguntas me llevan a problematizar el hecho de que tampoco se hacen explícitos los cambios y mutaciones realizados a lo largo del proceso de investigación. Me parece importante escribir sobre ello, ya que, como neófita en el

campo de la investigación social, cuando son leídas otras investigaciones, pareciera que estaba todo muy claro desde un principio; no se explicitan los cambios que la investigación misma va demandando a lo largo del proceso, desde sus inicios, como anteproyecto, hasta el momento en que se decide si está lista o no para imprimirse como una investigación culminada.

Asimismo, queda excluido el papel fundamental de los sujetos inmersos en ésta: los médicos, las instituciones, el establecimiento, las demandas, los encargos, el lugar como portavoz. ¿Cómo se construyeron los conceptos aquí abordados? ¿Realmente esta investigación da cuenta del *proceso* de construcción? ¿Qué sucede con lo que estaba *antes* del texto? ¿Del pre-texto de investigación? Lo que estaba antes del problema...

En un principio, me preguntaba acerca de la subjetividad de los médicos, de cómo llegan a ser como son en el medio institucional, de aquello que no discernía bien como insensibilidad, que en realidad no tenía nombre, sino que se trataba más bien de una pobre intuición e inquietud. No sabía nada más que las posturas más clásicas y hegemónicas acerca de instituciones y de grupos. Por lo que primero, sospechando que no se debía al *Bournout* ni a un “simple” proceso de alienación al interior del establecimiento, inicié un serio cuestionamiento acerca de los saberes instituidos sobre la psicología. Esto me llevó a un camino de recopilación y revisión teórica sobre el Modelo Médico Hegemónico, de la Medicina Social, el Análisis institucional y el Socioanálisis.

A partir de las discusiones, tanto de los seminarios de la maestría como del recorrido teórico-metodológico de lo que ya se ha dicho de la medicina, como del cuestionamiento de la psicología hegemónica -las cuales son en sí mismo el propio cuestionamiento de mi formación como psicóloga-, procuro analizar y discutir mis implicaciones.

Todo ese recorrido es lo que se construyó y ahora se presenta como el primer capítulo, el cual trata de incorporar las demandas de la maestría a partir de la pregunta acerca de la intencionalidad de lo que se escribe. Ello me llevó al cuestionamiento sobre la forma instituida de la escritura en la propia investigación, y por supuesto, a cuestionar el papel del patrocinio recibido por CONACyT.

En ese sentido, hay una *demanda* de parte de la maestría para presentar una idónea comunicación de resultados, para escribir sólo aquello que “se quiere comunicar”. Esto representó para mí un gran problema, me hizo preguntarme ¿qué es lo que *se quiere comunicar*? ¿Es posible comunicar sólo los resultados obviando el proceso de construcción de conocimiento que, en sí mismo, es el alma de la investigación? ¿Se trata entonces de un trabajo de delimitación o de recorte? ¿Debo ceñirme a cierto número de cuartillas para quedar enmarcada en lo instituido de la ciencia, en este caso de CONACyT y de la maestría? ¿Qué sucede cuando es más importante relatar y problematizar las condiciones en las que viven mis colaboradores de esta investigación? ¿Qué es lo que se prepondera?

En este caso, decidí obviar el número de cuartillas y de capítulos, quiero intentar comunicar aquello, que tanto mis colaboradores (los co-escritores, los médicos) y yo, pensamos que era lo más urgente y polémico: las condiciones materiales y de posibilidad en las que viven día con día, lo cual implica detenerme –suspenderme- en el castigo como forma instituida de regulación institucional y como componente imaginario de la institución que simultáneamente provoca aumentos y/o disminución de la potencia. El castigo fue tan sólo un analizador que emergió a partir de las condiciones de intervención, si la disposición hubiese sido otra, probablemente habría surgido algún otro analizador, o quizás ninguno.

Este es el siguiente punto, y el segundo capítulo de la tesis, la noción de dispositivo. Cuando entré a la maestría parecía un verdadero misterio cómo hacer esto, y en las ICR, sólo estaban los resultados y las conclusiones, ocultando todo el jugoso trabajo que estaba en medio y que en sí mismo constituye la carne de toda investigación: el proceso de cuestionar las certezas y como éste dirige el proceso de construcción del dispositivo, sus implicaciones, los pliegues.

Por lo que partí de una serie de intuiciones (junto con muchas lecturas) de cómo es que se construye el dispositivo. En este caso, se hizo en colaboración, no sólo con los médicos, sino la medida que se fue discutiendo e interpelando a la propia maestría, representada principalmente por profesores con diferentes posturas; mis compañeros de generación; el papel de mi asesor y los diferentes lectores; y por supuesto, de la propia institución universitaria.

Por otro lado, en el trabajo de terreno en el campo de intervención, lo que comprende a partir del tercer capítulo hasta el sexto, se basó en la discusión de lo que iba sucediendo en el hospital, un proceso que tuvo el efecto de simbolizar muchos fenómenos que se fueron viviendo en el establecimiento. De ahí el énfasis al tema de la muerte. Ya no se trata de que sea un simple anecdotario o de la descripción de una situación dada, sino de una memoria y de toda una disposición para intervenir y que abrió la posibilidad de elaborar y resignificar lo cotidiano del hospital, por lo que también se convirtió en un acompañamiento para ambos: los médicos y yo, y viceversa.

El séptimo capítulo fue un apartado totalmente inesperado, que muchas veces traté de evitar y del que nunca estuve segura, tanto de su escritura como de la reflexión. Como dice Lourau: *“el socioanalista no está ni estará totalmente seguro de su elección. Sin embargo, debe elegir, ya que esta incertidumbre corresponde, más que al estado de la ciencia, al estado de las fuerzas sociales donde el socioanalista establece su juego”*. (1991a. pp. 288).

El suicidio implicó la descolocación de la forma instituida de la ciencia, no sólo por qué se trataba de un tema que no estaba “contemplado”, sino además, de las interrogantes de cómo se tendría que escribir y abordar. Éste vino a trastocar y cuestionar todo lo que mis colaboradores y yo habíamos decidido concluir. Implicó un fuerte cuestionamiento a la idea del “recorte” o de la “delimitación” en una investigación y terminó por traducirse en un tema de compromiso y acompañamiento con los otros.

Por otro lado, el suicidio me confrontó a mi experiencia como testimonio de la descolocación ¿Cómo me *descoloqué*? Me hizo preguntarme ¿Cuándo termina la intervención? ¿A qué le podemos llamar “cierre” o “término del proceso”? Ardoino (1987), menciona que tal vez lo que realmente cambia en el curso de la intervención o aquello que se le puede llamar como una modificación efectiva, es la mirada de los actores en la intervención, ya sea por su complejidad y/o por su opacidad.

De esta forma en el trabajo de elucidación, aun cuando sea parcial, y que no sé si pueda ser de otra forma, se modifica en cierta medida la relación de cada uno de los sujetos con la situación, con algunas de las condiciones de posibilidad que

ahora se pueden desmarañar parcialmente. Es, en este sentido, cuando *“se puede decir que la economía libidinal de las relaciones se ha modificado efectivamente”* (Ardoino, J, 1987, pp. 37).

Es así, que considero que una de las aristas por las cuales el tema del suicidio me ha perturbado tanto, es por el efecto analizador que lleva consigo. Éste en el sentido de un “dispositivo de efecto analítico”, del cual habla Felix Guattari (1987). Esto es, que no es que el analizador o los dispositivos estén compuestos solamente de individuos, sino de su carácter social, económico, institucional, político, micro político... Dicho de otra manera, los suicidios traen consigo una serie de elementos entretejidos que van más allá del “acto individual”, estos hablan y señalan una problemática infinitamente más compleja, que al menos a mí, me remite al clima de violencia que se vive no sólo en la institución, sino en el país. La violencia de la muerte.

En ese sentido se debe hacer mención del impacto monumental que tuvo todo lo que ocurrido en el país en los últimos dos años. Aquello que cotidianamente, aparentemente, se dice que no tiene “nada que ver” con la investigación o con los médicos del campo de intervención. Empero existieron momentos en donde me obligaron a movilizarme, a replantear el para qué de la investigación. Como lo sucedido en Ayotzinapa, los movimientos de #Yosoymédico17, las marchas de los maestros de parte de la CNTE, mi visita al semillero zapatista y las amenazas de bomba en la UAM-X, fueron momentos que cimbraron y denotaron muchas preguntas que considero que, a lo largo del proceso, terminaron por desvanecerse, ya que no quedaron tan explícitamente como yo lo hubiese deseado.

Constantemente me preguntaba si lo anterior podría incorporarlo o no a la investigación. En algunos casos como lo fue Ayotzinapa y #Yosoymédico17, varios médicos del HUP, me hacía preguntas acerca de “qué opinaba” o qué se estaba discutiendo en la UAM-X sobre estos temas. Por lo que primero pensé que tal vez tendría oportunidad de discutirlo de esta forma, con el pretexto de la interpelación de los médicos sobre estos temas. Pero después, se trató más bien del efecto movilizador, de descolocación, como productor de algo, de potencia.

El papel de los analizadores naturales en el campo social, tuvieron un gran impacto en términos de la disposición para abordar ciertos temas, como la muerte o las inconformidades en las reformas del sector salud que están profundamente vinculadas a las condiciones materiales y de posibilidad del establecimiento. A pesar de que no quedaron abiertamente explicitados a lo largo de todo el texto y sólo en este apartado, estos eventos tuvieron el efecto de descolocación, de producir algo en los cuerpos. ¿No es esta la definición de Spinoza de afección? ¿No son los analizadores provocadores? ¿No tienen esta capacidad de potencia?

De ahí la relevancia de lo macrosocial, del campo de análisis, de aquello que trata de recuperar en los sectores y en los momentos aparentemente no-políticos la potencia y la acción de lo político, en cuanto centralidad determinante de toda periferia. (Lourau, 1977). Lo cual implica, que la diferencia con el campo de intervención reside sólo en la delimitación y abordaje, pero sin quedar excluidos el uno del otro.

No obstante ¿Cómo se pueden poner en diálogo? ¿Se debe mencionar o no todo aquello que sucede en el contexto que se gesta la investigación? Ya no desde una perspectiva biográfica, sino como caldo de cultivo de una mirada y escucha particular, que no está desarticulada de “todo lo demás”, además de lo que ocurre tras bambalinas de la investigación. ¿O sólo se menciona aquello que funciona a modo de interlocución con la investigación? ¿Qué pasa con los analizadores naturales del campo de análisis? ¿Acaso se puede recortar, delimitar u omitir esto del campo de intervención? ¿Sólo se incorpora todo lo que ocurre que tiene que ver o no con los médicos?

En general, el clima político del país, permitió que ciertos temas relacionados a las condiciones laborales salieran más o menos espontáneamente. En la medida que se iban discutiendo acerca de lo que ocurría en México, facilitaba preguntar y discutir abiertamente acerca de los salarios. Tema que inclusive al interior de la maestría produjo una discusión. ¿Cómo era posible que los médicos ganaran “tan poco”? ¿No se supondría que en el imaginario social, los médicos al ser personajes ubicados en una posición de poder, ganan muchísimo dinero?

Este tipo de preguntas y la importancia de seguir discutiendo acerca de la institución médica, apuntan justamente a provocar los imaginarios sociales que conciben al médico como un sujeto excluido de la explotación. Éste —el médico— queda *reificado*, esto es, petrificado por una mirada que da por hecho el proceso que deshumaniza a los sujetos de las clases explotadas en ciertas fases históricas. Como el esclavo que es visto como un animal, el obrero como una tuerca más de la maquinaria, el trabajador como mercancía. (Castoriadis, C, 2007). Sin embargo, el médico parece que no es parte de este mismo proceso, que no es una tuerca más de la maquinaria clínica, que no es una mercancía en el capitalismo...

Es justamente lo subversivo de los dispositivos del análisis institucional y del socioanálisis, lo que permitió discutir tanto las condiciones materiales y de posibilidad del establecimiento, como de la institución de la clínica. En donde claramente se resalta, por un lado, al médico como sujeto de explotación, y por otro lado, la tensión de los procesos instituidos e instituyentes, donde es posible dilucidar aquello negado de la institución: los afectos y afecciones.

En otras palabras, los encuentros que producen una disminución de potencia en el establecimiento, tienen que ver con la tensión de lo instituido y lo instituyente. En donde lo instituido, niega a la afección y la conduce al exceso, a la desafección. Dado que la idea-afección, impide discernir claramente el cuerpo que produce afección, y por qué éste, obedece al propio carácter instituido de la institución: *el médico no debe sentir nada*.

Como queda revelado, en los procesos instituyentes de este establecimiento, el movimiento contra-institucional, fomenta muchas más posibilidades de modificar y cuestionar lo instituido. En ese caso, las afecciones, son de carácter de la idea-esencia, que apuntan más hacia el trabajo ético. De este modo, las afecciones permiten movilizar y empujar hacia lo instituyente, hacia el aumento de potencia.

Por lo tanto, no podemos dejar de problematizar las condiciones de las que somos parte, sí es necesario versar sobre la explotación de los médicos, del cansancio físico, del desgaste que conlleva la praxis, las guardias, los afectos y afecciones, sus condiciones materiales y de posibilidad. Es inconcebible reducirlo a un problema individual, al llamarlo *burnout*, permitimos que se reifique, que se

atomice, y por consiguiente, que se extinga el carácter político y afectivo de estas cuestiones. En ese sentido, surge la necesidad y preponderancia de seguir problematizando y provocando estos temas a través de diversos dispositivos. De ahí la intencionalidad de esta investigación, de abrir la posibilidad de modificar radicalmente nuestra sociedad.

* * *

BIBLIOGRAFÍA

1. Agamben, G. (2011). *¿Qué es un dispositivo?* Sociológica, año 26, No. 73, pp. 249-264 mayo - agosto.
2. Alvarado, J. L. y Garrido, A. (2007). *Psicología social: perspectivas psicológicas y sociológicas*. México: McGraw Hill.
3. Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudios de las creencias, salud y enfermedad*. México: Trillas.
4. Ardoino, J. (1981). "La intervención: ¿imaginario del campo o cambio de lo imaginario?" En Guattari, F. et al. *La intervención institucional*. México: Folios.
5. Baz, M. y Perrés, J. (1997). *Psicología Social y Formación profesional*. Ponencia para el encuentro internacional: "Hacia el tercer milenio, una sociedad con modelos diversos y un único objeto". México, D.F.
6. Baz, M. y Vargas, L. (2002). *La psicología un largo sendero. Una breve historia*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
7. Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
8. Basaglia F. (1972). *La institución negada*. Buenos Aires: Barral editores.
9. Benyo, J. (2016). *Para leer a Paul Cardan*. En revista Diferencia(s). N°2, Año 2, Mayo. Argentina, pp. 21-43.
10. Bernard, M. (1977). *Las condiciones del grupo acción*. En Lapassade, G. (1979). *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.
11. Blánquez Fraile, A. (1995). *Diccionario latín-español, A-J*. Barcelona: Ramón Sopena S. A.
12. Breilh, J. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: CEAS.
13. Bourdieu, P. (1998). *Reproducción cultural y reproducción social*. En De Ibarrola Nicolín, M. (1998). *Las dimensiones sociales en educación*. México: El caballito.
14. Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
15. Casas Patiño, D. et. al. (2013). *Médicos residentes en México: tradición o humillación*. Medwave.13 (7)
16. Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Argentina: Tusquets.
17. Catsicaris, C., Eymann, A., et al. (2007). *La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica*. Arch Argent Pediatr 2007; 105(3):236-240 / 236

18. Contreras Vizcaíno, J. (2012). *La Ilustración y el Romanticismo alemán en la conformación del pensamiento moderno. Un acercamiento al carácter ambiguo de la modernidad*. UNAM: México.
19. De Sousa Minayo, M. C. (2007). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
20. De Sousa Minayo, M. C. (2010). *Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa*. Salud colectiva, 6 (3): 251-261, Septiembre-Diciembre, Buenos Aires.
21. De Sousa Santos, B. (2012). *Una epistemología del Sur*. Buenos Aires: Siglo XIX.
22. Deleuze, G. (1969). *Curso sobre Spinoza*. Recuperado en: <http://reflexionesmarginales.com/3.0/wp-content/uploads/2013/01/Gilles-Deleuze-Curso-Sobre-Spinoza.pdf>
23. Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* Michel Foucault Filósofo. México: Gedisa.
24. Diccionario Internet Chile. (2015). Recuperado el 26 de noviembre del 2015 en: <http://etimologias.dechile.net/?castigo>
25. Diderot citado en Ducros, L. (1900). *Les Encyclopédistes*. Recuperado de: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k220556d>
26. Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la Salud*. España: Ediciones Díaz de Santo, SA.
27. Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
28. Drolet, Spalluto, Fischer. (2010). *Residents' perspectives on ACGME regulation of supervision and duty hours — a national survey*. N Engl J Med. DOI.
29. Emmer, S. y Schejter, V. (2013). *Psicología hospitalaria. Ética y lazo social*. Publicado por activado 12 Abril 2013. Recuperado el 24 de julio de 2016 en: <http://procesogrupal.overblog.com/psicologia-hospitalaria>
30. Fernández Christlieb, P. (1994). *La psicología colectiva un fin de siglo más tarde*. Barcelona: Anthropos.
31. Freeman, H. et al. (1998). *Manual de sociología médica*. México: FCE.
32. Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
33. Foucault, M. (2013). *Historia de la sexualidad 3*. México: Siglo XXI.
34. Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
35. Foucault, M. (2013). *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Buenos Aires: Siglo XXI.
36. Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

37. García Canal, Ma. I. (2006). *Espacio y Poder. Espacio en la reflexión de Michel Foucault*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
38. García Canclini, N. (1991). *Los estudios culturales de los 80 a los 90: Perspectivas Antropológicas y Sociológicas en América Latina*. Basail Rodríguez, A. y Álvarez Durán, D., (2004). *Sociología de la cultura, Tomo II*, La Habana: Félix Varela.
39. García Fernández, P. G. et al. (2008). *Psicología de enlace en medicina interna*. Med Int Mex; 24(3):186-92.
40. Gil Montes, V. (2004). El ethos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México. México: UAM.
41. Girard, R. (2005). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama.
42. Granados Cosme, J., A., Delgado Sánchez, G. (2005). *La medicina social en la Universidad Autónoma Metropolitana. Análisis de tesis de la maestría en medicina social*. Nueva Época, Salud Problema, Año 10, núm. 18 y 19, enero-diciembre.
43. Gómez Rojas, Ma. T. (2007). *La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad*. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 1, núm 2, julio-diciembre, pp. 159-179. Bogotá: Universidad de San Buenaventura.
44. Gómez Carpinteiro, F. (2014). *Antropología, ciencia u otro conocimiento*. Relaciones #137, invierno, pp. 15-53.
45. Hamui-Sutton, L., et al., (2013). *Efectos de la privación de sueño en las habilidades cognitivas, psicomotoras y su relación con las características personales de los médicos residentes*. Cir Cir. 81:317-327.
46. Han, B-C. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Heder.
47. Hess, R. (1979). *El analizador en la institución*. En Lapassade, G. (1979). *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.
48. Historia del posgrado en Medicina Social, recuperado el 02 de marzo del 2016 en: <http://www.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/licenciaturas-posgrados/ppposg/medicina-social/historia/>
49. Iriart, C., et al. (2002). *Medicina Social Latinoamericana: aportes y desafíos*. Temas de Actualidad. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 12 (2).
50. Jiménez, J. P. (2004). *Bienestar y satisfacción de los médicos con el ejercicio de su profesión en un sistema de salud en proceso de reforma*. Rev Méd Chile; 132: 635-636.
51. Laurell A. C. (1991). *La Política Social en la Crisis. Una nueva alternativa para el sector salud*. México: Fundación F. Ebert.
52. Laurell, A. C. (1995). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UAM.

53. Lapassade, G. (1977). *El encuentro institucional*. En Análisis institucional y socioanálisis. México: Editorial Nueva Imagen.
54. Lapassade, G. (1979). *El analizador y el analista*. Barcelona: Gedisa.
55. Lapassade, G. (2008). *Grupos, organizaciones e instituciones. La transformación de la burocracia*. Barcelona: Gedisa.
56. Leader, D., Darian Leader (2014). *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. Madrid: Sexto Piso.
57. Lerín Piñón, S. (2004). *Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta*. Desacatos, núm. 15-16, otoño invierno, pp.111-125. México: CIESAS.
58. López Reyes, J. C. (2011). *Problemas de salud y educación en comunidades indígenas*. México: Universidad de Oriente.
59. Lourau, R. (1972). *¡Trabajadores de lo negativo, uníos!* En Basaglia, F. Crímenes de la paz. México: Siglo XXI.
60. Lourau, R. (1977). *Análisis institucional y cuestión política*. En Análisis institucional y socioanálisis. México: Nueva Imagen.
61. Lourau, R. (1980). *El Estado y el inconsciente*. Barcelona: Editorial Kairós.
62. Lourau, R. (1989). *El diario de investigación*. Ciudad de México: Colección Fin de Milenio Universidad de Guadalajara.
63. Lourau, R. (1991_a). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.
64. Lourau, R. (1991_b). *Implicación y sobreimplicación*. Asociación Civil "El espacio Institucional", *El espacio institucional de las prácticas sociales*. Conferencia dictada en Buenos Aires, Argentina.
65. Manero Brito, R. (1991_a). *Introducción al análisis institucional*. Tramas No. 1, Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
66. Manero Brito, R. (1991_b). *Las vanguardias psiquiátricas*. Tramas No.3, Diciembre. Págs. 113-121
67. Manero Brito, R. (1992). *La novela institucional del socioanálisis: ensayo sobre la institucionalización*. México: Colofón.
68. Manero Brito, R. (1995_a). *El análisis de las implicaciones*. Trabajo presentado para el III Foro Departamental de Educación y Comunicación, UAM-X.
69. Manero Brito, R. (1995_b). *Tiempo, temporalidad e intervención*. Tramas No. 8, Diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Págs. 211-237.

70. Manero Brito, R. (1996). *El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social*. Anuario de Investigación del Departamento de Educación y Comunicación, UAM-X
71. Manero Brito, R. y Villamil Uriarte, R. R. (2002). *Notas sobre la institución imaginaria de la muerte*. Anuario de Investigación Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Pp. 93-108. México: UAM-X.
72. Manero Brito, R. (2009). *Génesis social de la psicología social en México*. Veredas, número extraordinario, UAM-Xochimilco, México, páginas 51-69
73. Manero Brito, R. (2010). *Institucionalización y psicología social*. Anuario de Investigación • UAM-Xochimilco • México • Pp. 589-606
74. Manero Brito, R. (2012). *El devenir del socioanálisis*. Tramas No. 37 pp 215-240. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
75. Martínez Villaseñor, N. (2011). *Apoyo social y salud comunitaria: Un análisis teórico desde la psicología social*. Ponencia presentada en el 5to Congreso Latinoamericano de Psicología de La Salud. ALAPSA. Xalapa, México.
76. Maslach C., and Leiter M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
77. Menéndez, E., L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464.
78. Menéndez, E., L. (1990). *Morir de Alcohol: Saber y Hegemonía Médica*. México: CONACULTA/Alianza Editorial Mexicana.
79. Mercado Martínez, F., J., Robles Silva, L. (2004). *La Medicina Social latinoamericana y sus miradas múltiples sobre la investigación cualitativa*. Nueva Época, Salud Problema, Año 9, núm. 17, julio-diciembre.
80. Moncada Santos, M. y Villarreal Varela, J. A. (2013). *La interacción práctica, culturales comunitarias y práctica médica familiar: una visión desde la perspectiva sociológica*. En Revista Caribeña de Ciencias Sociales, mayo en <http://caribeña.eumed.net/prácticas-culturales/>
81. Montero, M. (2010). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Argentina: Paidós.
82. Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
83. Morales, J. F. (2002). *Psicología Social*. Brasil: Prentice Hall.

84. Netzahualcoyotl Cardoso, C., (2014). *Bioética y donación altruista de órganos. Aciertos y Problemas*. México: Fontamara.
85. Pabón S. de Urbina, J. M. (1999). *Diccionario Griego-Español*. Barcelona: VOX.
86. Palomino Garibay, L. y Hernández Valderrama, L. (2003). *Intervención hospitalaria: una aproximación desde la psicología social de la salud*. Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol. 6, No. 3, septiembre. Universidad Nacional Autónoma de México.
87. Paoli Bolio, F. (1990). *Las ciencias sociales*. México: Trillas.
88. Quiroz Palacios, A. (2006). *Las luchas políticas en Puebla. Período 1961-1981*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
89. Rifkin, J. (2004). *El sueño europeo*. Barcelona: Paidós.
90. Rodríguez Marín, J. (2001). *Psicología social de la salud*. España: Síntesis.
91. Rodríguez Marín, J. (2002). *Historia de la Psicología de la Salud*. Revista de Historia de la Psicología. Vol. 23, n° 3-4, pp. 185-221.
92. Rojas Soriano, R. (1995). *Capitalismo y Enfermedad*. México: Plaza y Valdéz.
93. Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México: Siglo XXI editores.
94. Salazar Villava, C. (2004). *El dispositivo: máquinas de visibilidad*. Anuario de Investigación 2003, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, Pp. 291-299.
95. San Martín, H. (1984). *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz de Santos.
96. San Martín, H. (1992). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Salud y enfermedad*. México: La prensa Médica Mexicana.
97. Santolaya Ochando, F. J. y Novoa-Gómez, M. *El rol del psicólogo en el ámbito hospitalario*. En Soriano Pastor, J. et. al. (2009). *Guía práctica de Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario*. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
98. Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Guadalupe.
99. Soriano Pastor, J., Monsalve Dolz, V., Santolaya, J., et. al. (2009). *Guía del psicólogo de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia: Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.
100. Soto Martínez, A. (2011). *Maternidad en el Contexto Discapacidad. La experiencia y los saberes de ,adres con hijos en condición de discapacidad*. México: UAM-Xochimilco

101. Straus, R. (2007). *Satrus: the two medical sociologies*. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, Brasil. Rev Saude Pública. Junio, 41 (3):467-71.
102. Varela, B. (2002). *¿Qué es la psicología de enlace?* Revista de psicoterapia psicoanalítica. Tomo VI, número 2/junio/63. Montevideo.
103. Varela, C. (2000). *La obra de René Lourau*. Posfacio de la 1ra edición de Libertad de Movimientos, de René Lourau, editado por Eudeba. Recuperado en 25 de Marzo del 2016 en <http://www.cristianvarela.com.ar/textos/obra-de-rene-lourau.html>
104. Varela, C. (2004_a). *Puntos de vista en Psicología Institucional*. Abril, 22-24, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario. Recuperado el 25 de Marzo del 2016 en <http://www.cristianvarela.com.ar/textos/psicologia-institucional>
105. Varela, C. (2004_b). *La entrada al terreno institucional*. Tramas 21, UAM-X México, pp. 219-237
106. Varela, C. (2013). *Por qué la institución. Su surgimiento como objeto de estudio*, en L. Rodríguez Yurcic y A. M. Ficcardi (comp.). *El análisis de las Instituciones y las Prácticas Sociales*. Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.
107. Wallerstein, L. (1995). *XXV Conferencia de ALAS*. México.
108. Williams, R. (1980). *Teoría Cultural. Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.