



BUAP

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES "Alfonso Vélez Pliego"

TRABAJO Y DESAFECCIÓN EN EL CAPITALISMO CONTEMPORÁNEO
AFECTOS Y SUBJETIVIDAD EN MÉDICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

TESIS

Que para obtener el grado de:

Doctora en Sociología

PRESENTA

MAYLETH ALEJANDRA ZAMORA ECHEGOLLEN

ASESORES Y SÍNODO

Dr. Hugo César Moreno Hernández

Dr. Roberto Manero Brito

Dra. Blanca Cordero Díaz

Dr. Antonio Fuentes Díaz

Dr. Ramón Chaverry Soto

Dr. Francisco Gómez Carpinteiro

Puebla, Pue.

Noviembre 2021



AGRADECIMIENTOS

Esta tesis reúne una polisemia de voces, experiencias y subjetividades. Por lo que debo empezar explicitando que, de ninguna manera realicé esta tesis “sola”, sino que fui acompañada por muchas personas que mencionaré en orden de “aparición” en mi vida y colaboraron para la creación de este documento: mis padres y familia; mi querida tía Miriam, a mis amigos de toda la vida Denise y Claudio; amigos de la vida más pa’acá a Joel, Oli, Thai, Vicentito, Gary y Amanda; a Ramón que ha sido amigo, lector y escucha de mis ideas, penas y delirios zombies; a Nicolás Martínez Villaseñor y a la maestría de Psicología Social de la BUAP; a mis compañeros y amigos de maestría Emilio, Mónica, Rafa Escalante y Erik; al Dr. López Reyes y a todos los médicos y médicas que colaboraron en la investigación; a mis profesores de la maestría Eugenia Vilar, María Inés García Canal, Roberto Manero, Rafael Reygadas, Fernando García Masip, Adriana Soto y Hans Saettele; a José (que fungió como asesor, amigo, esposo y demás adjetivos imprescindibles para la elaboración de este documento); amigas y compañeros del posgrado Mara, Ángela, Tere, Diana, Fer, Crosby, Chava, Daniele, Mikko, Manuel, Vilma, Paulino, Ray, Ángel, Azize, Luisa, Jesús y Lalo; a mis compañeras que me llevaron por el camino del feminismo Ana, Ixchel, Anabel, Claudia; a Paty Arana; a los profesores del ponchito Pancho Carpinteiro, Fernando Matamoros, Toño Fuentes, Carlos Figueroa, Blanca Cordero, John Holloway, Sergio Tischler, Raquel Gutiérrez, Lucía Linsalata, Mina Navarro, Guiseppe Lo Brutto y Hugo Moreno; a mis queridos vecinos Ingrid y Manolo; a todos y todas las alumnas que me han acompañado en este camino; a Nana por existir; al CAM-UNAM; y claro, al CONACyT que dice que debo decir que sin su apoyo no habría podido realizar esta tesis, y sí, tiene razón, gracias tía Cony.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
PRIMER PLIEGUE: LOS ANALIZADORES	13
Los analizadores	13
a. El sismo	14
b. El paro de la BUAP	17
c. El virus	21
d. El campo de análisis	27
e. Las desviaciones, anormalidades y psicopatologías del trabajo	31
El nudo de la investigación	43
Campo de Intervención: el Hospital Universitario de Puebla de la BUAP	47
f. El analizador fármakon	53
g. Encargo y multiplicidad de demandas	56
SEGUNDO PLIEGUE: LA INSTITUCIÓN TRABAJO	60
Disciplina y castigo	62
<i>Fármakon</i> y <i>Pharmakós</i>	71
a. El autoconsumo	73
b. El mercado negro	89
c. Almacenaje y el uso en caso de emergencia	93
d. La Robin-Hood-ada y el sacrificio	99
Los analizadores en el campo de análisis y de intervención	102
TERCER PLIEGUE: POTENCIA, PASIONES Y AFECTOS	105
La libido y el trabajo	105
La mirada hacia los afectos: el giro afectivo	115
El <i>pathos</i>	127

El control y la terapéutica <i>pathos</i>	137
Del <i>pathos</i> a la carne	146
La <i>ratio</i> , el <i>cogito</i> y las pasiones	152
Afectos, afección y potencia.....	159
e. Afectos, afección y potencia en la institución trabajo.....	167
CUARTO PLIEGUE: LA DESAFECCIÓN	174
Desafección	174
La desafección en la transversalidad de instituciones	178
a. El Dr. McIntoch: el exceso y negación.....	179
b. El paciente de la cama 108 y la negación	184
c. El cáncer y el exceso.....	189
d. La desafección y el analizador fármaco.....	192
REFLEXIONES FINALES	195
BIBLIOGRAFÍA	207

INTRODUCCIÓN

“La filosofía deleuziana es una filosofía del pliegue, un pensamiento de la sensación y del afecto” Luis Diego Fernández

Todos los textos, ya sean de carácter científico, novelesco o noticioso, son siempre escritos en un contexto sociohistórico situado. Sin embargo, no es común que estas condiciones, sean explicitadas y/o analizadas a lo largo del propio texto, y es aún menos frecuente que se inciten estas acciones al interior de una tesis.

No obstante, dada la naturaleza del presente texto, considero necesaria la problematización de las condiciones bajo las que éste se ha escrito. Esta consideración está articulada bajo tres nodos: la teoría del análisis de las implicaciones, la naturaleza de los eventos que se “atravesaron” durante la escritura, y los efectos que tuvieron estas situaciones en los sujetos inmersos en la investigación, -de quienes se escribe y de quién escribe-, además de ser referentes contextuales del campo de intervención y del campo de análisis de la investigación.

El primer nodo, la teoría del análisis de las implicaciones, apela a elucidar, problematizar e incluir en el proceso de investigación la relación que liga al investigador -investigadora en este caso-, con la propia institución científica. Dicho de otro modo, se parte de la premisa que el sujeto que investiga es emergente de un grupo social específico, ya sea de un colectivo de donde parte nuestro saber social o de los dispositivos que atraviesan la mirada de quien investiga (Manero Brito, R., 1995).

En ese sentido, más allá de considerar que los temas de interés de las investigaciones y los eventos que ocurren a lo largo de éste se nos “atravesan”, implica que tanto los intereses, como las condiciones en las que se construye el conocimiento, son parte constitutiva del proceso de investigación y de escritura, pero que éstos, son obturados por la institución científica encarnada en él o la investigadora.

Bajo este primer planteamiento, se hace necesario definir provisionalmente el concepto institución, el cual se remite a una “red simbólica, socialmente sancionada en la que se combinan en proporción y en relación variables un

componente funcional y un componente imaginario” (Castoriadis, C., 2013, p. 211). Por consiguiente, al referirme a la institución científica, aludiré a un entramado de prácticas y discursos simbólicos e imaginarios que orientan, delimitan y determinan los métodos para la construcción del conocimiento denominado como válido.

Históricamente, estos métodos se han articulado alrededor de leyes naturales que se suponen universales, principios biológicos y mecánicos que presumen la cognoscibilidad de la realidad, cuyas leyes son predecibles y eventualmente controlables (Bourdieu, P., Passeron, J. y Chamboredon, J., 2012). Estos principios articulados bajo el denominado paradigma positivista, lleva a la proposición de *métodos*, que conjeturan objetividad y neutralidad¹ de parte del sujeto que investiga y de la propia investigación.

Esta demanda del positivismo implica que la escritura de los textos que se producen de acuerdo a ciertos métodos definidos y delimitados por el propio paradigma, el cual promueve que el investigador no problematice ni analice su relación con la ciencia misma.

Bajo estas consignas, se recurre a diferentes prácticas que niegan la relación del investigador y su propia investigación, como la escritura en la tercera persona del singular o del plural; y/o suponer que lo que sucede a lo largo de la investigación, no tiene ningún efecto sobre él o la investigadora, pretendiendo que a través de la delimitación y del recorte del “objeto” y del “universo”, se tratan de “contingencias” que quedan exentas del texto.

Por ello, este primer nodo introductorio, tiene como objetivo posicionarme frente a la institución científica, y explicitar que no recurriré a estas formas. Lo cual redundará en que, a lo largo del texto iré explicitando las diferentes implicaciones del tema sobre el cual versa la investigación: los modos de subjetivación que se producen en la relación con la institución clínica y del trabajo. Dicho de otro modo, ¿cómo se configura la subjetividad para el trabajo? Y no de cualquier trabajo, sino del trabajo de los médicos del Hospital Universitario de Puebla (HUP de ahora en adelante), perteneciente a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP).

¹ Este tema es sumamente vasto y no es la intención desarrollarlo en este apartado. Se irá profundizando a lo largo de la investigación sobre las implicaciones del lugar hegemónico del paradigma positivo.

Este hospital, resulta ser el último de los hospitales universitarios de México. Por lo que no se trata únicamente de un hospital que atiende público en general, sino que es un establecimiento dedicado a la atención de los trabajadores de la universidad. Asimismo, funge como espacio de aprendizaje para los estudiantes, practicantes, prestadores de servicio social y residentes de otras universidades además de la BUAP.

De este modo, el hospital queda atravesado por otras instituciones como la clínica, la educación, la universidad, el trabajo, la burocracia, y claro está, la ciencia. En ese sentido, para ir abordando la complejidad de los modos de subjetivación de los médicos que trabajan en el HUP, es necesario un ejercicio de *pliegue* y *repliegue* de los diversos fenómenos y procesos que tienen lugar en el hospital.

Ahora bien, ¿por qué pliegues? Sin duda la palabra “pliegue” es una noción que guarda una polisemia de sentidos, es decir, que no necesariamente es un término “preciso” o un sentido “único” (Ardoino, J., 1997). No obstante, en el presente trabajo, el *pliegue* busca atender a dos sentidos: el primero, a uno visual, al imaginarse un *pliegue* o un plisado -un drapeado si se quiere-. Toda imagen de un pliegue implica partes que son más alizadas que otras, cuyas algunas partes quedan curvadas y otras plisadas bajo sus bordes.

El segundo sentido, es el que señala Jacques Ardoino (1997) sobre las ciencias de la explicación y de la comprensión -o de la implicación-. Este pedagogo francés enfatiza que, las coloquialmente denominadas como “ciencias duras” -las matemáticas, la física, la química, la biología-, están constituidas en relaciones causales que buscan la formulación de leyes y regularidades de los fenómenos (Ardoino, J., 1997; Reygadas Robles-Gil, R., 2013). De este modo, para el autor, estas disciplinas deberían ser nombradas como ciencias de la explicación, dado que buscan *ex-plicar* la realidad.

La palabra *explicar* está compuesta de dos partes, el prefijo *ex* que significa “fuera” o “sacar” y *plicare* del latín “pliegue”, es decir, *explicar* quiere decir “sacar del pliegue” o “desenrollar algo plegado” (Etimologías Chile, 2021). Ahora bien, Ardoino (1997) reflexiona sobre las preguntas y métodos que dirigen las ciencias de la explicación, como lo serían preguntas y objetivos encaminados a describir,

identificar o buscar variables que *expliquen* un fenómeno, que desplieguen lo que estaba plegado.

En ese sentido:

La explicación alude al método cartesiano que consiste en descomponer -es el análisis que descompone- y a reducir en tantas partículas elementales, en parcelas lo que antes era complicado y opaco. Podemos percibir también que a través de este modelo de la transparencia, desplegar, desdoblar, metafóricamente, quiere decir, asegurar la transparencia y, al mismo tiempo, poner en plano, para que yo pueda ver todo y comprender todas las dimensiones que caracterizan el problema o el objeto en cuestión (Ardoino, J., 1997, p. 9).

En otras palabras, la institución científica busca aclarar lo “opaco” de la realidad, lo “oscuro”, suponiendo que existe una verdad “oculta”... Esta tesis no tiene este propósito.

Esta investigación tiene como objetivo plegarse sobre sí misma, preguntarse sobre la realidad. Dicho de otro modo, en la visión de Thomas Kuhn, las ciencias sociales son ciencias de la *implicación*, es decir, son aquellas que hacen pliegues, que se pueden doblar sobre sí mismas (Cit. en Reygadas Robles-Gil, R., 2013).

A partir de esta reflexión, de imaginar una ciencia capaz de plegarse sobre sí misma y de reflexionar sobre qué conocimiento produce, cómo lo produce y para qué lo produce, hay un deslizamiento hacia la pregunta del “para qué”. ¿Para qué esta investigación? ¿Para qué de este conocimiento?, dicho de otro modo, se tratan de preguntas éticas y políticas (Ardoino, J., 1997). A saber, preguntas sobre el conocimiento generado a través de la investigación, esto es, ¿cuál es el lugar de la tesis en la sociedad? ¿Aporta algo? ¿Qué aporta? ¿Para quién?

En esta misma línea de preguntas, vale la pena reflexionar sobre quién investiga, de aquellos de quién se escribe, es decir, de los sujetos que forman parte de la investigación, quienes no son vistos como “objetos” de la investigación, sino los sujetos que constituyen y producen el conocimiento.

Por ello, en la presente investigación se plantean cuatro pliegues que buscan problematizar, reflexionar y preguntarse acerca de cómo se configuran los

modos de subjetividad para el trabajo en el capitalismo. Y de nuevo, no cualquier tipo de trabajo y no de cualquier sujeto, sino, del trabajo de los médicos.

Bajo estos argumentos, cada pliegue -capítulo- de la investigación, busca -problematizar cada una de las categorías necesarias para reflexionar en torno al trabajo médico. No obstante, no son categorías jerárquicas. Por el contrario, los pliegues tienen dos intenciones: las de preguntarse sobre las implicaciones de los conceptos que históricamente han *explicado* el trabajo médico y por el otro, reflexionar sobre las implicaciones ético-políticas de ello; desmarcarse de las corrientes más hegemónicas; e imaginar otras formas de abordar los fenómenos subjetivos surgidos del trabajo médico.

Para lograr esto, la tesis está compuesto por cuatro pliegues: 1) los analizadores; 2) la institución trabajo; 3) la potencia, las pasiones y los afectos; 4) la desafección.

El primer pliegue, presenta tres situaciones que cimbraron e intervinieron directamente en la reflexión y escritura de la tesis, tanto por la magnitud de los eventos como en su relación con los temas y sujetos sobre los cuales versa la investigación. A través de su análisis y problematización, se irán presentando los referentes teórico-metodológicos y posicionamientos que argumentarán el trabajo, así como el contexto particular en el que se desarrolló la presente pesquisa.

Una vez realizada esta contextualización, se desplegarán las corrientes hegemónicas que se han propuesto abordar los temas que atañen a esta tesis: los fenómenos subjetivos que produce la institución-trabajo en el sujeto. Por supuesto, desde estas corrientes no se plantean desde la mirada de la subjetividad ni del trabajo, sino, se abordan desde una perspectiva asistencial, clínica, estructural y funcional, que asumen que toda experiencia de malestar de parte del trabajador, es producida por psicopatologías individuales y/o sociales, problemas organizacionales o hasta por “falta de motivación”.

Posteriormente, se realizará una crítica pertinente de estas miradas, que terminan por la individualización y patologización de la experiencia del sujeto, desvinculando las condiciones materiales y de posibilidad que se han configurado a lo largo de la historia.

Enseguida, se procederá a plantear un nudo, que entrelaza y organiza las categorías que sostienen a esta investigación, además de explicitarse la postura frente a la elección de estas propuestas teórico-metodológicas. Después, se presentará el campo de intervención, el cual obedece al terreno a partir del cual ha construido el problema de investigación, denominado “nudo”. Para cerrar el capítulo, se problematizarán las categorías intervinientes en la investigación sobre el campo de intervención: el Hospital Universitario de Puebla de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

El segundo pliegue, la institución trabajo, busca replegar² las condiciones materiales y de posibilidad de los médicos en el hospital, establecimiento en donde convergen una serie de instituciones que significan al trabajo. Así, el trabajo es visto como una trama de relaciones sociales que no sólo tienen una “función” social, sino que éste desborda a la mera función, el trabajo nunca es solamente esto, el trabajo se convierte en una forma de organización, producción y reproducción de las relaciones sociales imaginarias y simbólicas y, por lo tanto, del sentido y/o significado que le otorgamos a la realidad social, esto es, una institución. Por lo tanto, el trabajo no es una mera actividad para satisfacer necesidad, el trabajo es aquello que configura la relación que el sujeto establece con el mundo, sus sentidos, sus significados y sus afectos.

Enseguida en el tercer capítulo, se presenta el pliegue de los *afectos*, que busca hacer un recorrido a partir de cómo se han concebido social e históricamente como concepto y/o categoría teórica, situación que deriva en diversas implicaciones ético-políticas que han llevado en ocasiones a concebirlas como “fuente de patología” o “desviaciones” que deben corregirse. De este modo, las principales intenciones del tercer pliegue son, problematizar a los afectos teóricamente, para reconocer la historia -génesis teórica- del concepto, y así poder discernir más claramente de qué se está hablando, y evitar caer en lecturas psicopatologizantes o diagnósticos salvajes de aquellas experiencias del sujeto causadas por el trabajo.

² “[...] aquello que es replegado a implicado no se desarrolla en el espacio, se desatolla esencialmente en el tiempo y la duración”. Esto es muy importante, dado que la metáfora topográfica vuelve maleable la noción de implicación (Ardoino, J., 1997, p. 10; Reygadas Robles-Gil, R., 2013).

Así como enmarcar la teoría de los afectos deleuziana para analizar y desarrollar las experiencias de los médicos en el HUP.

En el cuarto pliego, se desarrolla la propuesta conceptual de la desafección, como un proceso de exceso y negación de los afectos, como producción de las aporías del capitalismo, en donde, se le exige al sujeto seguir trabajando en situaciones límites, que en este caso, se tratan de los sujetos médicos en el Hospital Universitario de Puebla. Finalmente y a modo de cierre, se presentan las conclusiones de la presente investigación.

* * *

PRIMER PLIEGUE: LOS ANALIZADORES

Los analizadores

La escritura sobre un campo de análisis implica que las situaciones no se nos “atravesan”, sino que son partes constitutivas de la producción del conocimiento. No basta con describirlas, sino que se deben problematizar. Para ello, es menester abordarlas como *analizadores*.

El analizador es un concepto del análisis institucional y socioanálisis, que se refiere a un proceso de cuestionamiento e interrogación de la realidad, que hasta ese momento se hallaba cerrada sobre sí misma (Lapassade, G., 1979). En otras palabras, el analizador posibilita la visibilización de elementos subsumidos y negados de la institución.

Por su parte, el análisis institucional y el socioanálisis, constituyen un campo conceptual “que permiten una reflexión y conceptualización de las formas específicas que adquieren las prácticas sociales”, formando un “conjunto dinámico que permite múltiples lecturas -a veces contradictorias- de las formas sociales” (Manero Brito, R., 1991, p. 131).

Se distinguen tres tipos diferentes de analizadores: 1) el histórico, que se refiere a los grandes terremotos sociales que cuestionan la realidad dada; 2) el construido, que es propio al dispositivo de investigación y tiene una finalidad explícita; 3) y el natural, aquel que emerge bajo ciertas situaciones que terminan por resignificar los sentidos (Manero Brito, R. 1991; Lapassade, G., 1979).

En los primeros 3 años del doctorado -del 2017 al 2020-, se configuraron tres situaciones que intervinieron directamente sobre la escritura y reflexión de los problemas de investigación. Estos son: el sismo del 19 de septiembre del 2017; el paro de estudiantes de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP); el virus SARS-CoV-2.

Estos analizadores naturales, develaron una serie de condiciones históricas, políticas, económicas y éticas, que contextualizan el terreno donde tiene lugar la investigación y las condiciones mismas donde se desarrolla la construcción

del conocimiento. Condiciones que, el análisis institucional denomina como *campo de análisis*.

El campo de análisis, como aspecto macrosocial, busca recuperar en los sectores y momentos aparentemente no-políticos, la potencia y la acción de lo político sobre el *campo de intervención*, el cual es referido al aspecto microsocial, en el sentido que está delimitado en el tiempo y el lugar de la intervención sobre el terreno. En ese sentido, los analizadores están en los campos de análisis e intervención, develando desde adentro y fuera de las instituciones su realidad conflictiva y dinámica (Lourau, R., 1977).

En este caso particular, los analizadores vuelven visibles los desajustes y tensiones en la relación entre los sujetos y las instituciones de la clínica y del trabajo, que van desde las condiciones materiales y de posibilidad, hasta los efectos en la subjetividad de los trabajadores del área de la salud.

Por lo que a continuación, se presentarán los analizadores, con el objetivo de desplegar las condiciones materiales y de posibilidad del personal de salud, -en específico de los médicos-, que laboran en establecimientos hospitalarios en México.

a. El sismo

El sismo de 19 de septiembre de 2017 tuvo la coincidencia de cimbrar el mismo día y mes que el sismo histórico de 1985, el cual dejó una huella en la memoria colectiva e imaginario de los mexicanos. Sin duda, hubo muchas diferencias entre el sismo del '85 y del '17, tanto de intensidad, como en las formas de organización colectivas, las respuestas del gobierno, etc. No es mi intención analizarlas todas, sino el efecto que tuvo en los sujetos sobre los que versa la investigación: los médicos.

El sismo develó las condiciones precarias en las que trabaja el personal de salud, quienes denunciaron las condiciones que violentaban su ejercicio profesional. Desde obligarlos a ir a trabajar a hospitales que estaban sumamente dañados; la extensión de las jornadas laborales; y el desabasto de materiales para tratar a los heridos; el sismo comenzó a movilizar a algunas personas para escribir a periódicos, tomar fotos y subirlas a redes sociales.

Durante los momentos y días posteriores al sismo, se dio una cobertura mediática inusitada de las instituciones de salud. Tanto en algunos medios independientes como en las redes sociales, se exponían las situaciones alarmantes de hospitales y clínicas en las que convivían pacientes (cuidadores primarios y familiares) y personal de salud (personal administrativo, de mantenimiento, enfermeros, médicos). Sin embargo, la información oficial sostenía que la cobertura, atención y asistencia médica universal y gratuita estaban aseguradas para toda persona que los requiriese, en los principales lugares afectados por el sismo.

Por lo que, a pesar de aceptar daños en la infraestructura hospitalaria de 40 instituciones en la CDMX, la Secretaria de Salud afirmaba que “entre 97 y 98 por ciento de los servicios de salud” operaban de “manera normal” (Narro Robles, J., Arriola, M., Reyes Baeza, J., Navarrete Prida, M. y Kuri Morales, P., 13 de noviembre de 2017).

No obstante, a unos pocos días de lo ocurrido, el 22 de septiembre, una trabajadora³ del IMSS de la Clínica 27 en Tlatelolco, en la CDMX, externó una situación alarmante en los hospitales: me informó vía llamada telefónica, que se había convocado al personal administrativo de los hospitales para que se presentaran a trabajar en las instalaciones aun cuando no se contaba con los dictámenes oficiales de Protección Civil.

A través de la información brindada por la trabajadora, me di a la tarea de hacer un rastreo de los establecimientos que sufrieron daños y que mantuvieron al personal en labores “normales”:

- El Hospital de la Raza, donde se dañó gravemente el área de quirófanos del 7º al 10º piso;
- La Magdalena de las Salinas, en la que quedaron dañados tres edificios de ginecología;

³ Esta trabajadora quien me pidió permanecer en anonimato. Ella se contactó conmigo bajo la demanda explícita sobre que alguien expusiera las condiciones en las que estaban obligando a los trabajadores a realizar sus actividades. Debo señalar que cumplí con esta demanda, tanto pasando la información a periodistas locales y escribiendo un artículo sobre el tema. Sírvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. y Contreras Vizcaino, J. J. (2019). “La salud, escenario de violencia cotidiana”. En Hernández de la Rosa, E. (Coord.). *La violencia: reflexiones empíricas sobre los escenarios cotidianos* (pp. 63-76). Puebla: Universidad de Oriente.

- La Clínica 27 presentó daño estructural en dos edificios;
- La Subdelegación 6 del IMSS Piedad-Narvarte, que tenía daños estructurales en la zona de elevadores y escaleras de emergencia;
- La Subdelegación 9, Santa Anita, en la que se presentaron amenazas por abandono laboral al personal;
- Y el Hospital Regional que tuvo que cerrar; entre muchos otros, sólo en la CDMX.

A otros tantos establecimientos, sólo se les dio su “manita de gato” para la visita del presidente en turno: se ocultaron a los pacientes más graves, se cambiaron sábanas, se pintaron paredes y se remozó el yeso caído. En contraejemplo de la Clínica 27, por donde no pasó el séquito y la procesión presidencial, ni siquiera se habían quitado los vidrios rotos de las oficinas y ya se había forzado a regresar a sus labores al personal administrativo y de salud.

Por otro lado, la trabajadora me confirmó una sospecha formulada sobre la disponibilidad de materiales de curación y medicamentos. A mí me parecía sospechoso que José Narro, -el entonces Secretario de Salud-, en la declaración del 20 de septiembre, recalcará que no había escasez de medicamentos ni insumos en ninguno de los establecimientos de salud de la CDMX (Narro Robles, J., Arriola, M., Reyes Baeza, J., Navarrete Prida, M. y Kuri Morales, P., 13 de noviembre de 2017).

Debo decir que esta afirmación me pareció sumamente extraña, ya que en los últimos 10 años que he tenido acercamiento con los hospitales como investigadora y como usuaria de los servicios, nunca me ha sucedido que estén completos en insumos, al contrario, la cotidianidad consiste en una falta reiterativa de: personal, medicamentos, guantes, gasas, agujas, etcétera. Situación que me fue confirmada por la administrativa-informante de la clínica 27, quien me dijo que para el día 23 de septiembre, -4 días posteriores al sismo- ya no tenían ibuprofeno, guantes, cubre bocas, tafil ni diazepam⁴.

Además de estar frente a la situación de desabasto en los hospitales y clínicas, el personal de salud de diferentes establecimientos se encontraba

⁴ Medicamentos del cuadro básico para la atención a los pacientes.

laborando a marchas forzadas. Debido a que la gente se dejaba venir como “marabunta” a los hospitales -ahora liberados para brindar atención universal gratuita⁵-.

Poco a poco, a lo largo de las semanas y de los meses, pareció todo regresar a la “normalidad”. Se canceló el derecho universal a la salud, algunos trabajadores se acostumbraron a trabajar con los vidrios rotos y otros más, como en el caso del Hospital de San Alejandro⁶ en Puebla, fueron reubicados en otros hospitales para retomar sus labores.

Sin duda alguna, el sismo tuvo el efecto de visibilizar situaciones que, a pesar de parecer extraordinarias, en realidad, se presentaban de forma cotidiana. Como el caso del desabasto de medicamentos, la falta de mantenimiento a los establecimientos de salud, la presencia de personal de salud mínimo para atender a la población y la limitación en el acceso a la salud de la población en general.

b. El paro de la BUAP

El domingo 23 de febrero del 2020 al salir del Carnaval de Huejotzingo en Puebla, Javier, estudiante de medicina de la BUAP, junto con dos estudiantes colombianos que se encontraban de intercambio en la Universidad Popular Autónoma de Puebla y un conductor de UBER, fueron asesinados, presuntamente, por un sombrero⁷.

Aun cuando la primera movilización fue por parte de los amigos más cercanos de Javier, -en cuestión de un día-, la noticia se viralizó a toda la

⁵ En otro espacio se profundizó el análisis del analizador *sismo* y el efecto de la liberación de los servicios médicos durante el desastre. Sírvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. y Contreras Vizcaino, J. J. (2019). “La salud, escenario de violencia cotidiana”. En Hernández de la Rosa, E. (Coord.). *La violencia: reflexiones empíricas sobre los escenarios cotidianos* (pp. 63-76). Puebla: Universidad de Oriente.

⁶ El edificio quedó tan dañado que las autoridades estatales decidieron clausurar el edificio. Muchos pacientes y personal de salud de este hospital, me comentaron que la infraestructura estaba muy dañada desde antes del sismo -por falta de mantenimiento-, y que el sismo vino a definir la decisión de cerrarlo. Sin duda son especulaciones, pero no por ello menores, ya que invita a reflexionar sobre los imaginarios de las personas sobre el abandono al sector salud.

⁷ Nunca se determinó con claridad el motivo del asesinato, se presume que fue por una pelea por un sombrero. Sírvase de ver: Redacción Animal Político (24 de febrero 2020). “Asesinan en Puebla a tres estudiantes de Medicina y a un conductor de Uber”. <https://www.animalpolitico.com/2020/02/puebla-estudiantes-medicina-asesinados/>

universidad. No obstante, por la forma⁸ en que se había articulado esta organización, en horas se determinó que estuvo orquestada por Rectoría y el grupo porril⁹ de la universidad.

Bajo la indignación de la instrumentalización del caso por parte de las autoridades de la BUAP, grupos independientes de estudiantes llamaban a distanciarse del oportunismo político de parte de rectoría y a usar la muerte de los estudiantes como banderola política contra el gobierno en turno¹⁰.

A lo largo de los días, el cuerpo estudiantil se pronunció respecto a esta situación y se propuso retomar las riendas de la organización que se estaba gestando, llamando a un paro de actividades en toda la universidad, situación que no se había visto desde los tiempos “calientes” de la universidad en los ‘70s.

A partir de esta organización de estudiantes, se abrieron una variedad de demandas y discusiones¹¹ que son dignas de analizar en otro espacio y momento, sólo retomaré las consignas de los estudiantes de medicina. Además, el grueso de estudiantes, realizan sus prácticas, servicio social, internado y residencia, en el Hospital Universitario de Puebla (HUP), terreno de intervención de la investigación.

La asamblea de medicina enunció, en sus primeras demandas, el llamado de hacer justicia a través de la búsqueda y encarcelamiento de los responsables de los asesinatos. Al cabo de unos días, los presuntos responsables fueron capturados

⁸ Con los profesores y compañeros de la BUAP con quienes tuve oportunidad de hablar, me afirmaron que a lo largo de la noche del martes 25 de febrero, les llegaron mensajes por *WhatsApp* de parte de sus superiores informándoles que el día miércoles se suspenderían actividades por un llamado a “paro”. Además, se anexaba un mapa de las instalaciones de ciudad universitaria señalando las entradas y salidas que estaban autorizadas para usarse. También se dio la indicación de esperar a los alumnos en las instalaciones para salir a la “marcha”, que se les diera “permiso” e incluso invitarlos a participar en el mitin.

⁹ Grupos de choque al interior de la universidad, mejor conocidos como porros.

¹⁰ Para conocer más sobre la tónica de las tensiones entre el gobierno y la BUAP, sírvase de ver la nota de Luis Martínez (20 de febrero de 2020). “*Cuando la BUAP le dio permiso a los estudiantes de ser rebeldes*”, recuperado en: <http://mundo nuestro.mx/index.php/secciones/universidad-y-conocimiento/item/2278-cuando-la-buap-les-dio-permiso-a-los-estudiantes-de-ser-rebeldes>

¹¹ Se empezaron a visibilizar una división del movimiento en tanto sus intereses. Por un lado, el grupo de choque porril impulsado por la universidad, que hacía el llamado al regreso a clases; por el otro, los grupos de medicina que demandaban reformas al internado y al servicio social; otros, fueron dirigiendo sus propuestas hacia la situación de violencia del país, exigiendo más medidas de securitización y vigilancia; grupos que querían discutir sobre la autonomía universitaria frente a la intromisión parte del gobierno hacia la universidad autónoma; un movimiento estudiantil de mujeres que exige acciones hacia los profesores y alumnos acosadores al interior de la universidad; y otros grupos que pugnaban revisión de planes de estudios, renovación de la planta académica por vía de concursos de oposición transparentes, mejora en las instalaciones universitarias.

por la policía. Sin embargo, por irregularidades en el procedimiento de aprehensión, fueron liberados. En ese momento, el movimiento exigió la recaptura y que se siguieran los protocolos de acuerdo a la ley.

Sin embargo, a diferencia de otras asambleas, medicina tuvo la peculiaridad de posicionarse como una asamblea cerrada, donde sólo alumnos de la facultad de medicina podían ingresar y participar en ella. Esta situación particular, estaba asentada bajo el miedo de que los grupos porriles se infiltraran en las asambleas, pero también está vinculada al carácter hermético de la profesión, que aún como estudiantes, evidenció esta característica de la disciplina.

Este hermetismo de la profesión médica está asentado en la competencia clínica, una serie de saberes que le permiten al médico actuar sobre las enfermedades para curarlas. Estos saberes incluyen una serie de destrezas, técnicas y conocimientos que se van adquiriendo a través de los años de práctica empírica y de la realización de *exámenes* que evaluarán sus destrezas. Estas evaluaciones se realizarán por otros médicos que acrediten que el aprendiz ha adquirido las habilidades, técnicas y saberes necesarios para ejercer la profesión. Lo que convierte al círculo médico en una entidad cerrada, sólo permiten ser evaluados por médicos que pertenezcan al propio cúmulo de saberes de la medicina (Foucault, M., 2012). Aquí una primera resonancia con el carácter cerrado de las asambleas que obedecen al hermetismo del propio círculo médico.

Bajo estas lógicas, se establecen una serie de jerarquías que indican el grado de saberes, y por tanto, de poder que tiene un médico. Entre más arriba en el escalafón, más pericia, habilidades, saberes y técnicas tendrá el sujeto para hacerle frente a la enfermedad y la muerte. Esto los inviste de un poder legítimo¹² ante los otros médicos y estudiantes de la disciplina.

¹² El poder legítimo está articulado bajo una serie de disposiciones que direccionan a los médicos para que este cúmulo de saberes sean respetados y controlados en su ejecución. Se trataría en términos weberianos, en tipos de dominación legítima de carácter racional y carismático, dado a que descansan “en la creencia en la legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad (autoridad legal)” (Weber, M., 2002, p. 172). Este carácter está imbricado con los otros tipos de dominación, nunca se presentan como tipos puros. En el caso del carácter carismático en la clínica, nos refiere a la entrega heroica que raya en lo sacrificial de la profesión. En el capítulo 2 se profundizará sobre esta discusión.

Es así que este carácter cerrado de la disciplina, dificultó la articulación de su asamblea con otras unidades académicas (licenciaturas, posgrados), además de las discrepancias entre las demandas entre los grupos. Aunado a que la asamblea de medicina empezó a redirigir sus demandas de justicia de “atrapar a los culpables” y de “seguir correctamente los protocolos de aprehensión”, hacia demandas para que la universidad y el gobierno aumentaran las medidas de securitización¹³, dentro y fuera de la universidad.

Por si fuera poco, en las consignas de la asamblea, formularon una petición que indignó a profesores y médicos de la facultad y del HUP. Los estudiantes solicitaban una revisión a los lugares en donde se realizan el internado y el servicio social, demandando que se eliminaran las comunidades rurales e indígenas de la lista de asignación, bajo los argumentos de que, en estos lugares, no tenían las condiciones adecuadas para aprender, debido a la carencia de materiales esenciales, su lejanía y el tipo de población a la que tenían que atender.

El día que dieron a conocer el desplegado, yo me encontraba en las instalaciones del HUP en un evento sobre psicooncología, el director del hospital, al verme¹⁴, se acercó a saludarme. Lo primero que me comentó fue el “cómo veía a estos jóvenes que ya no quieren hacer servicio social en el sentido más pleno de lo *social* y del *servicio*¹⁵”. En la opinión del director, era reprochable esa clase de peticiones, pero que, al final, también era responsabilidad de los profesores quienes habían permitido la modificación de los planes de estudios, donde se habían eliminado las materias de índole comunitaria y social, las cuales eran fundamentales en la formación humana y comunitaria de los futuros médicos.

¹³ Más cámaras de seguridad, más elementos de seguridad al interior de la universidad, mayor vigilancia y control al ingreso de las instalaciones, acciones como no poder entrar a la universidad sin credencial.

¹⁴ El director del HUP era el mismo cuando realicé el trabajo de terreno de la maestría en el periodo 2015-2016. Sin duda me sorprendió que me reconociera.

¹⁵ El servicio social como forma burocratizada al interior de la universidad es sin duda, un tema digno de profundización. Para ahondar más sobre el tema, sírvase de ver: Casanova Cardiel, P. (1996). “El frente “psi” en México: notas sobre asistencia, universidad y sociedad II”. En Castillo, M. A. (1995). *3 Foro departamental de educación y comunicación 1995: psicología* (pp. 101-118). México: UAM-X, Educación y Comunicación; y Casanova Cardiel, P. (1997). “Universidad y derechos humanos”. En *Anuario de investigación 1997, Vol. II: Psicología* (pp. 223-231). México: UAM-X, Educación y Comunicación.

Sumado a estas tensiones y paradojas, se presentó una más, que determinó una fractura importante al interior del movimiento de estudiantes. Esto a raíz de que muchas mujeres demandaron que se anexaran al desplegado y a los pronunciamientos el repudio a las conductas de violencia de género y sexual de parte de los profesores hacia las alumnas.

El grueso de estudiantes -que eran varones-, rechazó la petición, considerando que el tema del acoso y la violencia no era tan importante como los asuntos del servicio social y del internado. Las alumnas de medicina decidieron separarse del movimiento de la facultad para sumarse al colectivo formado por mujeres universitarias¹⁶ que pugnaban por acciones inmediatas sobre este tema.

Con esta ruptura, se comenzó a ver cómo el movimiento de medicina levantaba el paro “activo”. Ahora con la mitad del estudiantado, -las mujeres que se anexaban a las demandas de parar el acoso-, y con las consignas que la otra mitad consideraba que ya habían sido atendidas, poco a poco, medicina regresaba a la normalidad.

En contraposición a medicina, otras facultades estaban más seguras de que el paro no se acababa hasta que no dieran solución a una infinidad de problemáticas al interior de la universidad, entre ellas, el acoso sexual y la violencia de género. Después de algunos tropiezos, amenazas, golpizas y eventos desafortunados, se comenzó a vislumbrar una organización más clara, con agenda y puntos a tratar, se vieron pausados con la llegada del virus del SARS-CoV-2 a México.

c. El virus

El virus SARS-CoV-2, puso en la congeladora a muchos de los movimientos que se gestaron a raíz del asesinato de los estudiantes de medicina. A partir de su detección oficial en territorio mexicano el 27 de febrero del 2020, que en cuestión de sólo 15 días comenzaron a implementarse una serie de medidas sanitarias decretadas por el gobierno, las cuales obligaron a la población a entrar en cuarentena preventiva hasta nuevo aviso.

¹⁶ Grupo que se conformó a lo largo de varias semanas y se consolidó bajo el nombre de “Minervas en Resistencia”

En ese sentido, la institución clínica materializó una serie de discursos sobre las prácticas de higiene, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con respecto al virus. Es decir, la clínica como institución, como el conjunto de prácticas discursivas: la función de la mirada, de interrogación, de desciframiento, de registro, de decisión que puede ejercer el sujeto del discurso médico. A través de las cuales, se regulan una serie de prácticas y saberes que están inscritos en un dominio constituido históricamente que se edifica como estatuto científico (Foucault, M., 1996; 2002; 2012).

Tal y como ya lo ha desarrollado Michel Foucault (1996; 2012) la clínica, se apropia del derecho de hacer uso de ciertos discursos de poder, como el de la salud, el cuerpo, la enfermedad, la higiene. 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., 2012; 2013).

Así, el discurso clínico, se fue materializando a través de la “Jornada de Sana Distancia”, que fue del 23 de marzo al 30 de mayo del 2020. A partir de estas fechas, se marcó claramente pautas, límites, acciones y conductas que debían aplicarse inmediatamente para minimizar el contagio y evitar el desborde del sistema de salud público y privado. Como lo señaló el subsecretario de Salud y Promoción de la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez, en la conferencia del 14 de marzo del 2020, se tuvo la intención de “administrar el riesgo” de la población frente a la amenaza del virus.

Este analizador, además de evidenciar el lugar del discurso clínico, en tanto discurso de poder, también elucidó las condiciones materiales en las que operan día con día los establecimientos de salud, tales como: la escasez de los recursos para la atención, como guantes, medicamentos, material de curación y de protección; así como condiciones de precarización del trabajo: espacios mínimos de descanso al interior del establecimiento, largas jornadas laborales, ausencia de prestaciones e irregularidades en las contrataciones del personal médico que atiende a los pacientes.

Poco a poco se comenzó a explicitar que la escasez de recursos y materiales para curación, quirúrgicos y de protección, más allá de ser resultado de la pandemia, se trataba de una cotidianidad en los establecimientos de salud (Urrutia, A. 03 de mayo 2020).

Por otro lado, el virus también visibilizó aún más las condiciones de precarización del trabajo. Además de las que ya se habían develado después del sismo del 19 de septiembre del 2017, en el caso del COVID-19, se evidenciaron las irregularidades en cuanto a la contratación.

Por ejemplo, en una de las tantas conferencias a cargo del Dr. Hugo López-Gatell, se dio a conocer que alrededor de 98,000 médicos, se encontraban prestando servicios bajo la modalidad de honorarios, lo cual implica que no están contratados por estancia alguna de donde trabajan (Conferencia de Prensa, 24 de mayo 2020).

Esta figura, conocida como “cero-ocho”, es una de las condiciones más comunes y en la que muchos médicos se encuentran trabajando en los hospitales públicos. Que, al desempeñar su profesión bajo la modalidad de honorarios, conlleva a que los trabajadores no accedan a las prestaciones de ley como seguro médico, pago de vacaciones, seguros de contagio bioinfeccioso, pago de seguro por muerte, accidente o enfermedad en el trabajo.

Asimismo, la modalidad del “cero-ocho” se trata de una figura que suele cubrir las guardias en los hospitales. Situación que se presenta a raíz de la escasez de personal en los establecimientos de salud a lo largo del territorio mexicano. Información que fue confirmada en la Conferencia de prensa de día 11 de julio del 2020, por el subsecretario de salud, al señalar que, de acuerdo con estudios de la OCDE y del Banco Mundial, en México existe “una carencia de 240,000 elementos”, que incluye a médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Ahora bien, de acuerdo con estas cifras, surge la pregunta ¿cómo funcionaban los hospitales antes del virus? En las observaciones que he realizado en otras investigaciones¹⁷ e intervenciones, he detectado que la “solución” ha sido

¹⁷ Me refiero a tres intervenciones que he tenido a lo largo de 10 años en tres hospitales distintos de la Ciudad de Puebla: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicios de los Poderes del Estado de Puebla -ISSSTEP-; el Hospital Universitario de Puebla; y el Hospital

a través de los estudiantes de medicina -practicantes-, aquellos que están realizando su internado y servicio social, como a los residentes de primer año de la especialidad, además de los médicos “cero-ocho”.

En otros espacios¹⁸ ya he abordado la dinámica del sistema de guardias, así como su papel en el disciplinamiento del *cuerpo médico*, sus elementos simbólicos e imaginarios que se condensan en las prácticas formativas y pedagógicas al interior del hospital. Al igual que los efectos nocivos que tiene el sistema de guardias en el estado de salud del personal¹⁹.

No obstante, durante la contingencia del virus, la indicación de parte de la Secretaría de Salud fue que: no se podía obligar a los estudiantes, prestadores de servicio e interinatos a asistir al hospital para trabajar. Consigna que causó risas en redes sociales de los médicos, puesto que, para ellos, era una declaración *inaplicable*. ¿Cómo se iban a quedar sin estudiantes cuando ellos se encargan del grueso de las actividades administrativas del hospital?

López-Gatell reiteró dos o tres veces en las conferencias de manera enfática, que, de ninguna manera, se les podía condicionar, sancionar u obligar a los estudiantes a asistir al hospital. A menos que el establecimiento otorgara las condiciones de seguridad y protección sanitarias para desempeñar las actividades. Situación que, por supuesto, no se cumplió. En términos “institucionales”, se decretó que no podrían ser sancionados o castigados por darse de baja, retirarse del hospital o negarse a asistir.

Empero, tras preguntarle a algunos contactos en el HUP, en el Hospital del Niño Poblano y en el Hospital General del Norte, los médicos afirmaron que todo seguía con normalidad, esto es, que los estudiantes seguían en el hospital bajo la amenaza de no liberarles horas del servicio, prácticas o internado. Aquellos que

General de Tepeaca, Puebla. Además de las pláticas e información otorgada por diversos profesionales de la salud -médicos, enfermeras, trabajadoras sociales-, de hospitales de la CDMX y otros estados del país.

¹⁸ Sírvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. (2019). “El sistema de castigos en los hospitales en México”. *Univerciencia*, núm. 52, pp. 1-14. De manera muy general, se describe la dinámica de los castigos hospitalarios, que van desde pagar un desayuno al equipo de trabajo hasta quedarse varios días consecutivos en el hospital trabajando.

¹⁹ Más adelante de la tesis, en el segundo pliegue, se profundiza sobre los efectos físico de las jornadas extenuantes y del sistema de guardias hospitalarias.

recurrieron a “ampararse” por tener comorbilidades²⁰, fueron mal vistos por el personal y no se espera que los reintegren próximamente a las actividades, lo cual implica que existe la posibilidad de no liberarles las horas.

No fue hasta el 04 de enero del 2021, con la muerte de Alejandro López Rivas, médico interno de pregrado de la UNAM que la directora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, demandó retirar en su totalidad al grueso del equipo de Médicos Internos Pasantes de Pregrado de la Facultad de todos los hospitales, dado que no existían las condiciones mínimas de seguridad para los estudiantes (Expansión política, 07 enero, 2021).

En ese sentido, el virus como analizador ha develado un sin número de problemáticas, como el hecho que los hospitales trabajan con el personal mínimo - el contratado²¹-, y que, para tratar de subsanar este déficit, los estudiantes practicantes y médicos internos de primer y segundo periodo (MIP1 y MIP2) son elementos primordiales para el funcionamiento y sostenimiento de los hospitales y clínicas de salud. Sin embargo, me gustaría concentrarme en los efectos que tuvieron la extensión de las jornadas laborales a raíz del aumento en la demanda de pacientes en los establecimientos hospitalarios.

En la cotidianidad, la jornada laboral del personal de salud se divide en el sistema de guardias ABCD. El día “A” corresponde a una jornada de 8 horas; el día “B”, a una jornada extendida de 16 horas; el día “C” a 8 horas que se le suman a la jornada de 16 horas del día anterior, dando como total una jornada de 32 horas entre los días B y C; y finalmente, el día “D”, corresponde al día de descanso.

Ahora, con el virus, las jornadas laborales que ya de por sí son extenuantes físicamente, se extendieron tanto en su duración como en intensidad. En los hospitales denominados como “Hospitales COVID”, el sistema de guardias se

²⁰ También conocida como “morbilidad asociada”, se trata de la presencia de uno o más trastornos o enfermedades concurrente, que tienen la capacidad de agravar una de las enfermedades, incrementar el riesgo de quien lo padece, o hacer más vulnerable y propenso al sujeto de adquirir nuevas enfermedades. En el caso del virus del SARS-CoV-2, las comorbilidades asociadas son: obesidad, diabetes e hipertensión.

²¹ En la conferencia de prensa del 11 de julio 2020, López-Gatell informa que hasta esa fecha, se habían contratado 50,000 trabajadores de salud, pero que estaban lejos de resarcir la escasez de personal en fechas próximas.

modificó a “guardias voluntarias²²”, es decir, el hospital le demandaba a su personal que se quedará a realizar los turnos voluntarios y continuos de 32 horas, con el fin de darse abasto con la cantidad de pacientes que ingresaban al establecimiento.

El impacto físico de las largas jornadas laborales, que ya ha sido descrito por algunos investigadores²³, una variedad de alteraciones hormonales, digestivas y cardiovasculares (Smith-Coggins, R., *et al.*, 1997; Moore-Ede, M. C. and Richardson, G. S., 1985). También se ha destacado la insuficiencia venosa crónica (IVC) debido a permanecer largas horas de pie (Astudillo, P., *et al.*, 2016; Vázquez-Hernández, I. y Acevedo-Peña, M., 2016). Y se destaca una importante disminución en la respuesta psicocognitiva y psicomotora del sujeto (Costa, G., 2015; Hamui-Sutton, L., *et al.*, 2013), lo cual implica que el personal responde más lento en comparación a alguien que no ha extendido su jornada laboral y que ha dormido 8 horas.

En el contexto de la pandemia, todas estas condiciones que ya existían, ahora no sólo se han visibilizado, sino que se han exacerbado. Además de que los efectos de estas condiciones no sólo atañen a los efectos físicos, sino también el impacto psíquico y emocional de los trabajadores de salud que día a día miran de frente a la muerte y la enfermedad.

A lo largo del 2020 circularon un sinfín de notas relacionadas al desgaste emocional que el COVID estaba representando para el personal de salud. Problemas que iban desde colapsos nerviosos, hasta suicidios. Por ejemplo, en Italia, se reportaron varios suicidios de médicos y enfermeras que se tiraron de los peñascos al salir de las jornadas laborales²⁴ (Algañaraz, J., 2020; Internacional,

²² Debo enfatizar que la voluntariedad de la guardia, está atravesado por estímulos económicos. Es decir, para aquel personal que realizaran esta actividad en las áreas “COVID”, obtendrían un “bono” económico de \$408 pesos, \$366 sin impuestos, por cada día extra de guardia.

²³ Cabe destacar que, dentro de las investigaciones sobre las condiciones del personal, hay una predilección por la elección de poblaciones de enfermería y de trabajo social, en comparación a aquellas investigaciones dedicadas a las condiciones laborales en específico de los médicos. Para profundizar sobre este punto, sírvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. (2017). *Cuerpo médico: desafección y castigo*. Tesis de maestría [No publicada]. Ciudad de México: UAM- Xochimilco.

²⁴ Daniela Trezzi de 34 años; Silvia Luchetta de 49 años. Para ver la nota completa, sírvase de ver: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/03/25/nota/7794639/coronavirus-italia-enfermeras-suicidio-medicos-religiosos-muertos> y https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-italia-enfermeras-suicidan-miles-medicos-muertos-contagiados_0_IY_-2U_iQ.html

2020). En el caso de Gran Bretaña²⁵ y México (Flores Contreras, E., 2020)²⁶ también se presentaron estas situaciones. Sin embargo, en las notas periodísticas, el énfasis está puesto sobre el *drama* que representaba el virus, pasando de largo las condiciones en las que se encontraban trabajando frente al virus.

Algunas de estas noticias atribuyen el suicidio por haber sido contagiados por los pacientes. Sin descartar que estas hayan sido razones suficientes para tomar una decisión como esta, dado que los motivos “reales” que llevan a una persona a tomar esta decisión son siempre preguntas sin respuesta, también es importante sospechar sobre los efectos que tienen las condiciones materiales²⁷ y de posibilidad en las que trabaja el personal de salud influyen en esta problemática.

Sin obstar, son justamente estas condiciones las que tienden a ser obviadas u olvidadas a la hora de abordar los diferentes efectos que éstas producen. De hecho, existe un abanico de trastornos asociados al impacto emocional realizado por el personal de salud, como el síndrome de *burnout* o desgaste laboral, la depresión, la ansiedad, el síndrome post-traumático y el *karoshi*, diagnósticos que serán explicados en los próximos apartados de este pliego.

d. El campo de análisis

Los tres analizadores nos refractan una variedad de problemáticas que podrían fácilmente quedarse como anécdotas y datos curiosos que ocurrieron a lo largo de la investigación. Sin embargo, al abordarlos como analizadores es necesario problematizarlos en tanto momentos políticos y que develan condiciones situadas en donde tiene lugar y tiempo la investigación.

²⁵ En el caso de Gran Bretaña se han reportado 300 suicidios de enfermeras en los últimos 7 años, situación que ha alertado al país y a la OMS. https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2019-04-29/enfermeras-suicidio-tragedia-reino-unido-estres_1971626/

²⁶ Sírvase de ver: “Se suicida enfermera contagiada por covid-19, en Guerrero”. Proceso. Recuperado el 01 de junio de 2020, en: <https://www.proceso.com.mx/632581/se-suicida-enfermera-contagiada-por-covid-19-en-guerrero?fbclid=IwAR3oPXt3WDPpT83QNmvKHZRkz9mxrdrL3O6cf-LKCzrsTKtbKEIBRpotu1A>

²⁷ Sírvase de ver: Urrutia, A. (03 de mayo 2020) https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/05/03/covid-19-dejo-al-descubierto-abandono-de-salud-publica-amlo-2744.html?fbclid=IwAR1sggyTX1oGrURjSN8_vB12gLK9qynD_q35OM42y16FIGENjaEalESxy-M

En primer lugar, los analizadores nos remiten a las condiciones materiales y de posibilidad del campo de intervención: el hospital, y en concreto del Hospital Universitario de Puebla, establecimiento perteneciente a la Universidad Autónoma de Puebla. Tanto con el sismo, como con el virus SARS-CoV-2, lo que se hace evidente es la precarización de las condiciones laborales, como la escasez de materiales básicos. Evidentemente, este no es un problema reciente.

Desde hace más de 40 años, con la entrada del neoliberalismo a México, se ha ido postulando que el espacio público debe reducirse lo más posible para dar pie al campo de lo privado y a sus intereses; siguiendo este anhelo, comenzó un proceso de “adelgazamiento del Estado” que se ha expresado en la privatización de una cantidad importante de instituciones públicas. La educación, la energía, la tierra, los medios de comunicación, las cárceles, los bancos, hasta la salud –sobre todo la salud-, se han transformados en espacios en los que -en pos de “mayor rendimiento” en ganancias, eficacia y eficiencia en gastos, y a fin de incentivar “la competencia”, se ha favorecido su apertura a la inversión privada, en especial extranjera (Solís de Alba, A. A. *et al.*, 2006).

Lo que ha logrado el neoliberalismo, mejor que cualquier otra postura política en el poder, es alcanzar congruencia entre dos esferas que, a menudo se pensaron separadas: la economía y la política. Aquello que nos enseña el neoliberalismo es que, ni el Estado²⁸ ni el derecho son instrumentos neutrales al servicio de quien detenta el gobierno, sino que, por el contrario, son formas de las relaciones sociales capitalistas y, como tales, sus fines están acorde con los procesos de explotación y dominio para el capital (Solís de Alba, A. A. *et al.*, 2006).

Así comenzó el sexenio de Enrique Peña Nieto (2012-2018), con el gran acuerdo político de las clases dirigentes, con el “Pacto por México” en que se planteó llevar a cabo lo que se denomina como “reformas estructurales”. El propósito, cortar y negar de la Constitución todo aquello que recordara y fuese producto de las luchas sociales previas. El artículo tercero que garantizaba la existencia de la educación pública, laica y gratuita; el artículo veintisiete que ponía

²⁸ Cabe señalar que, el Estado como tal no puede ser neutral. La teoría clásica sociológica plantearía al Estado y el derecho al servicio de la sociedad. En esa misma línea, Weber (2002) considera al Estado una asociación política que busca el poder.

al mismo nivel de importancia a las formas ejidal y comunal de la tierra con la pública y la privada; el artículo ciento veintitrés, producto de años de luchas y reivindicaciones obreras y campesinas, que veía que los patrones no podían ser pensados igual que los trabajadores y que a éstos, de alguna manera, debía garantizársele su derecho a la resistencia y a la rebeldía; entre otros.

La reforma estructural de salud que fue avanzando poco a poco y aparentemente de manera imperceptible a lo largo del sexenio de Peña Nieto, se trata en realidad de un proceso que inició desde la década de los ochenta, con el fin de promover cambios estructurales en este sector. Como parte imperante del proyecto, se han pasado por distintas modificaciones que supuestamente han intentado disminuir la “fragmentación estructural²⁹” entre los institutos de seguridad social y asistencia pública en salud. Las reestructuraciones de esta reforma, han comprendido reconocer el derecho a la protección en salud e incluir al sector privado como parte constitutiva de la misma (Uribe Gómez, M., y Abrantes Pègo, R., 2013).

A partir de este proyecto, surgió la propuesta de la “Ley Universal de Salud”, la cual sigue la tendencia de aplicar un sistema impositivo regresivo y no proporcional, con un paquete similar al Seguro Popular, que implica una cobertura médica inferior al Instituto de Mexicano del Seguro Social. El Seguro Popular, además de todas las críticas³⁰ que se le han hecho, presenta 3 problemas fundamentales: sólo es gratuito para el 20% de la población más pobre³¹, todos los demás deben pagar una prima; la cobertura médica es increíblemente limitada, ya está basada en el Catálogo Universal de Servicio de Salud (CAUSES)³²; y las

²⁹ Lo entrecomillo debido a que no sé exactamente a qué se refieran con fragmentación estructural. Si es en términos de la infraestructura (medicamentos, presupuesto, etc.), o a la desarticulación del entretejido socio-político en el que está inmersas las instituciones de salud. Lo cual implicaría que están más allá de lo “estructural”, como lo son las propias condiciones de vida. Por otro lado, también podemos pensar la fragmentación en términos de la descentralización de los establecimientos y servicios de salud o términos de organización: IMSS, ISSTES, SSa, sistemas estatales, universitarios, etc., que para la Secretaría de Salud son vistos como “subsistemas”.

³⁰ Ver: Laurell, A. C., (13 de febrero, 2012a). “El Seguro Popular, mitos y realidades”. *La jornada*. Recupera de: <https://www.jornada.com.mx/2009/02/13/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>

³¹ Habría que revisar cuál es la población más pobre. Ya que actualmente, los apoyos gubernamentales como Oportunidades, son contabilizados en los ingresos mensuales fijos, por lo que mucha gente, está por “fuera” de los deciles de pobreza.

³² No cubre las enfermedades más comunes y que son sumamente costosas. Por ejemplo, un ataque cardiaco no mortal, necesita o se recomienda un procedimiento llamado “angioplastia”, que tiene un costo de \$100,000 pesos en los hospitales más económicos.

restricciones en la afiliación de un 14.3% de personas al año (Laurell, A. C., 13 de febrero de 2012a).

De este modo, Ley Universal de Salud se presenta con la problemática de los grandes prestadores de servicios que cuentan con un mercado “garantizado” por recursos fiscales, -la salud es siempre consumible-. Además de la apertura del mercado para las aseguradoras, ya que el paquete básico deja desprovistas a las personas, por supuesto, que puedan costear un seguro (Laurell, A. C., 09 de mayo de 2012b).

Todas estas condiciones se han ido visibilizando a lo largo de los últimos años, particularmente a causa de la virulencia de los analizadores, que llegaron a poner el dedo en la llaga a los efectos de las políticas neoliberales, ya no solamente en los usuarios, sino también en el personal de salud que labora en los establecimientos de salud.

En otro orden de ideas, el analizador del paro devela una variedad de temas y problemáticas que no son exclusivas de la BUAP, como la imperiosa revisión de los planes de estudio que con la entrada de las políticas neoliberales, que ha implicado la fragmentación de los grupos en secciones para evitar la organización de los estudiantes, así como la modificación de contenido de las materias vinculadas con la contextualización, la historia, lo social, lo comunitario y de reflexión sobre la realidad. O los casos de acoso, violencia sexual y de género, que atraviesan diferentes instituciones y universidades en el país y en el mundo.

De este modo, se puede observar cómo las políticas neoliberales han penetrado diferentes esferas de la vida: en el hospital bajo la precarización de la atención a pacientes y de parte de las condiciones de los trabajadores; el desmantelamiento de proyectos comunitarios de parte de la universidad; la modificación de los planes de estudios en pos de la eficiencia y la tecnificación de la educación.

Lo anterior, nos remite necesariamente a las condiciones políticas en que se encuentra la universidad. Condiciones que impactan también en la dinámica del Hospital Universitario de Puebla. En ese sentido, los analizadores contextualizan no sólo las condiciones del terreno de investigación, tanto en la singularidad del HUP-

BUAP y de la resonancia con los establecimientos de salud del país. Además, pone sobre la mesa las tensiones que son motivo de la presente investigación: la relación que establecen los sujetos con las instituciones, así como sus efectos sobre ellos.

Sin duda, esta investigación podría versar sobre muchas aristas, como el desarrollo histórico de las políticas neoliberales que ha ido desmantelando a los establecimientos de salud; las modificaciones de la Ley General de Salud que ha dejado sin parque a usuarios y trabajadores de estas instancias; por mencionar algunas posibles derivas.

Sin embargo, mi interés está enclavado sobre la singular relación que establecemos los sujetos con las instituciones, particularmente con la del trabajo. Es decir, si las condiciones materiales y de posibilidad son tan miserables y problemáticas como se presentan, ¿por qué seguimos trabajando? ¿Qué es lo que nos *provoca* seguir trabajando?

Antes de abordar estas preguntas, habrá que señalar puntualmente aquellos abordajes que se han dedicado a explicar las experiencias “desagradables”, de malestar o sufrimiento, que tienen lugar en el trabajo, pero que evitan explicitar, es decir, no es el trabajo el que produce estos efectos.

Por ello, la imperiosa necesidad de presentar estas posturas tiene como objetivos, por un lado, desmarcarse de dichas posturas y, por el otro, analizar las implicaciones que éstas tienen. Así como los efectos que han derivado de dichos estudios.

e. Las desviaciones, anormalidades y psicopatologías del trabajo

El síndrome de *burnout* aparece por primera vez como una patología psiquiátrica en 1974. Herbert Freudenberger usó el término síndrome de *burnout* o de desgaste profesional, para explicar un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales que aquejaban a trabajadores, quienes presentaban cansancio extremo, causado por la demanda de las largas horas de trabajo (Gastal de Castro, F. y Zanelli, J. C., 2007; Silva de los Ríos, M. C., 2016).

El desgaste profesional o estar “quemado” por el trabajo, presenta tres dimensiones centrales: “el agotamiento emocional, la despersonalización, también

conocida como cinismo o desapego emocional, y la sensación de falta de eficacia o logro en el trabajo” (Silva de los Ríos, M. C., 2016, p. 15). En los últimos años, la incidencia y prevalencia de este síndrome ha ido en aumento rápidamente, concentrándose principalmente en la población del sector salud: médicos, enfermeras, trabajo social y psicología (OMS, 2019; Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M., 2001; Maslach, C. & Leiter, M, 1997).

Además de este síndrome, el *karoshi*, o la muerte súbita por exceso de trabajo, es un problema que ha ido en aumento en Japón -principalmente-, pero que ha ido expandiéndose a lo largo del globo, en los países más industrializados.

De acuerdo al Ministerio del Trabajo en Japón, desde 1987, fecha oficial de su aparición o al menos de su registro, hasta el 2015 se han contabilizado alrededor de 2,310 fallecimientos confirmados relacionados al exceso de trabajo, pero se sospecha que la cifra real rebasa los 10,000 casos (BBC, 2016; 2017).

Al principio de su aparición, se dudaba que estuviese vinculado directamente con el “exceso de trabajo”, y se pensaba que eran más bien una serie de factores como problemas de salud no diagnosticados, riesgos individuales o contingencias inexplicables. Sin embargo, a partir de diferentes estudios sobre el fenómeno, se llegó a la conclusión que estaba vinculado a las jornadas de 15 horas diarias de trabajo y las 4 horas o más, de traslados entre el hogar y la oficina; jornadas que rebasaban las 80 horas laborales a la semana; y en algunos casos, más de 100 horas extras al mes, aunado a la falta de descanso o de periodos de ocio (Iwasaki K., Takahashi M., & Nakata A., 2006).

Estas muertes, se presentan como ataques cardíacos aun cuando no hay antecedentes familiares ni de prevalencia de síntomas o condiciones que promuevan dicha enfermedad; accidentes cardiovasculares y derrames cerebrales (do Carmo Cruz Robazzi, M. L. *et al.*, 2010; Silva de los Ríos, M. C., 2016).

Tal vez los lectores se pregunten intrigados/as ¿por qué habrían de trabajar tanto como para caer desplomados? Probablemente lo podamos entender bajo el contexto de la pandemia, pero recordemos que estas condiciones ya estaban presentes desde mucho antes del virus.

Por ello es importante revisar la explicación desde el marco conceptual de la sociología del trabajo y la psicología organizacional, disciplinas que se han dedicado al tratamiento de estas patologías. Estas nos dicen que:

[...] los cambios en el entorno socio-económico y en el mercado laboral han causado un crecimiento significativo del sector de servicios, así como la creación de nuevas formas de trabajo. Estos nuevos modelos laborales se identifican con la necesidad de trabajar más tiempo en contacto con los clientes, por lo que, la implicación emocional de los individuos se intensifica (López Carballeira, A., 2017, p. 3).

Desde esta mirada, pareciera que es inevitable trabajar hasta colapsar. Empero, estos mismos enfoques nos ofrecen una solución: hay que trabajar sobre nosotros mismos, nuestras herramientas personales, emocionales, psíquicas, físicas y sociales. Es así que las psicologías de las organizaciones se proponen enseñarnos a desarrollar más holísticamente nuestras herramientas personales, para poder ser más asertivos, resilientes y proactivos en nuestros trabajos, y así, poder transformar los obstáculos en oportunidades.

Es bajo este contexto que han surgido una serie de propuestas que están enfocadas a promover el compromiso del trabajador con la empresa, la motivación, el *couching*³³, el *mindfulness*³⁴ o el *focusing*³⁵.

Estas líneas de investigación y de intervención en el trabajo, se han convertido en una de las más exitosas y rentables, ya que han aparecido un mar de trabajos que en apariencia confirman³⁶, que el *burnout* y el *karoshi* se tratan de

³³ Técnica de moda basada en el “entrenamiento” mental para superar adversidades. Ésta no es reconocida como parte de la disciplina psicológica de acuerdo a diferentes instancias internacionales como la *American Psychological Association* (Jarne Esparcia, A. *et al.*, 2012), ni por la Sociedad Mexicana de Psicología A. C. ni por el Colegio Nacional de Psicólogos A.C.; pero que se ha popularizado a través de las áreas organizacionales y educativas. Recuperado en: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/recognized>

³⁴ Técnica de atención plena o consciente, que emula los estados de meditación y relajación a través de la respiración y concentración. Al igual que la técnica anterior, ha ganado popularidad en los último 5 años en los ámbitos educativos y laborales, aunque tampoco está reconocida como parte de la disciplina psicológica. Recuperado en: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/recognized>

³⁵ Técnica psicoterapéutica de la corriente humanista, dirigida “al cambio psicológico entiendo como un proceso de encontrar y de seguir su experiencia sentida interna” Burgos Gil, G. (16 de enero, 2019). Recuperado el 08/09/2019 en <https://www.saludterapia.com/glosario/d/125-focusing.html>. No obstante, como muchas de las nuevas técnicas psicológicas, existe muy poco sustento teórico-metodológico al respecto.

³⁶ Sólo en la Universidad Nacional Autónoma de México tenemos un total de 360 tesis de diferentes licenciaturas, maestrías y doctorados sobre el síndrome de *Burnout*. Todos los estudios, sin

problemas individuales que presentamos los trabajadores en nuestro entorno laboral.

Sobre ello, María Cristina Silva de los Ríos (2016) señala, que tanto el *burnout* y el *karoshi* se han estudiado desde los enfoques de la salud ocupacional-laboral y de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo. De los cuales se destacan, como sus principales modelos teóricos: la demanda-control-apoyo social de Robert Karasek y el modelo de esfuerzo-recompensa de Johannes Sigerist.

Desde estas corrientes, se han buscado establecer e identificar aquellos factores de riesgo que intervienen en la aparición de sintomatologías y patologías relacionados al trabajo. Como el caso del estrés laboral y las enfermedades vinculadas a éste (Silva de los Ríos, M. C., 2016).

Ahora bien, estos enfoques pertenecen a una larga línea de las corrientes estructural-funcionalistas que, a lo largo de las décadas, han ido actualizándose y mutando de acuerdo a las necesidades de las organizaciones para mantener a su personal trabajando de una u otra manera; y es más, se sofistican los dispositivos e instituciones para producir subjetividades que colaboren activamente en su explotación (Laval, C. y Dardot, P., 2013).

Desde estas miradas, el trabajo es visto como un hecho natural, implicando que éste no es el problema, sino más bien se trata de un problema en la estructura o de la función del trabajo. En otras palabras, de la ejecución y la forma en que está dividida la actividad o la tarea.

En ese sentido, el problema recae en la *división del trabajo social*, donde los individuos deben colaborar en la sociedad como engranes y piezas de una maquinaria social organizada.

Este entendimiento del trabajo, lo podemos ubicar en el pensamiento de Saint-Simon (1960), donde la sociedad era vista como una maquinaria natural, cuya forma es evolutiva. Lo cual implica que, con el paso del tiempo, la sociedad “evoluciona” en etapas superiores, por lo que las formas de organización se vuelven más complejas.

excepción, enfocados en la incidencia, prevalencia y posibles soluciones (desde el mismo enfoque) del fenómeno. La búsqueda se realizó el día 04/07/2019.

Inspirado por el pensamiento saint-simoniano y de Augusto Comte³⁷, Émile Durkheim (2001) configuró una concepción de la sociedad y del cambio social basado en la denominada *solidaridad orgánica*, la cual podía garantizar el orden social solidario entre clases, estratos y grupos sociales en la Francia del siglo XIX.

De este modo:

Durkheim postula una condición original de solidaridad basada en sentimientos colectivos, la *conscience collective*, que en francés tiene al mismo tiempo la connotación de un conocimiento común y de una conciencia común. Los sentimientos colectivos están grabados, con bastante intensidad, en todas las conciencias individuales (Zeitlin, 2006, p. 275).

Es así que para Durkheim, la solidaridad social está siempre articulada en la conciencia colectiva, en tanto conciencias asociadas deben estar “combinadas de cierta manera; de esta combinación resulta la vida social y, por consiguiente, dicha combinación es la que explica” ciertas formas de organización y no otras (Durkheim, É., 2001, p. 156). Según estas combinaciones, las tendencias, necesidades y deseos de “los hombres” intervendrán sobre “la forma activa en la evolución social”. En ese sentido, la división del trabajo, se irá adecuando a las necesidades de la sociedad, con el fin de “que el hombre pueda mantenerse en las nuevas condiciones de existencia en que se encuentra situado a medida que avanza en la historia” (Durkheim, É., 2001, p. 144).

No obstante, bajo las influencias del pensamiento saint-simoniano, Durkheim plantea³⁸ que, la subsistencia de clases y estratos sociales, debía distribuirse en los más *naturalmente capaces*, esto es, la solidaridad orgánica. Ésta responde a una disposición de los órganos de los seres vivientes en la sociedad. Así, la división del trabajo social, en la visión durkhemiana, se trata de una distribución coordinada de acuerdo a *capacidades heredadas, naturales* (Durkheim, É., 1987, p. 87 ss).

³⁷ Aun cuando Durkheim se muestra crítico con respecto a su maestro a lo largo de las *Reglas del Método Sociológico*, sin duda alguna, su pensamiento está enclavado en la filosofía positivista, término “explícitamente polémico y pretendía ser un arma ideológica capaz de combatir el legado filosófico del Iluminismo y la Revolución” (Zeitlin, I., 2006, p. 85). El objetivo de esta corriente estaba encaminado en la instauración del orden social a través de la asunción de la razón y la ciencia.

³⁸ Evidentemente existen otras lecturas e interpretaciones sobre el pensamiento durkhemiano, no me interesa debatir sobre ellas, sino de presentar aquellas ideas que fueron retomadas por la psicología, para medir, diferenciar y estandarizar las cualidades y características de los sujetos para determinar si eran o no capaces para el trabajo o la escuela.

De este modo, cuando el trabajo causa malestar, sin duda se debe a una serie de patologías producidas por desviaciones del trabajo social en relación con las capacidades naturales heredadas del individuo. De este modo, la primera patología del trabajo, estaría determinada cuando la división del trabajo no da como resultado la solidaridad la sociedad. Y la segunda forma patológica, se trata de la *división forzada del trabajo*, la cual, produce dolor y sufrimiento como resultado de la inadecuación de la disposición hereditaria del individuo frente a la actividad asignada. Dicho de otro modo, el sujeto no tiene la capacidad para realizar la tarea (Durkheim, É., 1987).

Bajo este contexto, se configura la tarea del sociólogo: descubrir a través del método científico, aquellas desviaciones que producen la anormalidad con el fin de corregirlas (Durkheim, É., 1987).

A la par de los estudios de la sociología durkhemiana, desde la psicología - con los estudios de Binet-, surge la apremiante necesidad de construir métodos del estudio de “las diferencias individuales en las capacidades sensoriomotrices y mentales”. Con ello, se inician los proyectos de selección de personal “capacitado” para el estudio y el trabajo (Aiken, L., 1996; Brown, F. 2000).

Así, desde finales de siglo XIX y principios del XX, los estudios sobre el trabajo estarán basados en corregir las desviaciones, anomalías y patologías del trabajo. Todas ellas, producto de la inadecuación del individuo en la estructura de la organización o a causa de una disfunción de la misma.

En consecuencia, los estudios sobre el trabajo, se dedicaron a *mejorar la estructura* y la función de la organización, esto es, cómo hacerla más eficiente, cómo evitar accidentes de los trabajadores, cómo tener más ganancias, cómo producir más con menos.

Los estudios y la aplicación de métodos científicos para el estudio de la relación del obrero con las técnicas modernas de producción industrial, con el objetivo de maximizar la eficiencia de la mano de obra, de las máquinas y herramientas. La división sistemática de las tareas, la organización del trabajo en secuencias y procesos, cronometrages de operaciones, sistemas de motivación a

través del pago de primas de rendimiento y la supresión de toda improvisación de parte del personal.

En apariencia³⁹, se estudiaba “todo” lo relacionado al trabajo y la organización, desde cómo está organizada la actividad, en tanto las condiciones físicas y materiales de la industria, los materiales que se deben utilizar y cuáles no. El funcionamiento de la organización, cómo debe estar estructurada en términos de departamentos, especialidades, tareas, objetivos, personal capacitado para ejecutar los procedimientos que garanticen eficiencia. Y finalmente, cómo separar, identificar y definir los procesos adecuados para el desarrollo exitoso de la actividad laboral.

Para lograr todo esto, los especialistas como Frederick Taylor (1911), Henri Fayol (1917), Elton Mayo (1925), Ransom Olds (1901) y otros, desarrollarán una amplia gama de teorías y metodologías que se ocuparán principalmente de cómo hacer más eficiente el trabajo. Poder identificar adecuadamente a las personas con capacidades específicas para determinada tarea (selección de personal); quién puede ser jefe, quién será obrero (perfiles); quién puede ser líder; quién “nació” para seguir indicaciones. Y también el arte de la generación de manuales y procedimientos, cómo formular las tareas adecuadas, cómo ejecutarlas, cómo plantear metas, objetivos; en cuánto tiempo.

De esta forma, se empieza a clarificar el escenario, si el trabajo no funciona o genera malestar, debe ser porque la estructura, la función o el proceso es incorrecto, bastará hacer un diagnóstico para corregir el curso. La sociología y la psicología de las organizaciones, responderán como una ortopedia social. Todo proceso se puede optimizar, toda función puede ser más eficiente, toda estructura es perfeccionable. Los errores humanos se convierten en una falla del sistema, en un malentendido de la tarea, en un problema de capacitación. El malestar en el trabajo se ha convertido en fallas de la *matrix*.

³⁹ Enfatizo el “en apariencia”, debido a que la tradición funcional-estructuralista ha estudiado al trabajo en términos de -como su nombre lo dice- estructura y función. Lo que nunca pone en duda es al trabajo en sí mismo como categoría teórica.

Aquí no habrá lugar para quejas, malestares o neurosis. A la psicología y a la sociología organizacional⁴⁰, no les interesará hacer una crítica al trabajo o cuestionarlo, por el contrario, se encargarán de evitar el conflicto y motivar a sus trabajadores por medio de las técnicas de moda. No es infelicidad, es un problema de falta de identidad con la empresa, o de motivación, de compromiso, o tal vez el jefe no es un buen líder. No vayamos a pensar que se trata del trabajo, no, eso nunca.

De la mano a esta larga tradición de la naturalización del trabajo, la institución psiquiátrica y de ciertas psicologías, se dedicarán a construir una serie de diagnósticos que confirmen que el problema no es el trabajo, sino el individuo. Ya sea a causa de desequilibrios neuroquímicos, lesiones, trastornos nerviosos, neurosis o de una larga lista de diagnósticos, el acento se pone siempre en las características internas del individuo.

En ese sentido, los “nuevos” diagnósticos, como el *burnout* y el *karoshi*, obedecen a una tendencia a psicopatologizar, reducir, ahistorizar y descontextualizar los fenómenos subjetivos y el carácter sociohistórico del sujeto. Como efecto de esta configuración, las medidas que se han tomado desde su aparición, ha sido la detección oportuna de la sintomatología del trastorno, síndrome o enfermedad que se esté presentando. Lo cual ha llevado a que se continúe con investigaciones desde los modelos médicos y clínicos que, en lugar de problematizar las causales de la etiología de estas sintomatologías, se ha terminado por naturalizar la existencia de dichos padecimientos (Laval, C. y Dardot, P., 2013).

Lo anterior ha condicionado el tipo de atención para afrontar estas “patologías” vinculadas al trabajo, las cuales han estado dirigidas hacia la atención y promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad desde los modelos clínicos (como la salud o medicina laboral), de la sociología del riesgo y de la

⁴⁰ Y por lo tanto, estas disciplinas son parte de los dispositivos que buscan la producción de subjetividades para el trabajo, aquellas dirigidas a convertirse en “ser empresarios de sí” (Laval, C. y Dardot, P., 2013).

psicología organizacional (como las propuestas e implementación de la norma NOM-035-STPS-2018⁴¹).

El efecto de esta intervención es paradójico, ya que en la medida que se confirma su incremento, las instancias internacionales, estatales y privadas, se ven obligadas a invertir más en la atención de estas sintomatologías y generar más investigación para atenderlas. Como efecto, estos estudios se confirman a sí mismos y terminan detectando y determinando, un incremento de los índices de depresión y de trastornos de ansiedad en las personas (Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T., 2020). Es decir, con cada investigación, se confirma que es un problema en aumento y se “descubren” más síntomas y más enfermedades asociadas. Terminando por articularse armoniosamente con los engranajes capitalistas (Laval, C. y Dardot, P., 2013).

Ejemplo de ello, es innegable el aumento escandaloso de los índices de depresión y de suicidios en el mundo en los últimos años (OMS, 2019). Sin embargo, también se han diversificado el abanico de diagnósticos. Ya no solamente se tratan de fenómenos depresivos en lo “general”, sino que se les han sumado una serie de apellidos: depresión estacional; trastorno depresivo persistente; trastorno depresivo mayor; y hasta trastorno disfórico premenstrual...

En lo general, todos ellos apuntan a la disminución del interés o placer en todas o en casi todas las actividades del día a día; aumento o disminución del peso y/o del apetito; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o “inapropiada”; capacidad disminuida para pensar o concentrarse... Síntomas⁴² que podrían reflejar la realidad cotidiana de cualquier persona que vive en el capitalismo.

En ese sentido, actualmente hay una pugna en el mundo médico para que el síndrome de *burnout* sea promovido a enfermedad crónica, lo cual implicaría una serie de medidas internacionales y la modificación de las políticas públicas para la detección y atención de esta terrible “enfermedad” (Forbes, 28 de mayo de 2019).

⁴¹ Norma encargada de la identificación, análisis y prevención de factores psicosociales que afecten y pongan en riesgo al trabajador (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 23 de octubre de 2018).

⁴² Información recuperada del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Versión para profesionales (Morrison, 2015). Recuperado en: www.msmanual.com

Sin obstar, la Organización Mundial de la Salud ha recalcado que el “agotamiento” continuará siendo -al menos por el momento- un fenómeno ocupacional, que, aunque requiere de atención médica y psicológica, no puede ser considerada una condición médica en sí misma (Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T., 2020).

Por lo tanto, todos los esfuerzos se han dirigido hacia los quehaceres de las políticas públicas, que ha redundado en la implementación de talleres para la mitigación del impacto de esta ola de enfermedades que crece alarmantemente en los países más industrializados. La principal tarea: el incremento del presupuesto para la atención en salud mental y de salud pública: la depresión ahora es el principal problema de salud global (Calderón Narváez, G., 1981; Berenzon, S., *et al.*, 2012; OMS, 2019).

Sin embargo, este tipo de políticas deben ser analizadas más a fondo, en el sentido de preguntarse hasta qué punto se tratan de medidas asistenciales o de un intento de “limitación” de la explotación del trabajador.

El carácter asistencial atraviesa la historia de las disciplinas que intentan responder a estas problemáticas: la sociología y la psicología. Este carácter asistencial se ha articulado a través de significaciones en torno al bienestar, la universalidad de los derechos sociales, la distinción entre lo público y lo privado, y la constitución de los órdenes jurídico-institucionales (Guadarrama, G., 2001).

De acuerdo con Gloria Guadarrama:

La asistencia se configura como un derecho en la medida que implica la posibilidad de contar con las capacidades necesarias para ejercer plenamente la ciudadanía social. Como política pública, la asistencia conserva la intrínseca intención de ayudar a quienes lo necesitan, siendo asumida por el Estado entre las responsabilidades que la sociedad le confiere en la búsqueda de mayor bienestar. Las políticas asistenciales son parte esencial de la política social más general y condensan la intervención del Estado dirigida a brindar ayuda y protección social a los desposeídos (Guadarrama, G., 2001, p. 24).

En esta definición, se condensa una problemática esencial en la institución asistencial: el papel del Estado como forma reguladora de lo social y el papel de la sociedad civil en torno a ello. Temas amplios de la filosofía del derecho y de la sociología, así como relación con la caridad, ambos temas que no abordaré en este espacio.

Lo que quiero destacar es que, se olvida mencionar es que la asistencia, por un lado, contribuye “a generar e incrementar el número de pobres y marginados, por otro, ayudaban a algunos a sobrevivir” (Casanova cit. en Reygadas Robles-Gil, R., 2006, p. 3). “El Estado-providencia ha desempeñado un papel bien ambiguo, ayudando al reemplazo de las estructuras comunitarias por las «ventanillas» de prestaciones sociales” (Laval, C. y Dardot, P., 2013, p. 353). Con ello, la institución asistencial se convierte en una aporía del capitalismo. Por un lado, en la medida que orienta la atención de la producción de diagnósticos como fenómenos individuales, evita hacerse cargo de las condiciones materiales en las que trabaja el sujeto. Por el otro, con el incremento masivo de diagnósticos, las instancias internacionales demandan hacerse cargo de alguna forma del problema, sin admitir que sea de índole social. En otras palabras, el capitalismo termina regulando la explotación del trabajador, en tanto se generan políticas públicas que intentan contener el problema que éstas mismas producen, y que vendría siendo la base del fenómeno del asistencialismo.

No obstante, muchas de estas discusiones sobre la asistencia -que son en sí mismas hegemónicas-, terminan por acotarse en dos vertientes: de la seguridad social y la asistencia (Guadarrama, G., 2001). Desde estas perspectivas, -lamentablemente- la seguridad social se concibe en términos de “beneficios sociales”, -como la protección al salario y al trabajador-. Y la asistencia social se trata de un “fideicomiso dirigido a la ayuda del grupo”. Con estos deslizamientos, se termina por anular y soterrar los derechos laborales y la larga lucha social que está detrás de estos “supuestos” beneficios.

En la misma línea de Christian Laval y Pierre Dardot (2013, pp. 352-353) quienes enfatizan que:

[...] desde el punto de vista «vivir en la incertidumbre» se presenta como un «estado natural», las cosas adquieren un aspecto completamente distinto sobre el terreno cuando se examinan prácticas efectivas. Cuando se habla de «sociedades del riesgo», hay que ver bien qué se quiere decir. El Estado social ha tratado en forma de seguridad social obligatoria cierto número de riesgos profesionales ligados a la condición de asalariado. Ahora la producción y la gestión de los riesgos obedecen a una lógica muy distinta. Se trata, en realidad, de una fabricación social y política de riesgos individualizados, de tal manera que pueden ser gestionados, no por el Estado social, sino por esas empresas, cada vez más numerosas y poderosas, que

ponen servicios estrictamente individuales de «gestión de riesgos» [...] Al igual que se produce el sujeto de riesgo, se produce el sujeto de la seguridad privada.

Por ello, ninguna de las propuestas atravesadas por el asistencialismo se convierten en alternativas para abordar el problema del trabajo del personal de salud en la institución clínica. Dadas las implicaciones políticas que conllevan éstas, como la patologización de las experiencias del sujeto; la ahistorización y atomización de las problemáticas que son, sin duda, sociohistóricas.

Como ya lo ha señalado Horacio Foladori y Patricia Guerrero (2017), que el *burnout*, el clima laboral y la gestión (el *management*), en realidad obedecen a un marco explicativo muy puntual que ha tenido por tendencia ocultar al sistema de explotación capitalista.

En ese sentido, la producción científica ha creado un sin número de eufemismos para llamarle a la explotación o a la precarización de la vida y el trabajo, -como sería el caso del síndrome de *burnout*-, que, al fin y al cabo, terminan por individualizar las problemáticas sociales. De este modo, se han descartado los asuntos referentes a la subjetividad y al trabajador, así como sus efectos en sí mismos y en sus círculos cercanos (Foladori, H. y Guerrero, P., 2017).

Como efecto de ello, la respuesta de la política pública e institucional, se ha soportado en una diferente colección de diagnósticos que son meramente descriptivos y siguen sin dar cuenta de los motivos que llevan a las personas a estos estados. De igual forma, los autores denuncian la reiteración de la creación de talleres de “autoayuda” y, ahora, la incorporación de una serie de pseudo-técnicas que buscan la mitigación de síntomas de los trabajadores (Foladori, H., 2006; 2017; Laval, C. y Dardot, P., 2013).

Por el contrario, los estudios realizados por Vincent de Gaulejac (2017), Christophe Dejours (2015; 2017), Fernando Gastal de Castro (2007; 2017), Magdalena Garcés Ojeda (2017; 2020), Gregorio Baremlitt (1988; 2017), Miguel Matrajt (1991; 2017), Gonzalo Miranda Hiriart (2014; 2017), Elina Aguiar (2015), María Cristina Silva de los Ríos (2016), se han dedicado a la problematización y estudio del malestar en el trabajo, que buscan comprender la relación entre el sufrimiento psíquico, la producción de subjetividad y el trabajo.

Todas ellas investigaciones provenientes del análisis institucional, el socioanálisis, el psicoanálisis, la sociología crítica, la psicología social de grupos y de la psicosociología, que abordan una amplia gama de problemáticas, desde miradas que problematizan experiencia cotidiana en el trabajo, la sublimación entre el sufrimiento y el placer en éste; hasta de la producción del sentido en el trabajo contemporáneo; y los dilemas éticos y el desgaste profesional.

Desde estas perspectivas, se investigan “las transformaciones del mundo del trabajo y los efectos que estas tienen en la construcción de la subjetividad, identidad, en la narración de las trayectorias laborales, y también en la producción de salud o sufrimiento” (Silva de los Ríos, M. C., 2016, p. 7).

Sin embargo, toda esta tradición de estudios recopilados tiene un problema: aun cuando el trabajo no se considera un fenómeno natural de la sociedad y se ubica en el capitalismo, no se explicita cómo se imbrica el trabajo, con los efectos que produce en el sujeto. Es decir, ¿por qué el trabajo produce malestar?, y peor aún, ¿por qué si el trabajo pareciera ser la fuente de los males, seguimos trabajando? ¿Cuál es la relación del trabajo con el malestar y la subjetividad? ¿Por qué nos seguimos levantando a trabajar a pesar de las condiciones que nos ofrece?

* * *

El nudo de la investigación

El trabajo es una actividad humana que ha organizado y configurado las relaciones sociales, las cuales construyen y le dan forma a la percepción del mundo, tanto al interno como al externo. En ese sentido, se concibe al trabajo como una relación social e histórica, que está enmarcada y configurada en un sistema particular, el capitalista.

Desde la lectura de Marx (2013), el trabajo en el capitalismo supone una expropiación entre el sujeto y la posibilidad de poseer los propios medios de subsistencia (y de producción). Asimismo, se establece una relación de interdependencia entre un poseedor de los medios de subsistencia-producción y un sujeto que los trabaje (fuerza de trabajo). No es una relación simétrica, sino una de explotación.

Las interrogantes anteriores se enmarcan bajo la discusión sobre la *forma* particular que adquiere el trabajo en el capitalismo. Forma en el sentido de formación social e histórica, es decir, que todas las formaciones sociales son históricas y son expresión de las relaciones sociales, en tanto se basan en el trabajo asalariado (Rubín, I. I., 1974; Pashukanis, E. B., 1976). Así, el trabajo existe bajo la forma históricamente particular del capitalismo, que por un lado manifiesta o presenta sólo una de sus dos caras que lo conforman: el trabajo abstracto⁴³. De este modo, el trabajo abstracto niega la particularidad del trabajo concreto. El trabajo concreto existe en la forma negada o invisibilizada del trabajo abstracto.

Por lo que Marx supone que toda forma del trabajo en el capitalismo contiene un carácter bifacético (concreto y abstracto) y, por lo tanto, todas las formas sociales del capitalismo se derivan de éste (Rubín, I. I., 1974; Pashukanis, E. B., 1976).

En ese sentido, implica que el trabajo como forma del capitalismo, no se trata de una actividad natural y eterna en la historia de la sociedad, sino que se ha ido configurando de esta manera. Sin entrar a la discusión sobre por qué ha tomado esta *forma* y no otra, lo que me interesa destacar, que el trabajo en tanto actividad social, requiere de una serie de presupuestos para poder efectuarse, como el hecho, que el trabajo requiere de la energía del sujeto.

Partamos del primer problema, ¿de dónde proviene esta energía? ¿Y cómo llamarla? Gilles Deleuze (1978; 1996) elaboró una serie de propuestas para abordar esta problemática basándose en la teoría de los afectos de Baruch Spinoza, señalando que, los afectos, nos permiten experimentar y ligarnos con la realidad.

Desde esta propuesta, los afectos se entienden como una línea melódica que aumenta o disminuye la *vis existendi*, esto es, la energía que moviliza al sujeto a realizar actividades y a estar en el mundo. A partir de este planteamiento, Deleuze

⁴³ Por ejemplo, el carpintero que hace una mesa, que produce un objeto de uso cotidiano, en su quehacer de carpintero, en sus horas de actividad, construye una mesa, esto es el trabajo concreto. La mesa en sí misma puede ser significada por su creador como útil o necesaria para hacer su vida más práctica. Tiene un valor de uso que es producido social e históricamente. Pero cuando lleva su mesa a un mercado, esta mesa, debe traducir en un precio: el valor de cambio. En este momento se abstrae la actividad concreta del trabajo del carpintero para su intercambio. Cuando una tercera persona compre la mesa, la relación que establecerán el carpintero y el comprador estará mediada por el proceso de abstracción.

desarrollará una teoría de los afectos que busca dar cuenta de la relación que establece el sujeto con el mundo, y cómo, para ello, requiere de energía, de una potencia que no sólo lo movilice, sino que signifique sus experiencias, es decir, que le den sentido.

Ahora bien, desde este planteamiento, los afectos por sí mismos no son buenos o malos en el sentido moral. Sino que estarán valorados social e históricamente, de acuerdo a si aumentan o disminuyen la potencia -afecto- del sujeto, para moverse y significar el mundo.

Los afectos aumentarán o disminuirán la potencia dependiendo del tipo de “encuentros” que tenga con la realidad. Los encuentros se referirán a las experiencias que son significadas por los sujetos, aquellos encuentros que aumenten la potencia, son concebidos y significados por el sujeto como un “buen encuentro”, aquellas que disminuyan su potencia serán significados como “malos encuentros” (Deleuze, G, 1978).

Para hacer esta operación, son necesarios una serie de dispositivos e instituciones que se encarguen no sólo de dirigir, encauzar, bloquear la energía, sino de significarla, cargarla de ciertos sentidos y no otros. Por ejemplo, darle una denotación “buena” que permita aumentar la potencia del sujeto.

Así, al aumentar la potencia, el sujeto se siente bien anímicamente, encuentra sentido a su hacer, la realidad tiene sentido. Por el contrario, cuando disminuye la potencia, el sujeto no tiene energía para hacer las actividades básicas, se siente “triste”, esa actividad no tiene sentido para él.

En ese sentido, el trabajo no es la excepción, se trata de un objeto social e históricamente valorado como deseable, que organiza y produce relaciones sociales particulares entre los sujetos; que requiere de su potencia y de sus afectos para ser efectuado, pero también para darle sentido.

Por ello, no es ninguna sorpresa que el sujeto destine buena parte de su potencia para trabajar. Sin embargo, el trabajo asalariado, siempre implica trabajar para *otro*, trabajar para el dueño de los medios de producción. Marx señalará que esto es no sólo un problema, sino el corazón mismo del capitalismo. En torno a esta

condición, se organizarán las relaciones sociales, y en ellas, las formas de relacionarnos con la realidad.

Por lo que, aun cuando el trabajo sea un objeto socialmente valorado y que busque “aumentar la potencia del sujeto”, en la realidad ocurren cosas diferentes. Las condiciones materiales y sociales en las que se realiza el trabajo, implican que demanda la potencia del sujeto en lugar de aumentar, ésta disminuya. Asimismo, el trabajo en el capital siempre se trata de un trabajo expoliado, explotado. Por lo que tenemos a un trabajador que no disfruta de su trabajo, no le representa ningún sentido para él. El trabajo se convierte en una sanguijuela que necesita de la potencia del sujeto para efectuarse, pero no le produce aumento en su potencia, al contrario, la disminuye. Por lo tanto, el trabajo en muchas ocasiones se trata de un “mal encuentro”.

No obstante, ¿por qué si el trabajo se trata de un mal encuentro, que disminuye la potencia del sujeto, éste sigue trabajando? Sin duda es una pregunta compleja y, probablemente, la pregunta central de la presente investigación. Por el momento no estoy segura de poder contestarla, mi intención es problematizarla. Esto es, tratar de elucidar las aristas que están entrelazadas en semejante fenómeno social.

Para realizar dicha tarea es necesario desplegar una serie de categorías y conceptos que están inmersos en esta pregunta: 1) las condiciones materiales y de posibilidad en las que trabajan los sujetos, en este caso, los médicos que trabajan en el hospital y el trabajo como forma en el capital; 2) los afectos en tanto expresiones de la potencia del sujeto; es decir, de la energía que se necesita para trabajar 3) y los dispositivos e instituciones que significan y dirigen la potencia del sujeto para el trabajo.

* * *

Campo de Intervención: el Hospital Universitario de Puebla de la BUAP

Para desplegar las categorías propuestas: afectos, institución y trabajo, es necesario problematizarlo en un campo de intervención, esto es, el aspecto microsocioal, en el sentido que está delimitado en el tiempo y el lugar de la intervención sobre un terreno particular.

Empero, hay que tener en consideración que el campo de intervención está en resonancia con el campo de análisis, es decir, con condiciones materiales y de posibilidad de la realidad social que, en este caso, se refieren a los fenómenos elucidados por los analizadores que he presentado a lo largo del presente apartado.

El campo de intervención de esta investigación, que además obedece al trabajo de terreno, se realizó en el periodo de septiembre del 2015 a febrero del 2016, en el Hospital Universitario de Puebla de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Con un total de 59 visitas al establecimiento hospitalario, además de entrevistas y de un socioanálisis participante⁴⁴, en donde se dilucidaron una serie de condiciones laborales e institucionales en que los médicos realizaban su trabajo.

Este material, que proviene de una investigación anterior, estaba enmarcado por intencionalidades dirigidas a elucidar las condiciones materiales y de posibilidad en las que los médicos ejercían su praxis, articuladas bajo la pregunta: ¿es posible no sentir? Lo anterior, pensado a partir de una serie de discusiones sobre la respuesta *insensibilizada* del personal de salud y, más específicamente, de los médicos.

En este trabajo de terreno, emergieron dos analizadores⁴⁵: el castigo y el suicidio; los cuales sirvieron como un cristal que refractó una serie de situaciones asociadas al funcionamiento, dinámicas, relaciones simbólicas e imaginarias del entramado social hospitalario, las cuales se señalan a continuación:

⁴⁴ Aun cuando está inspirado en la observación participante, se diferencia de ella a partir de la problematización del lugar del investigador en terreno. El “[...] análisis de la demanda y del encargo de intervención, elucidación de la transversalidad, autogestión del análisis, regla de decirlo todo, elucidación de las implicaciones del *staff* interviniente y del grupo cliente, y la construcción y elucidación de los analizadores” (Manero Brito, 2012, p. 233). En el siguiente pliegue se ahonda más sobre este punto.

⁴⁵ Analizadores naturales, que el analizador construido de investigación permitió visibilizar.

- 1) El disciplinamiento del cuerpo para el sostenimiento del trabajo (guardias, castigos, cansancio).
- 2) La negación e invisibilización de los afectos; a partir de los cuales se configuró la noción de desafección, que implica la negación y exceso de afecto de un sujeto en su quehacer cotidiano hospitalario.
- 3) Las formas de organización de los médicos al interior del establecimiento, que a través de los movimientos contra-institucional y anti-institucional, visibilizaron diferentes formas de experimentar y significar la institución clínica (los castigos, las guardias, los afectos y las desafecciones)
- 4) La atomización e individualización de los fenómenos subjetivos y colectivos. Como la invisibilización de la organización al interior del hospital para problematizar y detener el castigo; y la búsqueda de explicaciones desde el *burnout* y desde la psicopatología.
- 5) Y finalmente, dos casos de suicidio de médicos tratantes del hospital y un intento de suicidio de una residente.

Todos estos fenómenos, fueron problematizados desde el análisis institucional y el socioanálisis. Posturas que posibilitaron la reflexión, análisis y problematización de los analizadores, los cuales están inmersos en el campo de análisis y el campo de intervención, develando desde adentro y fuera de las instituciones, su realidad conflictiva y dinámica.

Es así que, el punto de partida de la presente investigación son las discusiones derivadas del material recuperado del trabajo de terreno en el periodo septiembre del 2015 a febrero del 2016, el cual comprende dos diarios de campo y la Idónea Comunicación de Resultados de maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones.

En ese sentido, la investigación de maestría se ha convertido en un material de análisis, no sólo por el trabajo etnográfico que está documentado en ella, sino, porque este documento me ha permitido problematizar y replantear discusiones desde otras categorías. Por lo que el dispositivo de investigación anteriormente planteado, se convierte ahora en el punto de partida para la construcción de un

analizador de otra índole. Dicho de otro modo, la tesis de maestría se es parte del analizador construido de la presente investigación.

Ahora bien, hasta el momento, he ahondado sobre los analizadores naturales como aquellos que refractan diversos aspectos de la realidad social que se hayan subsumidos por los dispositivos e instituciones. Sin embargo, el analizador construido, surge bajo una intencionalidad concreta, en este caso, la investigación.

George Lapassade (1979, p. 245) dice que, “la primera función de todo analizador es, en efecto, formular preguntas, interrogar a una realidad hasta entonces inmóvil, cerrada en sí misma”. En el caso del analizador construido, se trata de una interrogación de la realidad bajo intencionalidades concretas, pero que se encuentran obturadas por la institución científica.

La institución científica olvida que, por un lado, el investigador se gesta y construye a partir de sus condiciones de posibilidad del conocimiento. Por el otro, todo “objeto” de investigación es también producto de los procesos históricos y sociales. Por lo que podríamos decir que toda demanda del investigador es emergente de un grupo social específico. Esto significa que los intereses, la disciplina estudiada, los objetos de investigación y las preferencias teóricas no son casuales, sino que tienen una implicación proveniente del corazón del cuerpo social.

En otras palabras, todo investigador siempre es producto del colectivo de donde parte su saber social (la familia, amigos, lugar de procedencia, etcétera); hay una serie de dispositivos⁴⁶ que los atraviesan y configuran la mirada (la escuela, la universidad, la academia) -y que por lo tanto dirigen los intereses a ciertos objetos sociales y no otros-; y del terreno o el campo en donde se realiza la investigación, en donde hay una interacción entre el investigador e investigado.

En ese sentido, hay que poner sobre la mesa, que el mecanismo perceptivo de la mirada está instituido a partir de los propios deseos, demandas y objetivos personales, y no sólo los de la investigación. Todos los intereses sobre la

⁴⁶ 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. En ese sentido, el dispositivo se concibe como el conjunto de instituciones, procesos de subjetivación y reglas, en donde, las relaciones de poder se concretan (García Canal, Ma. I., 2014; Agamben, G., 2011, Foucault, M., 2002; 2013).

investigación están velados por los deseos ‘personales’; experiencia totalmente negada y oculta por las ciencias positivas (Lourau, R., 2001; Manero Brito, R., 1996).

Tomando en consideración lo anterior, se tendría que admitir que siempre se mira desde los esquemas propios. Vemos lo que queremos ver, escuchamos lo que deseamos escuchar. Por lo que podríamos empezar a descartar la idea de “objetividad” y “neutralidad” científica.

Bajo estas premisas, la teoría del análisis de las implicaciones no sólo busca desmontar o ‘romper’ dichos esquematismos, sino, analizar aquello que encamina la obturación de nuestra mirada (Manero Brito, R., 1996). En otras palabras, preguntarse sobre cuáles son los dispositivos propios que se han encargado de dirigir la mirada y escucha durante el proceso de la investigación. Se trata de cuestionarnos de manera puntual pero recurrente: ¿Por qué me interesa esto y no otra cosa? ¿Por qué este grupo social? ¿Por qué este tema de investigación?

Es decir, aproximarse al avistamiento de que la propia mirada es la que permite observar ciertos fenómenos y no otros, y no buscar observar “completudes” o “realidades objetivas”, sino asumir que es esta mirada, junto con el *corpus* teórico-metodológico lo que delimitará también a los fenómenos que se quieren elucidar.

Asimismo, se estaría encaminando a una idea sobre cómo nos distanciamos, desde dónde nos acercamos y cuánta claridad podemos tener de nuestro proceso de investigación. Es así que el análisis de las implicaciones significa hacer un análisis institucional de los regímenes de verdad de los cuales provenimos y de los cuales también nos retroalimentamos.

En mi caso, por un lado, los motivos que me llevaron a elegir estos temas y darles continuidad, están atravesadas por mi historia personal: provengo de familia de médicos y enfermeras. Por lo que mi entrada al círculo cerrado de la profesión fue facilitada por amigos, contactos y familiares.

Por otro lado, una vez dentro de este círculo, los médicos que fui conociendo en terreno -en el hospital-, me fueron demandando que dirigiera mi atención hacía ciertos temas. De este modo, las temáticas y enfoques que he decidido abordar, están entramados bajo demandas de un grupo social particular, que al final, yo he decidido continuar investigando.

Como parte de esta decisión, he delimitado una serie de propuestas teóricas y metodológicas, las cuales, son parte del analizador construido. En primer lugar, el analizador construido⁴⁷ implica 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., 1995b). 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.

La ontología aquí deberá entenderse como una aproximación al otro o al sujeto que se pretende investigar. De ninguna forma se debe entender como una búsqueda del Ser, o de la esencia de la subjetividad o de lo que nos “hace humanos”. Sino como una concepción de la singularidad del otro con quién hablo para construir la investigación.

En segundo lugar, se debe tomar en cuenta que el analizador es una artificialidad del *continuum* sociohistórico, 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 de que, más bien, el analizador deberá estar construido con la intencionalidad de permitir alzar las condiciones que posibilitan la emergencia de ciertos fenómenos, esto es, de las contingencias y de la singularidad (Ardoino, J., 1997; Manero Brito, R., 1991). 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

⁴⁷ Lo que se presenta a continuación, es una recuperación de la Idónea Comunicación de Resultados sobre el dispositivo de investigación. Aunque he recuperado gran parte del material, he modificado el concepto de *dispositivo* por *analizador*. No obstante, el orden de ideas y argumentos es prácticamente el mismo.

que se busca investigar. Esto implicaría que el analizador cuenta con puntos de referencia (teóricos y metodológicos) pero lo suficientemente inestables y dinámicos que permitan la apertura y flexibilidad del encuentro entre sujetos. Es decir, la construcción teórica desde donde se piensan ciertos fenómenos, es parte intrínseca del analizador.

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 analizador. Con ello, se destacan que, el lugar social del investigador predefine su propio dispositivo de observación y, con ello, los dispositivos de investigación producen los fenómenos que desean observar, lo que presupone una lectura determinada de la situación (Manero Brito, R., 1995a).

En el caso de la presente investigación, se trata del analizador construido, conformado de bisagras teórico-metodológicas que están sostenidas por el análisis institucional, el socioanálisis; la teoría de los afectos de Baruch Spinoza y Gilles Deleuze; la teoría marxiana sobre el capital y el trabajo.

Finalmente, el último nivel del analizador es 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, 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 ello, la necesidad constante de explicitar mi postura, hablar en primera persona y de señalar cómo se fue desarrollando el proceso de construcción misma del conocimiento que se intenta transmitir a través de este documento.

f. El analizador fármakon

El analizador construido de investigación está articulado a partir de lo que he denominado *analizador fármakon*, en cual se contienen una serie de discusiones basadas en las categorías centrales de la tesis doctoral: trabajo, institución, subjetividad⁴⁸ y afectos.

Ahora bien, ¿qué es el analizador *fármakon*? Además de los analizadores que he mencionado anteriormente, hubo un analizador que emergió en el trabajo de terreno, pero no escribí sobre él. Tanto por las condiciones precarias de los permisos en el hospital, el tiempo limitado que implica la maestría (por el trabajo de terreno y de escritura), y lo más importante, el analizador *fármakon* quedó subsumida por la multiplicidad de demandas provenientes del hospital.

En otras palabras, el grupo de médicos me pidió explícitamente no escribir sobre ello en ese momento, y además, yo misma no quería escribir sobre él. En ese sentido, se obturó este analizador por ambas partes. Sólo mi asesor de maestría - Roberto Manero- supo de este analizador.

En la visita número 40 del trabajo de campo en el Hospital Universitario de Puebla, el 26 de noviembre del 2015, intitulé ese día como “el analizador virulento”. Ese día en particular, había estado casi todo el día en la UCI (unidad de cuidados intensivos), y cuando iba de salida como a la 1 pm, llegó a la unidad un residente de cuarto año de ortopedia con dos prestadores de servicio social de medicina.

Debo aclarar que la UCI tiene varios cuartos que sirven como “transfer⁴⁹” entre la sección donde se encuentran los pacientes y el personal. Es decir, está dividido por secciones (cuartos) separadas, que funcionan como barreras de asepsia entre pacientes y el personal. Hay una sección justo a la entrada del área de UCI que es una especie de cuarto común, donde hay una mesa larga, varias sillas, estantes para poner cosas, un ventilador y varios archiveros. Esta es una de las áreas más cómodas -por no decir menos incómodas- de todo el hospital. Es un

⁴⁸ Aunque parezca que la subjetividad se pierde en los subtítulos de los apartados del documento, le pido a los lectores que sean pacientes con este punto. Ya que mi intención es entretrejer aquello que conceptualizo como “subjetividad” basada en el *pliégue*, planteado por Gilles Deleuze. En ese sentido, la subjetividad será el aspecto transversal de todo el documento.

⁴⁹ Pasaje de asepsia entre pabellones, donde hay que hacer lavado de manos quirúrgico, ponerse guantes y cubrebocas.

espacio ventilado, que no es ni muy frío ni muy cálido (a diferencia de otros pisos del hospital).

De ahí que la mayoría de los residentes, disfrutaban su rotación por la UCI por las comodidades del espacio físico, y porque hay mucho menos movimiento del personal (sólo hay dos enfermeras y están separadas por el *transfer*), no hay médicos adscritos, ni están los residentes de años superiores. Bajo este contexto, este lugar muchas veces se convierte en el centro de reuniones de los residentes.

Me encontraba en el área de UCI con otros médicos residentes y estudiante de servicio social, cuando llegó un residente de cuarto año de ortopedia y comenzó a hablar sobre otro residente de primer año de ortopedia, a quien le apodaban “Pátula⁵⁰”. Este residente se había encontrado un carnet de consultas tirado en el piso, evidentemente de algún derechohabiente despistado al que se le había caído. El residente de 1er año (R-1)⁵¹, anotó una consulta para ortopedia -como si este paciente tuviese una consulta-, y sacó medicamentos de la farmacia a nombre del paciente. En total, sacó una suma de \$10,000 en medicamentos.

Uno de los médicos de servicio social, señaló en ese momento, que todos realizaban esta práctica. Los residentes de medicina interna estaban supuestamente muy sorprendidos por lo que se decía. Por varios momentos el R-4 de ortopedia y el R-3 de interna (Hugo⁵²), estaban muy incómodos de hablar sobre esto en mi presencia. Sin embargo, uno de los médicos de servicio social, al que llamaré “Army”, -quien resulta ser un viejo amigo de la preparatoria, y que fortuitamente nos fuimos a encontrar en el HUP 10 años después-, les dijo que no habría problema conmigo, que podían hablar sin preocupaciones.

El R-4 de ortopedia me miró, después miró a Army y le dijo “canta lo que sabes” -haciendo referencia al asunto sobre los medicamentos-. Hugo brincó de la silla y le respondió al R-4 que para qué quería saber, que era mejor “no saber nada”.

⁵⁰ Referencia a una caricatura infantil de los '90, que era un pato-vampiro o drácula-pato. A este residente le decían así, por las ojeras marcadas y el peinado, el cual era idéntico a este personaje

⁵¹ A los residentes de las diferentes especialidades médicas se les denomina “R’s” y el número del año que están cursando. Así el residente de primer año, es R-1, el del segundo año es R-2, etc.

⁵² Uso el nombre de pila, tanto porque se tuvo autorización para hacerlo para la tesis de maestría como para esta.

El R-4 le señaló que él era el único de su servicio que no estaba involucrado en el asunto, pero que debía averiguar qué sabían los demás.

Resulta que, de los siete residentes del área de ortopedia, seis de ellos, habían recurrido a estas prácticas de “saqueo⁵³” de fármacos del hospital. Habían utilizado diferentes métodos -que explicaré más adelante-, en resumen, los superiores habían “descubierto” la práctica y ahora, caerían con todo el peso del reglamento.

El R-4 dijo lo siguiente: el R-1 fulanito debe un total de \$20,000, de dos medicamentos; un R-3 zutanito ha saqueado un total \$150,000; “las torres gemelas” R-2 (son hermanos, uno estaba en ortopedia y el otro en anestesiología), \$250,000 entre ambos. De los que hasta el momento se les había hecho auditoria en farmacia. Faltaba de hacer un escrutinio más minucioso a todos los residentes de todas las áreas, pero sin duda alguna, emergería el enorme desfaldo que se había hecho en los últimos meses.

La situación era en sí misma complicada, tanto por las implicaciones que tenía el “saqueo” de los fármacos, como por los motivos que orillaban a los médicos a hacerlo. En esta primera plática, todos se manejaron como muy sorprendidos, no obstante, después descubrí que todos estaban muy bien enterados de la situación, no sólo los residentes, sino los médicos adscritos, las enfermeras, los camilleros, las trabajadoras sociales, los internos y los prestadores de servicio de prácticamente todas las áreas del hospital, o al menos, de en las que yo tuve contacto (urgencias, medicina interna, UCI, neurocirugía, gineco-obstetricia, anestesiología, cirugía general, ortopedia y maxilofacial).

A lo largo de los meses restantes, se fueron visibilizando diferentes aspectos del analizador. Empero, antes de desplegar estas diferentes dimensiones del analizador -los cuales estarán desarrollados en el siguiente capítulo-, es necesario explicitar por qué no escribí antes sobre el analizador *fármakon*.

⁵³ Uso la palabra “saqueo” tal y como lo usaron los residentes.

g. Encargo y multiplicidad de demandas

Para el Análisis Institucional, hay una distinción entre el encargo -o encomienda- y la demanda. Esta diferenciación se realiza a partir de la delimitación de tres grupos: el 'staff' analítico, el 'staff' cliente y el grupo-cliente. El primero, el 'staff' analítico, está constituido por "expertos" a quienes se les demanda una intervención determinada; el segundo, un 'staff' cliente, constituido por una persona o personas que son portadoras de un encargo de intervención, quienes realizan directamente la demandas a los analistas, los "expertos"; y finalmente un grupo-cliente, referido al conjunto de personas que participan en la intervención demandada (Manero Brito, R., 1991).

En este caso, la tesis de maestría y la intervención delimitaban mi rol como 'staff' analítico; el 'staff' cliente estaba constituido por el departamento de Enseñanza e Investigación del HUP, quienes esperaban ciertos resultados de la investigación; y finalmente, el grupo-cliente que estaba constituido por todos los médicos que participaron en la investigación.

Ahora bien, nunca estuvieron claros los encargos del departamento de Enseñanza e Investigación sobre la pesquisa. Sólo se me dijo que estaba la intención de impulsar la investigación en la universidad y en el hospital, además de que, parte del comité de ética e investigación consideraba que era relevante hacer más investigación sobre los médicos -como sujetos de estudio-.

Sin embargo, durante la intervención, parecía que el encargo estaba más enfocado hacia la comprobación de la existencia del síndrome de *burnout* y de cierta pugna de poderes entre diferentes grupos al interior del hospital. Empero, esta situación nunca se aclaró del todo, y cuando terminé el trabajo de terreno a finales de febrero del 2016, hubo una serie de movimientos y cambios en todos los departamentos del HUP, incluido el de Enseñanza e Investigación. Por lo que nunca pude aclarar muy bien los intereses sobre la investigación.

Por otro lado, las demandas del grupo-cliente eran totalmente diferentes al encargo del departamento de Enseñanza y el comité. No se trataba de una demanda al unísono ni claramente delimitada, sino de una polisemia de voces de

los diferentes grupos al interior del hospital que terminaron por articularse bajo la forma de los analizadores: el castigo y el suicidio.

Sin embargo, en el caso del analizador *fármakon*, tomé la decisión de no hacerme cargo de esa demanda por diferentes razones. Primeramente, fue sumamente complicado entrar al hospital. Me llevó el primer año de la maestría tener los permisos⁵⁴ para realizar el trabajo de terreno, aun cuando conté con mucha ayuda de personajes importantes al interior del comité de investigación y docencia del HUP. Cuando me compartieron la información sobre la situación de saqueo de fármacos, tenía 1 mes y medio en terreno, en ese momento, consideraba que era muy poco tiempo y que aún no había comprendido la complejidad del entramado hospitalario y sobre lo que quería investigar. Situación que no era tal, pero experimentaba constantemente la sensación de que podían sacarme del hospital sin mayor motivo.

En segundo lugar, los residentes Hugo y el R-4 de ortopedia, quien era el jefe de residentes del área, me dijeron explícitamente que no hablara de ello. Tanto por las implicaciones que tenía el hecho que se estuvieran “robando” los medicamentos, como por lo que después descubrí que era una práctica cotidiana en el hospital y que, obviamente, no querían que se ventilara fuera de las puertas de éste. Así como por la existencia en vigor de una demanda legal contra el residente apodado Pátula.

En tercer lugar, tampoco quise pensar demasiado en ello, me parecía un tema muy complejo y que, en ese momento, no tenía herramientas teóricas ni metodológicas para abordarlo. Mis intereses estaban ubicados en otras preguntas. Y también podría decir que se trató de un ejercicio de delimitación de la investigación.

En cuarto y último lugar, el suicidio de dos de los médicos y el intento de suicidio de una residente con quienes trabajé, me descolocó mucho. Aunado a lo anterior, en definitiva, decidí activamente no problematizar este analizador.

⁵⁴ Sírvase de ver el capítulo 3 de la tesis de maestría “Cuerpo médico: desafección y castigo”, en donde explico y analizo ampliamente el proceso de entrada al terreno.

En ese sentido, es claro cómo la mirada del investigador obtura ciertos procesos, aunque no necesariamente se discuta o problematice en el cuerpo de la tesis. Ya sea por cuestiones de “tiempo”, o por la “delimitación” del problema, ambos al final, tienen que ver tanto con la eficiencia terminal de las investigaciones, pero también de los intereses personales y las demandas explícitas o implícitas que pueden hacer los sujetos participantes de la investigación. Al fin y al cabo, las investigaciones son colectivas y atravesadas por un sinnúmero de situaciones y contingencias que no necesariamente quedan plasmadas en los documentos finales.

No obstante, al término de la investigación de maestría, de experiencias laborales y con la entrada al doctorado, me percaté que prácticamente todas mis interpretaciones y lecturas sobre lo que ocurría en la dinámica hospitalaria, así como sobre la práctica de los médicos, habían estado atravesada por este analizador silencioso. Es decir, las formulaciones sobre los analizadores castigo y suicidio, habían estado fuertemente determinadas por lo que yo sabía que ocurría con los fármacos. Pero no hice referencia directamente a él.

Fue a través de otras experiencias y del paso del tiempo que, comencé a problematizar sobre las relaciones que se establecen en el hospital, cómo éstas estaban atravesadas por el trabajo. Ahondando al respecto, puedo mencionar un sin número de aspectos relativos a ello.

Ejemplo de ello, el cansancio que está mediado por la forma en que está organizado el sistema clínico que implica que realicen jornadas laborales de más 36 horas seguidas, con pocos días de descanso, esto es, el sistema de guardias. Los espacios en los que realizan todas sus actividades, los cuales no están pensados en la ergonomía, comodidad o descanso del personal de salud -no hay suficientes sillas, ni camas-. Las organizaciones al interior del hospital, como los movimientos de residentes para autogestionarse su propia educación para romper parcialmente con el sistema jerárquico clínico y para evitar el sistema de castigos -sistema fundamental en las relaciones del hospital-. Dado que, si los residentes no cumplen con determinados juegos de relaciones de poder, son obligados a tomar turnos extras y quedarse en el hospital por más horas, días o semanas, que exceden las

regulaciones de los contratos colectivos y del reglamento de estancia para los estudiantes de pre-grado y de postgrado (estudiantes de medicina, practicantes, prestadores de servicio social, internos y residentes).

En otras palabras, las condiciones en las que realizan sus actividades, así como la organización de sus relaciones sociales están mediadas por el trabajo mismo. Por lo que aun cuando en la investigación anterior no hablé ni desarrollé específicamente la categoría trabajo, ésta organizaba la dinámica institucional. La vida cotidiana hospitalaria está fundada en las relaciones sociales -con sus componentes simbólicos e imaginarios- del trabajo.

Por ello, en esta investigación se parte del *analizador fármakon*, con el fin de explicitar y desplegar la complejidad de las tramas sociales de la institución trabajo, produciendo subjetividad y afectos.

En ese sentido, el siguiente capítulo tiene como propósito desplegar la dinámica del analizador *fármakon*, tanto en las prácticas institucionales más cotidianas, como en su pliegue de significaciones y posibles explicaciones teóricas, sus sentidos y una serie de propuestas de lecturas.

* * *

SEGUNDO PLIEGUE: LA INSTITUCIÓN TRABAJO

La intervención socioanalítica tiene una serie de particularidades que la distinguen de otras formas de intervención sobre el campo o el terreno. La primera, tiene que ver con el lugar que ocupa el analista, en este caso, de la investigadora, yo misma. El socioanálisis implica realizar un análisis sobre la propia intervención y sobre el papel imaginario y simbólico que lleva el papel de “experta” a la hora de estar en el terreno.

En mi caso, constantemente el personal de salud me atribuía una serie de cualidades y tareas que debía realizar en el hospital, particularmente por haber sido presentada como psicóloga por el jefe de Enseñanza e Investigación. Desde ese momento, los médicos adscritos y residentes, esperaban que los “ayudara” atendiendo pacientes, o que los evaluara e incluso que hasta los psicoanalizara.

Evidentemente, este tipo de fantasías estaban relacionadas con los imaginarios sociales que proyecta la disciplina psicológica, como aquella que “evalúa” y “analiza” a las personas. No obstante, al descomponer este imaginario, nos encontraremos con una demanda velada por éste, una demanda de evaluación en el sentido de “averiguar” que estaba sucediendo en el hospital, desde una mirada diferente a la suya, una escucha que permitiera visibilizar otros fenómenos que algunos tenían claros, otros más o menos y quienes de plano no sabían que ocurría o elegían no saberlo.

De este modo, la intervención socioanalítica implica también socializar estas interpretaciones, esto es, que no se queden como suposiciones o hipótesis del especialista que acude a realizar investigación y/o intervención, sino que se debe poner en duda aquello que observamos, se debe preguntar con el grupo-cliente qué opinan y conocer sus impresiones e interpretaciones sobre lo que sucede a lo largo de la intervención. En ese sentido, todas las observaciones que iba realizando las ponía a discusión con los diferentes grupos de médicos y otros sujetos del hospital -enfermeras, camilleros, administrativos, etc.-.

Por lo que todo el material que se presenta, no está basado en meras observaciones y sistematizaciones exclusivamente mías, sino que, toda la

información se discutía con los médicos en diferentes momentos, principalmente, cuando no “tenían pendientes⁵⁵” o desahogados administrativamente.

En otros espacios he elaborado ampliamente sobre el funcionamiento burocrático del hospital⁵⁶, el cual, implica una alta inversión de tiempo de la jornada laboral, que en la mayoría de las veces, termina por obstaculizar la atención al paciente. Es así que, para tratar de no “estorbarles” en su día cotidiano, mi intervención consistía en *estar ahí*, de seguirlos como sombra a donde fueran: a comer, mientras descansaban, atendían pacientes, realizaban tareas administrativas, etc.

Al principio de la intervención, esto les parecía un poco extraño, se sentían observados constantemente. Empero, a lo largo de los días se fueron acostumbrando a mi presencia, además de que comencé a involucrarme en las actividades que ellos debían realizar: los ayudaba a estudiar para las rondas o las revisiones que realizan de los casos a lo largo del día; tomaba nota de los pacientes que iban atendiendo para que después se llenaran los expedientes; les ayudaba en las visitas, que consistía en visitar a los pacientes y ser interrogados sobre el caso por sus superiores, por lo que les “soplaba” las respuestas como el nombre o datos del paciente; les ayudaba a llenar los formularios para los expedientes.

Con todas estas actividades, poco a poco me volví parte del equipo de trabajo necesario para la jornada, e incluso, veían las bondades de que los ayudara. A partir de ello, comenzamos a platicar sobre lo que ocurría en el día a día del Hospital Universitario de Puebla, preguntaba sobre los procesos y tareas que debían realizar -bajo el pretexto de que los ayudaba-; sobre quién era quién en el hospital; sobre las dinámicas y problemas, etc.

Es así que, la intervención en terreno, comprendió un total de 5 meses, con jornadas muy disímiles entre ellas, algunas de alrededor de 4 horas y otras hasta

⁵⁵ Los pendientes se refieren a una serie de actividades administrativas diarias, que van desde actualizar los expedientes de pacientes, ir por estudios de laboratorio, actualizar las bases de datos epidemiológicas del hospital o realizar investigaciones sobre diagnósticos o enfermedades, encargado por los adscritos.

⁵⁶ Sírvase de ver: Zamora Echegollen, M. A. (2017). Cuerpo médico: desafección y castigo. Tesis para obtener el grado de Psicóloga Social de Grupos e Instituciones [No publicada]. Ciudad de México: UAM-Xochimilco.

de 36 horas seguidas. Esta variabilidad de la duración de las jornadas dependía de las situaciones diarias. Los días en donde los médicos tenían menos actividades - menos pacientes y pendientes-, eran aquellos en donde ellos hablaban más conmigo.

El 25 de septiembre del 2015, sólo 7 días después de que había iniciado la “entrada”⁵⁷ formal al hospital, comenzamos a hablar sobre las molestias físicas del trabajo hospitalario. Yo le pregunté a las internas cómo toleraban el dolor en las piernas y en la espalda, o si sólo era algo que me sucedía a mí. Me dijeron “te acostumbras al dolor”, y me recomendaron usar medias de compresión y zapatos cómodos, a reserva que, había médicos adscritos que no veían bien que se usaran tenis en el hospital, sino que había que “resistir” con zapatos formales la jornada.

Posteriormente, los médicos residentes y algunos adscritos de medicina interna y de cirugía, me narraron cómo habían ido adaptándose a la dureza de las jornadas laborales, aunque recalcan que, el arte de resistir y aguantar, les había llevado prácticamente los cuatro años de residencia, pero que el primer año, había sido el parteaguas y un año formativo dadas las características de este periodo.

Disciplina y castigo

Para comprender mejor qué sucede durante este primer año de residencia, debemos tener en cuenta que, las jerarquías médicas, están divididas de acuerdo a los años de estudio. Hay dos elementos importantes a considerar, la primera es que, los *estudios* están certificados o acreditados por instancias propias de la disciplina clínica.

En el caso de México, las acreditaciones y certificaciones, están reguladas por la Comisión Interinstitucional⁵⁸ para la Formación de Recursos Humanos de la

⁵⁷ Lo entrecorrimiento debido a que la entrada al terreno inició desde el momento que me puse en contacto con los porteros, específicamente con el Dr. López Reyes el 03 de octubre del 2013. Tomó alrededor de 1 año conseguir los permisos para que me autorizara el HUP entrar al hospital como investigadora. La presentación formal del jefe del área de Enseñanza e Investigación fue el 18 de septiembre del 2014.

⁵⁸ Trabaja en conjunto con Secretarías de Salud, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sistema Nacional para el Desarrollo

Salud -CIFRHS-. A través de esta instancia, se elaboran, regulan y aplican todas las certificaciones y exámenes⁵⁹ de especialidades médicas y de otros campos del área de salud -enfermería, psicología, estomatología, nutrición, fisioterapia, trabajo social-.

El segundo elemento, que está imbricado por los exámenes, es el de la competencia clínica, el cual indica el grado de destreza, conocimientos, técnicas, saberes y habilidades que les posibilitan atender enfermedades (Foucault, M., 2012). Por lo que se supondrá que, el examen, evalúa la competencia clínica del médico.

En ese sentido, tenemos una cadena jerárquica que empieza con los estudiantes de medicina, posteriormente los prestadores de servicio social; los médicos internos de primer periodo (MIP1); médicos internos de segundo periodo (MIP2); residente de primer año (R-1); médico residente de segundo año (R-2); médico residente de tercer año (R-3); residente de cuarto año (R-4); residente de subespecialidad de primer año (R-5); residente de subespecialidad de segundo año (R-6); residente de subespecialidad de tercer año (R-7); y residente de subespecialidad de cuarto año (R-8).

Por otro lado, la jerarquía de los médicos adscritos, inicia con los médicos generales contratados por honorarios o eventuales “cero-ocho”; posteriormente con los médicos de base; médicos especialistas “cero-ocho”; médicos especialistas de base; médicos subespecializados “cero-ocho”; médicos subespecializados de base; jefe de servicio; y el director del hospital.

En el caso de los médicos residentes, dependiendo el área, habrá residentes de segundo año en adelante, que tengan mayor jerarquía que los médicos “cero-ochos”, específicamente de los que son generales, sin especialidad. De igual forma, los residentes subespecializados -a partir del R-5-, tendrán mayor competencia clínica que los médicos especialistas que no estén contratados formalmente en el hospital.

Integral de la Familia (DIF), Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior con la representación de la Secretaría General Ejecutiva.

⁵⁹ Como por ejemplo con el Examen Nacional de Aspirantes a Especialidades Médicas (ENARM)

Dicho de otro modo, las jerarquías no sólo están atravesadas por la competencia clínica y el examen, sino también, por el tipo de contratación. De acuerdo a los médicos del HUP y de otros hospitales, esta situación depende de los grados de responsabilidad legal para el paciente, y por tanto, para el hospital. En otras palabras, los estudiantes no pueden ser responsables legales de la atención de un paciente, sino que queda a cargo de un médico adscrito, pero que debe estar contratado por el hospital.

Con esta división jerárquica de acuerdo a la competencia clínica, observamos no sólo el papel de la certificación y el examen, sino, el papel del trabajo en su forma de contrato. Esta compleja articulación, desde el análisis institucional, se puede explicar a través del concepto de *segmentaridad*⁶⁰, esto es, de segmentos de diversas instituciones: la del examen, de la educación, de la clínica y del trabajo. Dicho de otro modo, las jerarquías médicas están compuestas por segmentos simbólicos e imaginarios de muchas instituciones, y no sólo de la clínica.

Esta división jerárquica, es de suma importancia para el análisis de las dinámicas y relaciones sociales en el hospital, dado que complica e implica que, los médicos subcontratados, no pueden acceder a ciertos fármacos o intervenciones en el hospital, al igual que los estudiantes de medicina o del año de residencia. Esto redundante en que, dependiendo del año de residencia -de especialización-, los médicos tienen acceso a ciertos fármacos controlados y a autorizar ciertas intervenciones clínicas.

Así, la jerarquía no sólo se trata de un tema de “superespecialización”, o de competencia clínica, sino un tema legal ante los pacientes. Pero que al mismo

⁶⁰La segmentaridad es [...] “la unidad positiva de todo agrupamiento social se apoya en un consenso o en una regla exterior al grupo, o en ambos a la vez” (Lourau, R., 2001, p. 264). Se refiere a la interiorización de la regla (instituido), y la forma que toma cada agrupamiento social, es decir, “la da su carácter de formación social (le confiere una forma, determinaciones morfológicas observables) [...] Tiene algo de sagrado e intocable” (2001, pp. 264-265) [...] “Los individuos no deciden en abstracto vivir o trabajar juntos, pero sus sistemas de pertenencia y sus referencias a numerosas agrupamientos actúan de tal modo, que pueden constituirse nuevos agrupamientos, agregándose así a los sistemas de pertenencia y de referencia ya-ahí que al mismo tiempo niegan en diversos grados, puesto que los sistemas de pertenencia y de referencia anteriores entrañan, en general, oposiciones y de criterios exclusivos, los cuales, sin embargo, son obligados a fundirse en la multitud de diferencias. Este carácter singular de los agrupamientos detectados por la intervención socioanalítica, toma el nombre de Segmentaridad” (2001, p. 265). Por ejemplo, el trabajo, se trata de una referencia ya-ahí, de una división del trabajo instituida.

tiempo deja ver aspectos laborales importantes, dado que, si hay una urgencia que amerite un fármaco de especialidad, y en ese momento no hay ningún adscrito o residente de años avanzados, un médico especialista subcontratados no puede autorizarlo por su cuenta; situación que suele tener repercusiones para el paciente y su familia.

Asimismo, este sistema de jerarquías está articulado con la “tecnología hospitalaria⁶¹”, esto es, del espacio pedagógico, de conocimiento y de comunicación entre el personal de salud y en las formas del vínculo entre el médico y los pacientes -además de los cuidadores primarios y familia (Foucault, M., 2012). En efecto, esto se da a través de una serie de tecnologías que producen, significan y moldean los cuerpos y se implementarán métodos de control minucioso sobre las operaciones del cuerpo, garantizando la sujeción constante de sus fuerzas que les impone una relación de docilidad-utilidad, esto es, de la disciplina (Foucault, M., 2003).

De nuevo, se observa la segmentariedad, dado que esta disciplina cumple diferentes funciones, por un lado, prepara al cuerpo para el trabajo, y por el otro, para el hospital. Así, tenemos el *trabajo en el hospital* o el trabajo hospitalario.

En ese sentido, la tecnología hospitalaria, como parte de un dispositivo más amplio, el de la clínica, posibilita disciplinar los cuerpos para su trabajo. Así, el dispositivo clínico, funge 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 (Foucault, M., 2013; Agamben, G., 2011; García Canal, Ma. I., 2014).

Ahora bien, para implementar y garantizar el éxito del dispositivo, se harán uso del sistema de castigos, a través del cual, se impregnan las técnicas del disciplinamiento sobre el cuerpo: el arte de las distribuciones, el control de la actividad, la organización de la génesis y la composición de las fuerzas (Foucault, M., 2003).

⁶¹ Menciona Foucault (2012), que el hospital, 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.

De este modo, el castigo se establece cuando un médico comete alguna falta en relación con la dinámica de la tecnología hospitalaria, es decir, que no sigue los lineamientos del espacio pedagógico, de comunicación o conocimiento; por ejemplo, no saber la respuesta de un superior sobre un caso -conocimiento-; no dar la información adecuada al paciente, o no actualizar la información del caso a las enfermeras -comunicación-; o no respetar la jerarquía, olvidar realizar algún procedimiento o mentir sobre ello -pedagógico-. En otras palabras, cualquier cuestionamiento o deslizamiento de las fronteras del dispositivo clínico, son motivo de una penalización, de un castigo.

Los castigos van desde comprarle el desayuno al equipo médico o de enfermería o realizar tareas desagradables como limpiar cómodos y hacer curaciones de heridas infectadas y supurantes. Pero el castigo más usual consiste en quedarse un número determinado de días haciendo guardias consecutivas en el hospital. Asimismo, estos castigos, se rigen de acuerdo a la jerarquía, sin importar que sean estudiantes o adscritos. Así, un jefe de área puede castigar a cualquier médico de menor rango, desde un prestador de servicio social hasta un adscrito de su propia área. Con ello, se aplica el “arte del rango y la técnica” para individualizar al cuerpo, para distribuirlo y hacerlo circular en un sistema de relaciones específicas (Foucault, M., 2003; 2012), en este caso, la jerarquía de la competencia clínica a través del castigo.

Sin embargo, serán los médicos residentes del primer año quienes sean objeto de esta principal estrategia disciplinaria. Por un lado, porque ya son médicos titulados y recae el peso legal de la atención para los pacientes, pero simultáneamente, siguen siendo estudiantes -de posgrado-, pero estudiantes al final. Por lo que se considera que aún deben pasar por el rigor del disciplinamiento para garantizar un buen médico.

En ese sentido, desde esta lógica, el castigo se garantiza el disciplinamiento del cuerpo. A través de las guardias consecutivas, el cuerpo queda a merced de la clausura de un lugar específico, en este caso, el hospital. Además, se establecen ausencias y presencias, se organiza el tiempo y el espacio, se codifican espacios

exclusivos para ciertos usos: para atender pacientes, para vigilar, para evaluar⁶² (Foucault, M., 2003; 2012).

De igual forma, se controlan las actividades: el empleo del tiempo, el control de acto, la correlación entre el cuerpo y el gesto, la articulación cuerpo-objeto, y por supuesto, la utilización positiva del tiempo (Foucault, M., 2003). Es así que, el médico debe aprender a controlar su rostro al dar una mala noticia, evitar hacer gestos ante una herida supurante, debe auscultar con cuidado el cuerpo-objeto del paciente y debe aprovechar al máximo su tiempo durante la jornada.

Asimismo, el castigo logra “la organización de la génesis”, esto es, la división de la duración en segmentos sucesivos o paralelos, ejemplo de ello son las rotaciones de los médicos por diferentes servicios; se organizan los segmentos en un esquema analítico y se finalizan de acuerdo a un fin, metas y estándares, el médico “debe ser capaz de...”, capaz de diagnosticar, capaz de atender la enfermedad, capaz de aliviar el dolor, etc. Finalmente, se disponen las series de series, la clasificación de las habilidades y del aprendizaje que, en este caso, se traducen en competencia clínica (Foucault, M., 2003).

Así, el dispositivo clínico no sólo se impregna en los cuerpos, les da forma, los disciplina, les inscribe una ley. Garantiza cierto control, dirige la acción a determinados fines, por ejemplo, el sostenimiento del trabajo aun en las condiciones más extremas y precarizadas, al igual que, acostumar al cuerpo para el consumo mínimo de comida, pocas horas de sueño, deshidratación, largas horas de pie, pocos descansos. Con todo esto, el dispositivo clínico establece una función concreta que indica el grado de fortaleza, disciplinamiento y posibilidad de aprendizaje de un médico, esto es, entre más horas aguante haciendo guardia o en estas condiciones, será un mejor médico y será más reconocido.

⁶² Quisiera preceisar que, aun cuando encuentro fértil el pensamiento foucaultiano sobre las lógicas capilares del disciplinamiento, también puede representar un límite en tanto que las redes de poder-saber implican un deseo de socialidad que exceden dichas redes. En este sentido, no es que el trabajo requiera disciplinamiento en sí -lo cual es verdadero para las relaciones sociales capitalistas-, sino que, en tanto trabajo social implica, en su existencia, ya un anhelo de socialidad, ya un deseo de producir comunidad, coimplicación y complicidad. Por ello resultan importantes los ritos de iniciación o entrada al grupo.

Bajo este contexto, cuando los médicos me plantearon que era entendible que yo no “aguantara” como ellos, se referían concretamente a que era porque aún no había pasado por el disciplinamiento del castigo y del dispositivo clínico.

Ahora bien, hubo un elemento de suma importancia que cambió la relación entre nosotros y que posibilitó que hablaran más libremente sobre esta dinámica de los castigos y del disciplinamiento: el quedarme a guardia.

Hay que recordar que la guardia implica extender la jornada laboral por otras 8 o 16 horas. Empero, debo señalar que no todo el personal realiza guardia, causando una diferenciación entre las disciplinas, algo así “como algunos que trabajan más que otros”. En este caso, lo singular de que yo me quedara a guardia, apuntaba al hecho que, los psicólogos del HUP no realizan guardias. Además, los horarios de los psicólogos son de 9:00 am a 3:00 pm, situación que los médicos y enfermeras perciben como “privilegiada”. Más allá de los comentarios del personal, durante 5 meses, jamás conocí a ninguno de los psicólogos adscritos, sólo conocí a dos estudiantes de psicología que realizaban prácticas, pero que no estaban suficientemente preparadas para atender casos por sí solas, que siempre demoraban mucho en asistir a las interconsultas⁶³ y que nunca estuvieron presentes en el sistema de visitas⁶⁴ diarias de los pisos de medicina interna y cirugía.

En ese sentido, “pasar por la guardia” o quedarse a las guardias, es motivo de reconocimiento, distinción y de aprobación para el personal de salud. Sólo aquellos que se quedan a guardia conocen el verdadero hospital, el de las noches, el de *batalla*, donde se pone a prueba el disciplinamiento del cuerpo. Así, la guardia, tiene un sentido ritual, en el cual, se pliegan una serie de otros significados simbólicos que se condensan, entrelazan y superponen redes de significados culturales e históricos que pueden ser más o menos arbitrarios⁶⁵.

⁶³ Consulta de especialidad que se pide para valoración del paciente.

⁶⁴ Sistema constitutivo de la tecnología hospitalaria donde se le da seguimiento al paciente, informando a los adscritos sobre el desarrollo de la patología y donde se ponen a prueba los conocimientos de los estudiantes sobre el caso. Representa la articulación de todos los elementos de la tecnología hospitalaria descritos anteriormente.

⁶⁵Es decir, el “ritual no es un asunto racional⁶⁵” (Castoriadis, C., 2013, p. 190), esta condición, posibilita plegar una serie de otros significados en lo ritual, por eso es simbólico, se condensan, entrelazan, superponen redes de significados -culturales, históricos, arbitrarios. Es arbitrario en el sentido de la interdependencia del contexto socio-histórico, por ejemplo, aquello que se encuentra en la naturaleza. El simbolismo de un león, será un símbolo según la relación que se establezca con

De este modo, el ritual de la guardia, remite a un imaginario, pero que está entrelazado de lo simbólico para existir, no sólo para “expresarse”. Lo imaginario como el nombre y la definición más simple lo indica, está hecho de imágenes, “pero estas «imágenes» están ahí como representante de otra cosa, tienen, pues, una función simbólica. Pero también, inversamente, el simbolismo presupone la capacidad imaginaria, ya que presupone la capacidad de ver en una cosa lo que no es, de verla otra de lo que es” (Castoriadis, C., 2013, p. 204).

En este caso, la guardia y el castigo guardan una relación simbólica e imaginaria, en tanto que, el castigo por excelencia era quedarse a guardias consecutivas en el hospital. Los médicos destacaron que, el castigo por sí mismo no tenía sentido, sin embargo, *funcionaba*. Ellos reiteraban que aun sin estar de acuerdo, ellos le iban otorgando un sentido claro al castigo, es decir, determinaban las razones por las que creían necesario aplicar un castigo a alguien en particular.

En otras palabras, el castigo es parte de un *ritual de iniciación* de la disciplina médica, se trata de un proceso de inscripción de las normas y reglas de la disciplina, de una Ley (Clastres, P., 1978).

Por lo que el castigo, desborda las funciones disciplinadoras en el cuerpo médico, éste, sólo se sostiene de elementos simbólicos e imaginarios de la institución. Son simbólicos, en primera instancia, dado su papel como ritual para interiorizar las prácticas disciplinadoras del cuerpo, como lo son, permanecer parado y activo a lo largo de la jornada; mantener la mente activa; reconocer la jerarquía según la competencia clínica, la cual está determinada por la aprobación de los exámenes cotejados por el propio círculo cerrado de la medicina.

Pero al mismo tiempo, contiene un carácter ritual que marca el ingreso al grupo, donde se signa la práctica como un pasaje que distingue (Sarter, G., 2017) a aquellos que no son del círculo cerrado del personal de salud, que realizan guardias, lo cual remite a un sentido sacrificial, de sacrificarse por la profesión. Por ejemplo, la mayor parte de los castigos se realizan durante el primer año de residencia, se trataría de una especie de *estado liminal*, donde los sujetos, aunque

este animal, pero depende de que existan leones alrededor, si no, no entra en el registro simbólico de un pueblo. No obstante, tampoco es reductible a ello, dado que existe la capacidad creativa e imaginativa que desborda las condiciones materiales de la naturaleza.

ya son legítimamente médicos -determinado por el título, la cédula y el juramento Hipocrático-, aún no se ganan su lugar dentro del gremio de especialistas, lo cual representa un grado jerárquico superior en el escalafón de la competencia clínica. Es decir, aún es de carácter ilegítimo en el imaginario del gremio. La legitimidad se gana a través de la pertenencia al grupo de especialistas, se gana a través de las guardias, del sacrificio físico-mental y de la competencia clínica, no solamente por los exámenes o los títulos, aquí el carácter simbólico e imaginario. Así, la pertenencia supone un ritual que incluye la inscripción del cuerpo que incluye ciertas formas de tortura, entre otras cosas.

Para Pierre Clastres (1978) y Gilles Sarter (2017), la tortura y los rituales de paso corporales tienen como objetivo marcar cierta “distinción” entre los sujetos, una distinción de pertenencia a ciertos grupos e incluso a ciertos saberes. En ese sentido, aun cuando no hay una “marca” corporal como tal en los médicos, -no hay un tatuaje o una cicatriz-, si queda una huella física, “un signo de un tiempo, la huella de un pasaje, la asignación de un destino [...] el cuerpo mediatiza la adquisición de un saber, ese saber se inscribe sobre el cuerpo” (Clastres, P., 1978, pp. 157-158); una huella que los hace distinguirse de *otros grupos*.

Es así que, cuando los médicos mencionaban constantemente que el castigo por sí mismo carecía de sentido, implicaba que no cumple con una función racional o estructural. No obstante, el castigo, como elemento simbólico e imaginario, desborda la funcionalidad misma de la práctica. Así, el castigo, por medio de las guardias y de las tareas administrativas-, se encarga de interiorizar a las diferentes instituciones que le son transversales a la clínica, como lo sería la disciplina, la burocracia, la educación, el trabajo. De este modo, el castigo, además de ser un ritual, tiene funciones específicas, para mantener el orden y la obediencia de los residentes de menor grado, se interioriza la jerarquía, no se cuestiona⁶⁶.

⁶⁶ Además, si consideramos los rituales de paso del hospital, como los castigos, implica que todos estos rituales de iniciación que van de la mano con ciertas prácticas de tortura y del disciplinamiento extremo del cuerpo son hasta cierto punto limitados u ocultados por la normatividad hospitalaria. Digo que es hasta cierto punto, dado a que la administración y/o dirección conoce bien estas prácticas, pero se “hace de la vista gorda”, que podríamos sospechar que tiene que ver más con las transgresiones de la Ley Federal del Trabajo y de los códigos bioéticos y de derechos humanos, que son normativas de las “buenas prácticas médicas”.

Como se muestra en el ejemplo, todo lo anterior desborda las consideraciones explícitas y conscientes que los sujetos argüían como “razones” o sentidos para castigar. El castigo siempre los desborda en significaciones. Desde una mirada más foucaultiana, el castigo se trata de un dispositivo con funciones disciplinadoras dichas y no dichas, y al mismo tiempo, desde una lectura más castoriadiana, se puede recuperar el carácter simbólico e imaginario de las prácticas que dotan de sentido a las instituciones que instrumentalizan al castigo para interiorizar las normas, para moldear los cuerpos, para disciplinarlos para el trabajo cotidiano en el hospital.

En ese sentido, después de quedarme a guardia me gané su respeto, dado a que había entrado a las lógicas capilares del disciplinamiento corporal. Tanto por “resistir” sin dormir, pero también por ser la única psicóloga que alguna vez se había quedado en el hospital por la noche, es decir, se desbordaron los imaginarios de la disciplina psicológica y se encarnaron en mí, las significaciones imaginarias y simbólicas del ritual de la guardia.

Con ello, me hicieron digna de conocer los secretos del círculo médico. Comenzaron a desarrollar más las discusiones que teníamos. Conversaban más espontáneamente, sin esperar que yo hiciera alguna pregunta en particular, también comenzaron a preguntarme cosas a mí, sobre mí vida personal, sobre la psicología y lo más importante, sobre qué estaba haciendo en el hospital, esto es, sobre la investigación.

A partir de este momento fue mucho más sencillo desplegar ciertas temáticas, en particular, el del malestar físico, debido a que después de la guardia, éste era peor que nunca. Por lo que les pregunté a algunos de los internos y residentes, si ellos podían recomendarme algún consejo o truco para hacer más llana la jornada, fue entonces cuando empezó a vislumbrarse la primera dimensión del analizador *fármakon*.

Fármakon y Pharmakós

La palabra *fármakon*, comparte su raíz etimológica *pharmakós* [φαρμακός], antiguo ritual griego de purificación que buscaba restablecer el equilibrio producido por una

calamidad (Girard, R., 1986; 2005). Este sentido guarda una ambivalencia fundamental: aquello que puede restablecer el equilibrio, es decir, “el remedio”, es a su vez peligroso.

De este modo, la palabra *fármakon* contendrá ambas dimensiones, la de remedio y la de veneno. Esta ambivalencia, está presente en el significado de la palabra moderna de “fármaco” o medicina, como aquella con la capacidad de restablecer la salud del cuerpo y ofrecer la cura a un malestar, siempre y cuando se utilice la dosis correcta, ya que, al exceder esa dosis⁶⁷, la medicina puede convertirse en veneno, en una sustancia con el potencial de enfermar gravemente al cuerpo y aniquilar cualquier vida (Girard, R., 1986; 2005; Derrida, J., 1975).

Por ello, Jacques Derrida (1975, p. 102) dirá que el *fármakon* será “[e]se encantamiento, esa virtud de fascinación, ese poder de hechizamiento pueden ser -por turno o simultáneamente- benéficos y maléficos”. De la misma manera, el analizador *fármakon* contiene una serie de sentidos complejos y contradictorios. Por lo que será propósito de este capítulo, desplegar las dimensiones de este analizador.

Durante el trabajo en el terreno, los médicos narraron, explicaron y justificaron el robo de *fármacos* al interior del hospital, a partir de cuales, he organizado las siguientes categorías:

1. El autoconsumo
2. El mercado negro
3. El almacenaje y uso en caso de “emergencia”
4. *La Robin-Hood-ada*

De este modo, el desarrollo de este capítulo consta del repliegue de cada una de estas dimensiones, con el fin de no sólo exponer las narraciones realizadas por los médicos, sino, para problematizarlas teórica y metodológicamente.

En la primera dimensión, el autoconsumo, se exponen las lógicas del uso de los fármacos para “aliviar” el malestar corporal y psíquico producido por el trabajo

⁶⁷ Que además estará prescrita y significada por el discurso clínico, el único autorizado para prescribirlo.

y la praxis clínica hospitalaria en el día a día. Bajo estas lógicas, se despliegan las condiciones materiales concretas del trabajo, así como la precarización de éste.

En la segunda dimensión, se postula el “mercado negro”, informal o “ilegal” al interior de los hospitales y del mundo médico, el cual apunta, no sólo a un negocio, sino, a las relaciones y vínculos que se establecen entre los médicos y la institución.

En la tercera dimensión, el almacenaje y el uso en caso de emergencia, se evidencia el estado precarizado de los hospitales del país, y al mismo tiempo, las prácticas anti-institucionales del personal de salud. La cuarta y última dimensión, la *Robin-Hood-ada*, se refiere al almacenaje de los medicamentos robados para aquellos pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar la atención médica. Con esta categoría, se problematizará el carácter sacrificial del personal de salud, quienes parecieran ponerse en riesgo, es bajo un aparente sacrificio en favor de sus pacientes.

a. El autoconsumo

El tema del consumo de sustancias durante la jornada laboral, emergió hasta después que me quedara a la primera guardia en el hospital. Como ya he mencionado, después de este “ritual de paso”, los residentes comenzaron a explicarme muchas de las dinámicas del “arte de resistir” la guardia y el turno. Una de ellas, se trataba del consumo de una variedad de sustancias.

Para mi sorpresa, en el disciplinamiento del cuerpo estaba acompañado con el consumo de opioides legales, de benzodiazepinas o la combinación de ambas. Las benzodiazepinas, son pertenecientes a la familia de los psicotrópicos con efectos sedantes del sistema nervioso, por lo que producen un efecto “relajante”.

En el caso de los opioides, los más usuales eran el tramadol o el ketorolaco. El tramadol:

se usa para aliviar el dolor moderado a moderado intenso. Las tabletas de acción prolongada y las cápsulas de tramadol solo las usan las personas que se espera que necesiten el medicamento para aliviar dolor todo el tiempo. El tramadol pertenece a una clase de medicamentos llamados analgésicos

opiáceos (narcóticos). Funciona al cambiar la manera en que el cerebro y el sistema nervioso responden al dolor (medlineplus⁶⁸, s/f, s/p).

Este es un medicamento que puede comprarse sin receta, aun cuando se trata de una sustancia controlada. El tramadol tiene una amplia variedad de contraindicaciones y de efectos secundarios, incluyendo: somnolencia, nerviosismo, rigidez muscular, dificultades para dormir y otros efectos relacionados con el sistema nervioso central. Sin embargo, existen algunas combinaciones mucho más fuertes que sí son reguladas y es necesario una receta para adquirirlas.

Como parte de mi espíritu investigativo, seguí las recomendaciones de los médicos residentes y tomé la dosis mínima de tramadol: 25 mg⁶⁹. Empero, los efectos secundarios se manifestaron rápidamente, provocando que no pudiera concentrarme en el trabajo de terreno.

Los médicos me dieron otras indicaciones: debía combinar el tramadol con otros fármacos para cortar los efectos indeseados. Por ejemplo, si llegaba a tener dificultades para dormir podía tomar un somnífero; si presentaba náuseas, un antiemético; para la rigidez muscular un relajante, etc.

En este punto, mi espíritu de investigación llegó a un límite, a decir verdad, me aterrícé un poco con la cantidad de fármacos y sus combinaciones que podían ser muy peligrosas e implicaban un posible daño al hígado y/o a los riñones. Preocupación que les manifesté, pero me dieron el nombre de otro fármaco, el *entecavir*, usado para prevenir el daño hepático. Es decir, había un fármaco para cualquiera de mis preocupaciones, situación que me angustió aún más, debido a la siguiente implicación ¿Acaso viven así? ¿Acaso *trabajan* así?

A lo largo de los siguientes meses me dediqué a indagar sobre esta situación, y aun cuando no puedo ni quiero hacer una generalización, muchos de los médicos internos, residentes y adscritos, hacían uso de los fármacos para “sobrellevar” el día a día, y que se agudizaba durante los primeros años de residencia.

⁶⁸ Recuperado el 12/12/2020 en <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695011-es.html>

⁶⁹ Esta dosis se trata de la más pequeña, el consumo de tramadol en el hospital va de los 100 hasta los 500 mg.

Hay una variedad sobre el consumo, desde los que toman analgésicos para tolerar las molestias producidas por la insuficiencia venosa por estar demasiadas horas de pie, o para el dolor de espalda por el mismo motivo; y quienes consumen somníferos para dormir en las noches y anfetaminas para despertar en las mañanas.

Esta situación tiene resonancia con algunas investigaciones sobre el consumo de drogas en el personal de salud, donde se menciona que, este personal⁷⁰ tiene mayor susceptibilidad al consumo de sustancias, en comparación a la población en general (Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, Ma. E. y Rivera, E., 2004). Empero, los factores que llevan al personal de salud al consumo no están del todo claros, sino que están atribuidos a su relación con la prevalencia de trastornos mentales, entre ellos, los trastornos adictivos y el síndrome de *burnout* (Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C. y Duro Perales, N., 2008; Cruz Robazzi, *et. al.* 2010).

De manera general, la gama de investigación alrededor a este fenómeno, ubica los “factores de riesgo” asociados al consumo de sustancias los factores generales, indicando cierta predisposición genética, familiar y psicopatológica; los factores asociados a la “organización del trabajo”, estos son, el exceso de horas trabajadas, las guardias, la escasez de horas de sueño y el *burnout*, y los factores específicos de la propia especialidad, como la disponibilidad y fácil acceso a la medicación (Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C. y Duro Perales, N., 2008, p. 21; Cruz Robazzi, *et. al.* 2010; Ansoleaga Moreno, E. y Miranda-Hiriart, G., 2014).

En ese sentido, se hace pertinente la distinción que realiza Mariano Noriega (1989, p. 9), entre las investigaciones o corrientes que “tienen como objeto de estudio los factores de riesgo y los accidentes y enfermedades legalmente considerados del trabajo”, de aquellas que parten de la salud en el trabajo a partir de los procesos de producción y del proceso del trabajo mismo en el capital.

⁷⁰ Las especialidades con mayor prevalencia del uso de sustancias -alcohol, tabaco, opioides y benzodiacepinas-, son en el siguiente orden: los anestesistas, los de medicina interna y los cirujanos (Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C. y Duro Perales, N., 2008). De nuevo, es un escenario muy similar al encontrado en el HUP.

Es decir, de aquellas corrientes orientadas a la sociología del riesgo y las psicologías organizaciones y del trabajo, que estudian las patologías producidas por factores estructurales y funcionales de la organización, dejando de lado, al trabajo y la explotación del mismo, como piezas articuladoras y productoras del malestar. Como efecto, en muchas ocasiones, las investigaciones de estos recortes se convierten en saberes al servicio del capital que “procuran” cierto grado de salud en los trabajadores y al mismo tiempo, garantizando la eficiencia y productividad de los mismos (Rodríguez Ajenjo, C. y Flores Vázquez, R., 1979).

De este modo, no será tarea mía discutir a profundidad acerca de los “factores de riesgo”, sino, desplegar aquellas dimensiones que no están explícitas y que provocan lo denominado como “la organización del trabajo”. Dado, a que aun cuando se señalan como factores intervinientes, no se discute por qué está *organizado* así el trabajo. En otras palabras, por qué el exceso de horas laborales, por qué el sistema de guardias, por qué la falta de sueño.

❖ *Las condiciones materiales y el trabajo precarizado*

De manera general, “las condiciones de la vida material de la sociedad”, se refieren a tres aspectos: a la Naturaleza inmediata que rodea la sociedad; a las personas que conforman a la misma; y al modo de producción a partir del cual los sujetos crean sus bienes materiales necesarios para la subsistencia (Rosental, M. e Iudin, P., 1946).

Para fines de la presente investigación, por “condiciones materiales”, se conciben a aquellas circunstancias concretas que posibilitan o no, la realización de una actividad. Éstas van de la mano con las condiciones de posibilidad, que se refieren a los aspectos sociales, históricos, imaginarios y simbólicos. En este caso, habría que ubicar el trabajo médico en dos campos: la institución clínica y el hospital.

Es importante distinguir ambos conceptos, aun cuando ambos estén fuertemente imbricados. El hospital, se trata del establecimiento, del lugar físico en donde se entrecruzan y entrelazan *otras* instituciones, no sólo la clínica, sino, la escuela, la burocracia, la salud, por mencionar algunas. Este entrelazamiento de

muchas instituciones, -desde al análisis institucional-, recibe el nombre de *segmentaridad* o *polisegmentaridad*, es decir, la posibilidad de encontrar múltiples segmentos de múltiples instituciones en un mismo corpus, en este caso en el establecimiento hospitalario. Esto implica que no hay “instituciones puras”. Asimismo, en un mismo establecimiento cabe la multiplicidad de pertenencia o de referencia, como lo sería un médico que trabajo en el hospital, quien atiende pacientes y al mismo tiempo da clase. De este modo, el médico está atravesado por diversas instituciones, en este caso, por la clínica y la universidad. Con ello, estaríamos haciendo referencia al fenómeno de *transversalidad* (Manero Brito, R., 1991).

Ahora bien, tal y como he mencionado anteriormente, la institución refiere a una “red simbólica, socialmente sancionada en la que se combinan en proporción y en relación variables un componente funcional y un componente imaginario” (Castoriadis, C., 2013, p. 211). En ese sentido, la institución clínica remite a una serie de construcciones simbólicas e imaginarias que se entretajan alrededor de “lo médico”. Ejemplo de ello, es la vinculación del médico como un personaje reconocido e ideal, que “gana bien” o tiene mucho dinero, pero también que realiza su trabajo de forma desinteresada o por “vocación”, siempre anteponiendo el bienestar y salud de sus pacientes.

No obstante, es importante analizar estos elementos imaginarios que invisten a la profesión médica, dado a que suele desplazarse este aparente espíritu vocacional y un tanto sacrificial de la disciplina, que terminan por opacar las condiciones de precarización del trabajo.

De este modo, se vuelve imperioso señalar a qué condiciones materiales y de posibilidad me referiré a lo largo de este capítulo. Algunas de las condiciones materiales identificadas en el HUP, fueron:

a) La escasez de materiales básicos para realizar su trabajo: que va desde los materiales que están diseñados para la protección del personal como guantes y cubre-bocas, como para el cuidado y atención de los pacientes, como agujas, medicamentos, respiradores, maquinaria y tecnología de diagnóstico (EEG, resonancia magnética, tomografía);

b) Espacios deficientes y poco ergonómicos para realizar su trabajo.

Hay pocas sillas y bancos, las cuales se suelen utilizar para los familiares de los pacientes. Los espacios de descansos no son óptimos y son sólo para algunos miembros del personal de salud (no todos tienen acceso a ellos, está organizado de acuerdo a las jerarquías). Tampoco hay camas suficientes para dormir en periodos de descanso entre guardias o recesos; y

c) La precarización del trabajo, la cual incluye el exceso de horas laborales, bajos salarios y poco tiempo de descanso. Un médico general gana \$5,200 mensuales en el HUP⁷¹. Este salario contiene 2 seguros: el seguro de riesgo biológico y el de riesgo laboral. Si no, hablaríamos de una suma de \$4,200 mensuales. Además, la gran mayoría de los médicos no están contratados por la Universidad Autónoma de Puebla con plazas de médicos, sino con plazas como Administrativo General (\$4,070), Auxiliar Técnico (\$5,422) o Auxiliar de Servicios (\$6,335). Muchos otros más, no están plenamente contratados, sino trabajan por honorarios (por día o por guardia). Otros más, los llamados cero-ocho, son trabajadores (médicos) eventuales, que sólo son contratados durante las vacaciones, días festivos y en situaciones de contingencia sanitaria, como fue el caso de la pandemia del COVID-19.

No obstante, estas condiciones no son tan conocidas, o al menos hasta antes del sismo y la pandemia, no habían sido visibilizadas. Asimismo, el número de investigaciones sobre condiciones en las que trabajan los médicos⁷², así como temas salariales, laborales y legales, son mínimas o inexistentes.

Sin embargo, el efecto del analizador de la pandemia, trajo consigo no sólo la visibilización de estas condiciones, sino, un fuerte cuestionamiento sobre *por qué*

⁷¹ De acuerdo al tabulador salarial del 2015. Más adelante en este apartado se presenta el aumento salarial al 2021.

⁷² Es importante precisar que me refiero específicamente a los médicos. Existen algunas investigaciones sobre enfermería, trabajo social y personal de mantenimiento, o del “personal de salud” en su generalidad. Pero son mínimas aquellas investigaciones sobre trabajo, salario, precarización y explotación del trabajo de los médicos. Recientemente una compañera del posgrado realizó una investigación donde no sólo destaca la precarización de las condiciones laborales en las que trabaja el personal médico forense, sino además, señala el papel del Estado como forma capitalista en la organización de las relaciones sociales. *Sírvase de ver:* López Villegas, A. L. (2021). No queremos [hacer] más necropsias: Precariedad laboral, feminicidio e impunidad en México. Tesis para obtener el grado de Maestría en Sociología [No publicada]. Puebla: BUAP.

se encuentra en esta situación el personal de salud. Se trata pues de la desarticulación de lo instituido, de aquellas cuestiones *no dichas* sobre el trabajo del personal de salud. Así, el analizador tiene una dimensión *agencial*, como un agente, como una actividad o un proceso activo de producción de significaciones que permiten observar lo instituido desde *otro lugar*. De este modo, el analizador no sólo produce saberes, sino, también construye vínculos, construye sociedad (Manero Brito, R., 2015).

Ejemplo de ello, fue una reciente investigación realizada por el Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México (2020), la cual, señala las condiciones laborales de los trabajadores de salud durante la pandemia. Cabe señalar que, esta pesquisa vino como anillo al dedo durante la investigación de la presente tesis, no sólo por los datos, sino porque fui invitada a colaborar con ellos en la investigación.

La investigación consistió en la aplicación de un cuestionario a través de una plataforma virtual, con un total de 67 preguntas, entre el 07 y 17 de agosto del 2020 en diversos establecimientos hospitalarios del país, públicos y privados, de diferentes niveles de atención a la salud⁷³.

El cuestionario está dividido en tres secciones: datos generales, brindando información de 4,064 personas sobre su edad, género y lugar de trabajo; condiciones laborales, con un total de 4,281 respuestas sobre su situación particular de contratación, información relevante sobre sus condiciones laborales y su impacto en la atención a pacientes durante la pandemia; y finalmente, la sección tres, constituida de 4,064 opiniones y otros datos sobre el complemento de ingresos, discriminación y evaluación gubernamental respecto a la pandemia (Reporte 133, 2020).

Este cuestionario, aunque sólo brinda información sobre las condiciones específicas de la pandemia del virus de SARS-CoV-2, revela información valiosa sobre las condiciones en las que trabaja el personal de salud. Mismas que no se

⁷³ Los niveles de atención de la salud se dividen de acuerdo objetivos perseguidos por la Secretaría de Salud para la prevención y detección de enfermedades (atención primaria de salud), su atención y tratamiento (atención secundaria), y sobre la mitigación de los efectos una vez que la enfermedad está presente en el medio (atención terciaria).

habían estudiado previamente a la contingencia sanitaria, pero que no implica que no estuviesen ya ahí.

Ejemplo de ello son las formas de contratación, las cuales señalan que, de la muestra registrada (4,064), sólo el 61.39% es de base o contratado con una plaza permanente o definitiva. El porcentaje restante, el 38.61% se encuentra contratado bajo otras modalidades, como: contratación eventual (18.3%), contratación por honorarios (7.08%), otras formas de contratación (7.03%), aunque estas no están desglosadas y no queda claro en qué consiste esta modalidad, pero puedo inferir a que muchas de ellas se refieren a contrataciones a través de becas, prestadores de servicio social, internados y por residencias médicas. El 3.1% del personal de salud no tiene contrato, y finalmente, el 3.4% corresponde a otras formas de contratación que, sí son exclusivas a la pandemia (Reporte 133, 2020, p. 84).

En el cruce de datos, de formas de contratación y de profesiones, señalan que, por un lado, el 61.39% de trabajadores que contestaron la encuesta, son de base, y el 38.61% está contratado bajo diferentes figuras: eventual con el 18.03%; por honorarios el 7.08%; otra forma no especificada el 7.03%; contratado sólo durante la contingencia sanitaria 3.41%; y sin contrato el 3.06% del personal.

En los desagregados de las formas de contratación entre el sector público y privado, se observa mayor porcentaje de contrataciones de base en el sector público con 63.54%, *versus* un 46.39% del privado (Reporte 134, 2021).

Asimismo, en los cruces entre las formas de contratación y las profesiones, se evidencia que el personal de enfermería, es quién representa el mayor porcentaje en basificación con el 68.88% del total de la muestra y en el sector público con el 69.64%. En contraste, en el sector privado, el personal con mayores porcentajes de contratación de base en el personal administrativo con un 100%; en segundo lugar, el personal de salud diverso⁷⁴ con el 58.65%; en tercer lugar, el personal de servicios⁷⁵ con el 46.39%; en cuarto lugar, el personal de enfermería con 45.36%; y

⁷⁴ Asistente médico (100%); Dietista-Nutricionista (100%); Inhaloterapeuta (83.33%); Técnico radiólogo (75%); QFB (61.11%); Químico (60%); Laboratorista (60%); Estomatólogo (12.5%).

⁷⁵ Camilleros, intendentes, operador de ambulancia, operador de servicios de lavandería, personal de mantenimiento y otro no especificado.

en último lugar, el personal médico con el 22.43%, que, en comparación, obtuvo el mayor porcentaje en contratación por honorarios con el 33.10%.

Debo reiterar que, aun cuando estos datos no sean representativos en la construcción de la muestra –dado que es no probabilística-, indica un panorama general de las formas de contratación en el personal de salud en general, así como la distribución de bases y plazas por profesiones y por sector público-privado.

De este modo, es menester analizar más a detalle algunos otros de los datos expuestos por estos reportes. Por ejemplo, el mayor porcentaje del personal participante en el estudio, es del área de enfermería, con el 39.22%. Otras profesiones y actividades, como estomatología, asistentes, técnicos, personal de limpieza y administrativos en general, suman el 19.91%. Estos dos porcentajes suman un total del 59.13%. El porcentaje restante, el 40.87%, equivale a 1,660 médicos. Este porcentaje se divide de la siguiente forma:

- Médicos especialistas: 14.41%
- Médicos generales: 10.11%
- Médicos familiares: 3.83%
- Médicos urgenciólogos: 2.64%
- Anestesiólogos: 2.59%
- Médicos internistas: 2.55%
- Intensivistas: 2.27%
- Residentes (R1-R8): 1.47%
- Médicos Cirujanos: 0.84%
- Psiquiatras: 0.16%

De igual forma, el documento presenta los porcentajes de las formas de contratación en los hospitales públicos como privados, así como en diversas modalidades de atención de salud, es decir, en clínicas, hospitales generales y de especialidades. En comparación entre estos sectores, se observa que en el sector público hay mayor regularidad en las contrataciones a diferencia del sector privado, donde los porcentajes aumentan escandalosamente en las contrataciones por “eventual”, “honorarios”, “otro” o “no tener contrato”.

La comparación entre el sector público y privado, revela que la mayor parte de las respuestas de los lugares de trabajo notifican que la forma de contratación con más registros, para ambos sectores, es la contratación de base. Por otro lado, la segunda forma de contratación con más registros en el sector público es el contrato eventual, mientras que en el sector privado es el contratado por honorarios. El contrato de base en el sector público es 20% mayor que la contratación de base del sector privado, en otro sentido, se observa que el contrato por honorarios en el sector privado es aproximadamente 14% mayor que en el sector público, comportamiento similar para el caso de aquellos que no tienen contrato. Estas diferencias en la situación laboral de los trabajadores, también se reflejan en sus derechos laborales y en los apoyos otorgados [...] En el apartado de 'otro', también advertimos diferencias, en el caso del sector público, gran parte de las respuestas, están conformadas por el contrato por regularización y formalización (que no necesariamente implican un contrato de base), así también, encontramos al personal de confianza y los contratos de distintos periodos; para el caso del sector privado el rubro de otro está conformado, mayormente, por la contratación por como dato (Reporte 133, 2020, p. 85).

Estas “irregularidades”, por no llamarlas de otra forma como ilegalidades de las formas de contratación, no son exclusivas del reporte 133 y 134 realizado por la UNAM. Sino que son aspectos que también emergieron durante la intervención en el HUP en 2015.

Por ello, se vuelve importante destacar algunas particularidades importantes al respecto. Durante el trabajo de terreno en el 2015, participaron un total de 51 médicos, de los cuales, 2 médicos adscritos, no autorizaron compartir sus datos ni hacer mención sobre ellos, por lo que me referiré solamente a la participación de 49 médicos, de los cuales, en su gran mayoría, 40 de ellos, se trataron de médicos residentes y sólo 7 fueron adscritos.

Los médicos residentes, quienes, aunque fungen tareas importantes en el hospital, no estaban contratados por el hospital como tal, sino que, bajo la figura de estudiantes de posgrado, quedan bajo el cobijo del CIFRHS, quien media entre el hospital y la Secretaría de Hacienda para realizar su pago mensual.

Por otro lado, los médicos adscritos, -9 en total⁷⁶-, algunos estaban por contrato determinado (temporales) y otros definitivos. Y dos médicos que trabajaban como adscritos, aunque no estaban contratados con esa figura en el HUP.

⁷⁶ Cuatro de ellos en el área de medicina interna, dos en el área de cirugía y dos en el área de urgencias

Estos dos últimos médicos pertenecían al área de urgencias, pero estaban contratados bajo otras formas: la doctora Bety, médica general, con plaza de auxiliar administrativo “A” no definitiva desde el 2005 y el Dr. Memo, también médico general, contratado por honorarios bajo la figura del “cero-ocho” desde el 2013.

En particular estos dos médicos enfatizaron que además de trabajar en condiciones precarias, que incluían atender cuotas de 30 pacientes por turno y que si no cumplían podían ser amonestados administrativamente. Además, no contaban con las mismas prestaciones que las plazas de adscritos, particularmente el Dr. Memo, quien, por estar por honorarios, no contaba con las prestaciones de ley, y que es una figura de contratación que, a la fecha⁷⁷, no aparece en el tabulador salarial de Recursos Humanos de la Universidad Autónoma de Puebla.

En ese sentido, aun cuando no se conocen los índices de “irregularidades” en la contratación del Hospital Universitario, podemos sospechar, que se trata de un escenario más o menos generalizado en los hospitales del país, tal y como lo muestran los reportes 133 y 134, y que por supuesto, sería importante investigar detalladamente al respecto. Sin embargo, esa ambición rebasa por mucho los propósitos de la presente investigación, lo importante más bien, se trata de relevar estas condiciones de trabajo que se han visibilizado a través del analizador del virus del SARS-CoV-2 y su relación con el consumo de fármacos en el hospital.

En resonancia con los datos del cuestionario de los reportes 133, 134 y de las narraciones de los médicos del HUP, en ambos casos, los médicos señalaron que sus salarios eran insuficientes para cubrir sus gastos generales. Ejemplo de ello era el salario de la Dra. Bety, quien en el 2015 ganaba un total de \$5,200, y de acuerdo al tabulador de la BUAP del 2020, corresponde a \$7,749.93. Ella declaró que este salario era totalmente insuficiente en comparación a los costos de la vida cotidiana: renta, servicios generales, alimentos, transporte y colegiatura de sus hijos. Por lo que, para contrarrestar la insuficiencia salarial, ella se veía obligada a realizar actividades extra-laborales, principalmente guardias nocturnas e

⁷⁷ Búsqueda realizada el 07 de junio de 2021 en: http://www.rekursoshumanos.buap.mx/?q=img_link/tabulador-2020

interconsultas de especialidad en el área de hematología, con lo cual, incrementaba el salario mensual, pero que implicaba mayor desgaste y mayores horas de trabajo.

En concordancia a la situación de esta doctora, los reportes 133 y 134 (CAM-UNAM, 2021), indican que el 88.34% de los participantes señalaron que su salario era insuficiente, por lo que debían realizar actividades para complementar su ingreso⁷⁸. Situaciones que han llevado a los sujetos a realizar una serie de acciones para complementar su ingreso: el 53.98% mencionan tener otros trabajos, que van desde laborar en dos diferentes establecimientos de salud como hospitales, clínicas o realizar otro tipo de actividades comerciales. El 46.02% restante, mencionó realizar como: la venta de ropa o artículos por catálogo (22.42%); el comercio informal (16.21%); ninguna acción (7.79%); consulta privada o servicios particulares (3.28%); apoyo familiar (2.84%); guardias, suplencias, turnos extras (2.78%); reducción de gastos y/o endeudamiento (2.72%); otro (0.72%).

Ahora bien, en el cuestionario no se señalan si las condiciones materiales eran similares o no a las condiciones de la pandemia. Empero, podría aventurarme a afirmar que, aun cuando no eran precisamente las mismas dado que éstas se han agravado y recrudecido, pero, sin duda, si se trataba de situaciones previas. Específicamente sobre las formas de contratación, la precarización salarial y sobre los materiales indispensables para realizar su trabajo.

❖ El trabajo médico: ¿Explotación o Precarización?

Como se puede observar, los resultados del reporte 133 y 134, visibilizan claramente la precarización de las condiciones del trabajo del personal de salud en general a lo largo de la contingencia sanitaria, y al mismo tiempo, nos hacen un guiño sobre las condiciones previas a la pandemia, las cuales, se vuelven condiciones que propician el consumo de sustancias para tolerar la jornada laboral.

⁷⁸ . Además de que, desde 1982 ha habido una pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores *Sírvase de ver*. Reporte 134 del Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ahora bien, ¿por qué los trabajadores se encuentran en tan precarias condiciones? Desde luego, existen muchos oficios, actividades y trabajos que se encuentran en las mismas o peores condiciones, no me gustaría referir sobre sujetos más precarizados que otros, sino, problematizar específicamente la precarización del personal médico.

Como ya lo he mencionado en otros espacios, el personal médico suele ser estudiado sólo bajo ciertos intereses. En temas de trabajo, las investigaciones suelen volcarse hacia el estrés laboral y el *burnout* (Zamora Echegollen, M. A., 2017). Situación que definitivamente es necesaria y que probablemente les otorga ciertas herramientas para contener y gestionar su propia precarización, sin embargo, no es suficiente y se queda en la superficie del problema.

Tenemos diferentes aristas de este fenómeno, además de aquellas mencionadas en el primer capítulo, como el asistencialismo y su articulación con los enfoques estructural-funcionalistas, así como las corrientes de la desviación y de la patología. Empero, se hace menester abordar el problema del trabajo en el capitalismo.

Tal y como lo mencionan Carlos Rodríguez Ajenjo y Raquel Flores Vázquez (1979) la lógica capitalista de “procurar” cierto grado de salud en los trabajadores, de limitar o contener la explotación. Asimismo, esta limitación, concentra la atención a ciertos sectores y otros no, es decir, se protegen a ciertos trabajadores -aquellos que producen más plusvalor-, de aquellos que no, o que están en otra parte del circuito de acumulación y circulación de capital. Lo cual también explica por qué la concentración de estudios sobre la precarización en otros sectores laborales, principalmente en fábricas, maquilas, minas y personal de servicio (taxistas, choferes, etc.⁷⁹).

Esta lógica que ha permeado las políticas de salud en México y en el mundo desde finales de los setenta, derivó en fuertes campañas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con el fin de la disminución del gasto del presupuesto en materia de salud (Fassler, C., 1978; Rojas Soriano, R. 1999). Es un

⁷⁹ Sírvase de ver la colección de números de la revista *Salud Problema*. Disponible en: <http://saludproblema.xoc.uam.mx/catalogo.html>

contexto que explica las tendencias hegemónicas para el estudio sobre sólo ciertos problemas laborales o donde el trabajo se presenta como un “factor” más en la “suma multifactorial”, pero que, no es considerado como la fuente del malestar del trabajador. Además, de que estas corrientes, estudian sólo algunos trabajos, aquellos que están insertos directamente en la producción de valor (Rodríguez Ajenjo y Flores Vázquez, 1979; Fassler, 1978; Crevenna, 1979).

En palabras de Clara Fassler (1978):

En el sistema capitalista, el proceso de trabajo se organiza según la ley de la ganancia, entrando en antagonismo los intereses de trabajadores y empresarios por apropiarse del valor generado en el proceso de trabajo. A partir de cierto momento histórico, el capitalista como clase, tiene claro que la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo, es el límite para la apropiación de la plusvalía. No obstante, el capitalista a nivel individual, en su afán por lograr una mayor tasa de plusvalor, intentará prolongar la jornada de trabajo, intensificará los ritmos de producción, no asumirá de *motu-propio* invertir para crear condiciones de trabajos más salubres, etc. Su preocupación no pasa por la mantención y reproducción de la fuerza de trabajo, sobre todo cuando existe un significativo ejército de reserva que le permite renovar la mano de obra rápidamente. Esta forma general de funcionamiento del sistema capitalista asume formas concretas diferenciadas en cada nación, de acuerdo a su desarrollo histórico particular, al funcionamiento actual de su economía y al nivel alcanzado por la lucha de clases (p. 5).

Sin embargo, el trabajo médico, desde la tradición marxista más ortodoxa, no obedece a aquellos trabajos que produzcan valor, aun cuando estén en el circuito más amplio de la acumulación y circulación de capital. En ese sentido, ciertos autores⁸⁰ podrían decir que, el médico no es explotado. Sin embargo, esta afirmación tiene riesgos, tanto para los sujetos, como para las posibles líneas de investigación.

Por ello, por el momento, considero ociosa la pregunta sobre si los médicos producen valor o no. Lo importante sería profundizar en los procesos de

⁸⁰ Me refiero, de forma muy general, a ciertos profesores del posgrado del ICSyH. Como ya lo he mencionado, no hay investigaciones sobre trabajo y médicos desde estas perspectivas, por lo que no me refiero específicamente a algún autor de los que cito, sino más bien, de aquellos con quienes tomé seminarios a lo largo del doctorado, que al preguntar sobre esta problemática, enfatizaban que no podían hablar de explotación desde el sentido marxista. Sin embargo, desde los enfoques de Lefebvre (1977) y en Castoriadis (2013), desde los ‘70s, aparece la idea de que el plusvalor no puede pensarse de manera sectorial, sino tomando en cuenta la totalidad del sistema capitalista. Es decir, la posibilidad de reproducción de la fuerza de trabajo no puede tomarse de manera individualizada, sino en el contexto sistémico y global del capitalismo.

reproducción de las condiciones para la vida, y por tanto del trabajo, como la construcción y/o modificaciones de las condiciones materiales y de posibilidad de las mismas. Bajo este marco, la clínica y los sujetos que la ejercen, juegan un papel de vital importancia para la producción, acumulación y circulación de capital.

Es decir, la clínica está imbricada con el capitalismo, en tanto que, con ella, encuentra una forma para procurar la reproducción de la fuerza de trabajo. Por lo que se convierte en una de las formas de garantizar ciertas condiciones de salud para el trabajador, con el fin de mantener y si es posible aumentar la productividad del trabajo, como parte del proceso de producción de plusvalía global.

Por otro lado, la clínica también es parte de la producción de las enfermedades, tanto en su papel como dispositivo productor de saberes técnicos y científicos sobre qué son las enfermedades, hasta el direccionamiento de cómo se deben de atender (Foucault, M., 2012). En ese sentido, la sociedad produce sus propias enfermedades, por lo que la atención a la salud se trata de una contención continua, entre la producción de enfermedades y la atención de los trabajadores enfermos (Crevenna, P., 1979).

Por lo anterior, tal y como menciona Pedro Crevenna (1979), difícilmente se propone construir una sociedad con menos estrés, ya que esto implicaría, una disminución significativa de la competencia y de la producción de mercancías. De este modo, todos aquellos enfoques que hablan del estrés y del *burnout* cobran sentido, tanto es su producción como diagnóstico, como en su prescripción para atenderlo. Dado que en realidad, se trata de una vil *gestión*⁸¹ de los niveles de estrés, de disminuirlo sólo lo suficientes para no matar al trabajador, pero sostenerlo para que siga bajo las lógicas⁸² del “trabajo bajo presión”, competitividad, de “empresario de sí” y de “autoexplotación”.

⁸¹ El uso de la palabra gestión es intencional. Por un lado, para referirme en los propios términos de la clínica y la psicología sobre los estudios de estrés, en donde se pretende que el sujeto debe gestionar su propio estrés, y por el otro lado, se trata de una forma de administración de las poblaciones en términos de la salud y de la enfermedad, de la vida y de la muerte, de una biopolítica.

⁸² Quisiera precisar sobre estos términos. A lo largo de los últimos 20 años se han desarrollados diversas tesis sobre las lógicas de explotación y el sujeto. No comparto aquellas propuestas que insinúan que es el sujeto quien decide explotarse a sí mismo, borrando el papel de los dispositivos e instituciones en la producción de subjetividades para el trabajo. Por ello, la mención a estos términos, como “autoexplotación” y “empresario de sí”, debe verse con cierto sarcasmo de mi parte.

Bajo este contexto, el fármaco viene como anillo al dedo, se trata de una vía paliativa idónea para las necesidades del capital, tanto es sostener su aceleración y acumulación, como mercancía, y en la contención y tensión entre la salud-enfermedad del trabajador.

Por lo que encontramos *la transversalidad* entre las lógicas del capital, el desarrollo de la ciencia y su aplicación a través de la clínica en los trabajadores. Se recae en ciertas tendencias de la producción de conocimiento e investigaciones sobre ciertos temas, ciertos sujetos y con ciertas intencionalidades que posibiliten la producción de valor y la acumulación de capital. Siempre intentando ir más allá, por un lado, intentando producir más y acumular más, pero por el otro lado, conteniéndose frente a los trabajadores que se resisten y luchan para frenarlo. Es decir, no se trata de una mera autorregulación del capital, sino, de una lucha constante entre éste y los trabajadores.

Ahora bien, analizador *fármaco* juega un papel complejo en esta lucha y esta tensión. En primer lugar, el fármaco es parte del dispositivo clínico, es producto de él, aun cuando en su historia haya surgido como la herbolaria, a lo largo de los siglos fue subsumido por la clínica. En segundo lugar, los fármacos posibilitan al sujeto seguir trabajando bajo condiciones precarizadas y de explotación letal, como en el caso de los médicos. Esto tiene efectos devastadores, no sólo en términos orgánicos, sino en términos de lucha. El fármaco termina por adormecer al trabajador, lo seda. Así, en la medida que los médicos instrumentalizan los fármacos como recurso para soportar la jornada, tiene como efecto adormecer también la lucha y la resistencia.

Aun cuando se nos presenta este terrible escenario, el recrudecimiento de la precarización y explotación de los trabajadores de la salud, ha traído consigo, su movilización para visibilizar sus condiciones, así como para demandar y exigir la mejora de las condiciones de trabajo: contrataciones de acuerdo con la ley; limitación de las jornadas laborales; prestaciones; atención psicológica, etc. (Ortega, A., 31 de julio de 2019; Rodríguez, K., 09 de diciembre de 2020).

De nuevo, se trata de la *agencia* del analizador en tanto producción de saberes y la construcción de vínculos, en este caso, de la posibilidad de

organización de los trabajadores para cambiar sus condiciones. No obstante, deberemos esperar para ver cómo se organiza este movimiento⁸³, si logra articularse como una organización que luche frente a estas condiciones de trabajo, o no.

b. El mercado negro

El saqueo de los fármacos, no sólo se presenta para el autoconsumo, sino además para: 2) revenderlo en otros espacios (con otros médicos, otras personas, en hospitales privados y públicos); y 3) se usa como almacén en situaciones de emergencia. En este apartado, se desplegarán las dimensiones de la reventa y su relación con el autoconsumo.

En el caso de la reventa de los fármacos saqueados, se trata de todo un sistema de mercado negro al interior de los hospitales. No es exclusivo del HUP, a través de otros trabajadores del Hospital de la Raza, del Siglo XXI, del General de Cardiología de la CDMX y una subdelegada del IMSS-Torreón, me informaron que es una práctica común en los hospitales.

En una nota periodística de la Jornada de Oriente, se informó que “un total de 17 trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de San Bartolo, ubicado al sur de la ciudad de Puebla, fueron rescindidos por el presunto robo «hormiga» de medicamentos” (Llaven Anzures, Y., 2020, s/p). Lo cual coadyuva a confirmar la sospecha de que se trata de una práctica cotidiana en el contexto hospitalario.

Sin embargo, en esta nota lo que se destaca, no es el robo de medicamentos en sí mismo, sino que se rescindió el contrato de 13 sindicalizados del IMSS, siendo la “primera vez en muchos años que el Seguro Social despide a sindicalizados por el robo de medicamentos y de hidrocarburos cuando nunca ha

⁸³ Cabe señalar que, la disciplina médica contiene un referente histórico en cuanto a la lucha de derechos laborales y humanos. Sin duda, es imposible abordar en este espacio, tal amplitud del tema, sin embargo, se puede revisar: Reporte 69 (septiembre 2005). *Poder adquisitivo del salario Trabajadores del IMSS*. Centro de Análisis Multidisciplinario-UNAM y García Masip, F. y Manero Brito, R. (2017). Apuntes sobre las biopolíticas de salud mental en los Centro de Integración Juvenil (CIJ's) y sobre la creación del Sindicato Independiente de Trabajadores en Salud Mental (SITRASAM), (1974-1981). *Tramas*, 42, pp. 175-192.

procedido denuncias penales incluso por venta de plazas sindicales” (Llaven Anzures, Y., 2020, s/p).

Sin duda alguna, se gatillan un sin número de interrogantes, entre ellas, cómo opera este “robo hormiga” o saqueo de medicamentos. De lo comentado en el trabajo de terreno, de viva voz de los médicos, ellos dijeron que generalmente ocurre cuando algún médico -ya sea adscrito o residente- receta de más algún medicamento, y el “extra” lo vende por fuera. También puede ser a través del personal de enfermería, el cual es más complicado, ya que no pueden recetar, pero son las que tienen las llaves de las gavetas de fármacos controlados. Pero frecuentemente hay una colusión entre los médicos que recetan estos “extras” y quienes tienen el acceso directo al fármaco. Por lo que generalmente se reparten las ganancias.

Esta dimensión del analizador, nos refracta diferentes aspectos, que es necesario analizar. Por un lado, la reventa está a travesada por una ganancia económica, pero que en muchos casos surge debido a la precarización salarial y la pérdida de poder adquisitivo (Reportes 133, 134 y 135), situación que no es menor, dado a que apunta directamente a una serie de necesidades materiales inmediatas: comida, casa, vestido, educación, salud, etc. Por otro lado, en algunos casos los trabajadores optarán por tomar un segundo o tercer trabajo, o dedicarse a otras actividades remuneradas -como se mencionó en los apartados anteriores-, empero, ¿por qué algunos recurren a la práctica del saqueo para la reventa?

Desde el análisis institucional, sospecharíamos que se trata de una práctica *desviante*. La desviación desde esta perspectiva, nos remite a una desviación en relación a la norma en su sentido estadístico, pero al mismo tiempo, nos remite a la norma misma, a lo normal e incluso a la ley (Manero Brito, R., 1991). Entonces, el robo de fármacos nos indica evidentemente que, no se debería hacer, que está en contra de toda norma, regla, código o estatuto. De este modo, el concepto de desviación se trata justamente de una *descolocación* frente a lo instituido, de ahí el carácter eminentemente analizador del concepto.

Se distinguen tres tipos de desviaciones: la ideológica, la libidinal y la organizacional, no obstante, me concentraré en el desviante libidinal⁸⁴, el cual se refiere a una serie de manifestaciones de las relaciones humanas al interior de la institución:

La desviación libidinal tiene un impacto sorpresivo, y podríamos decir que es portador de una función poética. El desviante libidinal se manifiesta en el plano de las relaciones, mostrando las condiciones de represión y de reificación que aparecen en el contexto de la institución (Manero Brito, R., 1991, p. 150).

Ejemplo de ello, es la reificación de las condiciones de explotación y precarización del trabajo en el capital. Esto es, los residentes que se animaron a hablar de esta dinámica, fueron muy puntuales en las “razones” y “justificaciones” para hacerlo.

Estas justificaciones estaban ubicadas en el terreno de la necesidad y de las relaciones familiares. Me explicaron enfáticamente que aquellos que habían revendido fármacos, estaban en situaciones económicas muy precarias, y no sólo ellos, sino también sus familiares. En un caso muy concreto, un residente de ortopedia había revendido un medicamento muy caro para pagar una cirugía para su papá, que, debido a los recortes del seguro popular, ya no entraba en el esquema de cobertura de atención.

En otro caso, el fármaco no había sido vendido, sino que lo había utilizado para un familiar -padre también-, quien tenía un problema reumático en las rodillas y este medicamento, le ofrecía un alivio al dolor y una posible regeneración del cartilago que posibilitaba una mejor calidad de vida a futuro. Al igual que en el otro caso, este medicamento estaba fuera del cuadro básico de cobertura de su seguro médico, y cada cápsula tenía un precio -en el 2015- de \$10,000. Su familiar necesitaba alrededor de 10, esto es, de \$100,000 pesos, cantidad imposible de pagar para un residente en nuestro país.

De este modo, lo que releva el desviante libidinal, es la reificación del hecho que, los familiares de los residentes se encuentren en una situación de vulnerabilidad y sin acceso a la salud, presentándolo como algo obvio o natural. Por

⁸⁴ Para ahondar en los otros dos desviantes, *sírvase de ver*: Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas* (1), pp. 121-157.

otro lado, será el vínculo afectivo entre ellos el que los movilice para efectuar y justificar la acción, aun cuando en el acto, se transgredan claramente las normas instituidas.

[...] La desviación libidinal transgrede las normas instituidas, pero opera al mismo tiempo una subversión del sentido. Esto quiere decir que hace presente en el seno de lo instituido la dimensión del deseo, el deseo expresado en situación institucional. Finalmente, podemos decir que esta forma de desviación hace presente la dimensión de las demandas de la base social de la institución (Manero Brito, R., 1991, p. 151).

En otras palabras, está claro que robar el fármaco, ya sea para consumirlo, para dárselo a un familiar o para revenderlo y obtener dinero a cambio de él, se trata de una transgresión de las normas instituidas, y al mismo tiempo perturba el sentido mismo de la acción, es decir, ¿por qué en primera instancia tienen que recurrir a esta práctica? De este modo, la demanda y el deseo de la base social, apunta hacia la precarización de sus propias condiciones, tanto en las características de la jornada de trabajo, como en las prestaciones del mismo, pero sin hacerlas del todo explícitas, sino que queda soterrado bajo la transgresión, pero sin reflexionar en torno a la propia práctica, sin politizarla, sin problematizarla.

Cabe señalar que, no hubo un sólo residente ni grupo que se preguntara políticamente sobre qué estaba ocurriendo ni sobre sus implicaciones. No solamente del consumo, es decir, de la pregunta sobre por qué estaban consumiendo fármacos para soportar la jornada laboral, ni tampoco preguntas sobre el saqueo de medicamentos para su reventa. Era un tema que se trataba como dado, naturalizado e indiferente a las otras prácticas institucionales, se trataba de un silencio y omisión constante en torno a éste.

En ese sentido, mi presencia representaba un problema, debido a que yo era la única que estaba incómoda con esta situación. Empero, esta misma incomodidad e intromisión de mi mera presencia los hizo hablar sobre ello, ya fuera para explicarme de manera muy general cómo operaba esta práctica, y al mismo tiempo para justificarla.

De este modo, mi presencia fue una *provocación emocional*, concepto que se aplica al analista o investigador (yo en este caso), “a desviantes o dirigentes capaces de revelar el grupo a sí mismo mediante una especie de *acting-out*

controlado, que puede ir del cuestionamiento radical a la manipulación afectiva” (Lourau, R., 2001, p. 273). El *acting-out* o pasaje al acto institucional, se debe entender como un pasaje a la palabra, una provocación para hablar, para producir discursos sobre algo que ocurre en la dinámica institucional, y que por consiguiente “exige la mediación de individuos particulares, a quienes su situación en la organización permite alcanzar la singularidad de «provocadores»” (Lourau, R., 2001, p. 282). Es decir, no es azaroso que hayan sido los residentes quienes expresarán lo que estaba sucediendo, sino que, este grupo particular se hizo mediador por su lugar en la segmentaridad institucional, esto es: de la institución-educación, en su calidad de estudiantes; de la institución-clínica, en su lugar de la jerarquía y de competencia clínica; de la institución-trabajo, como trabajadores no asalariados, sino como becarios; de la institución-burocracia, como agentes que se encargan de efectuar las tareas administrativas del hospital; de la institución-castigo, como quienes reciben y ejercen el sistema de castigos para reafirmar el sistema de jerarquías y de disciplinamiento, y por tanto del carácter instituido de clínica.

Sin embargo, la práctica transgresiva permanece como desviante libidinal debido a que no se termina por formular una demanda en torno a este problema en específico; esto es, no se articula bajo una pregunta sobre por qué trabajan así y por qué se enfrentan a estas situaciones tan terribles; tampoco genera discusión sobre lo que sucede. Todo se queda en el nivel de una práctica o “acción” contra el establecimiento hospitalario, donde confluyen la institución clínica y del trabajo.

En cualquier caso, como menciona Lourau (2001), el desviante libidinal, termina por “arroja[r] dudas sobre la seriedad de la ideología o de la organización” (p. 281). Dudas que, en el caso de los residentes, no termina de amarrarse en forma de cuestionamiento de sus propias condiciones materiales y de posibilidad.

c. Almacenaje y el uso en caso de emergencia

En el tercer caso del analizador *fármakon*, encontraremos ciertas similitudes con la dimensión anterior, pero con la diferencia que esta práctica transgresiva⁸⁵ pareciera perfilarse hacia un proceso más organizativo. Así, el almacenaje y el uso en caso de emergencias, consiste en generar una administración paralela a la institucional. Se trata de una reserva de materiales y fármacos para *tiempos difíciles* o para *casos especiales*.

Este modo de acción⁸⁶ consiste en que el personal de salud -enfermeras, médicos adscritos y residentes-, guarda el material de otros hospitales, en particular, de los hospitales privados donde tienen un medio tiempo o trabajan por honorarios, es decir, de su segundo o tercer trabajo. La dinámica consiste en hacer un cobro por materiales “extra”, que los pacientes nunca llegan a utilizar.

Supongamos que un paciente acude al Hospital Ángeles⁸⁷, y se le hace una nota de determinado número de medicamentos y materiales. En este cobro, en algunas ocasiones, y más precisamente, en las cuentas en que pueden hacerlo, se les cobran más materiales y medicamentos. Van a la farmacia y los retiran. Posteriormente se los llevan al hospital público y los utilizan en los casos en donde los pacientes no tienen seguro o cuando hay escasez de materiales.

Esta es una práctica sumamente común en los casos de cirugía. El personal anota en las bitácoras y formatos que se usaron 30 pares de guantes, 40 gasas y “x” número de otros materiales, y al final sólo se usa una parte mucho menor de lo que se anota. Este material es el que se retira y se usa en otros espacios.

⁸⁵ Que para el análisis institucional corresponde a un *modo de acción* anti-institucional.

⁸⁶ Los modos de acción son manifestaciones en las instituciones, de sujetos, grupos y/o analizadores. Éstos pueden categorizarse en tres formas: 1) los modos de acciones institucionales, que se refieren a la “manera de actuar en referencia a la legalidad establecida y los márgenes de acción coyunturales que se presentan en coyunturas específicas, que redundan en una permisividad relativa”; 2) el modo de acción anti-institucional, que se divide en: “a) Modo de acción no-institucional, acciones ilegales o coyunturalmente no autorizadas, que van en el sentido de la delincuencia bajo todas sus formas o de la deserción”; y b) los modos de acción contra-institucionales, que consisten en articularse en torno a una alternativa al orden existente “construyendo nuevas formas sociales (comunidades de vida, de educación, de producción, etcétera) que son una crítica en acto al sistema” (Manero Brito, R., 1991, p. 155).

⁸⁷ Sobre este caso en particular, una ex-alumna mía de enfermería, quien laboraba en este hospital me comentó sobre estas actividades. Después me lo confirmaron médicos del HUP, quienes habían acudido a este hospital para realizar operaciones.

Esta práctica no es exclusiva con fármacos, sino además con el material quirúrgico y de curación (gasas, jeringas, sueros, salinas, agujas, hilo de sutura, etc.), así como de insumos básicos de protección personal (guantes, cubrebocas, batas, gorros, botas, googlees, etc.). Por lo que, si van a realizar una cirugía, en lugar de pedir las 10 gasas que van a ocupar se piden 20, y si se utilizan 15, las otras 5 las guardan para el uso cotidiano de protección personal, para el consumo, para la reventa o como un almacenaje para el futuro. Muchas enfermeras me dijeron que sólo así consiguen los guantes para su trabajo diario. Por lo que esta dinámica, elucida una serie de otros problemas, como el asunto del presupuesto para el sector salud, y de igual forma, las condiciones laborales de los trabajadores.

Esta práctica, me quedó mucho más clara cuando la viví en carne propia con la cirugía de un familiar. Tuvimos que acudir a un hospital privado -el Hospital Guadalupe en Puebla-, debido a que mi familiar no cuenta con seguro social. En este hospital, durante la operación, una enfermera me solicitó firmar una cantidad "x" de fármacos y materiales que serían necesarios para la cirugía, no obstante, cuando terminó la intervención y mi familiar ya estaba en el cuarto, el médico me solicitó firmar otra hoja con los mismos fármacos, pero se trataba de una nueva nota. Como yo le tenía confianza y me di cuenta que eran los mismos insumos, le señalé que ya se habían pedido estos medicamentos. En ese momento, le cambié el rostro al médico y fue a hablar con la enfermera a la estación central, inmediatamente regreso la enfermera afirmando que había cometido un error, y que ya no eran necesarios los *otros* medicamentos e insumos (los que había ordenado el médico), es más, que, si no se usaban todos, los podíamos regresar a la farmacia y nos devolverían el dinero.

Mi familiar y yo nos vimos sin decir nada hasta que salió la enfermera del cuarto, y ambos hablamos de que parecía que habían intentado hacer este "doble" cargo de insumos, pero que nos habíamos dado cuenta antes. Sin duda, en esta situación se jugaron varios elementos importantes: mi familiar y yo contamos con cierto grado de saberes del mundo hospitalario y clínico, por lo que conocemos más o menos algunos fármacos -su nombre, uso, efectos, etc.-, por otro lado, mi familiar

conocía muy bien al equipo que lo operaría, por lo que estaba en un grupo de “confianza”, de cercanía o familiaridad.

En contraposición, al pensar en los escenarios cotidianos de hospitalización en establecimientos privados, los pacientes y sus familiares se enfrentan a un lugar extraño y ajeno a lo común, se encuentran con un lenguaje técnico y un trato del personal más o menos distante. Si además a esta situación -ampliamente estudiada por la psicología hospitalaria-, le sumamos el malestar y miedo del paciente y familiares frente a la intervención quirúrgica, evidentemente en una situación en donde solicitan firmar para usar más insumos, los familiares no se ponen a buscar cuánto cuesta ese insumo o medicamento, ni si ya se lo cobraron o no. Se atienen a la dinámica instituida del hospital en donde se supone que pacientes y familiares deben confiar en el personal que los atiende, suponiendo que se efectuará los principios de beneficencia y no maleficencia⁸⁸.

Esta es una situación compleja, dado a que yo inquirí mucho sobre cuál era el sistema de selección para realizar esta práctica, y lo que me decían era que, elegían a aquellos que *sabían* que podían pagarlo, por ejemplo, en los casos de cirugías plásticas, cirugía electivas -como retirar la vesícula u ortopédicas- y de partos programados.

Una enfermera incluso me dijo que ella elegía a las parturientas del Hospital Ángeles, debido a los altísimos costos que representaba dar a luz en un hospital como este (\$120,000). Ella me planteó que muchas mujeres, acudían a este tipo de hospitales por comodidad y pretensión, y que, en realidad, podían tener a su bebé en cualquier otro hospital público, y por ello, ella optaba por “obtener” sus insumos a través de *las parturientas burguesas del Ángeles*. Sin duda, apunta a una elección movilizada por la clase social.

Hasta este punto tenemos varias aristas que es necesario desplegar más detalladamente. Por un lado, de nuevo se nos presentan las condiciones materiales y de precarización del trabajo, debido a que, en primera instancia, refieren que recurren a esta práctica porque no tienen insumos en la cotidianidad.

⁸⁸ Estos principios, pilares de la bioética, se refieren a nunca hacer daño intencional al paciente y a siempre procurar su bienestar en aras de la mejor recuperación posible.

Esta situación se confirma con el analizador del virus del SARS-CoV-2, donde el personal de salud ha reiterado que no cuentan con el equipo necesario para atender a los pacientes, o bien, estos insumos son de mala calidad y no garantizan su protección a la hora de atender pacientes (Reporte 135, 2021).

Por otro lado, como ya lo he mencionado, en realidad la situación de escasez era previa a la pandemia, se trata de una situación que también se ha naturalizado. En ese sentido, esta práctica de robo de los hospitales privados para el trabajo en el sector público, se trata también de un modo de acción anti-institucional. El espectro de la ilegalidad y del desviante libidinal, impide que este modo de acción termine por articularse como una acción organizativa para resolver el problema que origina la práctica: la escasez debido a la precarización del sistema de salud mexicano.

De este modo, la práctica anti-institucional perpetua la situación que los aqueja. Se trata de una queja alienada, les molesta, les indigna no tener materiales suficientes, pero tampoco emergen formas alternativas para resolverlo -fuera de la anti-institucional-.

En otro orden de ideas, el comentario de la enfermera sobre las parturientas burguesas, apunta a la clase social, a una percepción de recuperación de algo ya robado por “las señoras ricas”, desplegando inevitablemente, una serie de imaginarios sobre la clase social, la atención hospitalaria y sobre su trabajo como enfermera en un establecimiento privado.

Por lo que, habría que explorar otras significaciones del analizador. Por ejemplo, en el plano de la transferencia institucional, “robarle” algo a la institución es quedarse con algo de ella, una especie de fetichismo en la lógica transferencial. Por otro lado, es el aspecto público del hospital, en el que la propiedad social supone la posibilidad de “restituir” algo de lo que se ha aportado. Se cobran algo, por así decirlo. Por último, de la institución-trabajo, donde se intenta “restituir” o cobrar algo sobre el trabajo mismo, particularmente sobre el salario y la escasez de los insumos necesarios para el trabajo en el hospital.

Lo anterior, apunta a dos niveles de implicación de los sujetos con la institución: la sintagmática y la paradigmática. La implicación sintagmática, se

refiere al momento de lo imaginario a fantasía del grupo (Lourau, R., 2001). Por ejemplo, el imaginario de los médicos de “éxito profesional” a través del estudio; el prestigio social de “ser” médico. En esta implicación se valoriza la ley del grupo, el consenso, el rechazo imaginario de toda obediencia. En este caso, se referiría a la construcción imaginaria sobre que ellos médicos -o el personal de salud en general-, están fuera de la explotación o de la precarización laboral, tal vez pensar que están “por encima o más allá de ello”, un imaginario de estar por fuera del capital.

Por otro lado, la implicación paradigmática, apunta al momento de lo real, esto es, a la seriedad de la tarea y al reino de la necesidad (Lourau, R., 2001). Considero que en este nivel de implicación, podemos remitirnos a la seriedad de la tarea en sintonía al *tipo* de trabajo que realiza el personal de salud en general, y en específico los médicos, es decir, que atienden a personas enfermas, vulnerables o al filo de la muerte, la tarea es salvar su vida, procurarla, cuidarla. En otro sentido, sobre el reino de la necesidad, nos podemos referir a la vida en el capitalismo: trabajar para comer, pagar la renta o hipoteca, mantener a la familia, etc.

Esta última implicación, tiene referencias y reverencias hacia los códigos y reglamentos establecidos: el juramento Hipocrático, la legislación de la Secretaria de Salud, los códigos de bioética. Esto es, lo *instituido* de la clínica, que se entrelaza con sus significados imaginarios y simbólicos sobre qué tareas deben realizar y qué praxis deben ejercer.

Empero, entre ambos tipos de implicaciones, surgen algunas oposiciones: “[...], dentro del grupo-cliente del socioanalista, la oposición surge o es reforzada por la presencia de este, representante más o menos imaginario de un supercódigo, un reglamento de reglamentos, un metalenguaje o un infralenguaje más o menos conocidos” (Lourau, R., 2001, p. 272). En el caso del trabajo de terreno, mi presencia, los hacía referirse a los diferentes códigos y reglamentos, por ejemplo, los señalamientos del uso de vestimenta (como los zapatos en lugar de tenis); la consigna de resistir la jornada estoicamente; o la supuesta consideración hacia mí de no estar lo suficientemente disciplinada para resistir el trabajo hospitalario, para no hablar acerca del consumo de fármacos; y una vez admitido este consumo, el despliegue de justificaciones sobre las diferentes dimensiones del analizador.

Dicho de otro modo, el analizador *fármakon* posibilitó visibilizar las diferentes implicaciones de los sujetos con la institución, y con ello, comprender las lógicas y dinámicas del robo y consumo de fármacos que señalan un complejo entramado de formas sociales del trabajo y de la clínica.

d. La Robin-Hood-ada y el sacrificio

El almacenaje y uso en caso de emergencia están en estrecha relación con el cuarto y último caso, el cual, consiste en hacer un almacenaje con los fármacos e insumos robados, para utilizarlos con pacientes que no tienen seguro o que éste no los cubre en su totalidad. Así, con este almacenaje, el personal de salud se convierte en una especie de “Robin Hood” del mundo hospitalario, o mejor aún, de una *Robin-Hood-ada*⁸⁹.

Al igual que el caso anterior, muchos de estos insumos son obtenidos a través de la doble o triple jornada en el sector privado, bajo la táctica de prescribir un “extra” o “de más”, sin que el paciente del hospital o clínica privada se entere, para después utilizarlo en el sector público.

Sin embargo, esta práctica anti-institucional tiene como característica, estar sustentada bajo un principio de “sacrificio” en beneficio del paciente. Recordemos que la palabra *fármakon*, se deriva de *pharmakón*, antiguo ritual griego que implicaba un sacrificio para restablecer el orden social. Si jugamos un poco con esta significación y con la práctica anti-institucional, tendríamos una especie de restitución a los pacientes del sector público provenientes de una clase que elige atenderse en el sector privado.

No obstante, el restablecimiento del “orden social” termina por producir una serie de efectos no calculados o inesperados. Aun cuando el personal de salud dice que realiza esta práctica para el bien de los pacientes, en realidad termina por perpetuar la situación de precariedad e inaccesibilidad de la salud para el grueso de la población. Digamos, tiene un mínimo impacto este tipo de práctica, termina por convertirse en un modo de acción más bien individual, fragmentada y aislada.

⁸⁹ Jugando un poco con la referencia de la “Robinsonada”

De este modo, más bien, lo que termina por instituirse es la precariedad en general de los establecimientos de salud, tanto para los pacientes, como para los trabajadores. Lo que queda asentado, instituido, es una forma de trabajo siempre precario, insuficiente, explotado, miserable, y lo peor es que, al instituirse, termina por naturalizarse.

Dicho de otro modo, los médicos enfatizaban que, al menos, “intentaban hacer algo” por los pacientes, y que eso era mejor que no hacer nada. Pero en este argumento, cuando les cuestionaba por qué no demandaban los insumos mínimos y necesarios para trabajar y para atender a sus pacientes, ellos terminaban por decir que “pedirle cualquier cosa a la *institución*⁹⁰ o al gobierno era totalmente inútil”, dado que “así es la cosa, así es el trabajo”, y más bien, debes acostumbrarte a ello y hacer lo que se pueda.

A partir de este ejemplo, podemos referirnos más claramente a la dinámica de las formas sociales más visibles, en este caso, de la tensión y confluencia de lo instituido y los procesos instituyentes de la institución-trabajo.

El primer aspecto, se trata del momento universal, “es el de la unidad positiva del concepto [...] hechos sociales positivos” únicamente en lo abstracto (Lourau, R., 2001, p. 10). Es decir, lo “positivo, instituido o ideológico de la institución, que se constituye como lo que ya está allí de la institución, lo ya instituido” (Manero Brito, R., 1991, p. 154). En este caso, se trata, por un lado, de la categoría trabajo en lo abstracto, como una forma sociohistórica que, en el capitalismo, supone una expropiación entre el sujeto y la posibilidad de poseer los medios de subsistencia y de producción para la reproducción de la vida. Por otro lado, se refiere al trabajo del médico el hospital bajo la forma salarial, que, de acuerdo a la Ley General de Trabajo, todos los médicos contratados, deberían acceder a los materiales mínimos para realizar su trabajo, así como los reglamentos, leyes y estatutos que rigen la normativa laboral. Y que, de acuerdo a la constitución, el salario de un/a trabajador/a debe ser suficiente para mantener a su familia.

⁹⁰ Aquí los médicos hacían referencia al hospital, pero podría referirme también a la institución-trabajo.

El segundo momento, el “de la particularidad, expresa la negación del momento precedente” (Lourau, R., 2001, p. 10), es decir, la negación de la unidad positiva abstracta. Movimiento que resulta en tanto que, toda “verdad universal deja de serlo cuando se particulariza” (Manero Brito, R., 1991, p. 154). Dicho de otro modo, el trabajo de los médicos termina por no cumplir con todos los estatutos establecidos por la Ley, ya sea bajo las ilegalidades en sus formas de contratación, con la precarización de las condiciones que implican que no tengan los insumos mínimos para realizar su trabajo, y que la pérdida del poder adquisitivo a través de su salario, resulta absolutamente insuficiente para mantenerse a sí mismo y a su familia, lo cual los lleva a buscar un segundo o tercer trabajo; o con la figura del “residente”, quien no está contratado directamente por el hospital, sino a través del CIFHRS, pero que termina siendo un becario asalariado.

El tercer momento, el de la singularidad, “de unidad negativa, de institucionalización u organizacional de la institución, que nos habla del movimiento necesario para absorber, al interior de las prácticas dominantes, la acción de lo negativo, de los desviantes que manifiestan otros posibles” (Manero Brito, R., 1991, p. 154). René Lourau llama a no confundir el momento de la particularidad con el de la singularidad, aun cuando se oponen a la norma universal, esta oposición es puramente abstracta, sólo existe en la ideología y en la filosofía idealista. Así, el momento de la singularidad, se refiere a las formas sociales singulares resultantes de la dialéctica de los momentos precedentes, ya sea de prácticas específicas, como sería el caso de las diferentes dimensiones del analizador *fármakon*, pero que, con cada una de ellas, se termina por retroalimentar el carácter abstracto - positivo- de la institución.

En otras palabras, a través del autoconsumo de fármacos, terminan por negarse las condiciones precarias y letales del trabajo en el hospital: con las jornadas, los espacios, la dinámica, la forma de contratación, etc., pero que finalmente, estos modos de acción redundan en que los médicos sigan trabajando de una u otra forma. En los casos del mercado negro, del almacenaje y la *Robin-Hood-ada*, ocurre algo similar, dado que, al obtener una ganancia con la reventa de fármacos o la utilización del fármaco para atender a familiares o pacientes que no

están cubiertos por el seguro social, por lo que se retroalimenta el carácter universal del trabajo, se sigue manteniendo la explotación y la precariedad.

Para resumir, estos modos de acción, como prácticas anti-institucionales, aun cuando entran en las zonas de la ilegalidad, y que buscan tomar algo de la institución para restituir algo o para ayudar a sus familiares y pacientes, terminan por retroalimentar el carácter universal de la institución-trabajo, el de la explotación. En el caso de la institución-clínica, remite al carácter asistencial del cual emerge el propio hospital.

En ese sentido, “*se cambia algo para no cambiar nada*”, en este caso, se “*toma el fármaco para no cambiar nada*” de la institución-trabajo. Se restituye el orden del hospital, en la medida que la queja del personal se queda como queja alienada, pero no logra articularse en formas de organización para transformar las condiciones de explotación en las que viven. Así, el *pharmakón* se hace presente, se sacrifica el personal de salud, el médico, la enfermera, al tomar de vez en cuando unos guantes para su trabajo, un tramadol para aliviar el dolor de la jornada, un paracetamol para su pacientito, todos ellos terminan siendo los “chivos expiatorios” (Girard, R., 1986), sujetos sacrificiales que siempre restauran el orden del trabajo en el hospital.

Los analizadores en el campo de análisis y de intervención

Como se ha revisado hasta el momento, las diferentes dimensiones del analizador *fármaco*, elucidan una compleja trama de relaciones y vínculos en la transversalidad de las instituciones en las que están inmersos los médicos.

Desde la dimensión desviante, se muestra la tensión entre lo instituido y los procesos instituyentes de diversas instituciones, como la del trabajo, la clínica, la burocracia, el castigo. En donde aparece el trabajo como naturalizado, en las peores condiciones y que, sin embargo, los sujetos continúan realizándolo. Entonces ¿por qué seguir trabajando?

Bajo la implicación paradigmática de los médicos con la institución-trabajo, diríamos que, en el reino de la necesidad, el trabajo es el medio para poder satisfacer sus necesidades más inmediatas y vitales. No obstante, desde la

implicación sintagmática, nos tendríamos que referir a las fantasías e imaginarios que sostienen a la disciplina médica, como una profesión prestigiosa, que otorga poder-saber y que está investida de un valor social por encima de otros trabajos.

Ejemplo de ello es el papel que ha tenido la institución-clínica en la intervención de la contingencia sanitaria del virus del SARS-CoV-2. Es decir, el valor social del trabajo del personal de salud -médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, epidemiólogo- es mayor en comparación de un mesero o restaurantero.

En ese sentido, tenemos una confluencia de los distintos analizadores: del *fármakon*, del virus, del paro y del sismo. Todos ellos, visibilizan diferentes aspectos del campo de análisis y del campo de intervención, tanto en sus dimensiones desviantes como en las agenciales.

Desde estos planteamientos, hay dos niveles o dos implicaciones del analizador *fármakon* en su pliegue institucional. Por un lado, el de la dinámica del campo de análisis, -el macrosocial-, que obedece a estos grandes dispositivos que regulan, direccionan, condicionan y prescriben prácticas sociales inscritas en el capitalismo. Este sería el caso del análisis de las implicaciones de la reventa de los fármacos, que visibiliza una problemática más global sobre el propio sistema de mercantilización de la salud y de la enfermedad. O el caso del almacenaje y el uso del material “saqueado”, nos habla de las condiciones materiales en las que labora el personal de salud y el vínculo que establecen los trabajadores con las instituciones. En otro nivel, se refiere a las implicaciones del campo de intervención en su sentido más concreto: las prácticas institucionales que catalizan los modos de acción y movimientos anti-institucionales.

En la misma línea, la pandemia como analizador, ha visibilizado por un lado estas terribles condiciones, y por el otro, ha traído consigo la característica desviante del analizador, esto es, ha negado “la universalidad abstracta de lo instituido, poniendo de manifiesto las fuerzas que permanentemente se encuentran corroyendo dicha universalidad, fuerzas particulares que se manifiestan de diferentes maneras” (Manero Brito, R., 1991, p. 150). Es decir, una parte de lo instituido del *trabajo*, pareciera ser eso, que el trabajo siempre es jodido, precarizado, que deben trabajar en estas condiciones. Lo que vino a cimbrar el virus

es poner en duda estas condiciones, esta aparente universalidad del trabajo en su forma precaria y explotada. Entonces, ¿por qué seguir trabajando? ¿Es únicamente por la necesidad, la implicación paradigmática? ¿O se trata por una cuestión de reconocimiento y “vocación”, más en el sentido de los imaginarios de la implicación sintagmática?

En otras palabras, es innegable que el trabajo es lo que está al centro de algo que les ocurre a los médicos, que los lleva a robar los fármacos para sus distintos usos. Hay algo en el trabajo que les produce malestar y, simultáneamente los moviliza, les permite seguir trabajando.

Sin embargo, bajo los presupuestos marxianos, el trabajo siempre se encuentra en dicha tensión: entre el trabajador que ha sido expoliado de los medios de producción y que, por tanto, debe vender su fuerza de trabajo (Marx, K., 2013). Asimismo, el proceso de trabajo implica un *gasto de energía* del trabajador. Es decir, el trabajo necesita de la energía del sujeto para efectuarse.

De este modo, se vuelve menester discutir sobre cómo se han ido construyendo históricamente aquellos fenómenos que se han denominado como “la energía”, “la libido”, “el deseo” o “los afectos”, aquello que nos permite seguir moviéndonos en este mundo que parece letal para quienes debemos salir a trabajar todos los días, aquello que nos posibilita movernos, estar y significar la realidad.

* * *

TERCER PLIEGUE: POTENCIA, PASIONES Y AFECTOS

La libido y el trabajo

¿Qué moviliza al trabajador a seguir trabajando? ¿La necesidad? ¿El dinero? ¿El reconocimiento y el prestigio? Es más, ¿de dónde proviene el *empuje* o la *energía* para ello? Sigmund Freud ha elaborado una teoría de sumo interés sobre estas preguntas, no será propósito de esta investigación agotar las derivas de las discusiones psicoanalíticas al respecto, sino, a condición de reflexionar la transformación de energía para la realización y sostenimiento del trabajo, a la cual se le denomina *libido*.

La libido es un término latino que se traduce como deseo. El concepto libido, fue utilizada primeramente por Moriz Benedikt, y posteriormente por los fundadores de la sexología Albert Moll y Richard von Krafft-Ebing para denominar “la energía propia del instinto sexual” (Roudinesco, É. y Plon, M., 2008, p. 655).

En el caso del psicoanálisis, la libido contiene una génesis teórica y social harto compleja que implica su reformulación a lo largo de toda la obra freudiana, que inició con el distanciamiento de la concepción sexológica, para ubicarse como la manifestación de la pulsión sexual en la vida psíquica y, por extensión, de la sexualidad humana.

En suma, la *libido* está imbricada con el concepto de *pulsión*, *trieb*⁹¹ en alemán, que significa empuje. Para Freud (1976), la pulsión designa una carga energética que está en la fuente de la actividad motriz del organismo y del funcionamiento psíquico del inconsciente del ser humano. Ésta tiene tres características: el empuje, que constituye su esencia y se ubica como motor de toda actividad psíquica; el fin, que se trata de la satisfacción de la pulsión y que supone la supresión de la excitación que está en el origen de la misma; y el objeto⁹², que es el medio por el cual la pulsión alcanza su fin.

⁹¹ Algunas traducciones, pulsión se concibe como “instinto”, lo cual ha tenido implicaciones desastrosas en las discusiones teóricas.

⁹² Un mismo objeto puede satisfacer varias pulsiones.

Ahora bien, no me detendré en el desarrollo teórico⁹³ de la libido, sino en sus dimensiones principales: la investidura de los objetos socialmente valorados y los fines de ésta. ¿Esto qué quiere decir? Que la libido, en tanto energía, envuelve los objetos y con ello, logra satisfacerse.

Para el psicoanálisis, la energía psíquica debe colocarse en algún sitio: objetos, en el sentido más abstracto del término. Por ejemplo, partes del cuerpo, el pecho de la madre, la leche, los juguetes y, posteriormente, en el Yo. Esta dinámica posibilitará el desarrollo psicosocial del sujeto, es decir, lo socializará y lo significará como sujeto.

La libido puede desplazarse, puede cambiar de objetos y de fines, esto es, ya no se trata de la satisfacción sexual, sino de la utilización de ese empuje, esa energía a otro objeto y otro propósito. En términos psicoanalíticos, este proceso se denomina *sublimación*.

Así, toda libido “derivada hacia un fin no sexual [termina] invistiendo objetos socialmente valorados, el arte, la literatura, la actividad intelectual y pasional” (Roudinesco, É. y Plon, M., 2008, p. 658). De lo cual debo enfatizar que, todo objeto socialmente deseable ha sido construido históricamente. Discusión que aunque el psicoanálisis no desconoce, tampoco le ha interesado demasiado profundizar y explicitar, en el sentido que, tampoco desarrolla el por qué de la preponderancia y jerarquización de ciertos objetos socialmente valorados sobre otros.

Bajo este marco, el psicoanálisis sólo reconoce que el trabajo se ubica en el cúmulo de objetos socialmente deseables que implicará necesariamente la sublimación de la libido, es decir, de la transformación de la energía que era originalmente sexual, a la realización de *otra* actividad.

Sin embargo, Sigmund Freud, en el *Malestar en la Cultura* (1976), dirá que, aunque es deseable su sublimación:

[...] el trabajo es poco apreciado, como vía hacia la felicidad, por los seres humanos. Uno no se esfuerza hacia él como hacia las otras posibilidades de satisfacción. La gran mayoría de los seres humanos sólo trabajan forzados a ello, y de esta natural aversión de los hombres al trabajo derivan lo más difíciles problemas sociales (1976, p. 80).

⁹³ Para profundizar en la historia y desarrollo del concepto, sírvase de ver: “Libido” En Roudinesco, É. y Plon, M. (2008). *Diccionario de psicoanálisis* (pp. 650-660). México: Paidós.

En ese sentido, Freud plantea la relación compleja del sujeto con el trabajo, en donde aun cuando se requiere necesariamente una carga libidinal, en tanto objeto, éste le puede producir malestar al sujeto.

En el caso del trabajo médico, además de las condiciones materiales y de posibilidad en las que están inmersos, debemos agregar aquellas características de la implicación paradigmática, del reino de la seriedad de la tarea del trabajo clínico, ubicada sobre la intervención del cuerpo doliente, de la enfermedad y los procesos agónicos. Esta precisión es de suma importancia, dado que detonará una serie de vínculos libidinales con la institución clínica, el establecimiento hospitalario y con los pacientes.

Por lo que el trabajo, en tanto objeto, está atravesado no sólo por las características del trabajo en el capital, sino además, por procesos de salud-enfermedad-muerte, que obligan al médico a invertir su libido en diferentes objetos, lo cual, puede redundar en una serie de malestares específicos.

Sobre esta discusión, Vincent De Gaulejac y Patricia Guerrero (2017) han elaborado una serie de propuestas para analizar al trabajo como objeto libidinal que, al ser investido y sublimado⁹⁴, puede producir malestar en el sujeto. El punto de partida de los autores es ubicar al trabajo en el capitalismo, donde se establecen una serie de “órdenes paradójales” que ponen al sujeto en una posición de “imposibilidad”, esto es, existen órdenes que no pueden realizarse ni resolverse sin importar el grado de preparación del trabajador o su esfuerzo (De Gaulejac, V. y Guerrero, P., 2017).

Las órdenes paradójales más usuales en las empresas, de acuerdo con los autores, están orientadas a poner a los trabajadores en situaciones que siempre les exijan más allá de sus posibilidades, sin ser nunca suficiente. Ejemplo de ello, es la famosa frase de “dar el 110%” de esfuerzo todos los días, la cual está atravesada por el aumento progresivo de los estándares del trabajo. Es decir, al año siguiente los estándares mínimos en los trabajos van aumentando, por lo que el 110% de este año, se transformará en el 70% del año siguiente. “*Es la exigencia del siempre más,*

⁹⁴ La sublimación se refiere a la energía del yo desplazada hacia actividades no sexuales o desexualizadas. En la misma línea, Juan David Nasio (1988) señala que la sublimación se trata de un medio de transformación de la libido para fines creativos desexualizados.

el trabajador tiene que producir siempre más" (De Gaulejac, V. y Guerrero, P., 2017, p. 17).

De este modo, y de acuerdo a los autores, la "gestión laboral", genera frustración, dolor y sufrimiento en los trabajadores que, a través de las órdenes paradójales sistemáticas, producen una serie de incongruencias que se contradicen entre sí, hasta el punto en que el sujeto no puede sublimar al trabajo como objeto libidinal.

Asimismo, los autores mencionan que el trabajo en el capitalismo lleva a una paradoja aún peor: la inversión total de la energía libidinal en el trabajo o su desvinculación absoluta. En este caso, el trabajo se convierte en un objeto receptor de una carga libidinal importante que deja al sujeto con poca libido para el investimento de otros objetos, otras actividades, personas, etc.-. Esto llevaría a que el sujeto se "agote" constantemente (De Gaulejac, V. y Guerrero, P., 2017). Dicho de otro modo, esta lógica capitalista de producción creciente -valorización del valor- lleva al sujeto a la desvinculación libidinal del trabajo en dos posibilidades: invertir al trabajo como objeto libidinal y luego retirar la libido; o nunca invertir al trabajo como objeto libidinal.

Vincent De Gaulejac y Patricia Guerrero no desarrollan estas derivas, sólo señalan que la desvinculación implica desinterés y tedio de parte del sujeto hacia la actividad que realiza. No obstante, desde la teoría psicoanalítica, sería importante realizar esta distinción en cuando a las formas de desvinculación y retiro de la libido, debido a que los efectos tienen implicaciones diferentes en el sujeto.

En el caso del retiro de la libido, el sujeto se enfrentaría a un fenómeno similar al duelo, se trataría de un proceso depresivo. Sin embargo, en el caso que el sujeto no invista al trabajo como objeto, se trataría de un proceso más inclinado hacia la melancolía, fenómeno vinculado a la psicosis. Sin duda, situaciones nada deseables para los trabajadores.

Sin obstar, aun cuando esta propuesta otorgue un marco explicativo sobre la energía necesaria para trabajar, quedan sin respuestas las causas iniciales del porqué habría que invertir al trabajo como objeto socialmente deseable y sobre la

incesante necesidad de aumentar progresivamente la investidura libidinal⁹⁵ por parte de las empresas.

Sobre esta discusión, Christophe Dejours (2015; 2017) ha elaborado algunas propuestas en donde el proceso de sublimación puede llegar a significarse como una actividad placentera o, por el contrario, como malestar y sufrimiento para el sujeto. La fórmula propuesta está articulada en que “trabajar es primero estar en falta y fracasar” (Dejours, C., 2017, p. 32), en otras palabras, se trata de una interpretación desde los presupuestos psicoanalíticos.

De este modo, si el trabajador logra aguantar el fracaso y hacer lo necesario para encontrar una solución que le posibilite superar la tarea, el sujeto puede significarlo como placer⁹⁶. Por el contrario, si el trabajador se frustra y no logra resolver esta situación, el trabajo lo pondrá en falta produciéndole malestar y sufrimiento psíquico.

Ahora bien, para Dejours el punto de partida es el trabajo, no como una categoría social e históricamente construida, sino como una actividad que produce malestar y sufrimiento en el sujeto, el cual debe ser abordado desde una disciplina clínica y centrada en los procesos que causan estos problemas, esto es, la psicodinamia del trabajo, corriente que tiene por objetivo abonar a la teoría de la sublimación en psicoanálisis.

Sin embargo, lo destacable de la postura de Dejours es el planteamiento del trabajo⁹⁷ en tanto actividad que debe ser siempre efectuado por alguien, un sujeto, y en este movimiento, será el sujeto quien inyecte de sí mismo, su creatividad y energía a la actividad. Bajo este argumento, él identifica dicho fenómeno con el concepto de trabajo vivo:

⁹⁵ Además, tendríamos que agregar la discusión sobre la transferencia y transferencia institucional. Sin embargo, como ya he mencionado, las teorías psicoanalíticas son muy amplias y considero que me llevaría a derivas que abren demasiado la discusión, por ello, decidí no incorporar dichas propuestas.

⁹⁶ Principio del placer y dinámica pulsional.

⁹⁷ Evidentemente este es un planteamiento marxiano, en diferentes partes de los tomos de *El Capital*, se explicita la necesidad de cierta “energía vital” del sujeto, y que es el mismo sujeto quien invierte esta energía. No obstante, aunque está en los planteamientos, no se elaboran más aristas sobre ello. En ese sentido, solo destaco la deriva de Dejours sobre este planteamiento fundamental marxiano.

El trabajo vivo es lo que el sujeto debe añadir a las prescripciones para alcanzar los objetivos [...] lo que se llama «lo real» del trabajo. Lo real se aparece al que trabaja en la resistencia de su maestría, cuando algo escapa al dominio de su oficio [...] (Dejours, C., 2017, p. 32).

En el movimiento de la “añadidura” de la energía y creatividad del sujeto hacía la actividad, se encuentra la sublimación como proceso necesario en la transformación de la energía a la actividad (Dejours, C., 2017).

Asimismo, el autor propone que, en esta sublimación, se implica un trabajo sobre-sí. En este primer nivel de sublimación, el trabajo -como trabajo vivo-, siempre convoca la subjetividad del trabajador, en el sentido de que hay un trabajo sobre-sí de parte del sujeto para poder realizar cualquier actividad. “Trabajar no es solamente producir, sino que es también transformarse uno mismo. Y esta transformación de sí esencialmente es un cambio del modo de habitar su cuerpo” (Dejours, C., 2017, p. 33).

En el segundo nivel, se considera que el trabajo siempre implica una relación con otros -un colectivo, compañeros, jefes, etc.-. No obstante, la forma en que el sujeto lidie y signifique estas relaciones sociales, tendrá un efecto en las formas en que la libido invista al objeto-trabajo. Por ejemplo, las reglas de trabajo, la convivencia con otros y la organización de la actividad común, serán piezas claves en la forma en que el sujeto lidie con las presiones internas y externas. O, por el contrario, que no esté de acuerdo, le incomoden o atenten contra lineamientos éticos, todo ello, redundará en cierta dificultad en el investimento de la libido, produciendo sufrimiento en lugar de placer.

Otro nivel de sublimación, que se relaciona con los anteriores, es el reconocimiento del sujeto por los otros, en tanto el sujeto sea reconocido por agentes externos: sus compañeros de trabajo, los jefes, la pareja. El autor situará esta diversidad de posibilidad en relación a la dinámica libidinal del trabajador y su relación con el trabajo.

Así, Dejours (2017) señala que el placer o el sufrimiento que genera el trabajo, estará determinado por la mediación que el sujeto logre realizar entre sí mismo y el objeto-trabajo. Sin embargo, la solución siempre parece apuntar al sujeto individual, donde las alternativas van del supuesto placer al sufrimiento.

Sin obstar, aun cuando pueden resultar seductoras estas propuestas psicoanalíticas y psicodinámicas, hasta este punto tenemos algunas tensiones que vale la pena explicitar y problematizar.

En primer lugar, las mediaciones que propone Dejours, parecieran que apuntan a un proceso individual, psíquico, inconsciente. Situación que no es descabellada, pero limita los marcos analíticos sobre los fenómenos vinculados al trabajo, que como he señalado a lo largo del capítulo anterior, están inmersos en una serie de procesos institucionales. Es decir, son las instituciones las que hacen de mediadoras, no sólo una, sino, la transversalidad de diversas instituciones y dispositivos. En ese sentido, la inversión libidinal de los sujetos hacia el objeto-trabajo, en tanto actividad, está mediada y dirigida por ellas.

Asimismo, serán estas mismas instituciones y dispositivos quienes produzcan y signifiquen cómo relacionarnos con éstas. En otras palabras, orientan, dirigen, bloquean, significan la acción, las formas de vincularnos con la realidad; invisten y construyen al trabajo como objeto social valorado, necesario y deseable.

Hasta este punto, aun podemos recurrir a las derivas de corte psicoanalítico para analizar las problemáticas del trabajo médico. Es decir, la teoría de la libido y de la sublimación abonan a la problematización de las dimensiones del analizador *fármakon*. Empero, se corre el riesgo de reducir la polisemia del propio analizador.

Dicho de otro modo, me refiero específicamente a que está la posibilidad de *interpretar* la acción de los médicos bajo el lente psicoanalítico. Aun cuando existan fenómenos que se pueden explicar desde la libido, por ejemplo, la energía necesaria para trabajar, este marco explicativo también trae consigo un almanaque teórico que fácilmente puede reducir, despolitizar y ahistorizar la virulencia del analizador.

Por otro lado, el psicoanálisis, aunque sitúa al trabajo en el capitalismo, las explicaciones terminan por obviar las lógicas más elementales del mismo. Es decir, el capitalismo en tanto *forma* sociohistórica particular de las relaciones sociales, que produce sentidos y significados para vincularnos con la realidad y con otros sujetos, produce las condiciones para la reproducción de la vida social.

Bajo este marco, las formas de reproducción de la vida social existen preponderantemente a través del trabajo asalariado, en el entendido de que

aquellos sujetos que no poseen sus medios de producción y reproducción para la vida encuentran como única alternativa, en esta forma sociohistórica, vender su fuerza de trabajo. Por ello, todo trabajo asalariado se convierte en una relación de explotación.

De igual forma, el capitalismo opera bajo la lógica de valorizar el capital para crear plusvalor a través de la mayor extracción posible de plustrabajo del trabajador, con lo que demanda un creciente esfuerzo, mayor desgaste de la fuerza de trabajo y de inversión de energía -libido- para poder extraer el plustrabajo. En este deslizamiento, constantemente se lleva al límite a los trabajadores, siempre ensayando límites inimaginables; se van probando los límites para explorar hasta dónde sea posible llegar antes de aniquilar completamente al trabajador.

En ese sentido, las formas de “gestión laboral” a las que se refieren Vincent De Gaulejac y Patricia Guerrero, en realidad son parte de la misma lógica del capital que constantemente se actualiza, muta, encuentra formas más eficientes y extenuantes de explotar al trabajador.

De este modo, aun cuando las propuestas psicoanalíticas sean interesantes, presentan limitaciones a la hora de profundizar y analizar las múltiples dimensiones y efectos que produce el trabajo en la subjetividad del trabajador. No obstante, ofrece pistas dignas de problematizar más finamente; particularmente, las propuestas sobre las dimensiones principales de la libido: el empuje que moviliza al sujeto, la investidura de los objetos socialmente valorados y los fines de esta energía para sostener el trabajo.

* * *

Como se ha desplegado hasta el momento, el *trabajo médico*, incluye una serie de problemáticas harto complejas, las cuales, han sido posibles elucidar a través del analizador *fármakon* en sus diferentes dimensiones: autoconsumo, mercado negro, almacenaje y la *Robin-hood-ada*.

Desde las condiciones materiales y de posibilidad, los vínculos que se establecen entre los sujetos con las instituciones, como las lógicas y dinámicas que

se ejercitan en el día a día hospitalario, el analizador descompone el carácter instituido de diversas instituciones, así como el carácter instituyente y los procesos de institucionalización que visibilizan la relación que establecen los médicos con la institución trabajo y de la clínica.

En ese sentido, la producción de saberes sobre los *efectos* del trabajo, entendidos como “problemas” de factores de riesgo, de higiene laboral o de diagnósticos individuales, pueden ser problematizados. Sin embargo, es necesario hacer otro deslizamiento.

El trabajo, en tanto actividad social, requiere una serie de presupuestos para poder efectuarse, como el hecho que el trabajo, requiere de la energía del sujeto. Esta “energía”, históricamente ha tenido diferentes nombres y aproximaciones teóricas que contienen implicaciones ético-políticas importantes. Dicho de otro modo, algunos de los abordajes sobre la “energía” para efectuar cualquier actividad, han derivado en teorías que han coadyuvado a la producción de diagnósticos que terminan por ahistorizar e individualizar los fenómenos sociales.

Entonces, ¿cómo nombrar a esta energía que mueve a los sujetos para seguir trabajando? ¿Qué es esta energía que hace que se levanten? ¿Se trata de libido? ¿O se trata de otro fenómeno?

Aun cuando la teoría psicoanalítica ofrece ciertas explicaciones sobre la pregunta: ¿por qué seguimos trabajando, a pesar de nuestras condiciones?; resulta imperioso analizar más finamente sobre cómo se ha construido históricamente aquello que nos mueve, esta “energía” o libido, y es más, preguntarse sobre aquellos discursos que han pervivido sobre otros.

En otras palabras, es necesaria la historización de los conceptos, en su sentido de génesis social, de aquellas condiciones sociales e históricas de posibilidad que permitieron la conformación de ciertas prácticas que terminan por naturalizarse (Lourau, R., 2001; Manero Brito, R., 1992). O desde el pensamiento de Michel Foucault (2002), obedecería a la necesidad de hacer una arqueología, que apunta a la comprensión de reglas, prácticas y condiciones que definen los límites y formas del saber. Saberes que, como han desarrollado Georges Canguilhem y Michel Foucault, han sido parte de procesos de desarrollo y

constitución de discursos de saber-clínico, así como su relación con la modernidad, el Estado y una variedad de dispositivos propios de las sociedades disciplinarias.

Por lo que este capítulo tiene como fin, hacer un recorrido sobre cómo se ha abordado esta “energía”, bajo las conceptualizaciones de las pasiones y los afectos, con el objetivo de problematizar los procesos de construcción de discursos y saberes; comprender mejor cómo se han imbricado con ciertas disciplinas para producir subjetividad, es decir, cómo la producción sobre estas conceptualizaciones, termina por intervenir sobre el malestar del sujeto en el trabajo para redirigirlo a la productividad y para que el sujeto siga trabajando no importa cómo, ni bajo qué condiciones.

Es así que, en el primer apartado, se presentan un análisis crítico sobre las posturas más recientes en torno al giro afectivo, las cuales, han versado sobre el papel de los afectos en la vida humana, pero cayendo en explicaciones causalistas y biológicas, implicando una esencialización y naturalización de los fenómenos sociales y subjetivos.

En ese sentido, es a partir de las tendencias a naturalizar los afectos, las pasiones, o en fines prácticos, la “energía” destinada para realizar actividades, que se vuelve imperiosa la necesidad de desplegar la génesis social y teórica de estos conceptos.

Para ello, en los apartados subsecuentes se abordará el *pathos* desde la concepción griega clásica, como concepto que cataliza las construcciones posteriores sobre las pasiones y los afectos, que van del cristianismo hasta la época moderna. Con ello, se busca comprender la lógica en la que surgen los conceptos, su historia y sus implicaciones, con el objetivo de desnaturalizar los conceptos y abordarlos desde el marco contextual en el que surgieron.

Posteriormente, se retoman las propuestas teóricas de Baruch Spinoza y de Gilles Deleuze en torno a los afectos, afecciones y potencia, como fenómenos que explican de dónde proviene la energía destinada para el trabajo y otras actividades de la vida cotidiana.

La mirada hacia los afectos: el giro afectivo

En 1995 se publica *The Autonomy of Affect* de Brian Massumi, artículo que detonará el *boom* del giro afectivo en los estudios de ciencias sociales. Y en tan sólo 15 años comenzaron a irrumpir en los *papers*, congresos y clases, al punto que ya no sólo es un término frecuente de escuchar, sino que se asume como dado. ¿Pero qué es el giro afectivo? ¿Por qué surge junto con los *otros* giros (lingüístico, ontológico, posmoderno, posestructuralista)?

Algunos ubican el surgimiento y construcción del término, como parte del movimiento de la emocionalización de la vida pública, las instituciones, sectores y subsistemas que conforman a la sociedad (Lara, A. y Enciso, G., 2013). Otros, ubican al giro afectivo como “el estudio del cuerpo y la experiencia sensible”. O como “emergencia de la tecnopolítica en el capitalismo tardío en las sociedades de control” (Mayoral Sánchez, E. G. y Delgado Aguilar, F. J., 2017, p. 62).

Giazú Enciso y Alí Lara (2014_a) al analizar las condiciones de posibilidad para la emergencia del giro afectivo, identifican diversas corrientes, como: la influencia del constructivismo social, los estudios culturales, la psicología social discursiva, la sociología interpretativa, las emociologías, la sociolingüística y los estudios feministas.

Cada una de estas corrientes abonó de diferente manera en la articulación de lo que conocemos actualmente como el giro afectivo. De manera general, uno de los objetivos principales, era rescatar a las emociones de los enfoques biologicistas y psicologistas.

Lo anterior, debido a que durante los siglos XVII al XIX, los estudios sobre las emociones, la sensibilidad y los afectos, fueron fuertemente estudiados por dos corrientes: las filosóficas⁹⁸ y las biológicas-médicas. No será hasta 1879⁹⁹, con la consolidación de la psicología como una disciplina “científica” e independiente de la

⁹⁸ El tema de los afectos ha estado siempre presente en la historia de la filosofía: Aristóteles, San Agustín, Santo Tomás de Aquino, Descartes, Spinoza, Hölderlin, Novalis, por mencionar a algunos.

⁹⁹ Históricamente se toma como referencia la fundación del *Instituto de Psicología* en Leipzig, Alemania, por Wilhelm Wundt. Este es considerado el inicio de la psicología como ciencia experimental de laboratorio.

filosofía y de la biomedicina, que se tomarán los fenómenos psíquicos como objetos de estudio al interior de la psicología.

En el ascenso de esta nueva disciplina, se tomarán los métodos de la biología para el estudio del comportamiento y de los procesos mentales. Los estudios sobre la sensación, estarán vinculados como parte del proceso perceptivo, esto es, como parte de un proceso mental superior que coadyuva al aprendizaje humano (James, W., 1879). Este movimiento, implicará una concepción biológica de la sensación, explicada a partir del sistema nervioso (Gorbach, F., 2009).

Con este deslizamiento, se reafirma el estudio de las emociones y la sensación a partir de los principios provenientes de la medicina y de la fisiología. Lo cual redundará en un abordaje biológico y causal sobre ellas. Será a partir de estos antecedentes, que los estudios de la construcción social y los estudios culturales, intentarán rescatar a las emociones de su secuestro biologicista (Enciso, G. y Lara, A., 2014_a).

En el movimiento del paso de lo bio-natural hacia lo sociocultural, se abrió la puerta a otros estudios sobre la construcción de la emoción como un objeto social e histórico. Comenzarán los estudios lingüísticos sobre cómo se entendían las emociones en los diferentes contextos culturales situados, sobre su significado, como medio generalizado de comunicación -mantener, modificar, explicar o transmitir los mensajes a través-y-con la emoción- (Enciso, G. y Lara, A., 2014_a).

Se propuso concebir a las emociones a partir de una retórica del sentido común desde la psicología social discursiva. Esto implicaba entender a las personas en su utilización de las categorías emocionales para la articulación de los discursos (Enciso, G. y Lara, A., 2014_a).

Siguieron los estudios sobre el *performance*, pasando por los actos pragmáticos y comunicativos, hasta llegar a las emociologías. Línea encargada de estudiar cómo se han construido las emociones a lo largo de la historia (Enciso, G. y Lara, A., 2014_a). Todos ellos, antecedentes de los estudios más famosos de la

sociología interpretativa o de la sociología de las emociones a cargo de Theodore Kemper¹⁰⁰, Jack Barbalet y Arlie Hochschild¹⁰¹.

Es importante señalar que, desde esta corriente norteamericana, las emociones se seguían considerando como un fenómeno puramente psicofisiológico, es decir, que tenía su base -causa, explicación, etiología- en un funcionamiento puramente biológico. De igual forma, estos enfoques se dedicaron al abordaje de las emociones con teorías conscientemente interaccionistas, esto es, interesados en las causas sociales de las emociones. Posteriormente, entendidas a partir de las “macroestructuras sociales”. Esto querrá decir que las emociones se conciben como un elemento que ayudaba a explicar la estructura y el comportamiento social (Enciso, G. y Lara, A., 2014a). Encarnando así, una mirada estructuralista, funcionalista e interaccionista de la sociedad y del individuo. Ya desde este momento se empieza a vislumbrar el camino que tomarán los estudios sobre las emociones: los de corte anglosajón, que sostendrán la prevalencia de la emoción como hecho biológico, y aquellas corrientes lingüísticas que girarán hacia un estudio a través del lenguaje.

En este contexto surge la sociolingüística de las emociones, la cual conservó sus raíces cognitivistas -procesamiento de información de la realidad consciente del individuo-. El punto de partida: el lenguaje se ve reflejado en el lenguaje. En ese sentido, la forma de acceder a las emociones y al pensamiento, será a partir de los estudios discursivos.

En esta línea, se concebirán a las emociones existentes antes de ser verbalizadas (Enciso, G. y Lara, A., 2014a). Así se distinguirán entre emoción y sentimiento. La primera, será el resultado de la estructura biológica corporal, que es

¹⁰⁰ Sus estudios están basados en “cuáles son y cómo operan los factores sociales externos al individuo que evocan, condicionan o determinan sus emociones. Es una teoría de las emociones en la que situación social se concibe como estímulo externo, y de ahí su carácter positivista” (Bericat Alastuey, 2000, pág. 152).

¹⁰¹ Basándose en el interaccionismo simbólico y en la teoría del intercambio social, los autores rechazan aparentemente el principio “organicista” etiológico de la emoción, pero asume el determinismo sociocultural y de una estructura que organiza a las emociones. Su interés se encamina en conocer “de qué modo opera activamente el ser humano en el universo emocional [...] interesada por la relación entre este universo y las condiciones de intercambio en el seno de una estructura social dada” (Bericat Alastuey, 2000, pág. 159).

un fenómeno innato, y el sentimiento que es producto de la verbalización y simbolización de la emoción. Como se puede ver, en esta propuesta, hay una combinación de las dos líneas en boga sobre el tema.

Por último, el papel de los estudios feministas consistió en intentar romper las dicotomías entre razón-emoción, masculino-femenino, cuerpo-mente, con el objetivo de concebir la experiencia como un elemento central en la construcción del conocimiento.

Se señalaron cómo los estudios sobre las emociones han estado históricamente subordinados al control de la razón. Estos estudios explican la serie de asociaciones entre lo emocional y lo femenino, emoción-irracional, y por lo tanto femenino-irracional. Señalan la tónica desde Aristóteles, San Agustín hasta llegar a Descartes, donde lo que está de fondo es el patriarcado¹⁰² colocándose sobre lo femenino, en tanto “racional”, despreciando lo emocional (Enciso, G. y Lara, A., 2014_a).

Como se puede observar, los antecedentes y el desarrollo teórico del giro afectivo, estará fuertemente influenciado por las discusiones académicas de la época. Empero, se puede identificar que aun cuando la emoción da un paso del mundo bio-natural al mundo del significado en las corrientes lingüísticas y discursivas, en las otras líneas, no logra desprenderse completamente de su antepasado biológico.

En ese sentido, de acuerdo con Giazú Enciso y Alí Lara (2014_a) aun cuando los estudios lingüísticos y simbólicos devinieron liberados, en poco tiempo se convirtieron en nuevos captos. Esta nueva toma y pugna del estudio de las emociones, llevará a la creación del giro afectivo, declarando por Brian Massumi y John Cromby que en realidad nadie estudiaba emociones en sí mismas. La

¹⁰² Debo señalar que no he hecho un rastreo tan minucioso sobre esta veta en particular, es decir, sobre cómo se han abordado las emociones desde las propuestas feministas. Por lo que no podría definir con claridad cómo se concibe el patriarcado desde estos abordajes particulares. No obstante, no considero descabelladas estas afirmaciones, partiendo de la idea de que el patriarcado se entiende como una forma de poder político y social, que organiza, da sentido, orienta y dirige prácticas y discursos de dominación del polo significado como lo masculino sobre el polo significado como lo femenino (Pateman, C., 2006; Rich, A., 1986, de Beauvoir, S., 2019). Pero sin duda alguna, si sería necesario ahondar más sobre estas precisiones teóricas. No en esta investigación, ni por mi necesariamente.

declaración de estos autores, los llevará a cambiar el término “emoción” por “afecto”, con el fin de diferenciarse de los estudios sociolingüísticos y estructuralistas (Enciso, G. y Lara, A., 2014a; Massumi, B, 1995; Wheterell, M., 2013).

Este movimiento implicará un intento por deslindar a la emoción de toda carga simbólica heredada de las siete líneas mencionadas hasta el momento. Así, se abre un “nuevo” episodio en la historia de las emociones, afectos y sentimientos, que desconocerá conscientemente, borrando toda historia, contexto y genealogía del término. Al punto en donde se explicitará que incluso se debe evitar entrar en la delimitación y entendimiento de los términos -afecto, sentimiento, emoción-, ya que en opinión de estos abordajes, la búsqueda de definiciones no abonará a la discusión teórica (Mayoral Sánchez, Edwin G. y Delgado Aguilar, Francisco J., 2017).

Sin embargo, en esta querrela proveniente de la fragmentación y disputas teóricas no dichas de los diferentes grupos académicos, ha desembocado en un retorno a lo biológico del giro afectivo. Gracias al olvido de su propia historia, las nuevas tendencias han recaído al romance del giro afectivo con las corrientes del pliegue cibernético, las tecnociencias y las neurociencias. Enfoques basados en la articulación de las neuro y tecnociencias, que con la ayuda de las nuevas tecnologías, buscan la comprobación científica del origen y funcionamiento de las emociones.

En las teorías del pliegue cibernético, “[e]l cuerpo como organismo del pliegue cibernético, apunta a la socialización de los afectos básicos, genera un tipo de estudios radicados en una dimensión de lo social, la circulación de los afectos a través de sus mecanismos de despliegue fisiológicos como la cara o la voz” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b, p. 20).

Como máximo representante de esta corriente, encontramos a Silvan Tomkins, quien a partir de una articulación con la teoría cultural, el psicoanálisis, estudios de medios digitales, de las teorías feministas y *queer*, propondrá que el afecto es “una serie de eventos neuro-fisiológicos, conjuntos correlacionados de sensaciones físicas (respuestas musculares y glandulares) que, cuando se conectan con el pensamiento, se vuelven sentimientos disponibles para ser

explicados en mezclas más complejas de afectos que comprenden la emoción” (Tomkins, cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b, p. 11).

En esta línea se distinguen nueve emociones discretas e innatas. Cada una de estas emociones actúa para amplificar el gradiente y la intensidad de un disparo neuronal, el cual produce un bucle de retroalimentación positiva, que evoca un afecto que puede ser percibida por el sujeto que lo experimenta como para un tercero (un observador). Esto será lo denominado por él como *resonancia afectiva* (Tomkins, cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b).

Así, para Tomkins y la línea del pliegue cibernético, los afectos son un conjunto de músculos y respuestas glandulares localizadas y distribuidas en cada parte del cuerpo. Éstos generan retroalimentaciones sensoriales que serán aceptables o inaceptables (para el cuerpo, las inaceptables serán culturalmente calificadas como desagradables). Esto implica que la emoción, la sensación corporal es *a priori*. Ya que los afectos, en tanto conjuntos organizados de respuestas son desencadenadas en centros subcorticales en los que programas específicos, almacenan a cada afecto por separado. Estos programas son de carácter innatos, programados y heredados genéticamente (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014a; Hemmings, C., 2005).

En esta misma línea, Ekman con el Neo-Darwinismo, argumenta que existen al menos cinco emociones en todas las culturas: ira, miedo, tristeza, disgusto y alegría. Y de nuevo, que todas ellas se manifiestan en el rostro; son signos involuntarios de los cambios internos. Pero que, a diferencia de Tomkins, aquí las emociones no funcionan como instintos como tal, sino que estas son influenciadas por la cultura (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b; Hemmings, C., 2005)

Por si no fuera poco, Tomkins (y muchos otros seguidores del pliegue cibernético) termina concluyendo que la *resonancia afectiva*, es en realidad el ello y el inconsciente freudiano, pero que en los tiempos en que Freud desarrolló su teoría, no existía la “tecnología adecuada” para que él pudiese comprobar este argumento (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b; Hemmings, C., 2005).

Bajo estos argumentos, Ali Lara y Giazú Enciso (2014_b), señalan que los planteamientos del pliegue cibernético, terminan por regresar a las teorías de los instintos de hace más de dos siglos. Postura que en la opinión de Clare Hemmings (2005), repite la escisión entre lo social y lo individual, sugiriendo que los sujetos nacióramos en lo social como individuos singulares y únicos, genéticamente determinados y que sólo somos influenciados por lo social como una variable más, en donde la influencia genética sería más como un tinte en un modelo pre-determinado.

Por otro lado, en la segunda propuesta de la corriente del giro afectivo, el de las tecnociencias, lo afectivo se concibe como “un dinamismo inmanente en la materia corpórea y en la materia en general; esto es, la capacidad de la materia para su propia organización al ser in-formativa” (Clough, cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014_b, p. 13).

Las tecnociencias en materia de los afectos, están fuertemente influenciadas por “la teoría matemática de la información de Shannon (1948), de la teoría de la complejidad de Prigogine y Sterger (1984) y de la biología molecular de Maturana y Varela (1980)” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014_b, p. 11).

El afecto desde la lógica tecno-científica se aborda como “fuerzas corpóreas pre-individuales que aumentan o disminuyen las capacidades del cuerpo para actuar, además de compartir el cambio en la concepción de la materia humana y no humana que invariablemente conduce a un cambio de pensar el cuerpo” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014_b, p. 16).

En esta visión, el cuerpo no se puede entender escindido de la afectividad, ya que éste se concibe como un “sistema de conexiones complejas, expansivas pero centralizadas” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014_b, p. 20). En ese sentido, el estudio de los afectos es necesariamente el estudio del cuerpo.

Sin embargo, este cuerpo¹⁰³ material e interrelacionado, históricamente, atravesado por las relaciones de poder, el tiempo, el capital y el trabajo, queda

¹⁰³ [...] “idea del cuerpo bio-mediado [...] apunta al cuerpo como in-fomacional, y subraya el dinamismo de la materia, sea orgánica o no y sus procesos de generación de estabilidad aún en condiciones lejos-del-equilibrio. El cuerpo bio-mediado invita a cuestionarnos las dinámicas de poder y las políticas que regulan estos cuerpos, los mecanismos a través de los cuales se les inyecta in-

reducido a la parte corporal en donde las neurociencias pueden acceder a la visibilización de las interconexiones y articulaciones materiales: el cerebro.

Estas implicaciones nos llevan a la tercera propuesta que está íntimamente vinculada con la de las tecnociencias y del pliegue cibernético: las neurociencias.

A partir del desarrollo de las tecnologías de imágenes cerebrales como el MRI, fMRI, PET, MEG y del fNIRS¹⁰⁴, la observación de los procesos cognitivos ha sido “demostrados” y “comprobados” científicamente. Lo cual ha llevado a que muchos médicos y “científicos” vuelquen sus intereses hacia la búsqueda de la comprobación científica de las preguntas sobre el ser, la esencia humana, la existencia y la subjetividad, partiendo de la hipótesis de que pueden ser observadas, medidas y controladas, a partir de las nuevas tecnologías médicas y científicas.

Como máximo representante de esta línea, tenemos a Antonio Damasio, quien recibió el premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica en el 2005, por “demostrar” que las emociones tienen un papel central en la vida humana.

En términos muy generales, el trabajo de Damasio, aborda el papel de las emociones en áreas cerebrales encargadas de la memoria, el lenguaje, las emociones y el procesamiento de decisiones; así como su impacto y relación en enfermedades como Parkinson o el Alzheimer.

Sin embargo, esta construcción teórica está basada en la teoría de los afectos de Baruch Spinoza, pero con una vuelta de tuerca científica. Es decir, el mérito de Damasio en la comunidad científica, está basado en la demostración neurocientífica, -con imágenes cerebrales *in vivo*- que las emociones viajan a través

formación, las relaciones entre el capital, el tiempo y el trabajo que moldean la subjetividad y la vida misma” (p. 20). Por lo que se trata de “un modo de organización de las fuerzas materiales históricamente específic[as], investido por el capital dentro del ser, y elaborado a través de varios discursos de biología y física, termodinámica y complejidad, meta-estabilidad y relacionabilidad no lineal; reconfigurando los cuerpos, el trabajo y la reproducción [...] El cuerpo bio-mediado es la definición de un cuerpo y de lo que puede hacer, su afectividad” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b, p. 16).

¹⁰⁴ Son todos aparatos -escáneres- que permiten visibilizar los procesos cerebrales para observarlos. Algunas permiten observar los procesos *in vivo* o en tiempo real; otros muestran las partes del cerebro que se ponen en juego de acuerdo a alguna actividad específica; otros muestran la interacción entre las partes del cerebro. Para más información: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272008000300002

del cerebro y del cuerpo, por lo que se puede afirmar su existencia y el papel fundamental en el funcionamiento de la vida humana (Damasio, 2007).

Damasio afirma que “los sentimientos están habilitados por sistemas y circuitos asociados ante todo con los núcleos del sistema cerebral superior, la amígdala y el hipotálamo, la corteza frontal, la ínsula y la corteza cingulada” (Damasio, cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b, p. 17). De este modo, la diferencia entre sentimiento y emoción para Damasio está en que los sentimientos, son esencias escondidas en el cerebro cuyo secreto sólo es accesible para el individuo y un MRI; y las emociones son acciones públicas, visibles a través de la voz y el rostro.

Sin duda alguna, estas explicaciones remiten sospechosamente a un viejo conocido de la psicología: el conductismo. Pero ahora, con juguetes nuevos, como lo son los escáneres de imágenes cerebrales. Cabe señalar que el viejo conductismo clásico de John B. Watson a principios del siglo XX estaba basado en los principios de la observación, la medición y el control. Ya que bajo el supuesto de que la psicología debía convertirse en una disciplina científica, se descartaban las emociones y sentimientos al ser inaccesibles para el observador. Por ello, la conducta representará la parte visible y que podrá codificarse como asible para el método científico.

Es así que, desde mediados del siglo XX, con la consolidación de las psicologías cognitivistas, de la sociocognición y de la neuropsicología, se había ido olvidando su pasado conductista y se había volcado hacia la ventana de la visibilización del cerebro. Sin embargo, estas corrientes, al pertenecer a la psicología, seguían sin ser tomadas demasiado en serio en el mundo bio-médico. Por ello, con la incursión de la psiquiatría y de las neurociencias hacia los fenómenos afectivos a través de los nuevos juguetes tecnológicos, ha dejado a las corrientes cognitivistas fuera del club científico, o, provoca que estas gamas de psicologías se hermanen con las neurociencias.

Estas corrientes que cada vez son más populares y que abonan con creces a la investigación farmacológica han expandido sus horizontes a los terrenos de la filosofía. Por ejemplo, Byung-Chul Han señala que, las “enfermedades como la

depresión y el síndrome de *burnout* son la expresión de una crisis profunda de la libertad. Son un signo patológico de que hoy la libertad se convierte, por diferentes vías, en coacción [sic.]” (2014, p. 7). En otras palabras, las “enfermedades” actuales son producto de una psicopolítica, de un instrumento de dominación neoliberal que penetra y explota la psique humana.

Desde esta mirada, el neoliberalismo -entendido por Han como una mutación del capitalismo-, ha colonizado hasta el último rincón de la subjetividad humana, ha convertido al trabajador en empresario de sí mismo, ha conseguido “eliminar a la clase trabajadora sometida a la explotación ajena. Hoy cada uno es un trabajador que se explota a sí mismo en su propia empresa” (Han, C-H., 2014, p. 7). Y por si no fuera poco, el autor sostiene que, con el fin de incrementar la productividad, el disciplinamiento y el control ya no dirigen sus fuerzas hacia las resistencias corporales, sino, a los procesos psíquicos y la optimización mental. Es así, que las emociones y el inconsciente han sido cooptadas a través de una serie de tecnologías diferentes a las que pervivían en las sociedades de disciplinamiento (Han, B-C, 2014). El neoliberalismo ha “descubierto”¹⁰⁵ la psique como fuerza productiva, como un territorio de explotación.

Como efecto inevitable de las tecnologías de la psicopolítica, en la sociedad actual, los sujetos somos presa de la *violencia neuronal*. Es decir, enfermedades de carácter psiconeurológico, como la depresión, la ansiedad, el síndrome de desgaste profesional, *burnout*, son patologías emblemáticas y resultantes de la sociedad del rendimiento (Han, B-C., 2012).

Desde esta perspectiva, las emociones para Han tienen una etiología biológica, y estas están:

reguladas por el sistema límbico, que también sede de los impulsos. Constituyen un nivel prerreflexivo, semiinconsciente, corporalmente instintivo de la acción, del que no se es consciente de forma expresa. La psicopolítica neoliberal se apodera de la emoción para influir en las acciones a este nivel prerreflexivo. Por medio de la emoción llega hasta lo más profundo del individuo. Así, la emoción representa un medio muy eficiente para el control psicopolítico del individuo (Han, B-C., 2014, p. 30).

¹⁰⁵ Las comillas son mías.

En ese sentido, desde la perspectiva de Han, las emociones, así como una gama de enfermedades, están explicadas desde la gestión de las emociones, las cuales, tienen una etiología biológica, muy en la línea de las posturas de las neurociencias.

Desde esta perspectiva, la doble o triple jornada de los médicos quedaría explicada por la cooptación de su inconsciente a través de la psicopolítica, y no, por la precarización del trabajo, de la pérdida del poder adquisitivo de su salario, ambas condiciones, producidas por el propio sistema capitalista.

Bajo este contexto, Bennett y Hacker (2003) denuncian que este regreso al estudio del cerebro para la comprensión de la subjetividad humana -de los afectos particularmente-, corre el riesgo de volver al reduccionismo. Y agregaría, con los peligros de naturalizar los procesos histórico-sociales que producen los afectos y la subjetividad (cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b).

En la misma línea, Cromby (2007), señala que los estudios con el fMRI y otros escáneres demuestran consistentemente que muchos aspectos de la estructura y funcionamiento del cerebro son flexibles a partir de la experiencia y de la socialización (cit. en Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b). Por lo que, si se cae en la presunta científicidad de la estructura del cerebro, corremos el riesgo de estar construyendo una nueva frenología¹⁰⁶.

Es así que, estas tres corrientes representan la fusión de diferentes fuentes filosóficas que fueron recicladas como parte del espíritu *vintage* de los estudios de los afectos –ya que emergieron de esta manera debido a las inadecuaciones previas de los modelos socioconstruccionistas, lingüísticos y discursivos-, se han generado articulaciones improbables pero fructíferas (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b). No podría resultar más escandalosa y terrorífica dicha mezcla.

El yo, el inconsciente, el deseo, son reducidos a instintos que se van formando gracias a la cultura. Se decretan los universalismos sobre cinco emociones básicas, que, al haber sido observadas con la tecnología de punta,

¹⁰⁶ Teoría médica propuesta por Franz Joseph Gall en 1796, según la cual cada instinto o facultad mental radica en una zona precisa del cerebro que se corresponde con un determinado relieve, hinchazón o protuberancia del cráneo.

hegemónica y válida, las ubican como fuente de todos los otros sentimientos, afectos y emociones secundarias.

De este modo, es importante subrayar las implicaciones políticas de estas tendencias que, terminan inevitablemente, en un nuevo reduccionismo al ubicar y encapsular a la subjetividad humana en el cerebro y sus neuroquímicos. “Políticamente lo que está en juego no es el reduccionismo en sí, sino el tipo de reducción que sea considerado aceptable” (Lara, A. y Enciso Domínguez, G., 2014b, p. 18).

Por lo que considero “tibia” la crítica de Bennet, Hacker y Cromby, no es solamente el “riesgo” de caer en un reduccionismo. A partir de las nuevas producciones del giro afectivo desde el pliegue cibernético, las neurociencias y de las tecnociencias, no es que estemos en riesgo, es que ya se ha reducido la subjetividad humana a procesos biológicos, al menos en las corrientes hegemónicas del mundo científico.

Alí Lara y Giazú Enciso señalan que los afectos han sido capturados por estas corrientes neurotecnológicas, no obstante, mi impresión es que nunca fueron liberados del todo. Aun cuando hubo espacios y momentos en donde los afectos estaban aparentemente incautados por los enfoques lingüísticos y discursivos, en muchas propuestas seguía presente el latido biológico y organicista de su supuesta etiología.

Lo que se hace evidente, es que los afectos han sido presa constante de las modas académicas. Mi sospecha apunta a que se debe a lo pantanoso de la categoría, es decir, los afectos y emociones son difíciles de comprender, asir o delimitar para la ciencia. Pero también intuyo que tiene que ver con el desarrollo histórico de la misma categoría.

A lo largo de la investigación, he encontrado un sinfín de investigaciones sobre cómo los sujetos experimentan las emociones y los afectos, pero poco sobre qué son los afectos en sí mismos y mucho menos una genealogía de ellos.

La importancia sobre hacer ese recorrido es sin duda política, ya que las nuevas tendencias coadyuvan a los enfoques biomédicos. Si tomamos como puntos de partida las explicaciones que nos ofrecen las nuevas teorías del giro afectivo

inclinadas a la neurotecnología, entonces, toda la subjetividad humana es fácilmente reducible también a hormonas, genes, enzimas, células. Por lo que los tratamientos para el malestar afectivo, las emociones indeseables o los sentimientos negativos, serán desde el mismo marco explicativo.

En ese sentido, las tendencias de la farmacología, la psiquiatría y ahora del giro afectivo están en una consonancia perfecta, no sólo entre ellas, sino para el capital, para la explotación y precarización del trabajo.

De este modo, los fenómenos subjetivos como los afectos, las emociones y los sentimientos, terminan subsumidos por los principios del modelo médico hegemónico, de la institución de la clínica y de la ciencia. Por ello, para poder entender mejor cómo se ha articulado este proceso sociohistórico, se vuelve menester preguntar: ¿cómo se han abordado de los afectos para posibilitar las construcciones teóricas actuales?

El *pathos*

En la Grecia antigua, el sistema de pensamiento estaba volcado hacia una mirada particular sobre la producción de verdad. Las preguntas sobre qué era la verdad, cómo distinguirla de la falsedad, eran temas que articulaban las formas de construcción de conocimiento y por tanto de sus relaciones sociales.

Las producciones filosóficas de pensadores como Sócrates y Platón, estaban enmarcadas sobre una preocupación política¹⁰⁷, ya que estaba el peligro constante de que alguien con intenciones falsas llegara al poder -un gobernante falso-, por lo que se debía construir un método para poder diferenciarlas.

Aun cuando existieron diferentes posturas con respecto a qué era lo verdadero y sus métodos para acceder a ello, la postura platónica será la que predominará e influenciará el pensamiento griego (Benito Olalla, P., 2015; Arrieux, C., 2018). Para Platón, lo verdadero era inaccesible para lo humano, para él -con la analogía de la caverna-, sólo podemos ver las sombras proyectadas en la caverna;

¹⁰⁷ Término entendido desde el interés de la *polis*, de lo social, de la comunidad. (Foucault, M., 1994). La espacialidad de la *polis* griega se refiere también a “una comunidad de todos los hombres unidos por el elemento común del *logos*” (Rossi, 2005, pág. 79).

lo verdadero se encuentra fuera de ella, pero al verlo, el humano quedaría cegado. Bajo esta idea, se sitúa a la verdad en el mundo de las ideas, en un mundo suprasensible. Todos los conceptos y conocimientos provienen de este lugar. Por lo que se vuelve un mundo afuera, o en otro nivel, sobre el mundo terrenal.

Así, la corriente platónica enfatizará que en el mundo humano sólo se presentarán las ideas verdaderas a través de sombras, de copias y simulacros. De este modo, se vuelve menester crear un método que procure identificar claramente lo verdadero de lo falso, de la idea de la copia (Deleuze, G., 2002; Arrioux, C., 2018; Fernández, L. D., 2019).

Esta relación de cómo diferenciar lo verdadero de lo falso, no sólo nos remite al conocimiento del mundo y la realidad, sino marca una forma de relacionarnos con los otros y con nosotros mismos. Así, el método griego platónico, se replicará en la fórmula del oráculo de Delfos: conócete a ti mismo [*gnothi seauton*] (Foucault, M., 1994). Principio que no es otra cosa que una práctica de sí o de la objetivación del ser humano. Ejercicio que estará articulado en los esquemas de la producción de conocimiento y de una ética¹⁰⁸ (Foucault, M, 2013; Foucault, M, 2019; Chaverry Soto, R., 2009).

Para ello, se regirán a partir del principio de *épiméleia*, que implicaba una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo. Este principio filosófico que predominará el modo de pensamiento griego, -y posteriormente en el helénico y romano-, es un principio básico de cualquier conducta racional, de cualquier forma de vida que aspire a estar regida por el principio de la racionalidad moral (Foucault, M., 1994).

En la *épiméleia* se distinguen 3 fases: la primera, considerada por Michel Foucault (1994) como el momento socrático-platónico que se representa en la

¹⁰⁸ Ética en el sentido del *éthos*, “involucra una manera determinada de comportarse por parte del sujeto, un cierto carácter. El comportamiento de un sujeto en la Grecia debía ser el que correspondía a su estatus de hombre libre. La ética griega se define en contraposición con una vida de esclavitud. Esta ética del “cuidado de sí” se traduce en no ser esclavo de sí, de los apetitos, lo que implica establecer una relación de señorío con uno mismo” (Chaverry Soto, R., 2009, p. 89). Este sentido, está imbricado con su etimología original como hogar. Con ello, es posible incorporar los elementos de las costumbres y posiblemente de la *coerción* en el sentido que refiere Marcel Mauss (1901). El sentido coercitivo, la ética como comportamiento deseable o normado, tiene que ver precisamente con el sentido coercitivo de la institución.

aparición de la *épiméleia* en la filosofía¹⁰⁹ (siglos I y II). La segunda, la edad de oro del cuidado de uno mismo o de la cultura de sí mismo. Y el tercero, con el paso de la ascesis filosófica pagana al ascetismo cristiano (siglos IV y V). “No se puede gobernar a los demás, no se pueden transformar los propios privilegios en acción política sobre los otros, en acción racional, si uno no se ha ocupado de sí mismo” (Foucault, M., 1994, p. 42).

La *épiméleia* implicaba un conjunto de prácticas específicas que buscan transformar el modo del ser del sujeto. Los griegos previos a Platón, ponían en práctica: la concentración de la *psique*; la práctica del retiro *-anacoresis*¹¹⁰⁻; y la práctica del endurecimiento -soportar el dolor- (Foucault, M., 1994).

Esta transformación, será mediatizada a través de la *psique*, del alma (Rohde, E., 2012). Dicha mediación será vital para las prácticas de sí mismo y el conocimiento del mundo. Ya que, por un lado, el alma tiene la sensibilidad de acceder¹¹¹ a formas de conocimiento que pertenecen al orden del mundo suprasensible.

Por ejemplo, Artemidoro distingue dos formas de visiones nocturnas que producen conocimiento. Por un lado, los sueños o *enypnia*, los cuales traducen los afectos que experimenta el sujeto en cierto momento, a causa de algún evento singular o específico, y aquellos que acompañarán a su alma en el transitar de su existencia, aquellos que son parte de su “esencia” vital. “Esta forma de sueño tiene un valor diagnóstico simple: se establece en la actualidad (del presente al presente); manifiesta al sujeto que duerme su propio estado; traduce lo que es, en el orden del cuerpo, carencia o exceso, y lo que, en el orden del alma, es miedo o deseo” (Foucault, M., 2013, p. 16). En otras palabras, a través del alma se puede acceder

¹⁰⁹ Foucault define a la filosofía como la forma peculiar de pensamiento que se plantea la pregunta por lo que es verdadero y lo falso, así como que es lo que hace que exista en el mundo. “Llamamos filosofía a una forma de pensamiento que se plantea la cuestión de cuáles son las mediaciones que permiten al sujeto tener acceso a la verdad. Filosofía es una forma de pensamiento que intenta determinar las condiciones y los límites del acceso del sujeto a la verdad” (Foucault, M., 1994, p. 38).

¹¹⁰ Ausencia visible

¹¹¹ Erwin Rohde (2012) ubica como hipótesis la constitución de la psique a través de las prácticas de culto relacionadas a la muerte. Se trataban de rituales para deshacerse de los cadáveres que los llevaron a construir un esquema sobre las creencias sobre la vida después de la muerte. La religión griega estará atravesada por esta noción.

a un conocimiento sobre sí mismo y sobre sus propias sensaciones; y ayuda al sujeto a comprender lo que está experimentando en cierto momento de su vida (alguna situación o evento específico), o acerca de sí mismo.

Por otro lado, el *oneiros*, son ensoñaciones que modifican, conforman y moldean el alma, que “la pone en ciertas disposiciones y provoca en ella movimientos que corresponden a lo que le es mostrado” (Foucault, M., 2013, p. 17).

Estos conocimientos que son mediados por la *psique*, por sí mismos no tendrán sentido o un fin claro a menos que se haga un ejercicio sobre ellos. Platón usa el término *chésis*, que indica una actitud del sujeto respecto a sus medios que no es simplemente instrumental, sino de un tipo de relacionarse con los otros. Es decir, se designa una relación instrumental de la *psique* con el resto del mundo y con el cuerpo (Foucault, M., 1994). Esta instrumentalidad, designará la pasión sobre los objetos que los dispone, sobre los otros, sobre el cuerpo, al final, sobre uno mismo. Todas estas disposiciones serán esenciales para la producción del conocimiento, y que implican una relación entre el *logos*, la *episteme* y el *pathos*.

En primer lugar, el *Logos* tiene tres acepciones¹¹²:

- 1) Un enunciado por medio del cual se pone en palabras un juicio sobre determinada cosa u objetos (objeto que puede ser material o ideal); 2) Una lista o análisis exhaustivo de todos los elementos que componen dicho objeto; 3) Una diferenciación del objeto en cuestión en relación con otros objetos. En los tres casos, el *logos*, como discurso que permite hacer un juicio, analizar o diferenciar lo propio de un objeto (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, A., 2013, p. 51).

En segundo lugar, el *pathos*, que aunque tiene diferentes acepciones, como “sufrir, padecer, experimentar estar afectado de ésta o la otra manera” (Pabón S. de Urbina, J. M., 1999, p. 462), el uso más común del término hace referencia a las pasiones de lo humano. Sin obstar, María Luisa Bacarlett Pérez y Ángeles Pérez Bernal (2013) identifican tres connotaciones sobre el *pathos* en la antigua Grecia.

El *pathos* como locura divina y amorosa¹¹³: propio del adivino, el profeta y el poeta que, mediante la posesión divina, permite a los hombres arribar a la

¹¹² Además, se puede entender como aquello que permite dar razón ordenadora a la realidad (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013).

¹¹³ Esta forma del *pathos* está vinculada a la manía amorosa (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013).

intuición de las *Formas* y a la verdadera ciencia. Por ejemplo, la experiencia dionisiaca “puede equipararse poco a un acto de conocimiento, pues su finalidad última no es el conocer, sino la trasfiguración de aquel que conoce; no es tanto un conocimiento sino una experiencia incomunicable” (p. 65). En este sentido, el *pathos* alcanza su mayor valor, pues adquiere un carácter cognitivo y pasa a ser parte del conocimiento más alto al que podemos aspirar: el de la intuición de las Ideas del mundo suprasensible (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013).

Además, el *pathos* no es un mero mediador o un camino para acceder al conocimiento, sino que éste es parte de la meta, es decir, está imbricado con el propio conocimiento buscado, “sin deseo y sin amor no hay conocimiento ni verdad” (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013, p. 68).

Esta connotación, está estrechamente imbricada con la segunda acepción del *pathos* como asombro, la cual:

es sin duda la concepción más amplia, pues tiene tanto un aspecto epistemológico como uno ontológico; el primero refiere al asombro que provoca la irrupción de lo irregular, de lo inesperado y lo extraordinario, lo cual aviva nuestra curiosidad y necesidad por conocer; pero también se expresa como estupefacción al reconocer que detrás del aparente caos y desorden del mundo hay una razón que mueve los hilos del mismo; es decir, que por debajo de la realidad fenoménica sobre la que se mueven los hombres hay un logos que determina la forma y devenir del mundo (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013, p. 68).

Y por último, en la tercera acepción, el *pathos* es concebida como sufrimiento:

puede expresarse al menos en dos sentidos: como el dolor y el esfuerzo que acompaña todo arribo al verdadero conocimiento; así como la indignación que permite a la razón dirigirse y rebelarse contra las injusticias del mundo. Sin duda, estamos hablando de una perspectiva moral del *pathos*, pues no puede aspirarse al conocimiento sin sufrir una transformación en el propio ser, a la vez que todo conocimiento solo puede alcanzar su máxima dignidad si se pronuncia contra las infamias mundanas (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013, p. 69).

Bacarlett y Pérez (2013) plantean entonces que, para acceder al conocimiento debe haber una alteración del sujeto sobre sí mismo, una renuncia. El paso del *pathos* hacia el conocimiento implica un proceso por el cual el alma (*psique*) ligada a un cuerpo, tiene que separarse de éste “de los sentidos y de las pasiones, para arribar al logos que nos haga comprensible el camino a seguir hacia la posesión de las Formas [...]” (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, A., 2013, p. 73).

En ese sentido, María Luisa Bacarlett y Ángeles Pérez Bernal (2013), reiteran el carácter agonístico del conocimiento, propio de la filosofía antigua, donde:

conocer no implica simplemente que el sujeto entrara en contacto con una parcela de la realidad para describirla o conceptualizarla; conocer requería que el sujeto se comprometiera a sí mismo, se modificara, se empeñara bajo el peligro de perderse en el proceso [...] Este conocimiento espiritual, [...] no aspiraba a dar con el núcleo objetivo de las cosas, ni buscaba dar con una identidad o positividad que definiera al hombre, sino a asombrarse de la visibilidad del mismo, no por la materialidad de su cuerpo, sino por lo asombroso de su presencia, por el aliento de la palabra a través del cual el alma se manifestaba (p. 60).

Esta modificación de sí mismo, propio de las prácticas y objetivación de sí implicará el *thaumadzein*, la admiración frente al mundo y origen de la filosofía en tanto asombro como indignación. El primero, estará dirigido al interior del alma, “pues es la razón la que atestigua la verdad del ser”, en la segunda, la indignación se estará abocado al exterior, “como juicio enfocado al mundo y sus injusticias” (Mattéi, J-F., cit. en Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, A., 2013, p. 62).

Es así que, en la opinión de Barcarlett y Pérez (2013), el *thauma*¹¹⁴ y el *pathos*, son elementos necesarios para que se pongan a andar el *logos* y posteriormente la *episteme*.

Huelga decir que, la *episteme* para Platón, se trata de la ciencia referida a:

un *corpus* dialéctico cuyos objetos son las Formas o Ideas y cuya verdad no depende del mundo sensible, [que] en dado caso, tal verdad no tendría nada que ver con los cánones modernos de la prueba y la verificación [...] *logos* y *episteme* parecen apelar a la parte racional del alma, frente a la parte irascible y concupiscente; conocer es siempre un asunto de las funciones más nobles y sublimes del alma, aquellas que se desprenden de su parte racional y que ponen a raya tanto la ira como el deseo irrefrenable a los sentidos y las pasiones (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013, pp. 54-56).

Por ejemplo, en el segundo diálogo de la República y el Fedro, Platón dice “las pasiones alcanzan un estatus positivo, pueden impulsarnos hacia el bien e indicarnos el camino hacia donde se encuentran el bien y la belleza” (p. 49). De

¹¹⁴ El *thauma* significa el sentimiento de asombro, necesaria actitud para la filosofía. Y también, marioneta. El humano como una marioneta de los dioses (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013).

igual modo, dice Laurent (2002): “el asombro es el acontecimiento propiamente filosófico. Pasión de la razón, placer de la teoría, purificación por la meditación, hay siempre una dimensión *pathica* en la actividad del filósofo [...] el *pathos* que acompaña al alma cuando comprende que la realidad depende de algo distinto que no se hace patente en los simples estados de las cosas” (cit. en Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013, pp. 58-59).

Recordemos a Platón, en *La república*: “Cuando ha apaciguado esas dos partes del alma [la del apetito y la de la cólera] y estimulado la tercera donde reside la sabiduría, y se abandona finalmente al reposo, es en estas condiciones, bien lo sabes, como el alma alcanza mejor la verdad” (Foucault, M., 2013, p. 20).

No obstante, aun cuando existe una relación medular entre el *pathos* con el *logos* y la *episteme*, Bacarlett y Pérez (2013) señalan que tradicionalmente, se han hecho interpretaciones intelectualistas sobre estas conexiones en el pensamiento de Platón, la cual ha derivado en la tendencia aristotélica¹¹⁵ en el estudio de las pasiones. Es decir, se termina por obviar dicha relación entre la génesis social y teórica de los conceptos.

Probablemente tenga que ver con la descontextualización de la constelación de conceptos y principios griegos, esto es, generalmente se toman los conceptos como si fueran partículas independientes, y se tienden a estudiar filológicamente, sin poner sobre la mesa 1) el contexto socio-histórico de dónde parten y fueron construidas y concebidas; y 2) sin contextualizar las discusiones entre filósofos sobre la génesis social y teórica de estos conceptos.

Para mí, uno de los más claros ejemplos es el *pathos*, ya que está imbricado por una amplia constelación de conceptos, ejercicios y prácticas del cuidado de sí. Por lo que las interpretaciones más frecuentes sobre el *pathos* y su relación con el conocimiento, aun cuando no niegan la dimensión *pathica*, no explican la compleja

¹¹⁵ Existe una discusión sobre si Aristóteles presenta una sistematización del estudio de las emociones y las pasiones o no. Sin embargo, la lectura aristotélica no se sale de la constelación de conceptos que estoy presentado en este apartado. Por ejemplo, en la distinción entre pasiones, facultades y modos de ser, se visibiliza la relación entre el *logos*, la *épiméleia* y el *pathos* (Aristóteles, 1998; Trueba Atienza, C., 2009).

relación con otros principios que son fundamentales para comprender el dinamismo y complejidad del *pathos*.

Así, para entender esta la dimensión *pathica* para la construcción del conocimiento y del ejercicio ético de modificación sobre sí mismo, esta práctica siempre deberá estar mediada por el *medés agan*, es decir, “nada de exceso” (Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, Á., 2013; Benito Olalla, P. 2015; Foucault, M., 2013).

Este principio estaba basado en la búsqueda de los puntos medios y de moderación. El término medio para todo: el amor, el dolor, las aspiraciones, el poder, la belleza. Ninguna, debería sobrepasar una medida “razonable”, a un equilibrio (Benito Olalla, P. 2015; Fernández, L. D., 2019).

La importancia del *medés agan*, estaba dirigida a evitar los peligros de la *hybris* y de un *pathos* desmedido, los cuales, pueden traer pesares y dolor. Sólo basta con recordar las grandes tragedias griegas, las cuales apuntan a la penumbra que puede provocar la desmesura. El cólera de los dioses castigará a los humanos, las consecuencias de los excesos. Pero también en la contradicción, que la desmesura si es permitida para ellos, por el hecho de ser dioses (Jamme, C., 1999).

Este principio es de suma importancia, dado que cualquier exceso o desmedida debía apaciguarse a través del *pharmakós*, algún tipo de sacrificio. Toda la constelación histórico-social griega, estará basada en las nociones y aspiraciones de equilibrio y medida. Antecedentes que marcarán ciertas rutas para la filosofía del medioevo y moderna.

Estos principios se traducirán en prescripciones éticas para los sujetos, es decir, se debe mantener la *medés agan*, evitar el peligro de la *hybris* y del *pathos*. Ya que sus efectos, perturban el estado de apatía (ánimo) y causan ya no el enojo de los dioses, sino la alteración y distorsión de la realidad percibida.

Las emociones, los humores, los sentimientos, los afectos, (el *pathos*) pueden engañarnos, y esto impide el apropiado discernimiento de lo verdadero de lo falso. Es decir, que se distorsiona la relación de la *psique* con el mundo. Así, el *pathos* será el responsable de los desequilibrios que provocan o inducen la toma de malas decisiones, de ser engañados. Por lo que se vuelve menester medirlo y

aprender a controlarlo, ya que éste se vuelve un agente que nos pueden confundir y nos llevan al camino de las copias, de la falsedad.

Por lo que se presentarán dos corrientes que discutirán¹¹⁶ los efectos del *pathos* frente a las dimensiones del *logos* y la *episteme*. La primera postura, versará sobre la pregunta de si estas pasiones y desmesuras deben ser eliminadas, o si deberían ser dominadas, ambas mediante el uso de la razón. Esto implicará una fórmula vital: la forma de mantener la *medés agan*, es necesariamente a través de la razón.

En respuesta al planteamiento aristotélico, de acuerdo con John M. Rist (1995, cit. en Benito Olalla, P., 2015), los estoicos se abocarán a resolver los mismos dilemas éticos, bajo un mismo hilo conductor: “las pasiones perturban el estado de apatía y han de ser eliminadas mediante el férreo control de la razón” (*op. cit.*, s/p). Y Séneca en específico, desarrollará a los afectos como un problema vinculado con el mal moral.

De este modo, los diferentes estudiosos de los estoicos, los ubican como pioneros en este aspecto, ya que anteriormente, en la filosofía griega el problema se hallaba unido a las dimensiones cosmogónicas o metafísicas de la realidad, pero no a las morales. En ese sentido, los estoicos fueron los primeros en elaborar una terapéutica y una patología de las pasiones (Benito Olalla, P., 2015).

Bajo este contexto, encontramos dos discusiones importantes al respecto: a las pasiones como no-naturales, bajo el planteamiento que, es la razón la única que caracteriza la vida humana, postura sostenida por los estoicos; y en contraposición Crisipo (S. I, a. C.) y Galeno (S. I), quienes establecerán que las pasiones son irracionales pero que sí obedecen a las fuerzas de la naturaleza.

En la primera postura, las pasiones están explicadas en el marco de lo sobrenatural, entendiéndose como aquello que está fuera de lo humano, fuera de la

¹¹⁶ Bajo este marco encontraremos la discusión de Aristóteles, de acuerdo la cual, el *pathos* es del orden de la naturaleza y es instintivo. Lo que será importante es ejercitar cierta disposición del *pathos* mediante las facultades, es decir, de acuerdo al ejercicio sobre sí mismo (Aristóteles, 1998).

razón¹¹⁷. Si las pasiones perturban el estado de apatía, deben ser eliminadas mediante el uso de la razón sobre ellas.

En la segunda postura, las pasiones serán entendidas como males que destruyen el equilibrio del ánimo, velan y oscurecen el mundo verdadero, engañan los sentidos y confunden al pensamiento. Lo cual, conlleva a enfermedades. Por ejemplo, Crisipo dirá, que aun cuando las pasiones provienen de la naturaleza, estos tienen a descontrolarse cuando la voluntad es lábil.

En ese sentido para evitar las enfermedades, es menester fortalecer la voluntad a través del *logostikón* (λογιστικόν). “La razón oscurecida deviene una voluntad lábil. Y, por el contrario, una razón fuerte va unida a una voluntad fuerte, que no necesariamente obcecada” (Crisipo, cit. en Benito Olalla, P., 2015, p. 342).

Por lo que se tendrá que ejercitar una discriminación entre dos tipos de pasiones: las emociones racionales, que son propias del sabio, vinculadas con el asombro (el *thaumadzein*) -y por tanto con la renuncia y la modificación de sí mismo-; y por el otro lado, los *pathe* —πάθη—, o emociones irracionales, que son del orden de la desmesura (*hybris*) y por tanto del engaño de los sentidos.

Así, nos enfrentamos con una conceptualización del *logos*, uno que está dirigido a la modificación ética del ser, de carácter “verdadero”, y otra que está relacionada a un conocimiento falso, de las copias. De este modo, las pasiones, condensadas en el *pathe*, se convertirán en la enfermedad de la capacidad de juzgar y de sentir adecuadamente, y que, por consecuencia, habrá que extirparlas. En otras palabras, no se busca en primera instancia un lento y arduo progreso moral, sino una transmutación íntima que cambie al ser humano entero en razón o consciencia pura (Benito Olalla, P., 2015).

Por ello, el ejercicio sobre sí, será la piedra angular de esta constelación de principios y prácticas en relación al *pathos*. Se distinguirá claramente entre el *pathos* regulado por el ejercicio de sí, que posibilita el acceso al *logos*. Por otro lado, se

¹¹⁷ Estoy sintetizando una discusión estoica muy extensa, referida a la pregunta sobre qué es lo que nos diferencia de lo animal, de la naturaleza. En donde lo humano es concebido como algo fuera de la naturaleza. La discusión sobre aquello que nos hace humanos y si somos o no naturaleza o si, es una discusión filosófica muy amplia. Por lo que sólo haré mención de la existencia de dichos planteamientos.

conceptualizará al *pathe* como indeseable y será dirigido hacia el ejercicio ético, de reflexión y entrenamiento de las prácticas de la *épiméleia* y de la *parrhesía*.

El *pathe*, al tener la connotación de desequilibrio -patología-, deberá ser tratada. Para Galeno, la persona encargada de resolver esta enfermedad del *pathos*, estará ubicada en la persona que contenga la cualidad de la *parrhesía*. Por lo que no se trataba ni de un médico, ni un técnico, ni filósofo, sino, de una virtud, un deber y una técnica de “hablar franco”, de dirigir la consciencia de los otros y ayudar a construir una relación consigo mismos (Foucault, M., 2009).

Pilar Benito Olalla (2015) y otros filósofos citados en su mismo texto, están de acuerdo que hay una estrecha relación entre la psicología moderna y el pensamiento estoico. Las estrategias defendidas para enfrentar lo pasional convierten, de alguna manera, esta teoría del primer estoicismo en una moral terapéutica. De igual forma, de la medicina racional: cura de las enfermedades de la *psique*, podría decir, enfermedades de la mediación o una mediación inclinada hacia la falsedad. Por tanto, hay que desapegarse de las pasiones, ya que impiden la paz y la felicidad.

A partir de todo este recorrido, podemos observar la articulación de la cosmovisión griega, está íntimamente imbricada con diferentes planteamientos que terminan en una constelación coherente.

La historia del *pathos* es también una “historia de las prácticas que los sujetos adoptan con miras a transformar su conducta y adquirir, vía esta transformación, el acceso a un discurso que puede ser moral, ético o simple práctica social” (Chaverry Soto, R., 2009, p. 4). Y, que sin duda alguna, tendrá sus implicaciones en los dispositivos de control y de disciplinamiento que se configurarán más adelante en la historia de la humanidad.

El control y la terapéutica *pathos*

La intención de hacer este recorrido no tiene que ver con mostrar una línea histórica, ni de un desarrollo del concepto del *pathos* a lo largo del tiempo. Por el contrario,

se trata de la discontinuidad¹¹⁸ y de la despresentificación del presente en cuanto al trato, uso e instrumentalización del *pathos* en diferentes momentos históricos.

De acuerdo con Michel Foucault, la historia más allá de tener un proceso continuo, -el cual nos llevaría a pensar que todo proceso tiene una raíz, esencia o un antiguo origen, el cual se debe “descubrir”-, se trata de un proceso de cambio perpetuo que de cuando en cuando, posibilita una nueva *episteme*, condición de posibilidad necesaria de todo saber (Chaverry Soto, R., 2009).

Por ende, la discontinuidad en la historia tiene como consecuencia que la idea de “progreso” quede descartada, y que nuestra tarea sea más bien, visibilizar las rupturas. Bajo esa perspectiva, no podemos pensar una noción de sujeto transhistórica¹¹⁹, y nos dirige a concebir una noción de sujeto que se construye constantemente (Chaverry Soto, R., 2009; Foucault, M., 1994).

En ese sentido, el *pathos* griego no será ni puede ser el mismo que se concebirá en otros momentos históricos. Lo cual implica, dirigir la mirada a tratar de analizar el contexto teórico y práctica al que éste se asocia. Es así, que los siguientes apartados tratarán de dirigir las preguntas hacia ¿cómo se ha presentado el *pathos* en la historia? ¿Cómo se ha instrumentalizado este término griego en diferentes contextos sociohistóricos? ¿Con qué intenciones? ¿Cómo se ha articulado con otros regímenes de verdad¹²⁰?

La articulación de los conceptos revisados, coloca el acento sobre una relación consigo mismo, que permitía “no dejarse llevar por los apetitos y los placeres, conservar respecto de ellos dominio y superioridad, mantener los sentidos en un estado de tranquilidad, permanecer libre de toda esclavitud interior respecto de las pasiones y alcanzar un modo de ser que puede definirse por el pleno disfrute

¹¹⁸ La noción de discontinuidad es desarrollada en *La arqueología del saber* de Michel Foucault.

¹¹⁹ Me refiero al sentido más coloquial de lo “transhistórico”, como aquello que atraviesa toda la historia de la humanidad sin modificarse. Empero, es importante precisar que, como lo ha planteado Castoriadis, hay instituciones transhistóricas (entre otras, la del sujeto). Sin embargo, su transhistoricidad supone precisamente las rupturas, cambios bruscos, las posibilidades de transformación a diferentes velocidades de las dichas instituciones. Familia, trabajo, sujeto, son instituciones transhistóricas, ya que, a pesar de las transformaciones de fondo que han tenido en diferentes épocas, sería difícil pensar sociedades que pudieran prescindir de aquéllas.

¹²⁰ Se refiere al direccionamiento de prácticas discursivas y no discursivas sostenido por una serie de dispositivos

de sí mismo o la perfecta soberanía de sí sobre sí mismo” (Foucault, 2016, pp. 21-22).

Es decir, prácticas que constituyen un “cultivo de sí” (*technē tou biou*), el “arte de la existencia”, que organizará el desarrollo y las prácticas del cuidado de sí mismo -o de “ocuparse de uno mismo” (*heautou epimeleisthai*¹²¹). Tema antiguo en la cultura griega, y del que Foucault ha desarrollado ampliamente en relación a el uso de los placeres y de una historia de la sexualidad como experiencia y como una correlación entre los campos de saber, normatividades y modos de subjetivación.

Sin embargo, estas prácticas que son en sí mismas formas de objetivación del sujeto, - el sujeto como objeto de sí mismo, y que serán las que posibilitarán el desarrollo y construcción de la noción de sujeto moderno-, no tienen un sentido único.

En otras palabras:

con sentido único se entiende que no se llega a esta reflexión por una sola vía, que no es sólo por el estudio de la reconstrucción de la experiencia de la sexualidad que un día Foucault fue llevado a estudiar al sujeto como objeto de sí en los griegos [...] sino, el hecho de que el sujeto sea objeto de sí es parte de un plan general que incluye la sexualidad pero que no se deduce ni reduce a ella pues el concepto, «el sujeto como objeto de sí mismo», por sí mismo le parece a Foucault con la suficiente importancia para ser explorado de manera independiente (Chaverry Soto, R., 2009, p. 5).

Bajo este argumento, habría que pensar el “cuidado de sí” y de sujeto como objeto de sí mismo, enmarcado en una relación de prácticas más amplias que la sexualidad en sí misma. Esto es, que aun cuando Foucault tomó la sexualidad como dispositivo para mostrar el desarrollo y articulación de las formas de objetivación del sujeto, la sexualidad y el uso de los placeres están imbricados con otros conceptos, entre ellos el *pathos*.

Huelga decir que, en la connotación de ‘placeres’, está interrelacionado el *pathos*, y estarán determinados por el tipo de *pathos* al que se refiere: por asombro,

¹²¹ “El término *epimeleia* no designa meramente una preocupación, sino todo un conjunto de ocupaciones; es de *epimeleia* de los que se habla para designar las actividades del amo de casa, las tareas del príncipe que vela por sus súbditos, los cuidados que deben dedicarse a un enfermo o a un herido y los deberes que se consagran a los dioses o a los muertos. Respecto de uno mismo, igualmente, la *epimeleia* implica un trabajo” (Foucault, M., 2013, p. 58).

manía o locura, sufrimiento. Y simultáneamente, enmarcado por la *áskesis*¹²² y demás elementos de la configuración del pensamiento y de las prácticas del cuidado de sí.

[La] Desconfianza frente a los placeres, insistencia en los efectos de su abuso para el cuerpo y para el alma, valorización del matrimonio y de las obligaciones conyugales, desafecto respecto de las significaciones espirituales prestadas al amor de los muchachos: hay en el pensamiento de los filósofos y de los médicos en el transcurso de los dos primeros siglos de la era cristiana toda una severidad de que dan testimonio los textos de Sorano y de Rufo de Éfeso, de Musonio o de Séneca, de Plutarco como de Epicteto o de Marco Aurelio (Foucault, M., 2013, p. 45).

Como se puede observar, el control de los placeres, está enmarcado por el peligro del abuso y de los efectos nocivos sobre el cuerpo y el alma, pero también por la institución matrimonial. Los placeres, deberán estar dirigidos hacia ciertas tareas sociales muy claras.

Lo que también se hace evidente es el entrelazamiento entre la filosofía y de la práctica médica como directriz en las formas de control de los placeres. Ya que el cuidado de sí, está en estrecha relación con el pensamiento y la práctica de la medicina. Este vínculo, fue tomando mayor amplitud a lo largo del tiempo, y se encuentra claramente explicitado por Plutarco en su texto *Preceptos de salud*, donde afirma que la filosofía y la medicina, tratan un mismo campo, el de la *mia chōra* (*de tuenda sanitate praecepta*). Esto es, que se:

disponen en efecto de un juego de nociones comunes cuyo elemento central es el concepto de «*pathos*»; se aplica lo mismo a la pasión que a la enfermedad física, a la perturbación del cuerpo como al movimiento involuntario del alma, y en ambos casos se refiere a un estado de pasividad, en el que el cuerpo toma la forma de una afección que perturba el equilibrio de sus humores o de sus cualidades y el alma de un movimiento la de un movimiento capaz de arrastrarla a su pesar. Este concepto ha conformado un marco de análisis válido para los males del cuerpo y del alma. Tal es el caso del esquema «nosográfico» propuesto por los estoicos, que fija los grados crecientes de desarrollo y de cronicidad de los males, distinguiendo, en primer lugar, la predisposición a éstos, la proclivitas que expone a las enfermedades posibles; después la afección, la perturbación, que en griego se llama *pathos* y en latín *affectus*, luego la enfermedad (*nosēma, morbus*), que se establece y declara cuando la perturbación se ha anclado en el cuerpo y en el alma; más grave, más duradera, la *aegrotatio* o la *arrhostema* que constituye un estado de enfermedad y de debilidad y, finalmente está el mal inveterado (*kakia, aegrotatio inveterata*,

¹²² “[...] la *áskesis* que hacia las codificaciones de conductas y la definición estricta de lo permitido y lo prohibido” (Foucault, 2016, pág. 21).

vttium malum) que escapa a toda curación posible. Los estoicos presentaron también esquemas que señalan los diferentes estadios o las diferentes formas posibles de la curación (Foucault, M., 2016, p. 63).

La cita anterior es de vital importancia¹²³, ya que señala la relación entre el *pathos*, pasión y enfermedad. Se definirá como enfermedad cuando esté “anclada” al alma o al cuerpo, es decir, cuando éstos pierden el control sobre la pasión que les invade. De nuevo nos remite a la idea de control, del *medés agan*, de cierto cuidado sobre sí mismo.

En la misma línea, Séneca, dirá que las nociones y esquemas sobre la relación entre la filosofía y la medicina “deben servir de guía común a la medicina del cuerpo y a la terapéutica del alma dado que permiten no sólo aplicar el mismo tipo de análisis teórico a las perturbaciones físicas y a los desórdenes morales, sino también seguir el mismo curso de acción para intervenir en los unos y los otros, ocuparse de ellos, cuidarlos y, eventualmente, curarlos” (Foucault, M., 2013, p. 64).

Por último, Galeno, quien “considera que le compete tanto curar los grandes extravíos del espíritu [como la locura amorosa] como las pasiones («energía desbocada, rebelde a la razón») y los errores (que «nacen de una opinión falsa») que, por lo demás «globalmente y en un sentido general», unas a otras se llaman errores” (Foucault, M., 2013, p. 65).

Estas consideraciones hechas con Galeno, evidencian la relación entre el *pathos* y de las enfermedades que desequilibran al cuerpo y el alma. Lo cual no es ni nuevo ni debe sorprendernos, ya que recordemos que existen una noción del *pathos*, el *pathe*, que denota la enfermedad por desequilibrio o desmesura (la *hybris*).

Probablemente lo que sí habría que destacar es que, a lo largo de los cuatro tomos de la *Historia de la Sexualidad*¹²⁴ de Michel Foucault, el *pathos* se encuentra presente, y desarrolla sus diferentes conceptualizaciones a lo largo de sus obras. Siempre en relación al dispositivo de sexualidad. Sin obstar, el *pathos*, en muchas

¹²³ También es relevante la traducción de Plutarco del griego *pathos* al latín *affectus*. Abordaré este punto más adelante en el apartado del *pathos* a la carne.

¹²⁴ Y también se encuentran referencias en las obras de *Hermenéutica del Sujeto* y en *La arqueología del saber*.

ocasiones es la bisagra mediante la cual se logran articular las prácticas del cuidado de sí.

Estas concepciones del *pathos*, así como su interconexión con los placeres, la sexualidad, por un lado, y por el otro con el desequilibrio y la enfermedad, marcarán las pautas para el tratamiento de sus diferentes formas ya no tan asociadas a la producción del conocimiento (*logos* y *episteme*), sino, dirigidas hacia una terapéutica y control del *pathos* en el cuidado de sí y por tanto, de la organización social.

Se encuentran diversas citas que indican la misma preocupación en la Grecia de la República, por ejemplo: “Asimismo, instaurar esta relación con uno mismo como enfermo es tanto más necesario cuanto que las enfermedades del alma -a diferencia de las del cuerpo- no se anuncian con sufrimientos perceptibles y no sólo pueden permanecer mucho tiempo ocultos, sino que además ciegan a aquellos a quienes aquejan” (Foucault, M., 2016, p. 67).

Pero llama la atención, que hay constante insistencia a una mayor preocupación por las *pathologías*¹²⁵ del alma, ya que lo grave en ellas, es su capacidad de pasar inadvertidas, o que se las pueda tomar incluso por virtudes “(la ira por valentía, la pasión amorosa por amistad, la envidia por emulación, la cobardía por prudencia” (Foucault, M., 2016, p. 68).

Desde estos marcos, resulta lógico que el control del *pathos*, de las pasiones, de los placeres, sea a través de la *psique*, el alma. Su relación con el conocimiento, el *logos* y la *episteme*, lleva al correcto ejercicio del cuidado de sí y será lo que posibilite el discernimiento de la realidad (diferenciar las ideas verdaderas de las falsas). Con ello, también se orientarán las prácticas y comportamientos deseables socialmente; bajo el ejercicio del alma, se posibilita el control del cuerpo.

¹²⁵ Es intencional el uso de la "h". Lo que está latente es la preocupación por el desequilibrio del alma. Recordemos la capacidad del alma (la *psique*), como mediadora entre el mundo de las ideas con el mundo interno del sujeto, que remite a una especial relación con el *logos*, con la construcción de conocimiento. De allí, la importancia de establecer una adecuada mediación, ya que las pasiones tienen la capacidad de obnubilar al alma, de confundirla. Al fin y al cabo, se trata de una preocupación asociada con el esquema de verdad-falsedad-copia platónico y del peligro de la desmesura.

Huelga decir que, en la Grecia arcaica, en el Homero de la Iliada, no existe una palabra que designe cuerpo como unidad, “había brazos elevados, pechos valientes, había piernas ágiles, había cascos resplandecimientos sobre las cabezas, no había cuerpos [...] La palabra griega que quiere decir cuerpo no aparece en Homero sino para designar el cadáver” (Foucault, M., 2010, p. 5). Más adelante en la Grecia moderna, “la palabra *sōma*, que designa al cuerpo, se refiere también a las riquezas y a los bienes; de ahí la posibilidad de equivalencia entre la «posesión» de un cuerpo y la posesión de riquezas” (Foucault, M., 2013, p. 34).

Se vuelve sumamente relevante esta precisión, ya que el cuerpo y el alma, se presentan como elementos separados. La relación que guardan estará enmarcada por el ejercicio constante del alma sobre el cuerpo, del cuidado de sí.

Esta demanda, se muestra claramente en las discusiones médico-filosóficas de la República griega:

[...] el alma, inversamente, puede escapar de las formas y de los límites del deseo que se manifiestan en el cuerpo. El término que Rufe y Galeno utilizan para designar este exceso es significativo: *doxa*¹²⁶. El alma, en lugar de dirigir su atención a las necesidades y apremios de su cuerpo, se deja arrastrar por correspondencia en el organismo. Representaciones vanas y vacías (*kenai*). Así como el cuerpo no debe abalanzarse sin un deseo correlativo en el alma, ésta no debe ir más allá de los que exige el cuerpo y de lo que dictan sus necesidades [...] El régimen médico propone pues una especie de animalización de la *epithymia*, entendida en términos de una subordinación del deseo del alma a las necesidades del cuerpo tan estricta como sea posible; una ética del deseo que siga el modelo de una física de las excreciones y la tendencia hacia un punto ideal en el que el alma, purificada de todas sus representaciones vanas, no dirige ya la atención sino a la economía austera de las evacuaciones orgánicas (Foucault, M., 2016, pp. 152-153).

Como se puede observar, el énfasis se coloca en el régimen propuesto para las pasiones, los deseos, los placeres sexuales, que parecen estar centrados en el cuerpo. Aun cuando ya no sean explicitados como *pathos*, sigue guardando esa relación.

Además, el objetivo del régimen médico no trata de eliminar el deseo ni las pasiones, sino de orientarlas. El deseo se presenta con dos caras: aparecen en cuerpo y alma (Foucault, M., 2016, p. 151). Las del cuerpo, denominadas pulsiones

¹²⁶ Que se puede traducir en este contexto como “Creencia” (Aristóteles, 1998; Trueba Atienza, 2009).

(*hormai*), y las del alma, (*prothymiai*). La diferencia entre unas y otras, será que las pulsiones, son por un lado necesidades que están condicionadas a las percepciones del alma. Por el otro, los deseos del alma, *prothymiai*, están determinadas por el ejercicio del correcto discernimiento y percepción del mundo.

En ese sentido “No se trata pues de plantear una lucha del alma contra el cuerpo, ni siquiera de establecer medios con los que se pudiese defenderse frente a él sino de que el alma se corrija a sí mismo para poder conducir al cuerpo según la ley del cuerpo mismo” (Foucault, M., 2016, p. 151).

Como podemos constatar, la ética, implica una ajustada articulación entre el ejercicio y control sobre sí mismo. La cual será menester ejercitar en uno mismo para que consiguientemente, se traslade a los otros ámbitos de la vida, a un poder sobre los otros (Foucault, M., 2016). “Es conocida la importancia que adquiere el problema de la virtud de los emperadores, de su vida privada y de la manera en que logran dominar sus pasiones como garantía de que sabrán poner por sí mismos un límite al ejercicio de su propio poder. Y este principio vale tanto para el emperador como para quienquiera que deba gobernar: debe ocuparse de sí mismo, guiar su propia alma, establecer su propio *ēthos* (Foucault, M., 2016, p. 103).

Por ello, el estudio de las pasiones, así como el del alma, es un problema ético-político, social. “La reflexión sobre el uso de los placeres que estaba directamente ligada a la estrecha correlación entre los tres dominios (uno mismo, la casa y los otros) cambia en el transcurso mismo de esa elaboración” (Foucault, M., 2016, p. 109).

Michel Foucault dice que, si retenemos estos rasgos comunes -sobre el control de las pasiones, el cuidado de sí, la dirección de los deseos y placeres bajo el marco social-, entonces:

da la impresión de que la ética sexual atribuida al cristianismo, e incluso al Occidente moderno, estaba ya establecida, o al menos algunos de sus principios esenciales, en la época en que culminaba la cultura grecorromana. Pero eso implicaría desconocer las diferencias fundamentales que existen respecto del tipo de relación con uno mismo, y por ende, de la forma de integración de esos preceptos en la experiencia que el sujeto tiene de sí mismo [...] es en términos de elevación y de pureza como hay que comparar la moral cristiana con aquella que, a través de algunos filósofos de la Antigüedad, la habría preparado (Foucault, M., 2016, pp. 162-257).

En este caso, Foucault se refiere explícitamente a la ética sexual, no obstante, a partir de los planteamientos expuestos sobre la relación entre la sexualidad (placeres) y el *pathos*, podemos intuir que, el argumento foucaultiano es aplicable para lo propuesto en esta investigación.

Por lo que habrá que insistir que no se trata de un pasaje histórico a otro en un sentido evolutivo ni lineal, si no de ciertos andamiajes que posibilitarán la emergencia de nuevos dispositivos que instrumentalicen los viejos regímenes, modificando, mutando, actualizando y reutilizando preceptos, conceptos y nociones.

En este caso particular, se deberá de resaltar:

1. El control y terapéutica del *pathos*, como parte de la constelación del cuidado de sí y el sujeto como objeto de sí mismo.
2. El *pathos* despojado de la profundidad de sus diferentes connotaciones, y asociado con cada vez más frecuencia y énfasis al *pathe*, es decir, como desequilibrio, desmesura y percepción errada o falsa del mundo. Lo cual implica un “incorrecto” o nulo trabajo sobre sí.
3. La *psique* como mediadora del control de las pasiones sobre el cuerpo.
4. El deslizamiento del uso de *pathos* a pasión. Así como su traducción al latín como *affectus* al referirse a su sentido de ‘perturbación’ y como *nosēma*, *morbis* para referirse a la enfermedad (del cuerpo y del alma).

A partir de estas ideas, podemos vislumbrar ciertas ideas importante para comprender cómo se configurará el malestar producto del trabajo en el capitalismo. No obstante, aún es pronto para hacer una propuesta entre el control y terapéutica de los malestares o enfermedades en el trabajo, dado a que no es equiparable el pensamiento de griego antiguo y de la república, a los procesos de control y de trabajo de sí en el establecimiento hospitalario moderno. Es necesario seguir con el recorrido socio-histórico para establecer que otras significaciones fueron actualizando y modificando estas ideas sobre el control del cuerpo, del alma y su vínculo con las enfermedades.

Del *pathos* a la carne

La entrada del cristianismo en la constelación grecorromana, implicará un punto de inflexión y transformación en el mundo premoderno. El *pathos* sufrirá una transmutación de significados que lo despojarán de su relación con la articulación de prácticas y discursos del mundo griego antiguo. Lo que estará de fondo, será la modificación de la relación con el conocimiento, la cual implica una relación consigo mismo, con los otros y con la realidad misma.

Tomemos como ejemplo las recomendaciones de Epicteto sobre el cuidado de sí mismo para comprender las diferencias entre el mundo grecorromano y el judeo-cristiano:

Cada mañana, mientras se camina por la ciudad, uno debe tratar de determinar las propias motivaciones con respecto a cada cosa (un funcionario público, o una mujer atractiva), ya sea que uno se sienta impresionado por algo, o atraído a ello, o por el contrario, si se tiene suficiente dominio sobre sí mismo como para ser indiferente a lo que se ve. El cristianismo prescribe el mismo tipo de ejercicios, pero ellos sirven para probar la dependencia hacia Dios (Foucault, M., 2003, p. 80).

Esto querrá decir que aun cuando en el cristianismo, se adoptó una cultura del cuidado de sí, ésta, tendrá todo un abanico de intencionalidades diferentes. Como destaca Michel Foucault, el cristianismo, se trata de una racionalidad gubernamental¹²⁷ de las almas. Un régimen de verdad que “extrae lo verídico de un decir de la carne que se encuentra en estado de combate perpetuo contra la concupiscencia, por lo tanto, una hermenéutica, la primera del sí mismo en tanto sujeto de deseo” (Fernández, L. D., 2017, p. 59).

Dicho de otro modo, cambiará la relación que se había establecido entre el alma y su relación con el mundo. Aunque este cambio, que se desplaza hacia la carne¹²⁸, estará anclado en los presupuestos griegos de los estoicos, pero dejando de lado su articulación con los elementos de las prácticas del desciframiento de sí. Lo cual, apunta a una diferencia fundamental en la relación que establece el sujeto con el conocimiento entre el mundo grecorromano y el cristiano. El sujeto que

¹²⁷ “En el «cuidado de sí» la cuestión de la gubernamentalidad pasa por el estudio de un sujeto que se define por la relación que tiene consigo mismo” (Chaverry Soto, R., 2009, p. 93)

¹²⁸ La carne, “es el nombre de la experiencia cristiana de las relaciones entre cuerpo, el deseo, la concupiscencia y la libido, de la «sexualidad atrapada en la sexualidad»” (Foucault, M., 2019, p. 9).

conoce en el cristianismo “observará que la verdad, en este contexto, no tiene como meta principal el progreso del conocimiento *per se* sino la salvación” (Chaverry Soto, R., 2009, p. 83).

En el modelo platónico de la reminiscencia se encuentran reunidos y fijados en un solo movimiento del alma el conocimiento de uno mismo y el conocimiento de lo verdadero, el cuidado de uno mismo y el retorno al ser. El modelo cristiano de la exégesis se perfila a partir de los siglos tercero y cuarto. Con el cristianismo surge un esquema de relación entre el conocimiento y el cuidado de uno mismo que se articula, en primer lugar, en torno a la circularidad entre verdad del texto y conocimiento de uno mismo; en segundo lugar, en torno a la interpretación del método exegético en tanto que medio para el conocimiento de uno mismo; y, por último, en torno a la fijación de la renuncia a sí mismo como objeto (Foucault, M., 1994, p. 90).

De ese modo, el cuidado de sí, pasa de la *epimeleia heautou* hacia una *epimeleia ton allon*, es decir, el cuidado de otros. Éste, bajo la forma de poder pastoral. Es así que la institución pastoral canalizará la salvación individual, por un lado, y simultáneamente el cuidado y salvación de las almas de la humanidad, dejando de lado las nociones predecesoras del cuidado de sí mismo como una forma de conocimiento y de relación con el mundo (Foucault, M., 2003).

Bajo estos argumentos se podría decir que, el cristianismo instrumentalizó ciertos aspectos del cuidado de sí, actualizando, mutando y redireccionando aspectos de una ética de la existencia hacia un ascetismo moral soportado en la carne, la concupiscencia y el pecado.

De este modo, el ascetismo es clave en esta constelación de técnicas del gobierno de sí, se trata de la capacidad del sujeto para distinguir entre los excesos y el defecto, es la aptitud de decidir entre dos partes, un acto de juicio mesurado. Es un combate contra el exceso, de una pasión desmedida, del demonio que intenta seducir al individuo a pecar (Foucault, M., 2019).

Nos encontramos frente a las reminiscencias y resonancias del *pathos* en su connotación de la *hybris*, de la desmesura. Casiano, incluso utiliza la palabra *discretio*, como un equivalente del griego *diakresis*, capacidad de diferenciar y ejercitar el punto medio o la medida, el *medés agan* (Cit. en Foucault, M., 2019).

No obstante, este ejercicio, presenta diferencia crucial que devela la principal distinción en el cuidado de sí cristiano en relación al grecorromano. El papel del *otro* o de las entidades externas para la hermenéutica de sí. El monje, el

cristiano, el sujeto, no puede hacer un examen de sí mismo por cuenta propia. “Si el monje debe examinarse incesantemente y dirigir hacia sí la más atenta de las miradas, no es con la esperanza de descubrir un principio de justo equilibrio, sino, antes bien, con el fin de descubrir todas las razones para buscar su punto de apoyo fuera de su propia consciencia” (Foucault, M., 2019, p. 151).

El cristiano, jamás podrá ser medida de sí mismo, es necesaria la heteronomía del sujeto para definir las medidas de su conducta. La razón, a partir de la caída de Lucifer del cielo, el espíritu del mal impera en el mundo humano. Éste puede influenciar en cualquier momento al sujeto para pecar (Foucault, M., 2019; Brachtendorf, J., 1997).

[...] el espíritu del mal tiene con el alma humana a la vez un parentesco de origen y una semejanza; por eso puede instalarse en el cuerpo, ocuparlo en pugna con el alma y aprovecharse de esa similitud para agitarlo, imprimirle movimientos, perturbar su economía. Así debilita el alma, le envía incitaciones, imágenes y pensamientos cuyo origen es difícil discernir. El alma, engañada, puede recibirlos sin notar que le han sido inspirados por el Otro que cohabita con ella en el cuerpo. De tal modo, el Otro está en condiciones de disfrazar los pensamientos que vienen de él, hacerlos pasar por inspiraciones divinas y ocultar, bajo la apariencia del bien, el mal del que son portavoces. Satanás es pues principio de ilusión en el interior mismo del pensamiento (Foucault, M., 2019, pp. 151-152).

Es importante señalar el papel del alma en el esquema judeo-cristiano¹²⁹, el alma es la vía en que el diablo engaña al sujeto. “No se trata exactamente de que haya penetrado en su alma y que estas dos sustancias se hayan mezclado y confundido” (Foucault, M., 2019). Sino, de la capacidad del alma, en su sentido de mediación entre los mundos suprasensibles, en este caso el cielo y el infierno.

Recordemos que Plutarco (*supra cit.*), en su traducción del *pathos*, al denotarlo como *affectus*, establece un sentido de “perturbación”, una perturbación que está anclada al cuerpo. Y que en sus diferentes grados de perturbación, puede presentarse como debilidad, enfermedad, confusión hasta la posesión de un mal

¹²⁹ Aquí es importante hacer una distinción importante. Aun cuando se comparten los esquemas de interpretación entre el judaísmo y el cristianismo, tienen formas diferentes de abordar el tema del deseo, la carne y el alma. En el caso del deseo, en el esquema judío se reprime al emerger, en contraposición del deseo cristiano que busca suprimirse antes de que emerja. De acuerdo a León Rozitchner, estas distinciones son importantes en los procesos capitalistas modernos, en donde la cosmovisión cristiana facilitó los modos de subjetivación para el trabajo en el capital (Rozitchner, L., 2002; 2007).

inveterado. Es decir, hay una relación entre las pasiones y su papel con la concupiscencia.

Se puede mencionar, el caso de Cicerón, personaje que introduce la filosofía griega a los lectores romanos, que al referirse a la *perturbatio animi*, -las 'perturbaciones del alma'-, y que cuestiona el "supuesto origen natural" del *pathos*, traducido e interpretado desde la noción de *affectus* (en sintonía con las traducciones realizadas por Plutarco) y se asocia más bien a la intervención demoníaca. En otras palabras, las perturbaciones del alma son provocadas por el diablo (Brachtendorf, J., 1997).

Cicerón realizará una extensa disertación sobre este punto, sobre si las pasiones son parte de la naturaleza humana o no, y cuestionará fuertemente a los peripatéticos sobre su postura. Recordemos que para ellos, el *pathos*, obedecía a los elementos de naturaleza al igual que el ser humano. Pero para Cicerón, el *pathos*, ahora está asociado con la libido, pecado de la lujuria (Brachtendorf, J., 1997).

Este será un punto medular en la discusión cristiana, y un antecedente importante para las discusiones de Agustín de Hipona sobre las pasiones. Figura que se ubicará como referente para el tema de las pasiones y la concepción de alma, tanto en su contexto sociohistórico como para más adelante en la historia.

San Agustín, como lector de Cicerón, usará sus traducciones del griego al latín. Usando como equivalente la palabra 'πάθη', -término para designar *pathe*-, como el equivalente a perturbaciones, afecciones, afectos. A lo largo de su obra, se referirá a estos conceptos con el término de "pasiones" -*passiones*-. Diferenciándolo de *apatheia*, discusión aristotélica que señala la tranquilidad del alma (Brachtendorf, J., 1997).

En consecuencia, las pasiones para San Agustín no podrán nunca señalar una tranquilidad y rechazará las ideas peripatéticas y estoicas sobre la necesidad de la pasión en la vida humana. Al no estar interesado en una concepción positiva de éstas, su traducción y construcción estarán dirigidas a entender las pasiones como cualidades negativas, pecaminosas y heréticas (Brachtendorf, J., 1997).

Del mismo modo, en la concepción agustiniana del alma, la cual se refiere al elemento fundamental en el discernimiento de la realidad, es ahora entendido como la verdad de Dios. Para él, si el alma es perturbada por el pecado, ésta trastocará la percepción del mundo, llevando al sujeto al error (Brachtendorf, J., 1997).

Este señalamiento es importante, ya que como menciona Michel Foucault (2019) el acceso al conocimiento, así como del ejercicio de sí mismo para salvar el alma, siempre es necesario un recurso exterior, sólo es posible a través de la intervención de Dios. En ese sentido, el camino hacia la certeza es la interioridad (*in interiore homine hábitat veritas*), ahí se encontrará a Dios, la iluminación (Brachtendorf, 1997; Rossi, 2005).

Bajo la misma fórmula, el pecado, definido, según San Agustín como insensatez (Brachtendorf, 1997; Rossi, 2005). Se trata de una intervención externa, -realizada por Satanás- y que no está asociada como tal en la naturaleza humana, se tratan de la lucha entre las fuerzas divinas, donde el alma humana queda a merced de la caída original.

El origen de toda insensatez en lo humano, es nada más y nada menos que Satanás sembrando su semilla, primero en Eva, y después en sus descendientes. A partir de este momento se abre la herida por la concupiscencia, es decir, la carne, la cual afecta la inteligencia y la voluntad, así como los afectos y los deseos (Brachtendorf, J., 1997).

En ese sentido, la herejía es concebida como una mala comprensión de la fe, por lo que se trata de un problema de tipo 'racional', un pobre discernimiento del mundo, el alma está contaminada por el diablo o por el pobre ejercicio de la iluminación religiosa (Brachtendorf, J., 1997).

Este elemento particular sobre la racionalidad, nos habla de las formas del *logos*¹³⁰ en el cristianismo. El *pathos*, ahora como pasión o como *affectus*, se ha

¹³⁰ La omnipresencia del Logos, que ordena las acciones convenientes, manifiesta la recto razón y salva a las almas al unir las a Dios, asegura la solidaridad de esos tres niveles [...] El deber [...] La vida de los cristianos, que estamos aprendiendo de nuestro Pedagogo, es un conjunto de acciones conforme al Logos, la puesta en práctica sin desfallecimientos de las enseñanzas del Logos, eso que nosotros, justamente, hemos llamado fe [...] el Logos habita el alma de todos los hombres (Foucault, M., 2019, p. 35-37).

desarticulado del *logos*, al haber perdido u olvidado su sentido de asombro (*thauma*), como parte fundamental en la hermenéutica de sí griega. Ahora, en el cristianismo, la pasión está fundada en la intervención divina que dificulta el correcto discernimiento que puede llevar al humano a pecar. Esta lógica se reproducirá hasta el fin del siglo XII. Los teólogos se regirán por la doctrina de San Agustín, “La concupiscencia es un vicio...La carne humana que nace por ella es una carne de pecado” (de Beauvoir, S., 2019, p. 170).

Sin embargo, atentando contra toda totalización, el trabajo de Tomás de Aquino representa un viraje de las discusiones hegemónicas. El pensamiento de Tomás de Aquino, está fuertemente influenciado por la lectura aristotélica y agustiniana. Pero, sus interpretaciones y concepción de las pasiones desborden ambas influencias.

A partir de su disertación en torno a la pasión de Cristo en la cruz, Tomás de Aquino se cuestionará, si las pasiones son necesarias, en qué medida y cómo se podrían explicar, desde un marco referencial de la pasión como potencia que moviliza los deseos e intenciones de los sujetos (Sellés, J. F., 2000; De Aquino, T., 2000).

Por ello, el caso de este teólogo resulta de particular interés. Tomás de Aquino destacará el carácter naturalista de las pasiones y cómo ésta puede explicar la redención y salvación del alma, a través de la diferenciación, claramente aristotélica, entre los hábitos, las virtudes y las pasiones (De Aquino, T., 2000).

Además, realizará una distinción entre las formas que adquiere y de donde proviene la pasión. Denominándolas como *potencias* provenientes del alma que orientan a los sentidos y las percepciones. No obstante, será trabajo de la razón, del intelecto, discernir claramente -a la luz de las escrituras y de la inspiración divina- su procedencia y fin (De Aquino, T., 2000).

Esta forma particular de concebir tanto las pasiones, como al alma, hacen un ligero y tímido guiño a la antigua concepción de *pathos* griego. Indudablemente influenciado por la lectura de Aristóteles.

Sin embargo, aun cuando esta concepción resultaba interesante, es importante recordar que toda su articulación está configurada desde los andamiajes

judeo-cristianos, por lo que los principios de pecado, concupiscencia y de la carne, atraviesan el pensamiento de Tomás de Aquino.

Todos estos elementos, prepararán y cimentarán los andamiajes para formas futuras de configuración de los regímenes de verdad que dirigirán las prácticas de los sujetos. Tanto para las formas de construcción de conocimiento, como las formas de relacionarse con él, el mundo, los otros y sí mismo.

Por ejemplo, como destaca Edgardo Castro (2019, p. 10), con respecto a la sexualidad moderna “la experiencia de la carne no sólo la prepara, sino que la hace posible, vinculando el deseo con la verdad y el derecho, mediante lazos que, para Foucault, nuestra cultura tensó, en lugar de desanudar”.

Por lo que habrá que considerar que esta fórmula no sólo se aplica para la sexualidad moderna, sino como ya lo he expuesto, en su relación con el *pathos*, marcarán ciertos rumbos para las concepciones de las pasiones y los afectos. Direccionándolos como nociones de pecado, maldad, herejía, oculta en estas concepciones.

La *ratio*, el *cogito* y las pasiones

Con la expansión del cisma sangriento del cristianismo por el mundo, se propagaron e impusieron formas particulares de relacionarse con la realidad. Anclándose aquellos elementos que posibilitaron el desarrollo sociohistórico que ya conocemos.

[...] El cristiano está separado de sí mismo; se consuma la división entre el cuerpo y el alma, entre la vida y el espíritu: el pecado original hace del cuerpo el enemigo del alma; todas las ligaduras carnales hacen del cuerpo el enemigo del alma; todas las ligaduras carnales se presentan como malignas. El hombre sólo puede ser salvado en tanto rescatado por Cristo y orientado hacia el reino celestial; pero originalmente no es más que podredumbre; su nacimiento lo destina, no sólo a la muerte, sino también a la condenación; el cielo podrá ser abierto en virtud de una gracia divina; pero, en todos los avatares de su existencia natural, hay una maldición. El mal es una realidad absoluta, y la carne es pecado (de Beauvoir, S., 2019, p. 170).

Sin duda alguna, lo que deja ver Simone de Beauvoir en esta cita, son elementos que el cristianismo le heredará al mundo moderno. Sin embargo, es menester resaltar que, el cuerpo y el alma del cristiano se encuentran escindidos desde el

mundo grecorromano. Solamente que la escisión estaba mediada por formas de conocimiento y del cuidado de sí.

El cristianismo sofisticada esta escisión a través de la noción de pecado. Se separa el alma de la carne, jerarquizándolos entre ellos. El alma debe domeñar a la carne. Aunque hay ciertas resonancias con la constelación grecorromana, son diametralmente diferentes por las formas de objetivación de sí. La relación del *pathos* no era jerárquica.

Estas precisiones son importantes para lo que se desarrollará a continuación. Debido a que, generalmente, algunos autores¹³¹ ubican a Descartes como el fundador de la escisión moderna del cuerpo y el alma. Pero como se ha presentado hasta el momento, aun cuando no he sido del todo enfática, se puede observar que se trata de una condición previa a la cartesiana.

Lo que se debe destacar son aquellos elementos que posibilitaron la emergencia de los planteamientos cartesianos en la consolidación de la escisión mente-cuerpo.

Primeramente, la aportación cartesiana en relación a la construcción y producción del conocimiento, supone la superación de la lógica aristotélica, el uso de las matemáticas como herramienta para la comprensión de la realidad y la proposición de una nueva forma de relacionarse con el conocimiento: el científico (Benito Olalla, P., 2015; Descartes, R., 1995).

[...] Repasa las condiciones que desde Descartes han señalado el acceso a la verdad (condiciones internas del acto de conocimiento; que obedecen al método, a la escritura y a las características propias de los objetos; condiciones extrínsecas que son dependientes del sujeto; como no estar loco, condiciones culturales; como inscribirse dentro de un consenso científico, etc.) para, posteriormente, señalar las condiciones que en la Grecia clásica eran necesarias para acceder a la verdad y que concernían al sujeto en su ser (Foucault, cit. en Chaverry Soto, R., 2009, p. 84).

Esto representa un verdadero parte aguas, ya que, por primera vez en la historia, alguien sin trabajar sobre sí mismo, ya sea como cuidado de sí, o bajo el régimen cristiano de moralidad y pureza, puede acceder a una forma de conocimiento.

¹³¹ Por ejemplo, Antonio Damasio. Sírvase de ver: Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. España: Booket Ciencia. Y Damasio A. (2007). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.

Comencemos por decir que la relación entre Montaigne, Pascal y Descartes [...] Pascal formaba parte aún de la tradición para la cual las prácticas del yo, la práctica del ascetismo, estaban unidas al conocimiento del mundo. Segundo, no debemos olvidar que Descartes escribió «meditaciones», las cuales constituyen una práctica del yo. Pero lo extraordinario con respecto a los textos de Descartes, es que tuvo éxito al sustituir un sujeto constituido a través de prácticas del yo, por un sujeto fundador de las prácticas del conocimiento. Eso es muy importante. Si bien es cierto que la filosofía griega fundó la racionalidad, siempre consideró que el sujeto no podía tener acceso a la verdad si primero no realizaba consigo mismo una especie de trabajo que lo hiciera capaz de conocer la verdad – un trabajo de purificación, de conversión del alma por contemplación del alma misma [...] En otras palabras: la verdad siempre tiene un precio; no se permite el acceso a la verdad sin ascesis. En la cultura occidental, hasta el siglo XVI, el ascetismo y el acceso a la verdad están siempre más o menos oscuramente vinculados. Descartes, según pienso, rompió con este orden cuando dijo: «Para llegar a la verdad es suficiente que yo sea cualquier sujeto que pueda ver lo que es evidente» [...] La relación con el yo ya no necesita ser ascética para ponerse en contacto con la verdad. Es suficiente que la relación con el yo revele la verdad obvia de lo que yo veo, para que yo aprehenda definitivamente esa verdad. Por lo tanto, yo puedo ser inmoral y conocer la verdad [...] Antes de Descartes, no se podía ser impuro, inmoral y conocer la verdad. A partir de él, la evidencia directa es suficiente [...] Este cambio hace posible la institucionalización de la ciencia moderna” (Foucault, M., 2013, p. 84).

En ese sentido, Pilar Benito Olalla (2015), concibe el pensamiento cartesiano como fundador del pensamiento moderno. No obstante, la importancia de este filósofo, despliega un magma de discusiones de su época sobre el cuerpo, el alma, Dios, la razón y el control de las pasiones.

La última obra cartesiana impresa en vida, -que además está dedicada a la princesa Isabel de Bohemia-, se trata de *Las pasiones del alma*, publicada en Ámsterdam y en París a finales de diciembre de 1649. Este texto tenía como objetivo explicar con claridad su doctrina moral a la luz de una teoría de las pasiones, que permitiera su clasificación¹³², comprender sus causas fisiológicas y procurar los remedios para éstas (Benito Olalla, P., 2015).

Aun cuando este tratado sobre las pasiones será un texto clave en el tema, ya desde los inicios del pensamiento cartesiano con la obra *Compendium Musicae*

¹³² “Las pasiones necesitan de una terapia de autocontrol. — Es fundamental establecer una adecuada clasificación de ellas para conocerlas y dominarlas. — La variedad pasional depende de la propia variedad humana y de numerosos factores, como la complexión física, la educación y hasta la nacionalidad y el clima. — Las pasiones, en su aspecto positivo, son necesarias para sobrevivir y enriquecen la vida. — En su aspecto negativo, engendran sufrimiento, pasividad y enfermedad en el alma, incluso destruyen el orden social” (Descartes cit. en Benito Olalla, P., 2015, s/p).

en 1618, se había abordado la influencia de las pasiones en la música y viceversa. En particular, sobre la influencia en el estado de ánimo a través de las medidas lentas o rápidas del sonido -tonos, variaciones, armonías y arpeggios- (Benito Olalla, P., 2015).

Posteriormente, con el *Tratado del hombre* (1633), la *Geometría* (1637), el *Discurso del Método* (1637), la *Descripción del cuerpo humano* (1648), las *Meditaciones Metafísicas* (1641) y los *Principios de Filosofía* (1644), el pensamiento cartesiano apuntaba a ser un faro de la *veritas*, que impidiera interpretaciones disparatadas de los pensares, sentires y obrares del ser humano, esto es, a través del método.

Será en esta discusión que se insertará la cuestión del *genio maligno*, el cual, configura el principio de la duda metódica y sobre la naturaleza humana. Para Descartes, somos creados por Dios y éste nos obliga a engañarnos sistemáticamente¹³³. Se dispone en la naturaleza (Dios) de tal modo que se cree estar en la verdad, cuando se puede estar en el error.

Los responsables de esta confusión serán los sentidos, los cuales, provienen del cuerpo. “No es muy de extrañar, sin embargo, que me engañe, supuesto que mi espíritu es harto débil y se inclina insensiblemente al error” (Descartes, R., 1995, p. 16).

El método científico, a través de la evidencia y del uso de la razón, posibilita la clarificación y distinción de las substancias, de los cuerpos y por tanto del conocimiento verdadero. “La creencia para Descartes sólo se vuelve verdadera cuando obtiene la evidencia clara y distinta de que esto que cree es verdadero, es decir, no hay una correspondencia primordial entre creencia y verdad sino hasta que por el arduo recorrido de la duda se llega a la confirmación de la verdad de la creencia” (Chaverry Soto, R., 2009, p. 85).

Estos planteamientos, que serán extensamente leídos, revisados y discutidos por los grandes filósofos y pensadores de la época, llegarán en manos de la princesa Isabel, hija del rey Federico V (el rey del invierno), quien le escribirá

¹³³ Diferencia fundamental con San Agustín y con Santo Tomás de Aquino, donde el responsable del engaño y de la insensatez es el diablo.

a Descartes para presentarle algunas inquietudes que le han generado sus *meditaciones*.

La princesa Isabel pregunta sobre las relaciones entre el alma y el cuerpo en la filosofía cartesiana. “Lo que subyace es el problema de la comunicabilidad de las sustancias en el marco del dualismo poco consistente que defiende Descartes, y que se configura como un punto crucial de su pensamiento” (Benito Olalla, P., 2015, s/p).

En las meditaciones, Descartes desarrolla y reflexiona sobre la naturaleza del cuerpo y del alma, conceptualizándolas como sustancias distintas. Sin embargo, será gracias a las demandas de la princesa Isabel, que Descartes profundizará en tanto en el estudio de las pasiones, como las del alma.

La princesa “le plantea con clara lucidez cómo es posible que el alma pueda provocar en el cuerpo la realización de actos voluntarios, siendo alma y cuerpo dos sustancias distintas” (Benito Olalla, P., 2015, s/p).

Recordemos lo que dice Descartes sobre ello:

en primer lugar, para saber que absolutamente todas las sustancias -es decir, las cosas que no pueden existir sin ser creadas por Dios- son incorruptibles por naturaleza y nunca pueden dejar de ser, salvo que Dios, negándoles su ordinario curso, las reduzca a la nada; y en segundo lugar, para advertir que el cuerpo, tomando en general, es una sustancia, y por ello tampoco perece, pero el cuerpo humano, en tanto que difiere de los otros cuerpos, está formado y compuesto por cierta configuración de miembros y otros accidentes semejantes, mientras que el alma humana no está compuesta así de accidentes, sino que es una sustancia pura [...] Muestro que el alma del hombre es realmente distinta del cuerpo, estando, sin embargo, tan estrechamente unida a él, que junto con él forma como una sola cosa. Se exponen todos los errores que proceden de los sentidos, con los medios para evitarlos (Descartes, R., 1995, pp. 5-6).

La demanda de la princesa es concreta, le pide a Descartes “una definición del alma más particular que la que hallamos en vuestra *Metafísica*, a saber, *la de su sustancia, separada de su acción, del pensamiento*” (Carta del 16 de mayo de 1643, de Isabel a Descartes, cit., en Benito Olalla, P., 2015, s/p).

Pilar Benito Olalla (2015, s/p), destaca que en este planteamiento, además de motorizar toda correspondencia entre las partes, señala “la posibilidad de desarrollar mejor la idea de alma corpórea (la que haría posible la acción sobre el

cuerpo) y que Descartes diferencia del *cogito*, el alma incorpórea propiamente dicha”.

En su primera respuesta a la princesa, Descartes recurre a las nociones de la extensión referida al cuerpo, el pensamiento referido al alma y la unión referida al alma y cuerpo juntos; según él, esta lógica podía explicar cómo el alma, al provocarle sentimientos y pasiones, podía mover al cuerpo y viceversa (Benito Olalla, P., 2015).

Recordemos que, para Descartes, los sentidos engañan, en los sueños, al estar despiertos, se nos muestran ilusiones.

De la naturaleza del espíritu humano; y que es más fácil de conocer que el cuerpo [...] Así pues, supongo que todo lo que veo es falso; estoy persuadido de que nada de cuanto mi mendaz memoria me representa ha existido jamás; pienso que carezco de sentido; creo que cuerpo, figura, extensión, movimiento, lugar, no son sino quimeras de mi espíritu. ¿Qué podré entonces, tener por verdadero? Acaso esto solo: que nada cierto hay en el mundo (Descartes, R., 1995, p. 12).

Por ello, Descartes propone que deberá ser la razón aquellas que domine las fuerzas pasionales. “Solo las almas elevadas, fuertes son capaces de ese control, mientras que las vulgares permaneces sometidas al vaivén afectiva” [sic] (Benito Olalla, P., 2015, s/p).

[...] ¿qué habría de distinto y evidente en aquella percepción primera, que cualquier animal no pudiera percibir? [...] ¿qué diré de ese espíritu, es decir, de mí mismo, puesto que hasta ahora nada, sino espíritu, reconozco en mí? Yo, que parezco concebir con tanto claridad y distinción este trozo de cera, ¿acaso no me conozco a mí mismo, no sólo con más verdad y certeza, sino con mayores distinción y claridad? (Descartes, R., 1995, pp. 16-17).

Descartes concretizará un método para atajar las pasiones, empezando por apartar la imaginación y los sentidos, aspectos que confunden y desazonan al alma, llevándonos al malestar y que incluso pudiese provocar en el cuerpo¹³⁴, enfermedad.

¹³⁴ [...] entiendo por cuerpo todo aquello que puede estar delimitado por una figura, estar situado en un lugar y llenar un espacio, de suerte que todo otro cuerpo quede excluido; todo aquello que puede ser sentido por el tacto, la vista, el oído, el gusto o el olfato; que puede moverse de distintos modos, no por sí mismo, sino por alguna otra cosa que lo toca y cuya impresión recibe” (Descartes, R., 1995, p. 13).

Esta construcción particular sobre las pasiones en Descartes, está influenciada a partir de las ideas aristotélicas, el epicureísmo, el estoicismo, la escolástica tomista y la agustiniana. De allí, las asociaciones con la enfermedad del alma y del cuerpo.

Por ello, para el francés, el sufrimiento continuado enferma a las personas. En ese sentido, se debe dirigir el pensamiento hacia aquellos objetos que causen alegría o que dejen la mente en blanco. Ya que gracias al recurso de la concentración del aquí y ahora de las acciones cotidianas, se puede llegar al discernimiento verdadero, y por lo tanto a Dios.

Con este ejercicio:

Lo que pretende Descartes es cambiar la emoción por la idea de esa emoción. Solo así la pasión podrá ser pensada y no meramente sentida, y de esta manera se juzgará su conveniencia o inconveniencia, su utilidad o su inutilidad. Se impone tratar las pasiones como si fueran objetos físicos, y así desactivar el potencial añadido que les otorga la imaginación. El ego ha de llevar el timón y desde su conciencia de ente finito debe pugnar por imitar a Dios en el plano de la voluntad. Ese ego frágil es al mismo tiempo fuente de fortaleza, si se ejerce el control voluntario de los díscolos impulsos [sic.] (Ayuso, cit. en Benito Olalla, P., 2015, s/p).

Por consecuencia, aunque Descartes propugna una “razón desapasionada”, no busca la eliminación de las pasiones, sino su domesticación a través de la razón.

La domesticación de ese magma afectivo caótico gracias a la razón y a la voluntad redundará en una mayor satisfacción por los beneficios que conlleva: eliminación de conflictos, mayor eficacia en nuestras acciones al estar el ego unificado bajo el timón de la racionalidad, y gozo por haber superado esos escollos y haber vencido (Benito Olalla, P., 2015, s/p).

Así, el proyecto cartesiano consistirá en ejercitar la razón para convertirse en dueño de sus pasiones, de su cuerpo y, por extensión, de la naturaleza¹³⁵. En ese sentido, el parteaguas cartesiano no está sustentado únicamente en la “escisión” cuerpo-alma, sino que esta construcción sobre el acceso y producción del conocimiento, la cual, dejará los cimientos que posibilitarán discusiones que consolidarán el discurso

¹³⁵ [...] el proyecto consiste en hallar el modo de convertirse en ‘dueño de la naturaleza’ sin convertirse también en tirano de ella, de sí mismo y de los demás hombres». Continúa Ayuso desarrollando su propia interpretación, y considera que las ambigüedades del voluntarismo de la razón se manifiestan en distintos planos de la teoría cartesiana, siendo el más señero de ellos la relación entre el ego y Dios. La tensión a la que se ve sometido el yo por querer acercarse a la divinidad y preservar al mismo tiempo su propia autonomía y acrecentar su conocimiento (cit. en Benito Olalla, P., 2015, s/p).

de la modernidad. Como lo son los conceptos de fuerza en la física, la potencia en la metafísica, del poder en el derecho y la política, se convertirán en las piezas interpretativas claves en la cultura de los seiscientos. En el caso de Kant, según Foucault, Descartes es la ruptura que permitirá, la construcción del sujeto universal de conocimiento (Benito Olalla, P., 2015; Foucault, M., 2013).

De este modo, estas discusiones abrirán las puertas para otras cuestiones filosóficas posteriores sobre el tema. Y deja asentado, no sólo un método -el científico-, sino un abordaje específico sobre el quehacer de las pasiones.

Así, se inaugurará la taxonomía¹³⁶ de las pasiones, que, a lo largo de los siglos, se irán entrelazando con las teorías naturalistas y fisiológicas de las épocas posteriores, que posibilitarán una futura interpretación e intervención sobre el malestar producido por el trabajo.

Afectos, afeción y potencia

Bajo la clave interpretativa en la que consolida el pensamiento cartesiano, Baruch Spinoza sacará partido a esta concepción particular de la realidad, “trasladando esas nociones, del ámbito de la ontología general de la sustancia al campo modal de los afectos, ya sea en la moral o en la política” (Benito Olalla, P., 2015, s/p). Dando como resultado, que esta proposición filosófica, evite la escisión razón-emoción y, por el contrario, las considere simultáneas e irreductibles (Spinoza, B., 2018).

Esta concepción es de vital importancia en el estudio de las pasiones debido a su singular construcción que desafía¹³⁷ el pensamiento cartesiano, el cual, se ubica como hegemónico de la época. Ya sea por su pasado religioso, su exilio y sus

¹³⁶ Me refiero al su sentido tanto clínico como científico. Ya no se trata de una mera clasificación, sino de una articulación con la ciencia.

¹³⁷ Cabe señalar que el pensamiento de Merleau-Ponty también sale de las lecturas cartesianas sobre el cuerpo y -en este caso- la sensibilidad y percepción. No obstante, considero que abordar esta línea me desviaría de la presentación argumentativa sobre los afectos, por lo que decidí dejarla fuera. Empero, se puede revisar el texto de Brenda Daney (2013) “Aproximación a una fenomenología de las emociones: Merleau-Ponty, la Ontología de la Carne y la propuesta de una integración”, autora que ahonda sobre esta discusión y sobre las derivas de las discusiones merleau-pontyanas.

relaciones políticas con los hermanos Witt¹³⁸, sus características sociohistóricas del pensamiento de Spinoza lo implicarán de forma única en la cuestión de los afectos, las pasiones y el deseo (Peña, V., 2018; Benito Olalla, P., 2015; Deleuze, G., 1978).

La ética spinoziana, tiene como propósito “conocer para crear, no desde la nada, sino desde el propio potencial energético del ser humano, desde el *conatus* que permite movilizar la potencia hacia la acción” (Benito Olalla, P., 2015, s/p). Dicho de otro modo, los afectos son esenciales para la construcción del conocimiento y para movilizar al sujeto en este proceso.

Para Spinoza, existen afectos alegres y afectos tristes. La diferencia entre uno y otro tendrá que ver en la forma en que nos movilicen o desmovilicen. En otras palabras, para este filósofo, los afectos alegres son aquellos que nos movilizan, los que potencian nuestro actuar. Por el contrario, los afectos tristes, serán los que disminuyen nuestra potencia, nos inmovilicen o disminuyan nuestra *vis existendi*, nuestras energías para movernos y hacer (Spinoza, B, 2018; Benito Olalla, P., 2015).

¿De dónde proviene esta energía que nos moviliza? Gilles Deleuze (1978; 2002), propone que se trata de una relación con el mundo. El filósofo francés, desplegará las partes III, IV y V de la ética¹³⁹ (sobre los afectos y las pasiones) de Spinoza, bajo intencionalidades muy particulares: la inversión del platonismo, es decir, una crítica a la representación o del fundamento (un mundo escindido entre lo “real” o el mundo de las ideas y un mundo de las copias); crítica de la dialéctica hegeliana, llevándolo a la oposición de la construcción triádica; crítica de las filosofías que priorizan al Ser, como presencia y como esencia (una ontología); y una crítica a la filosofía trascendental kantiana.

Bajo estos postulados, el conocimiento para Deleuze, se trata de una multiplicidad de experiencias, de la percepción de disímiles cosas. Por lo que esta

¹³⁸ *Sírvase de ver*. Benito Olalla, P. (2015). “B. Una vida de encuentros y desencuentros” (s/p) en Benito Olalla, P. *Baruch Spinoza. Una ética para la liberación*. Madrid: Biblioteca Nueva; y Peña, V. (2018). “Introducción” (pp. 9-50), en Spinoza, B. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Alianza editorial.

¹³⁹ La parte tercera es el origen y naturaleza de los afectos, la cuarta de la servidumbre humana, o de la fuerza de los afectos y la quinta, del poder del entendimiento o de la libertad humana.

experiencia empírica es siempre cambiante y va a tener un efecto en nuestra subjetividad (Deleuze, G., 2002; 2007).

En ese sentido, para Deleuze (2002) no hay individuo separado de la experiencia, el individuo siempre es en función del acontecimiento empírico. Estas ideas retomadas de Hume¹⁴⁰, llevan a Deleuze a cuestionar la noción de Yo, que en el pensamiento de Hume es inexistente, ya que lo concibe como una entidad provisoria, dado que el Yo, siempre depende de las experiencias del alrededor, cuando éstas cambian, el Yo también cambia. Por lo tanto, no habría una idea de Yo cristalizado, identitario o de permanencia en el tiempo, que como consecuencia, implica una subjetividad no escindida.

Es importante hacer estas precisiones, debido a que el desarrollo de la teoría de los afectos de Deleuze está contextualizada bajo estas discusiones. Lo cual llevará a Deleuze a postular a los afectos, dentro de una lógica de relación con el mundo, de la experiencia y del acontecimiento. La implicación de ello redundará en no establecer una escisión entre mente-cuerpo, ni en términos jerárquicos, ni en el orden de las esencias (no es innato, no es biológico, no es Dios ni el diablo).

En términos de la objetivación de sí del sujeto, significa que el trabajo sobre sí mismo se presenta bajo condiciones de posibilidad que no son universales (a diferencia de Kant), que las condiciones son concretas, sociohistóricas y dependen de la experiencia singular del sujeto, esto es, se dan en términos relacionales de la *empirie* (Deleuze, G., 2002; 2007).

Por lo que no hay condición de posibilidad de conocimiento sin la experiencia. Tampoco se trata de una filosofía del Yo, debido a que el sujeto siempre está en constante transformación. Se parte del supuesto que el sujeto, se modifica a través de la experiencia, son impresiones en movimiento.

Este planteamiento puede ser problemático, ya que lleva a Deleuze a hablar de singularidades y a evitar el término de "sujeto". Sin embargo, en este caso, el "sujeto", se debe entender como un concepto cargado de una historia filosófica de la ontología del Ser y de esencialismos. Deleuze elige no referirse en estos

¹⁴⁰ Gilles Deleuze realizó su trabajo final del Diploma de Estudios Superiores en la *Sorbonne*, bajo la dirección de J. Hippolite y M. Calguilhem sobre Hume. Sírvase de ver "Diferencia y Repetición" y "Empirismo y subjetividad".

términos, en tanto la discusión del sujeto universal kantiano y de su asociación a totalizaciones que apuntan a identidades cristalizadas o fijas¹⁴¹.

Por el contrario, Deleuze (1969; 2002; 2007) piensa la subjetividad y al sujeto¹⁴², como seres relacionales con su contexto y que no pueden existir como separados del mundo: que se van modificando y son cambiantes a lo largo del tiempo; que se construyen infinitamente, que están en devenir, en proceso constante y de un papel activo en el mundo.

Por lo tanto, somos resultado de los procesos históricos y sociales, somos un coágulo de experiencias que se va modificando a lo largo del tiempo (Deleuze, G., 1969; 1978). Y aquello que permite experimentar y ligarnos con la realidad, son los afectos.

Para Deleuze (1978; 1996) -basado en el pensamiento spinoziano-, el afecto se trata de aquello que vehicula un modo de sustancia a otro, digamos, de un estado a otro, o de una experiencia a otra experiencia. Con ello, el filósofo francés enfatiza que la interpretación del mundo, no se da exclusivamente por la razón, sino que no hay una separación razón-afecto, y que están inmersas la una con la otra.

Este encuentro con la realidad, en la filosofía spinoziana se le llama *occursus* o encuentros. El *occursus* gatillará una respuesta del sujeto, una respuesta afectiva e intelectual conjunta o simultánea. De nuevo, no hay primacía de la idea sobre el afecto (Deleuze, G., 1978).

No obstante, Deleuze (1978) puntualiza la necesidad de precisar la diferencia entre afecto y afección. Donde el afecto se refiere al dinamismo, se trata de una línea melódica, es movimiento. Es decir, el afecto es una variación continua de la fuerza de existir anclada a las condiciones de posibilidad sociohistóricas. Por otro lado, la afección, se trata del investimento del afecto sobre un cuerpo, de un estado transitorio. Ambas, dependen de las relaciones que el sujeto establezca con

¹⁴¹ Al referirse en términos de identidad, Deleuze señala que el Yo, implica hay un sentido oculto que descubrir y descifrar. Al concebirlo como devenir, se cancela esta lógica (Deleuze, G., 2002; 2007).

¹⁴² Es muy importante hacer esta precisión, debido a que algunos teóricos desechan el pensamiento deleuziano -y al foucaultiano-, porque en apariencia, desvanece al sujeto. Sin embargo, bajo este contexto, no es que no haya sujeto, en términos conceptuales, se concibe al sujeto como una relación socio-histórica particular, pero que no está cerrada ni totalizada.

el mundo, y se distinguirán tres formas de experiencias: la idea-afección: la idea-noción y la idea-esencia.

La primera, 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, p. 6).

Este tipo de ideas-afección producen un *occursus* -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).

Por otro lado, el cuerpo, desde estos términos del *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, p. 6). Dicho de otro modo, 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 investir 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 ello, en esta primera forma, el sujeto queda a merced del contexto. Difícilmente puede discernir las relaciones que está estableciendo con el mundo. En términos de la hermenéutica de sí, no habría tal.

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 mucho menos la causa que lo produce. Este nivel de idea-afección, nos convierte en seres impotentes para tomar decisiones sobre el buen y el mal encuentro, nos convierte en sujetos pasivos.

En el caso de la segunda experiencia, la idea-noción, se trata de una idea que concierne al sujeto y que tiene por objeto la conveniencia y la inconveniencia de las relaciones características entre los dos cuerpos. Es decir, la noción es sobre la conveniencia y inconveniencia de las relaciones con el mundo (Deleuze, G., 1978).

De este modo, 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).

En la línea de la objetivación de sí, se podría decir que, en este ejercicio, se logran discernir los elementos que confluyen en la propia experiencia, y con ello, tomar una decisión sobre evitar o recurrir a ciertas relaciones con los otros, consigo mismos y con la realidad.

Finalmente, la tercera forma, la idea-esencia¹⁴³, 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 tiene, hasta cierto punto, alzadas, 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 spinoziana, tendría que ser 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

¹⁴³ Esencia en el sentido de modo de substancia. La sustancia se refiere a “aquello que es en sí y se concibe por sí, esto es, aquello cuyo concepto, para formarse, no precisa del concepto de otra cosa. Y “modo”, se refiere a “las afecciones de una substancia. O sea, aquello que es en otra cosa, por medio de la cual es también concebido” (Spinoza, B., 2018, pp. 56-57).

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 (Spinoza, B., 2018; Deleuze, G., 1978).

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).

Esta tercera forma, además de ser la más deseable de acuerdo a Deleuze, se trataría de una forma de hermenéutica de sí que trabaja sobre el sujeto en las dimensiones de su relación con el conocimiento. Por ello, Deleuze destaca en diferentes momentos y textos, cómo la ética de Spinoza, se trata de una ética de la liberación y del deseo, en el sentido de la problematización del sujeto en relación con el mundo.

En ese sentido, esta tercera forma de relación del sujeto, se aproxima a una hermenéutica de sí que busca una modificación del propio sujeto, de una puesta en peligro, en su sentido del *thauma* griego y de su relación con el *logos*. No digo que se trate del mismo ejercicio, para nada, sino de una resonancia con una forma de ética que tenía como propósito el trabajo de sí constante.

Menciono estas resonancias, dado a que Spinoza, gran lector de los estoicos, ha sido bastión de discusión en la filosofía, sobre si continúa o no estas discusiones. Más allá de este asunto, el pensamiento spinoziano, catalizado por Deleuze, se convierte en un parteaguas en el estudio de los afectos, las pasiones y el deseo.

De ese modo, la propuesta spinozo-deleuziana otorga herramientas ontológicas, epistémicas y teórico-metodológicas para el estudio de los afectos, afecciones y pasiones, que por un lado, posibiliten contextualizarlas en sus tiempos y espacios; y por el otro, esta aproximación se ancla en términos de experiencias y de subjetividades situadas.

De igual forma, esta propuesta se distancia de aquellas conceptualizaciones de la pasión y los afectos configuradas desde la tradición cartesiana. Lo cual implica que, en primer lugar, no hay primacía de la razón sobre

los afectos y pasiones; en segundo lugar, no hay escisión entre el alma y el cuerpo, sino se conciben como elementos simultáneos e interdependientes, es decir, no existe uno sin el otro, ni hay una jerarquía o dominio de uno sobre el otro; en tercer lugar, estas dos posibilidades permiten problematizar las construcciones históricas sobre la asociación entre la patología y los afectos -o las pasiones-.

Esto es, la teoría de los afectos deleuziana, se aleja y cuestiona las posturas de la producción de inclusión-exclusión, como las del cuerpo-mente, concebidas como entidades diferentes y contrapuestas; o la razón *versus* la sin razón, que conlleva a un ejercicio pobre o insuficiente de la razón sobre las pasiones y los afectos, o de la confusión de la realidad provocada por éstas. Ambas conceptualizaciones, han redundado en la construcción de *enfermedades* del alma o de la psique, significadas actualmente como enfermedades mentales o psicopatologías que deben tratarse.

En ese sentido, aun cuando el desarrollo sociohistórico de las pasiones y de los afectos no sea lineal, sino que esté lleno de discontinuidades importantes, a lo largo de la historia, se han ido recuperando significaciones importantes. Ejemplo de ello, son las ideas de desequilibrio provocadas por las pasiones y afectos que causan confusión, malestar y sufrimiento de quien las padece.

Asimismo, se han recuperado y actualizado las formas de *tratamiento* de estos desequilibrios, ya no a través de la hermenéutica de sí griega, sino, intervenciones construidas a partir de diferentes desarrollos teóricos, como la primacía del método científico, el cual, territorializó las formas de intervención sobre las “malas” pasiones o los afectos que “confunden” al sujeto. Así, el surgimiento de la psicología como el *logos* dirigido al tratamiento de la psique, se ubica como la disciplina por excelencia para esta tarea.

Evidentemente, se articulan muchas disciplinas alrededor de esta tarea: la medicina, la psiquiatría, el psicoanálisis, la sociología. No es mi intención abrir la discusión sobre ello, sino, precisar que en las diferentes formas de construcción histórico-sociales de las pasiones y los afectos, se han articulado diversos dispositivos e instituciones para producir saberes y discursos que significan y producen la subjetividad.

En este movimiento, la producción de saberes sobre las pasiones y los afectos ha dictado formas concretas de intervención sobre ellas, las cuales, se han articulado exitosamente con la institución clínica y el capitalismo. Como resultado, encontramos diagnósticos sumamente pertinentes para los tiempos que vivimos: la depresión, el *burnout*, la ansiedad, el estrés, se convierten en explicaciones lógicas sobre el malestar del sujeto.

De este modo, la construcción de diagnósticos y la patologización de los conceptos pasiones, emociones y afectos, redundan en formas de intervención y mitigación acordes a las necesidades de los propios dispositivos e instituciones que las han producido y con las que se han articulado¹⁴⁴: la clínica, el trabajo y el capital.

Por el contrario, desde la lógica deleuziana, todo aquel malestar producido por la realidad, -por ejemplo el trabajo-, debería estar dirigido hacia la comprensión de las formas de relacionarse con la realidad y de significarla. Esto es, ¿en qué grado de afecto o afectación se encuentra el sujeto? ¿Cuál es su relación con la realidad? ¿El sujeto se problematiza su lugar en el mundo? ¿De qué soy capaz, en tanto, mi cuerpo y mi potencia?

Bajo estos planteamientos, es hora de problematizar qué moviliza a los sujetos para el trabajo. En este caso, ¿qué moviliza a los médicos a seguir trabajando?

e. Afectos, afeción y potencia en la institución trabajo

Como se ha desarrollado a lo largo de los pliegues, el trabajo del médico, está definido y caracterizado por una serie de condiciones materiales y de posibilidad concretas. De igual forma, este trabajo está atravesado por una multiplicidad de otras instituciones: la clínica, el hospital, la muerte, la enfermedad.

Hasta el momento, he ahondado sobre las condiciones materiales de su trabajo, empero, existen una serie de otras características relacionadas con la implicación paradigmática, esto es, de las actividades que deben desempeñar los médicos en el contexto hospitalario: atender a los pacientes, realizar diagnósticos,

¹⁴⁴ Menciono sólo las que se trabajan y desarrollan en esta investigación, claramente hay muchos otros dispositivos e instituciones inmersas.

intervenir terapéuticamente sobre el cuerpo de los pacientes, etcétera. Características harto complejas que ya han sido desarrolladas ampliamente por autores como Michel Foucault (2012), Silvia Emmer y Virginia Schejter (2014), María Cristina Silva de los Ríos (2016), por mencionar algunas.

Gran parte de estas dinámicas del establecimiento hospitalario, las he desarrollado en la Idónea Comunicación de Resultados de la maestría, así como en algunos artículos. No será mi intención desarrollar todas las características y lógicas que entran en juego, sino, solamente destacar que éstas tienen un papel importantísimo en la subjetividad de los médicos. Es decir, el hospital es receptáculo de una serie de fenómenos sociales que tienen lugar en el terreno hospitalario, como lo son: la enfermedad, la agonía y la muerte.

En ese sentido, los médicos están frente a frente con una serie de procesos psicosociales que los afectan constantemente, que, de acuerdo a la teoría de Deleuze, implica que establecen relaciones con el mundo y se signifiquen estas experiencias de ciertas formas, ya sea desde la idea-afección, la idea-noción o la idea-esencia. En otras palabras, el trabajo hospitalario produce ciertos *occursus* -encuentros-, que los ligan a la realidad de cierta forma.

En la primera lógica de relación con la realidad, la idea-afección, los médicos perciben que son afectados por su realidad, se perciben a disgusto, molestos por la dinámica institucional en su generalidad, pero sin discernir claramente qué es lo que lo produce, no se alcanzan a visibilizar o identificar las causales de verse afectado. En este primer nivel de idea-afección, sólo se experimentan los efectos, los afectos que los conducen como líneas melódicas a aumentar o disminuir su potencia, su actuar cotidiano.

En otras palabras, los sujetos sólo logran percibir la afección, el efecto del afecto, por ejemplo, la disminución de la potencia. Es así que, los médicos pueden percibirse a sí mismos como decaídos, sin energía, sin ganas de trabajar; sensaciones que han sido significadas de diversas formas históricamente. El lenguaje coloquial lo nombraría como tristeza, apatía o cansancio, y desde la institución clínica, se identifica y significa como depresión, anhedonia, hipersomnia o desgaste.

Por el contrario, el aumento de la potencia puede ser percibido como tener energía, ánimo para trabajar, ganas, motivación. Que en el caso del “exceso” de energía o motivación, el campo psi¹⁴⁵, las significará como formas alteradas del estado de ánimo, como la manía, el insomnio, estrés o ansiedad.

Como se observa, las ideas de “exceso” o “desequilibrio” de cualquiera de los dos polos -aumento o disminución-, serán considerados como patológicos y se demandará la intervención sobre ellos.

En el caso de la segunda lógica o experiencia, de la idea-noción, los médicos son capaces de elegir la conveniencia o desconveniencia de sus relaciones con el mundo, con la institución trabajo. Así, los médicos comprenden las causas y los efectos que les producen ciertas afecciones, por lo que pueden elegir, decidir sobre aquellas situaciones que los afectan de tal o cual manera.

En ese sentido, los médicos logran discernir los elementos que confluyen en la propia experiencia, y con ello, toman decisiones sobre evitar o recurrir a ciertas prácticas. Ellos deciden más activamente sobre su quehacer en el trabajo hospitalario, por ejemplo, sobre si tomar o no un fármaco para resistir la jornada, identificando más o menos claramente que deben *hacer algo* para aguantar la jornada laboral. O en el caso del saqueo de fármacos para el mercado negro o el almacenaje, se lleva a cabo la práctica anti-institucional para lograr cierto grado de conveniencia con la institución trabajo.

Finalmente, en la tercera forma, la idea-esencia¹⁴⁶, implica que los médicos logran componer y descomponer la constitución de las *formas*, de las relaciones sociales que configuran cierto grado de nuestra realidad. De este modo, los médicos tienen la posibilidad de modificar sus condiciones de posibilidad, de problematizar y reflexionar no sólo en torno a sus propios afectos, es decir, qué lo que les está produciendo su trabajo, sino que les posibilitaría modificar aquellas condiciones en

¹⁴⁵ Parfraseando a Ana María Fernández (1997) y a Michel Foucault (2007), el campo psi se refiere a los discursos y saberes sobre la psique, como la psicología, la psiquiatría, el psicoanálisis.

¹⁴⁶ Esencia en el sentido de modo de substancia. La sustancia se refiere a “aquello que es en sí y se concibe por sí, esto es, aquello cuyo concepto, para formarse, no precisa del concepto de otra cosa. Y “modo”, se refiere a “las afecciones de una substancia. O sea, aquello que es en otra cosa, por medio de la cual es también concebido” (Spinoza, B., 2018, pp. 56-57).

las que trabajan. Este paso implicaría la organización y modificación activa de sus condiciones materiales y de posibilidad.

En el caso del analizador *fármakon*, dadas las características que se mencionaron en el pliego anterior, refracta una serie de modos de acción más bien anti-institucionales atravesados por el desviante libidinal, lo cual, en lugar de permitir su organización y problematización de su realidad, por el contrario, implica no problematizarse al respecto, quedarse en los primeros niveles de los afectos, de la idea-afección y de la idea-noción.

En contraposición, la problematización activa de sus condiciones y a la posible organización, estaría ejemplificada por la virulencia del analizador pandemia, el cual ha *agenciado*¹⁴⁷ a ciertos sujetos para reflexionar y actuar en torno a sus condiciones de trabajo y de vida.

Para resumir, en las tres formas de relacionarse con la realidad, la idea-afecto, la idea-noción o en la idea-esencia, el papel de la *potencia* es de vital importancia. En el caso del trabajo, la actividad o el quehacer a realizar, deberá ser investido por el afecto. Dicho de otro modo, para que el sujeto se mueva o actúe, es necesario destinar parte de la potencia a esa actividad. Una vez investido, esta experiencia podrá aumentar o disminuir la potencia -el actuar- del sujeto. Ya sea para seguir realizando la actividad o para cesarla.

Aquí encontramos algunas similitudes con la teoría de la libido psicoanalítica. En ambas conceptualizaciones hay un investimento del objeto, en el caso del psicoanálisis, se conceptualiza como libido, en el caso de la teoría de los afectos deleuziana, como afecto. Sin embargo, aun cuando la lógica es similar, tiene implicaciones distintas.

El caso del psicoanálisis, al menos en las tradiciones freudianas¹⁴⁸, se conserva una concepción esencialista de la energía. Ésta proviene de una fuente

¹⁴⁷ Evidentemente no puedo generalizar y aún es muy pronto para realizar un análisis de este tipo. Sin embargo, a lo largo de la contingencia sanitaria 2019-2021, se han presentado muchas más formas de organización entre el personal de salud, así como entrevistas, movimientos y demandas explícitas sobre la reflexión de sus condiciones de trabajo.

¹⁴⁸ No quisiera hacer generalizaciones, dado que existe un abanico de corrientes psicoanalíticas. Sin embargo, como lo han mencionado autores como Michel Foucault (2003; 2007), Jacques Donzelot (2008), Gilles Deleuze y Félix Guattari (2015) la lógica del dispositivo analítico contiene elementos dirigidos a la normalización de los sujetos y tiene implicaciones fuertemente cuestionables.

primigenia que es explicada a través de la fisiología. Evidentemente, esta concepción obedece a la época en que fue formulada la teoría. Sin obstar, las derivaciones de las propuestas psicoanalíticas han tendido a la patologización de los procesos psíquicos, aun cuando nieguen constantemente esta condición.

La patologización de las formas de sublimación de la libido, ha redundado en formas de intervención clínicas, en ortopedias sociales y dispositivos normalizadores (Foucault, M., 2007). Además, el propio dispositivo psicoanalítico opera de tal forma que el trabajo hermenéutico queda obturado por la propia lógica de intervención¹⁴⁹ analítica (Lapassade, G., 1979).

Asimismo, las corrientes psicoanalíticas que han volcado la mirada sobre los efectos subjetivos del trabajo en el sujeto, tienden a naturalizar la categoría trabajo. Por un lado, no se pone en duda por qué el trabajo es una actividad socialmente valorada que requiere el investimento libidinal y las diversas formas de sublimación. Es decir, en ningún momento se cuestiona en sí mismo la existencia del trabajo como forma asalariada, implicación que conlleva, necesariamente, a la explotación del trabajador. Por otro lado, el malestar producido por el trabajo es fácilmente interpretado por el aparataje analítico que termina por individualizar los fenómenos psíquico-inconscientes bajo el marco edípico, construcción eminentemente burguesa y que atomiza y despolitiza toda potencia (Deleuze, G., y Guattari, F., 2015). En otras palabras, al final, si te sientes mal con tu trabajo, es un problema de cómo estás sublimando la libido, resultado de las experiencias edípicas inconscientes.

Por ello, la necesidad de distanciarse de las propuestas de la libido, aun cuando en su lógica sean sumamente similares con los afectos, la construcción epistémica y teórica, deriva en implicaciones ético-políticas diferentes.

Por lo tanto, la elección teórica de los afectos deleuziana apunta a la problematización de las categorías y a su interlocución con otras, por ejemplo, con el trabajo. Bajos estos marcos, la propuesta spinozo-deleuziana otorga herramientas ontológicas, epistémicas y teórico-metodológicas para el estudio de

¹⁴⁹ Aunado a que el psicoanálisis ha sido resistente a abrir la discusión sobre la relación que se establece con el propio dispositivo analítico, la cual siempre está mediada por el dinero (Lapassade, G., 1979).

los afectos, afecciones y pasiones, que por un lado, posibilitan contextualizarlas en sus tiempos y espacios; y por el otro, esta aproximación se ancla en términos de la experiencia y de la subjetividad.

De este modo, la *energía* necesaria para trabajar, desde la propuesta spinozo-deleuziana, la *vis existendi*, proviene de las relaciones que establecemos con la realidad, y que esta misma, es la que nos permite significarla.

Es importante reiterar que esta relación no se da en abstracto ni es *ex nihilo*, sino, se trata de una mediación por diversas instituciones que funcionan como redes simbólicas e imaginarias que otorgan sentido; a partir de formas sociohistóricas -dispositivos e instituciones-, que orientan, producen, dirigen, bloquean, alientan las relaciones sociales. De este modo, la muerte, la enfermedad, el trabajo, la medicina, son tramas simbólicas e imaginarias que producen sentidos para el sujeto y que en su práctica cotidiana, retroalimentan el carácter universal de éstas, y que al mismo tiempo se significan de otras formas, otros caracteres -como el particular y el singular-, los cuales, posibilitan la paulatina modificación de sentidos de estas instituciones, y sus propias prácticas.

Ahora bien, la experiencia del médico en la transversalidad de instituciones es mucho más compleja. Esto es, en el deslizamiento de significación de la realidad, hay fenómenos que van más allá que el aumento o disminución de la potencia, que el contexto hospitalario y del trabajo, demandan problematizarlo. Los médicos siguen trabajando aun cuando todas sus condiciones son precarias y letales, y aun así trabajan; efectúan su potencia de alguna forma, los lleva a moverse aun cuando todos los encuentros en el hospital disminuyan su potencia. ¿Entonces cómo le hacen?

Las formas de la afección revisadas hasta el momento, nos permiten comprender ciertas lógicas de la relación que establecen los médicos con su realidad. Sin embargo, el contexto hospitalario en el capitalismo, demanda, la constante inversión de afecto al objeto-trabajo, aun cuando el encuentro entre ellos -el *occursus*-, produzca una disminución de la potencia del sujeto. Ya sea por la precarización de su trabajo, o por el contexto de enfermedad o muerte, o tal vez por las exigencias del disciplinamiento y de la resistencia corporal y psíquica de la

jornada de trabajo, el médico tiene constantemente encuentros que disminuyen su potencia.

Sin embargo, aun cuando los médicos tengan experiencias que disminuyan su potencia -su actuar-, están sujetos a seguir manteniendo esas actividades o quehaceres. Las condiciones que otorga el hospital, no permiten que el médico pare. Que pare en términos de descanso, de reflexividad o de colapso. La dinámica hospitalaria le demanda -en términos de potencia- que el sujeto siga invistiendo afectivamente todo a su alrededor para sostener la actividad. El sistema capitalista demanda que nunca *paren*.

En ese sentido, hay que hacer un último desplazamiento de la teoría de los afectos deleuziana. Un giro de tuerca que permita comprender cómo a pesar de las condiciones del trabajo que producen una disminución de la potencia, las instituciones y el capital, demandan que el sujeto siga invistiendo con afectos al objeto-trabajo, es decir, que siga trabajando.

* * *

CUARTO PLIEGUE: LA DESAFECCIÓN

“El malestar en esta época, es un malestar, difuso, ambiguo, de angustias acéfalas pero también con pánico, depresiones: patologías del vivir [...] el cuerpo padece... el alma grita... ¿alguien escucha?” Roberto Torres (Publicación de Facebook del grupo Deleuze y Guattari Latinoamérica)

Desafección

A partir de las lógicas afectivas y de afección provenientes de la teoría de los afectos de Gilles Deleuze, he desarrollado el concepto de *desafección*, el cual busca comprender la lógica de investimento del afecto sobre el objeto-trabajo, que bajo el sistema capitalista, demanda que el sujeto nunca pare de trabajar, y por tanto que éste, no pare de invertir con afecto la actividad que realiza.

Este concepto que propongo, busca alejarse de las concepciones de desafección trabajadas desde las teorías de la política pública y de los movimientos sociales que aluden los procesos de apatía y desinterés en las votaciones y de participación política (Montero, J. R., Gunther, R. y Torcal, M., 1999; Torcal, M., 2003; Del Tronco, J., 2012; Monsiváis Carrillo, A., 2017). Asimismo, en estas investigaciones no se aclara cómo está construido el concepto o si se trata de una categoría o noción. Sólo se le denota cierto significado vinculado al desinterés y apatía.

Por otro lado, la palabra *desafección* se encuentra en varios textos de la escuela francesa (Deleuze, Lourau, Lapassade, Ardoino, Foucault), que a pesar de que es usada de manera más o menos coloquial para señalar desinterés o distancia, no se desarrolla o explicita si tiene alguna atribución específica.

No obstante, he construido el concepto a partir de su uso común del francés, descomponiéndola a partir del prefijo *des*, el cual tiene 3 acepciones: negación, exceso y fuera de...: y de la teoría de los afectos spinozo-deleuziana. Por ello, la *desafección* apunta a una negación y exceso de afectos.

En el contexto hospitalario, el término desafección se refiere a una serie de experiencias concretas. En primera instancia, tiene que ver con el carácter disciplinario de la profesión clínica en el sentido foucaultiano de disciplinamiento, desarrollado ampliamente en *El nacimiento de la clínica* y en *La vida de los hombres*

infames, y que se despliega en el segundo capítulo del presente texto. De igual modo, hay que considerar las lógicas de la relación del médico con el paciente, el carácter cerrado y hermético de la profesión, los rituales de paso e iniciación a través del cuerpo, la competencia clínica y el sistema de jerarquías a partir del saber-poder, y articuladas bajo la forma de la institución clínica.

A partir de esta forma, se produce una subjetividad en donde el sujeto médico debe negar verse afectado por lo que ocurre en el contexto hospitalario: sus pacientes, la agonía, enfermedad y muerte de éstos. Sin embargo, aun cuando este sea el mandato de la clínica, las experiencias del HUP enuncian lo contrario. Evidentemente, aun cuando la institución clínica intenta totalizar la experiencia del sujeto, ésta siempre desborda, siempre se escapa a través del carácter particular y singular de las propias lógicas institucionales.

En ese sentido, los médicos manifestaban que era imposible no verse afectados por todo lo que ocurría a su alrededor, aun cuando se suponía que no debían afectarse por ello, como la disciplina de su profesión lo indicaba. Como consecuencia, los médicos se mostraban contrariados en situaciones que presentaban esta contradicción. Es decir, era justamente ese mandato de no sentir, que desnudaba y hacía explícitas las contradicciones y absurdos implícitos del carácter universal de las instituciones.

Estas narraciones emergieron después de muchas pláticas y experiencias conjuntas. Debo señalar que, al principio de mi intervención sí manejaban el discurso de “es parte del trabajo” y que no se veían afectados. Poco a poco fueron problematizando este postulado que en su inicio defendían.

Una vez abierta la discusión sobre que sí sienten “feíto” o que se ven afectados por la clínica y el trabajo, surgió poco a poco el asunto sobre los mecanismos que algunos lograban identificar para no “hacerse cargo” de sus afectos. Dicho de otro modo, me decían, “me siento mal, triste, culpable, pero sé que no debo sentirme así, es más, no debo sentir nada, y sin embargo, siento”. Algunos lo elaboraban como un proceso normal y que era lo que los hacía seguir sintiéndose humanos y buenos médicos, por lo que no evitaban los afectos, sino que trataban de significarlos.

Empero, muchos otros -la mayoría- por más que decían que no se veían afectados, cuando era notable que el malestar estaba allí y que crecía día con día. Este fue un punto medular para la construcción del primer sentido de la desafección, la parte negada, esto es, se niegan los afectos y afecciones producidas por las experiencias del hospital, de la práctica, del trabajo.

En el segundo sentido, se refiere a la parte del exceso. Bajo el mandato de *no-parar* (porque el hospital no puede parar -en sus palabras- y ha sido más que claro a lo largo de la pandemia del virus del SARS-CoV-2), se sostiene la potencia para movilizarse día con día. La cotidianidad del trabajo hospitalario implica realizar un procedimiento tras otro a diferentes pacientes. Cuando han visitado a un paciente, expuesto su caso y acordado en realizar tal o cual procedimiento, el personal de salud debe continuar este proceso una y otra vez hasta que termina su jornada. A este aspecto, es necesario agregarle la parte física, esto es, que hay un desgaste endosomático catastrófico mientras realizan su trabajo. No consumen las calorías necesarias para la cantidad de actividad que realizan; no descansan las horas que deberían para recuperar la energía gastada; la actividad implica largos periodos de mantenerse de pie, lo cual daña las venas de las piernas haciéndolas varicosas (hinchadas, retorcidas y dilatadas), ocasionando problemas circulatorios de todo el sistema vascular y nervioso.

Además de esta parte orgánica, la parte subjetiva también entra en esta lógica de excesos. Se podría hablar de estrés y procesos psicosomáticos, empero, más allá de estos fenómenos que no niego que existan, en términos de subjetividad pasan cosas más complejas. El sujeto se ve constantemente desbordado por las experiencias. Por un lado, porque estas no cesan, por otro lado, porque son en extremo impactantes. Me refiero específicamente a aquellas experiencias que implican los procesos agónicos y de muerte, que en algunas áreas del hospital son -sin mentir o exagerar- cada 5 minutos.

Este tipo de experiencias límites se producen una y otra vez, sin darle posibilidad a los sujetos médicos que simbolicen lo que ocurre a su alrededor. Difícilmente se realizan procesos de simbolización social, esto es, que hablen sobre lo que ocurrió, o que tengan siquiera tiempo para pensarlo, sentirlo, procesarlo.

Por lo que se tiende al desborde y exceso de los afectos por diferentes vías. Ejemplo de ello, es el consumo de fármacos, principalmente de opioides como el tramadol -que se menciona en el segundo capítulo-. O, la más frecuente, el elevado consumo de alcohol.

Cabe señalar que, todas estas discusiones que en sí mismas implicaron la construcción de los sentidos, niveles o formas de la desafección, se elaboraron en diálogo con los médicos, es decir, yo iba preguntando sobre lo que observaba y me decían, y ellos iban elaborando sobre mis preguntas. Planteaba ideas y me iban confirmando, retroalimentando y elaborando más sobre ello. Algunos hacían precisiones, otros lo pusieron a discutir con algunos diagnósticos clínicos (depresión, *burnout*), discutimos muchas horas sobre sus diferencias.

Finalmente, ellos me plantearon que había un último aspecto que les sucedía y que no sabían muy bien cómo explicar. El cual, apunta al tercer sentido de la desafección, una negación y exceso simultáneo de los afectos. Por un lado, se evita a toda costa hablar, sentir o procesar lo que sucede o aquello que está afectando al sujeto y, simultáneamente, es una experiencia que los desborda.

Este último sentido es muy difícil de explicar, la analogía que utilizamos en conjunto los médicos y yo fue el del zombi. Este término no debe entenderse como la *filosofía zombi*¹⁵⁰, sino como una ambivalencia con relación a los afectos. En primer lugar, el afecto está, hay potencia, pero ésta se niega, se reprime, se trata de invisibilizar. Paralelamente, esta es una potencia que se desborda, que inviste desproporcionadamente la actividad que se realiza. Hay un sobre compromiso o *sobreimplicación*¹⁵¹.

El ejemplo con el que trabajamos este aspecto de la desafección fue en relación con situaciones concretas y sobre una película. Iniciaré con la segunda. La forma en que visualizábamos una desafección por exceso y negación, era con la película de Guillermo del Toro intitulada “El espinazo del diablo”. Este filme, muestra

¹⁵⁰ *Sírvase de ver* Fernández Gonzalo, J. (2011). *Filosofía zombi*. México: Anagrama

¹⁵¹ Es una referencia al análisis institucional y socioanálisis, donde se desarrolla una veta de la teoría del análisis de las implicaciones, que busca problematizar las condiciones de posibilidad del propio investigador en su proceso de construcción del conocimiento. La teoría del análisis de las implicaciones no sólo busca desmontar o ‘romper’ dichos esquematismos, sino, analizar aquello que encamina la obturación de nuestra mirada (Manero Brito, R., 1996).

un fantasma que tiene la característica de aparentar estar suspendido en el tiempo, en el momento de su muerte, -por lo que no sabe que está muerto-. Se trata de un niño al que le habían golpeado la cabeza y luego lo habían tirado a una alberca con agua. Por lo que es un fantasma que pareciera estar sumergido en agua y que se muestra como la sangre se derrama en un flujo sin fin.

Esta es una escena terrorífica para ejemplificar el exceso y negación de los afectos y afecciones. Es un estado de suspensión, de una aparente pausa, en donde se intensifica la experiencia subjetiva del sujeto, pero que, simultáneamente no logra identificar que está en este estado. Es decir, es en realidad una idea-afecto.

Hay varias claves para comprender esta noción, en primer lugar, la no identificación de qué sucede (idea-afecto) y un exceso o desborde de la afección. La forma en que llegamos a esta conclusión fue cuando empezamos a discutir sobre esta película (no recuerdo por qué ni cómo inició esta discusión), y uno de los médicos apuntó: “así me siento a veces cuando estoy en el hospi”¹⁵². A partir de este comentario se detonó toda la discusión. Y después de ella, empezamos¹⁵³ a identificar en qué momentos nos habíamos sentido así.

Las situaciones en que identificaron sentirse de esta manera, fue con la muerte de ciertos pacientes, pero en el contexto de no tener la posibilidad de parar. Esto es, que por las características de la muerte tuvieron que seguir atendiendo a otros pacientes, por la forma dramática que tuvo este deceso o todo junto.

La desafección en la transversalidad de instituciones

Para ejemplificar mejor las lógicas de la desafección, presentaré tres escenas que considero representativas de este fenómeno. En cada una, se despliegan características de la transversalidad de las instituciones que se ponen en juego en el trabajo médico hospitalario.

¹⁵² Le dicen “hospi” de cariño al hospital.

¹⁵³ Yo me incluyo en estas situaciones, tanto por que constantemente se los compartía a ellos, como a mis compañeros de grado, a mis profesores y a mis amigos.

a. El Dr. McIntoch: el exceso y negación

“Hoy mandaron a una paciente del ISSSTE a la Unidad de Cuidados Intensivos, en realidad yo no quería entrar, aun no sé por qué lo hice. Me perturbó mucho estar en el cuarto de la UCI y permanecer ahí durante la visita. Ver a la paciente intubada, sedada pero aparentemente despierta, llena de angustia y de miedo.

Ella observaba a Iván [el residente de primer año] como queriendo decirle algo, pero sin poder hablar. Con una mirada vacía pero llena de temor.

A lo largo del día, el personal comentaba que bajarían a un paciente que había llegado de urgencia al HUP. Se trataba de Harold V. McIntoch, profesor fundador de la carrera de computación e informática en el Instituto Politécnico Nacional y de la BUAP.

Se murmuraba que tenía cinco doctorados, murmullos, rumores, nada claro, todo extraño, muy misterioso. Sabino [otro residente] incluso lo googleó. Entre rumores y preparativos para recibirlo en la UCI, me puse a leer su expediente y lo primero que noté fue que, hacía cuatro años que vivía en el cubículo de la universidad de la BUAP.

Le pregunté al Dr. Pedraza si no habían pedido interconsulta a psiquiatría o psicología. No sólo por el hecho de que viviera en su cubículo, sino además por el síndrome de consumo¹⁵⁴ y el abandono que presentaba.

Por supuesto, no pensaron en esos factores e incluso, el Dr. Pedraza se quedó pensando y me dijo que no se le había ocurrido como parte del expediente, pero que efectivamente era importante.

Comenzamos a caminar hacia el área de medicina interna, saliendo del cuarto de la UCI, mientras tanto, el Dr. Pedraza y yo, comenzamos a hablar de la alta incidencia de psicosis en áreas académicas como la física y las matemáticas. Él mencionó el alcoholismo y toxicomanías en los médicos, y enseguida me preguntó si era cierto el estereotipo de las ciencias sociales de “ser marihuanos”. Me reí y le dije que era como en todo, que no se podía generalizar, pero que creía que si había más permisividad o tolerancia para consumir cierto tipo de drogas; en las ciencias sociales la marihuana, así como en el área médica los opioides y drogas más fuertes. Le dije que a mí me parecía que en sociales y humanidades fumábamos mucho y que le entrábamos al trago. Pero que se asociaba más la marihuana, que el alcohol y el tabaco.

¹⁵⁴ El síndrome de consumo o emaciación, se trata de un adelgazamiento patológico. El síndrome de emaciación, también conocido como síndrome consuntivo, es la pérdida involuntaria de más del 10% del peso corporal (particularmente de masa muscular) y de por lo menos 30 días ya sean de diarrea o de debilidad, y fiebre. Este síndrome está asociado al VIH más frecuentemente, pero en este caso, era por abandono e inanición.

Como estábamos platicando muy a gusto y con mucha confianza, le pregunté si había posibilidades de usar el espacio de los miércoles para hablar sobre el síndrome de Burnout, dado que seguían insistiendo en varias áreas que diera una plática o taller sobre ello. Me dijo que a él particularmente, le interesaba mucho ese tema, pero que debía preguntarle al Dr. Casco directamente.

Regresé a la UCI y ya había bajado al Dr. McIntoch, era un hueso. Se veía como un anciano frágil y enfermo. Me afecta mucho ese tipo de situaciones, no la muerte en sí, sino la agonía. Incluso busqué el significado de la palabra en latín, agônizo, significa luchar con la muerte, agonizare cum morte. Me percaté que lo que más me perturba son los procesos agónicos, el luchar con la muerte sin morir. Me ha afectado tanto que dejé de escribir en el diario. Dejé de hablar de estos temas con mi TACO, con mis compañeros, con mis amigos y con mi pareja. Me he quedado en silencio y sin tinta” (Extracto de diario de campo, 20 de noviembre 2015).

Este fue uno de los peores días del trabajo de terreno, capturé sólo unas cuantas imágenes de todo lo que pasó después. El día no terminó ahí, simplemente no pude seguir escribiendo sobre ello en su momento.

Este ambiente de murmullo y rumor que describo estaba catalizado por la gravedad del caso, por el impacto que le causó a toda el área de la UCI y de quienes lo trasladaron al hospital. El paramédico que lo llevó al hospital no daba crédito, estaba totalmente aterrado por la forma en que vivía Harold McIntoch, no sólo por tratarse de un hombre mayor, sino porque era un personaje importante para la historia de la universidad.

Mientras se hacía el intercambio de información y comenzaban a conectarlo a todas las máquinas inventadas por el humano para sostener la vida artificialmente, el paramédico estaba buscando con quién hablar. Me acerqué, y me describió el cubículo de la universidad donde McIntoch vivía: estaba lleno de basura, cobijas sucias, heces, papeles.

La trabajadora social se acercó a preguntarle si tenía el contacto de algún familiar con quién comunicarse. El paramédico le dijo que sus compañeros de trabajo habían mencionado que tenía una hija que vivía en Europa y que el contacto de emergencia era la señora que le ayudaba. Resulta que el Dr. McIntoch tenía una

casa en la colonia San Manuel -cerca de CU-, pero que era una casa muy grande y lo hacía sentir muy solo. Por ello, él tomó la decisión de irse a vivir a su cubículo, dejando a la señora que le hacía el aseo en la casa, para que la mantuviera limpia y la cuidara. Todo el personal médico estaba con la boca abierta. Lo más impactante es que sus colegas de trabajo sabían perfectamente cómo estaba viviendo y nadie hizo absolutamente nada.

La cosa se empezó a poner más complicada, el Dr. Pedraza me llamó y me preguntó si sabía hablar inglés, le dije que sí. McIntoch estaba tan deteriorado por la falta de nutrientes, hidratación y demás cosas, que no estaba del todo lúcido y sólo hablaba en su lengua natal, el inglés. En este punto yo quería irme de la UCI, pensé seriamente desentenderme del caso, yo no trabajaba en el HUP, estaba como investigadora. Sin embargo, todos los residentes empezaron a demandar mi ayuda, me explicaron que nadie de ellos hablaba bien inglés.

Les dije que lo haría, pero sólo para hacer la entrevista inicial, evaluarlo neurológicamente y sería todo, que no me quedaría más tiempo, todos aceptaron. Me dirigí a la cama de McIntoch, el olor era horrible, estaba todo llagado de la piel por la falta de aseo y movimiento. Pregunté lo mejor que pude todo lo necesario y fui traduciendo las respuestas que él me daba. Estaba lúcido -en inglés, pero totalmente lúcido-, me dijo que podía ver la cara de desaprobación y preocupación de todos nosotros, que él sabía que había llegado muy lejos, que no supo pedir ayuda y que tampoco nadie estuvo dispuesto a dársela. Me pidió que lo sedarían, que quería dejar este mundo dormido sin pensar en lo que se había hecho al final.

Me afectó mucho toda la situación, salí de la UCI en trance. Uno de los residentes me alcanzó y me preguntó si estaba bien, le dije que no, que era imposible estar bien con casos como ese y como todos los que habíamos visto en la semana, que era terrible. Me contestó que él también estaba muy afectado, -pero se veía como si nada le pasaría, como robot-, me dijo que todos los residentes saldrían en la noche para “relajarse” y “despejarse” por lo que había sucedido, que fuera con ellos.

En la noche, me decidí a ir con ellos. Fuimos a un bar y todos pidieron cocteles, había promoción dos por uno. No pasaron ni 20 minutos, cuando el primer

soldado cayó. Un residente se embriagó con una cerveza, al grado de desmayarse sobre la mesa. Todos los demás estaban muy tranquilos, “es normal” me dijeron, “es por el cansancio”. Uno por uno comenzó a alcoholizarse, rápido y con muy poco alcohol. Una de las residentes me dijo que ella estaba destrozada por el caso de McIntoch y los demás empezaron a hablar de ello, yo no decía nada, sólo escuchaba y tenía los ojos más abiertos de lo normal.

Iniciaron una disertación sobre la importancia de mi tesis, sobre que era imposible no afectarse por todo lo que ocurría en el hospital, que era absurdo la demanda de la “profesionalización” para volverse fríos y distantes, pero que, al mismo tiempo, sería insostenible estar a flor de piel sobre cada caso, que era necesario el disciplinamiento del cuerpo. En ese momento intervine y pregunté ¿cada caso? Cada uno desarrolló ampliamente qué aspectos lograban identificar sobre lo que les afectaba de los casos: la edad, el diagnóstico, el tratamiento, la prognosis, el parecido con otro caso más fuerte, la transferencia con algún familiar o amigo. Pero todos, afirmaron que, en cada caso, algo se movía, algo los tocaba, sin embargo, no estaba siempre claro.

En el caso singular de McIntoch, no lograban identificar qué era exactamente lo que los había impactado. Sin duda había muchos elementos que se entrelazaban y que yo podía identificar cómo me afectaba a mí. Algunos de ellos eran: el abandono absoluto de su familia, amigos y colegas, de la señora que supuestamente lo ayudaba y que vivía en su casa y a costa de él; el deterioro físico no sólo de la vejez, sino de las múltiples enfermedades que tenía; la situación de vivir como indigente al interior de la BUAP, deambulando por los pasillos como el doctor loquito que era un genio y fundador de la carrera; el lugar de los ancianos en nuestra sociedad.

No obstante, fue hasta que se conversó y se apalabró, que algunos de los residentes podían discernir más claramente qué era lo que les estaba afectando. Los médicos me plantearon que, en este caso, no podían identificar cómo los afectaba la situación en su generalidad y que al mismo tiempo se sentían desbordados por los afectos. Era una imposibilidad de discernir qué ocurría, pero que simultáneamente los desbordaba. Se sentían impactados, perturbados, tristes,

enojados, hubo varios momentos mientras lo estaba atendiendo y que sentían la necesidad de parar, de tomarse un momento, de respirar y comprender mejor qué es lo que estaba sucediendo. Pero que la dinámica del hospital se los impedía, debían seguir trabajando aun cuando se sentían al borde del colapso.

A partir de esta situación, fue mucho más sencillo articular la categoría de desafección con la transversalidad institucional. En un pliegue, la imperiosa demanda de la clínica de diagnosticar e intervenir lo más rápido posible. En un segundo pliegue, bajo el contexto de abandono, el disciplinamiento del cuerpo por no hacer gestos ante el olor y las heridas cutáneas; el disciplinamiento psíquico de no paralizarse, no llorar, de continuar con la intervención. En un tercer pliegue, la demanda del trabajo, de seguir aun cuando se está cansada o cansado, y aun con todas las implicaciones del propio caso. En un cuarto pliegue, el llenado de formatos y papeles administrativos para dar fe de cómo se atendió al paciente, aun cuando en ese proceso se utilice tiempo importante de la jornada laboral. En un quinto pliegue, la demanda de la institución de la educación, de aprender sobre el caso lo más posible.

Pliegues que, en contexto presentado, era sumamente complicado y que, aun así, se realizaron todas las tareas, en detrimento de las experiencias y afecciones que todo el equipo experimentaba.

En ese sentido, no se trata únicamente de una disminución de la potencia, las lógicas instituciones impiden que se disminuya la potencia requerida para hacer todas estas actividades. No obstante, hay un proceso afectivo, subjetivo que impacta en el sujeto, que perturba, que desborda, una afección que excede y que al mismo tiempo debe ser contenida, negada en el momento de la praxis.

Por ello, esta forma de la desafección está caracterizada por el exceso de afección y simultáneamente, una negación del afecto que se experimenta en el momento. Esto, mediado por los mandatos de *no sentir* y de *no parar*, de diversas instituciones: la clínica, el trabajo, la disciplina, la escuela, la burocracia y

seguramente muchas otras que fueron obturadas por el propio analizador¹⁵⁵ construido de la investigación.

b. El paciente de la cama 108 y la negación

Una segunda forma de la desafección, está caracterizada por la mera negación de los afectos y afecciones que se experimentan y nos ligan con la realidad.

Este proceso lo puedo ejemplificar con un segundo caso, el del paciente de la cama 108. Se llamaba Javier, tenía 96 años y estaba hospitalizado por diversas enfermedades crónico-degenerativas: diabetes, hipertensión, cardiopatías, problemas renales, pero que, en realidad, estaba allí porque su familia no podía hacerse cargo de él. Este caso es muy representativo de la dinámica hospitalaria, que a diferencia del caso de McIntoch, que fue paradigmático, por lo extraño e inusual.

En comparación, Javier era un paciente “cotidiano” en la dinámica hospitalaria, internado en el piso de medicina interna. Cuando yo inicié mi trabajo de terreno en septiembre de 2014, ya estaba internado en el HUP desde hacía casi un año. Posteriormente, a finales de octubre que pasé del área de urgencias al área de medicina interna, este paciente era un caso catalogado como no grave. Situación que los médicos me explicaron que era cotidiana, donde la familia se “desentendía” hasta cierto punto del “abuelito” por la cantidad de cuidados que requería, entonces lo iban a “botar” al hospital para que el equipo de salud lo cuidara.

Todos los días en las visitas, las rondas hospitalarias de valoración, el paciente de la cama del 108 era el único estable. Sus valores -presión sanguínea, etc.- no cambiaban, no había novedades, nada, él siempre estaba estable. Éste era el único caso que todos los residentes se sabían de memoria, y que representaba estabilidad en la vida cotidiana. Es decir, los casos nuevos eran difíciles porque había que memorizar el expediente nuevo, había mucha información que aprender

¹⁵⁵ Para los lectores interesados, el caso del Dr. McIntoch terminó con su muerte 10 días después de la narración presentada. Estuvo dos días en el HUP y después un familiar decidió trasladarlo a un hospital privado (desconozco cuál) y falleció unos días después.

e investigar. El paciente de la cama 108, era inmutable, hasta eterno, bromeaban algunos médicos.

A lo largo de 4 meses y medio, casi todo el tiempo que realicé el trabajo de terreno, el paciente de la cama 108 estuvo allí, sin aparentes cambios. Hasta que el 30 de noviembre de 2015, murió. A decir verdad, no me sorprendió, era un hombre de 96 años con muchos problemas de salud, y hasta cierto punto, pensaba que era lógico que muriera en algún momento. Sin embargo, fue más la sorpresa por ver a todo el equipo médico consternado.

Sin obstar, cuando les preguntaba qué sucedía, por qué estaban tan tristes, la respuesta era que no sabían. Durante semanas, ninguno de los residentes de medicina interna lograba identificar que era la muerte del paciente de la cama 108 quien les estaba provocando tanta tristeza.

Fue hasta tres semanas después, de nuevo en un bar, cuando empezaron a hablar de él. Muchos rompieron en llanto, estaban inmensamente tristes por la pérdida, frustrados por que no habían podido “hacer algo más” por él. Este comentario me hizo preguntarles, “¿qué más podían haber hecho?”, dada la edad y las circunstancias.

Algunos argumentaron temas relacionados a la tecnología médica, hacer todo lo posible para prolongar la vida; otros contrargumentaron, hablando del principio de no maleficencia y de *distanacia* -la prolongación innecesaria de la vida del paciente a causa de una enfermedad terminal-. Lo que dejó ver esta discusión, era el tema de la *tecnología médica* y cómo la muerte parecía cuestionar la tarea del sostenimiento de la vida. En ese sentido, hay que considerar que la institucionalización del hospital es un proceso de larga data, que se ubica a finales del siglo XVIII en Europa y que fue importado a las colonias, como es el caso de México (Foucault, M., 1996; 2012; Gil Montes, V., 2011).

En ese proceso de institucionalización, el hospital, como engranaje indispensable de la institución clínica, tuvo que subsumir, negar y ocultar fenómenos claves de la vida social, como la muerte y la enfermedad. Evidentemente este no fue un proceso “consciente”, sino parte de la articulación de proyectos que pervivieron sobre otros, de una serie de dispositivos y otras instituciones, como la

ciencia, el capital, la técnica que, en su articulación como parte del proyecto moderno, configuraron una serie de imaginarios en torno a la salud, la enfermedad y la muerte (Zamora Echegollen, M. A. y Manero Brito, R., 2020).

Con este deslizamiento, el avance de la *técnica* médica, “libera” a la medicina del miedo a la muerte, integrándolo en un conjunto técnico conceptual: la clínica. Este movimiento se articula con otros deslizamientos, como la articulación con la introducción de mecanismos específicos de la administración médica, es decir, la medicina social destinada a gestionar poblaciones y como dispositivo organizador de la vida social (Zamora Echegollen, M. A. y Manero Brito, R., 2020). Con ello, se configurará un imaginario sobre el poder de la clínica sobre la muerte, bajo el supuesto de control sobre ella. Pero este es sólo un imaginario, que suele derrumbarse.

Como han desarrollado Silvia Emmer y Virginia Schejter (2014), en los procesos agónicos en donde, en apariencia, no se utiliza toda la tecnología disponible, la muerte suele vivirse como una falta de la institución y del equipo de salud, y no como un desenlace esperado de una enfermedad incurable o de la propia vida. De este modo, se pone en tensión el semblante de la negación de la muerte en nuestra sociedad actual (Elías, N., 2015; López Varela, G., 2019).

Ahora bien, en el caso del HUP, entran en juego las condiciones materiales concretas, en donde existe la tecnología disponible para atender a los pacientes, pero, que toda atención está mediada por la cobertura del seguro social. En el caso de la BUAP, la cobertura completa se otorga a los trabajadores de la universidad. Sin embargo, en muchos casos, intervenciones terapéuticas consideradas de alta especialidad, deben ser pagadas por el trabajador y después, a través de un trámite burocrático, se le reembolsa¹⁵⁶ al trabajador.

Por otro lado, en los casos en que los pacientes no son derechohabientes, están obligados a pagar las cuotas preestablecidas por la universidad para ser atendidos. Y que, en muchas ocasiones, marca la diferencia entre la vida y la muerte del paciente.

¹⁵⁶ Situación que es problemática, ya que, en muchos casos, el trabajador no tiene el poder adquisitivo para pagar el estudio y esperar el reembolso, lo cual desemboca en la postergación de la atención médica.

Con ello, la percepción y sensación de los médicos sobre las *fallas* de la institución ante la enfermedad y la muerte, no sólo están sostenidas por la construcción imaginaria y simbólica en torno a ellas, sino que están indudablemente atravesadas por el capital, esto es, sobre quién tiene *derecho* a ser atendido o que puede *pagar* la atención médica, y qué tipo de atención.

En muchas ocasiones a lo largo del trabajo de campo, observé al equipo médico enfrentarse a estas disyuntivas. No poder atender a tal o cual paciente debido a que no tenía dinero para pagar la atención o tener que realizar una serie de procedimientos burocráticos interminables para justificar la atención médica que le salvó la vida. Pero en muchos casos, la familia del paciente decidía trasladarlo a otro hospital porque simplemente no podían pagar la atención necesaria.

Asimismo, era en estas situaciones en donde emergía las dimensiones del analizador *fármaco* en el “uso en caso de emergencias” y la “*Robin-Hood-ada*”, utilizando materiales y fármacos que no entraban en el cuadro básico de atención o que no había en farmacia porque no habían surtido la nueva tanda de medicamentos.

En ese sentido, además del modo de acción anti-institucional que apunta a la transferencia institucional de “robarle”, “cobrarse” y “restituir” algo de la institución, en términos afectivos, se intenta *compensar* algo que las instituciones no otorgan o que logran cumplir. Ejemplo de ello, sería en la institución clínica, los principios de atención más básicos que se suponen sustentados en el juramento Hipocrático y en los principios bioéticos¹⁵⁷, que indican que deben darle atención a quien la requiera, pero que, bajo el capital, esta atención está mediada por el dinero, la clase social y los derechos a la atención a la salud.

Por ello, ante estas situaciones, muchos de ellos afirmaban que, en los casos de derechohabientes, procuraban “aprovechar” que podían intervenir con cierta libertad. En otras palabras, utilizar la tecnología médica de punta para atender al paciente, aun cuando éste no tuviera el mejor de los pronósticos o se encontrara

¹⁵⁷ Los principios bioéticos a los que me refiero son a los de justicia, autonomía, no maleficencia y de beneficencia. El principio de justicia, está fuertemente relacionado con muchos de los derechos de los pacientes (fundamentados también en la declaración de los derechos humanos), que implican el derecho a la salud, su accesibilidad y asequibilidad, situación que, en el capital se vuelve aporética.

en un proceso de muerte natural a causa de enfermedades terminales o por la propia vejez.

De este modo, podemos observar de nuevo, los vínculos que establecen los médicos con la institución clínica, que están indudablemente mediada por la institución-trabajo. Pareciera que los médicos intentan compensar *algo* con los pacientes a lo que consideran que sí pueden atender, pero que, en el nivel simbólico, es compensar algo de la institución. Esta compensación proviene de la sensación¹⁵⁸ de *falla* con los pacientes que no han podido atender, ya sea por las características de la enfermedad, porque no cuentan con los equipos necesarios para la atención, porque el trámite burocrático necesario lo impide o entorpece, o simplemente porque no tiene prestaciones sociales ni dinero para atenderse. Lo cual, implica la deuda o la muerte.

Este vínculo, esta transferencia institucional, están catalizadas por las experiencias cotidianas, que permiten darle sentido a lo que ocurre. En el caso de la desafección, como negación, aquello que se niega no es solamente el afecto, el investimento del afecto sobre el quehacer médico, por ejemplo, la atención del paciente. Hay una negación de ciertos segmentos de las instituciones, sobre la relación que se establece con la muerte y la enfermedad, como elementos negados constitutivos de la sociedad moderna; la negación del sistema capitalista interviniendo y determinado si el paciente puede ser atendido o no. Es decir, la negación del afecto y la afección no es totalizando, sino es parcial, se realiza en segmentos de la multiplicidad de instituciones.

Con este deslizamiento de la negación de segmentos de ciertas instituciones, el sujeto puede continuar con su trabajo, aun cuando su potencia, su actuar este disminuido. Esta forma de desafección les posibilita seguir trabajando

¹⁵⁸ Esta sensación, o mejor dicho, la afección, tienen una doble dimensión; por un lado, se refiere al carácter universal de la institución de la clínica que está sustentado en la atención a la salud y la vida del sujeto, es decir, que procura cuidarlo y salvarlo. En este nivel, evidente la institución falla en el sentido que está mediado por los otros caracteres, el particular y el singular, en donde se encarnizan las condiciones materiales y de posibilidad propias de la atención hospitalaria, así como las acciones concretas de los sujetos en respuesta a éstas. De este modo, la sensación, es una afección que los atraviesa de fondo, literalmente hay casos en los que no pueden actuar, o la acción está mediada por la burocracia y el capital, por lo que se vuelve contradictoria, aporética, pero se queda así, como una idea-afecto.

aun cuando las condiciones de su trabajo les produzcan desencuentros constantemente.

c. El cáncer y el exceso

La tercera forma de desafección, ésta apunta a un desbordamiento del afecto y afección, donde se logran discernir algunas de las causales del aumento o disminución de la potencia, es decir, se trata de una idea-noción.

La diferencia con el planteamiento deleuziano, es que este tipo de encuentro *-occursus-*, tiende a la disminución de la potencia, pero se demanda que el sujeto continúe invistiendo con el afecto, el objeto que le causa esta disminución.

Al igual que los ejemplos anteriores, este encuentro se da en el marco de diversas instituciones, principalmente en la convergencia del trabajo con la clínica.

En una de las tantas visitas en el piso de medicina interna, un poco antes de que cambiara al servicio de cirugía, hicimos la ronda por el piso como todos los días. No obstante, a la mitad de la visita, entramos a un cuarto nuevo que había estado desocupado hasta ese momento.

Antes de entrar, vi cuchicheo y murmullos, los internos definitivamente no querían entrar; los residentes les decían que entraran. No quise preguntar en ese momento qué ocurría o qué caso era el que esperaba.

Al entrar al cuarto, el olor me golpeó sin avisar, era un olor a muerte, pero la paciente estaba viva. Entramos al cuarto, que además era privado, cosa rara en el HUP. La paciente era una doctora del HUP, una dermatóloga especializada en cáncer de piel, quien padecía una forma de cáncer de piel terminal.

Los residentes estaban aterrados, no querían mirar la herida principal, ubicada en la parte de las costillas del lado derecho. Era una herida abierta y necrosada -de tejido muerto-, por eso el olor. El médico a cargo del caso era el jefe del servicio de medicina interna, el Dr. Casco, quien ya tenía meses de verme en las visitas, pero ese día en particular, comenzó a hacerme preguntas sobre el caso, como si yo fuera residente. Todos los residentes quedaron helados, nadie emitió sonido alguno. Yo le contesté con lo poco que sabía sobre las clasificaciones del

cáncer y sus grados de malignidad y le recordé que era “la psicóloga”, no una residente.

De nuevo, los residentes aguantaron la respiración por varios segundos, y el Dr. Casco se molestó por no haberse acordado que no era médica, y me llamó la atención -pero prácticamente me regañó- por haberme presentado con tenis al hospital y unos pantalones color coral, -situación que siempre había temido desde iniciado el trabajo de terreno-. El regaño empezó sobre mi vestimenta, que no era adecuada para el *trabajo hospitalario*, e inmediatamente matizaba diciendo que no era residente, sino psicóloga, entonces se podía “perdonar” mi error. Inmediatamente después, me regañó por saber las respuestas de las visitas, y el regaño se dirigió rápidamente a los residentes, diciendo que era el colmo que la “psicóloga” viniera más preparada a la ronda de visitas que los residentes. Después, continuó el regaño, pero ahora a los que no querían observar y acercarse a ver la herida de la paciente. Cabe señalar que la serie de regaños se dieron en el cuarto de la doctora.

La doctora les dijo “observen bien la herida, es un cáncer muy raro, tal vez sea la única oportunidad que tengan para aprender sobre él”. Nadie se acercó, la doctora comenzó a describir y explicar detalladamente su expediente, diagnóstico y prognosis. Todos los residentes estaban sumamente incómodos, hasta el propio Dr. Casco se veía desencajado.

Terminamos la visita con la doctora y salimos del cuarto. El Dr. Casco recomenzó sus regaños a todos los residentes. A causa de los gritos de Casco, se acercó el Dr. Pedraza, preguntó qué ocurría. Casco lo puso al corriente de todo lo ocurrido y Pedraza comenzó a reír a causa de la confusión de mi presencia. Pedraza trató de aligerar la situación y dijo a los residentes que siguieran con el pase de visitas, pero a mí me pidió que quedarme ahí, afuera del cuarto.

Me preguntó cómo había visto a la doctora, después me preguntó sobre la reacción de los residentes e internos sobre el caso. Le di mis impresiones generales, que era un caso complicado y paradójico, una médica especialista en cáncer de piel estaba por el mismo diagnóstico. Pedraza me explicó que esta doctora era muy

amiga de Casco, que por eso estaba irritable, que le afectaba mucho a él y a todos tener a una compañera internada y en estado terminal.

Platicamos un rato sobre este asunto, particularmente sobre las “formas de gestión” de las emociones del personal médico. Sobre cómo en ciertos casos, era difícil “contenerlas”, pero que era de suma importancia controlarlas, dado que los afectos y emociones desmedidos tenían el riesgo de nublar el juicio clínico y por tanto el tipo de atención brindada a los pacientes.

Con esta elaboración, que no sólo compartía el Dr. Pedraza, sino prácticamente todos los residentes del piso de interna, los afectos se conciben como un peligro o riesgo que nubla la razón. Con ello, se observan los reminiscentes y ciertas resonancias con las conceptualizaciones más clásicas de las pasiones y los afectos, como responsables de la obnubilación y/o pérdida del “buen juicio”, de la razón.

La paradoja es, que, a pesar de estos anhelos de control de los afectos, sí terminaban impactando en las relaciones cotidianas del hospital. Ejemplo de ello fue el estallido del Dr. Casco, que bajo el supuesto del correctivo y la “llamada de atención”, en realidad estaba manifestando la angustia y malestar sobre el caso, sobre su amiga.

Asimismo, la respuesta de los internos de no querer entrar al cuarto, esta acción se interpretaría no como desafección, sino como una afección, una noción-idea en términos deleuzianos, una afección que disminuye la potencia y paraliza al sujeto, un mal encuentro que hace que el sujeto evite la confrontación con la situación que le produce malestar. Por el contrario, aquellos que tuvieron que entrar al cuarto para cumplir con el rol de estudiantes y médicos aprendices, se tragaron todos los afectos y afecciones que les perturbaban, que los excedían y desbordaban.

Sin duda era una situación complicada y desafortunada, empero que aun en ella, la médica dermatóloga, en su condición de paciente, mantenía su lugar en la jerarquía médica y de competencia clínica, de profesora, invitándolos a aprender de su cuerpo moribundo.

d. La desafección y el analizador fármaco

A partir de lo planteado, es importante explicitar la diferencia fundamental entre la desafección y los planteamientos deleuzianos de la teoría de los afectos.

En las tres formas de relación con la realidad o de afección, el aumento o disminución de potencia es consecuente consigo misma. Esto es, si aumenta la potencia el sujeto responde consecuentemente sobre ella, se anima, por el contrario, si disminuye, no sólo se entristece, sino que disminuye su energía para realizar cualquier actividad, no tiene ganas de hacer nada, no se levanta de la cama.

En comparación, la desafección implica que, específicamente en la disminución de la potencia del sujeto, éste requiere seguir en movimiento, necesita seguir invirtiendo la actividad u objeto de afecto, no puede parar, no puede *dejar de hacer*, no puede dejar de trabajar.

En ese sentido, las formas de desafección planteadas implican aporías, paradojas irresolubles en la relación que establecen con las instituciones del trabajo y de la clínica. Se enfrentan ante las contradicciones inherentes y contenidas en las tramas simbólicas e imaginarias de ellas.

Cabe señalar que, no son procesos totalizantes de las instituciones, sino que se presentan en ciertos momentos, esto es, la desafección es un proceso. Un proceso que expresa la contradicción y tensión de los mandatos del trabajo en la transversalidad de la clínica; expresa la tensión del disciplinamiento del cuerpo y de la psique ante las experiencias límites de la muerte y la enfermedad; ante las limitaciones de los marcos institucionales de la atención clínica en el capitalismo; la tensión ante las condiciones precarizadas en las que realizan su trabajo.

Como efecto, los modos de acción anti-institucionales muestran ciertos aspectos de estos procesos de desafección. En el primer caso, la dimensión del autoconsumo, intenta producir afectos y experiencias que permitan seguir trabajando en el hospital, ya sea adormeciendo el exceso de afecto, o intentando reactivar la energía perdida por la inversión de afecto hacia el objeto que produce malestar. Es decir, el consumo de sustancias, no sólo se trata de un mero efecto sobre el cuerpo para soportar la jornada de trabajo. El cuerpo, no se puede desvincular de la subjetividad, de las relaciones que se producen con la realidad,

con el mundo; que, en este caso, es una realidad que puede llegar a producir malestar, disminución de la potencia del sujeto.

En las otras dimensiones, como el almacenaje, el mercado negro y la *Robin-Hood-ada*, la expresión de la desafección está mediada por las transferencias institucionales, para la *restitución* de algo de la institución, ya sea el salario, las condiciones de trabajo, la lucha de clases sociales o la atención a los pacientes.

En otras palabras, la puesta en marcha de las prácticas anti-institucionales son formas de salir de la desafección, de significar de *otra* forma las relaciones que se están manteniendo con las instituciones. Dado que aquellas que están sostenidas por el carácter universal de éstas, dejan de tener sentido para el sujeto. Esto es, el trabajo en su carácter universal abstracto, o la clínica, no tienen sentido, por lo que es necesario dárselo de alguna forma, así sea *tomando* algo de la institución.

Finalmente, quisiera señalar algunas de las implicaciones de la propuesta de este concepto. El primero, tiene que ver con una noción que puede contener parte de las “contradicciones” de la subjetividad, dicho de otro modo, de una noción que puede plantear una negación y exceso simultáneo.

En segundo lugar, es una noción que no minimiza o intenta racionalizar los afectos, sino problematizarlos desde una postura que no sea la escisión cartesiana. Por ello la capacidad de incorporar la contradicción, esto es, de un carácter bifacético y multidimensional o polisémico.

En tercer lugar, otorga una lectura a los procesos institucionales y específicamente a las problemáticas del personal de salud que han sido poco estudiadas, o lo han sido a partir de las lecturas clínicas sobre el malestar en el trabajo que han tendido a patologizar, reducir y atomizar los problemas a individuos y no problematizarlos desde lo social.

En cuarto lugar, se manifiesta la posibilidad de pensar los procesos de desafección en otros ámbitos sociales y en otros sujetos. En decir, convivir con un afecto que es constantemente negado y que al mismo tiempo excede, ¿es exclusivo del personal de salud? ¿O existe la posibilidad que esto se reproduzca en otros espacios?

En ese sentido, habría que preguntarse qué tipo de sociedad estamos construyendo que ha permeado este tipo de procesos. Por un lado, nos permite seguir siendo funcionales para el capital, y, por otro, nos vuelve una especie de *zombis*, que paraliza nuestra potencia, que nos mantiene en suspenso o aparentemente anestesiados afectivamente.

* * *

REFLEXIONES FINALES

“Fabricar hombres útiles, dóciles para el trabajo, dispuestos al consumo, fabricar el hombre eficaz, he aquí lo que ya se dibuja [...]” (Laval, C. y Dardot, P., 2013, p. 330).

¿En qué tipo de sociedad vivimos? ¿Qué sociedad estamos construyendo? ¿Qué tipo de trabajo realizamos? Tal y como mencionan Christian Laval y Pierre Dardot (2013, p. 328) los sujetos no nos convertimos “voluntaria o espontáneamente a la sociedad industrial y mercantil”, sino que las relaciones sociales se han organizado de cierta forma y sus modos de subjetivación¹⁵⁹ que se configuraron de acuerdo a ellas.

A lo largo de la presente investigación, me he concentrado en ciertas instituciones que producen y organizan las relaciones sociales y los modos de subjetivación, como lo es el trabajo y la clínica. Estas instituciones, en tanto formas sociales que producen subjetividad, producirán también experiencias, encuentros, perceptos, afectos que nos llevan a significar la realidad de cierta forma y de orientar los flujos de deseo social hacia ciertos lugares y horizontes.

No obstante, estas instituciones se encuentran en un marco muy particular: el del capitalismo. Aunque parezca ocioso, es menester hacer esta puntuación, debido a que el capitalismo obedece a ciertas lógicas que terminan en la producción de una subjetividad peculiar y que sostiene los propios mecanismos de explotación narrados ya con anterioridad.

A diferencia de otras formas¹⁶⁰ sociales, el capitalismo “recompone tanto los sistemas de producción como los sistemas sociales en sus propias bases, sobre lo que podríamos llamar su axiomática propia” (Guattari, F. y Rolnik, S., 2006, p. 57).

¹⁵⁹ Recupero el término de *modos de subjetivación* tal y como se trabaja en el texto citado. En los estudios foucaultinos y deleuzianos se suele utilizar este término en lugar de hablar de sujeto o de subjetividad- dada su historia “idealista” que desarrollé en el tercer pliegue de este texto (*supra*, p. 164). No obstante, seguiré utilizando a lo largo del texto la palabra “subjetividad” para facilitar la lectura.

¹⁶⁰ En el lenguaje deleuziano-guattariano, particularmente en el Anti-Edipo, se refieren al *socius*, aquel que inscribe, que codifica el deseo y el flujo social (Deleuze y Guattari, 2015; Fernández, L. D., 2020). He optado por referirme al *socius* como forma.

Es decir, el capitalismo tiene la singularidad de fundarse sobre las relaciones sociales anteriores, pero transformándolas a una lógica diferente.

De acuerdo con Deleuze y Guattari (2015), el capitalismo contiene dos atributos: la descodificación y la axiomatización. El primero, la descodificación generalizada, opera vaciando de sentido todos los elementos de la vida humana: las relaciones sociales, los vínculos, los discursos, los afectos, la acción social, etc. En el segundo atributo, el capitalismo busca axiomatizar los flujos bajo las lógicas de la acumulación de capital a través de la compra de la fuerza de trabajo. De este modo, el capitalismo descodifica y simultáneamente axiomatiza bajo la lógica de la explotación.

A partir de estas lógicas, Deleuze y Guattari (2015) plantean que el capitalismo produce un límite externo y uno interno. A saber, el límite externo, denominado como esquizofrenia¹⁶¹, se refiere al umbral de descodificación de los flujos sociales. En contraposición, el límite interno, denominado como axiomática, busca y recupera sistemáticamente todos aquellos flujos que fueron descodificados por el mismo capitalismo, es decir, por el umbral de la descodificación o vaciamiento de todo sentido.

El soporte del capitalismo es el encuentro de flujos que escapan de los propios códigos que les dan nacimiento: 'de un lado, el trabajador desterritorializado, convertido en trabajador libre y desnudo, que tiene que vender su fuerza de trabajo; del otro, el dinero descodificado, convertido en capital y capaz de comprarla'. De un lado, pues, una pura capacidad productiva, descodificada, una reserva de trabajo abstracto; del otro, un puro flujo de riqueza virtual. Su conjunción da origen a una maquinaria que se desarrollará mediante la sustitución de los viejos códigos por una axiomática cuantitativa regulada por el mercado: paulatinamente, la producción comenzará a romper las barreras (morales, jurídicas, políticas) que le imponen tanto la máquina primitiva como la estatal, para después dar ella misma la instancia que determine a todas estas esferas (Suaste Cherizola, J, 2014, p. 67).

En ese sentido, su mejor atributo, también resulta ser su punto débil. Dicho de otro modo, la descodificación tiene una afinidad liberadora, de romper con los sentidos previos. Implicación que para Deleuze y Guattari (2015) tiene un sentido libertario,

¹⁶¹ La esquizofrenia para Deleuze y Guattari (2015) sería una tendencia liberadora, un proceso de apertura de los flujos deseantes, no se debe confundir con el cuadro psicopatológico.

revolucionario, que produce cambios, movimientos. Sin embargo, su propio límite interno, regula y lo obtura sistemáticamente aquello que descodificó.

Ahora bien, es importante señalar que ambos límites son mortíferos. Por un lado, el límite interno, se ha traducido en una tendencia a axiomatizar absolutamente todos los sentidos, flujos sociales, vínculos en la lógica de la acumulación de capital, y por tanto, en la explotación de los trabajadores, como sería el caso de la precarización de las condiciones de trabajo de los sujetos. En el otro extremo, del polo del límite externo, el vaciamiento de sentido absoluto nos lleva a la fragmentación, a la muerte. En ese sentido, ambos límites están en constante tensión y superpuestos, que en ciertos momentos de combustión social se tiran hacia uno de los límites, produciendo efectos en la subjetividad.

Por ejemplo, cuando se impone el límite interno, la tendencia a la axiomatización tiene efectos en las relaciones sociales, ejemplo de ello, el recrudecimiento de las políticas neoliberales, la flexibilización laboral, etc., que llevado al extremo, produce enfermedad y muerte, acaba con el cuerpo y con la *psique*, expolia al sujeto hasta que no queda nada.

Sin obstar, este límite produce simultáneamente la descodificación de otras relaciones sociales o de las mismas, creando *líneas de fuga*, vínculos sociales que se escapan a la axiomatización, a través de organizaciones sociales que buscan otras formas de vida, poner un freno al recrudecimiento de la explotación, o buscar la contención de las políticas entrantes; la creación de políticas públicas que buscan regular la explotación; o incluso, crear nuevas formas de relacionarse, de producir, de imaginar (Deleuze, G. y Guattari, F., 2015).

Sin embargo, estas líneas de fuga también pueden deslizarse hacia el extremo externo, es decir, halarse hacia la descodificación absoluta. Tal es el caso de un vagabundo, como un sujeto que se escapa a las lógicas de axiomatización del capital, que no vende su fuerza de trabajo y se mueve en los márgenes de la acumulación del capital. Empero, este límite, en su extremo, también se hace letal, el sujeto puede ponerse en riesgo de enfermar o de morir.

Es así que, Deleuze y Guattari (2015) hacen hincapié en que ambos límites tienen implicaciones ético-políticas, de ni ningún modo una es “mejor” que la otra.

Lo menciono debida a que en ciertas interpretaciones del Anti-Edipo, se termina por romantizar la “esquizofrenia”, entendida como una forma revolucionaria. Es decir, en ciertas “dosis” la descodificación nos permite vivir, nos hace relacionarnos de otra *forma* con el mundo, nos deja escapar por momentos de la axiomatización del capital, y probablemente sea una de las múltiples vías para producir cambios. Sin embargo, no podemos dejar de lado que también puede conducirnos a un final fatal.

En el caso del trabajo médico, podemos observar esta tensión constante, que no sólo está catalizadas por las instituciones del trabajo y de la clínica que se encuentran inmersas en los propios límites del capitalismo. A saber, están axiomatizadas por el límite interno para producir y acumular capital y al mismo tiempo produce sus límites externos que se escapan de la axiomatización. Sin embargo, cada una de estas instituciones guarda su particularidad histórica, al igual que las relaciones sociales que producen y simultáneamente se retroalimentan entre ellas. Esto es, cuando se modifica el trabajo, también se transforma la clínica y viceversa. Para precisar, el hermanamiento de la clínica y del capital, se fue desarrollando a finales del siglo XVIII con el despliegue industrial en Europa, la Revolución Industrial Inglesa y con la configuración del Estado-Nación moderno. No obstante, para Michel Foucault (1996, p. 87) inicia con la socialización del cuerpo como fuerza de trabajo. “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente, por la conciencia o por la ideología sino que se comienza en el cuerpo, con el cuerpo [...]”.¹⁶²

En ese sentido, el capitalismo al establecer su límite interno en la institución clínica, busca recuperar todos los aspectos de la vida y de la salud en aras de su axiomatización: la higiene, la alimentación, el ritmo de vida, la vivienda, la organización urbana, las condiciones de trabajo, etc., son en sí mismos “una serie de reglas establecidas y codificadas por un saber biológico y médico” (Foucault, M., 1996, p. 78). Que al final, todas ellas están encaminadas a la producción y

¹⁶² “Fue en lo biológico, en lo somático, en lo corporal antes que todo, que invirtió la sociedad capitalista. El cuerpo es una realidad bio-política. La medicina es una estrategia bio-política” (Foucault, M., 1996, p. 87).

reproducción de la fuerza de trabajo, desde el disciplinamiento del cuerpo biológico y social, así como en la facilitación de la circulación de mercancías¹⁶³.

Pero aquí lo que nos interesa, es cómo este límite interno del capitalismo no sólo axiomatiza la vida colectiva en general, sino, la vida de los médicos que *trabajan* en el hospital.

Evidentemente, el trabajo que realizan los médicos en el hospital obedece a las lógicas capitalistas, en tanto trabajo asalariado y las condiciones precarias en las que realizan su labor. Ejemplo de ello, es la profundización de la explotación del trabajo a través de las políticas neoliberales, como lo es la extensión de las jornadas laborales impagas, la precarización del salario, el aumento de la inflación, los recortes de personal -trabajar con el mínimo de trabajadores-, evitar la basificación del personal y eludir las prestaciones laborales, el desabasto de medicamentos que obedecería a una lógica de trabajar siempre con lo “mínimo” para “ahorrar” o evitar “gastos”. Esto es, de fondo una dinámica de la “escasez” que oculta la producción de plusvalor expoliada de los trabajadores y la acumulación de valor *ad infinitum* de la axiomatización capitalista.

Asimismo, en este punto se hace necesario señalar que la institución del trabajo y de la clínica -en conjunto con otras-, han producido una subjetividad para el trabajo, y no para cualquier trabajo, sino para esta *forma de trabajo*: precaria y explotada. Dicho de otro modo, la institución trabajo produce cierta subjetividad para trabajar en estas condiciones, estableciendo los parámetros de interpretación de las afecciones que se producen por el trabajo.

Para ejemplificar esta relación, me gustaría referirme a las extensiones de jornadas y trabajos “extras” que suelen tomar los médicos. En el caso de los últimos 2 años, muchos médicos (enfermeras y personal de limpieza) han optado por trabajar en hospitales COVID para acceder a los bonos y las contrataciones temporales. En esta situación, se atraviesa no sólo la necesidad laboral más inmediata (hay que vender la fuerza de trabajo para poder comer y pagar las cuentas), sino además, por aquellos imaginarios sobre el propio trabajo, por las

¹⁶³ Por ejemplo, el diseño de los grandes boulevares como lo menciona Michel Foucault en el texto de los Anormales. Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Siglo XXI.

instituciones asistenciales de “salvar vidas”, de la clínica (el juramento Hipocrático). Es decir, no se trata de una mera “autoexplotación” como decisión volitiva de “desear trabajar más”, sino que se debe tener muy claro que estas decisiones están sostenidas en la pérdida de poder adquisitivo de los salarios y los imaginarios sobre “el trabajo duro” de la época de oro del capitalismo. Por lo que será en este mismo marco que los afectos y afecciones son interpretados y significados como tristes, alegres, saludables, normales o adecuados, o por el contrario, como patológicos, anormales e inadecuados. De este modo, en el momento en que algún médico comienza a sospechar que su trabajo no va bien, que se siente demasiado cansado o estresado, la institución clínica entra en acción ofreciendo un diagnóstico: probablemente sea el síndrome de *burnout*, tal vez necesite un tallerito de *mindfulness* o de *coaching*, bastarán unas sesiones cortas de terapia breve para engrasar de nuevo la pieza que muestra desgaste... Cerrando la posibilidad de cuestionarse sobre la propia práctica.

En ese sentido, las instituciones del trabajo y de la clínica producen y significan los *encuentros* que llevan al sujeto a afecciones que eviten la problematización de sus propias condiciones, que el afecto permanezca en la idea-afección, en la experiencia más elemental y sin la menor posibilidad de discernir qué está ocurriendo y por qué la situación me produce cierto malestar, es decir, evitando cierto trabajo ético sobre sí mismo.

Ambas instituciones -en conjunto con muchas otras más-, se encuentran en los límites del capitalismo, en los límites de la axiomatización y de la descodificación. Por un lado, la axiomatización llenando de sentido la experiencia bajo las lógicas de la producción, el trabajo, la deuda, etc.; y por el otro lado, estas mismas experiencias frente al trabajo explotado son descodificadas, se vacían de sentido para el sujeto, produciendo malestar, afectos tristes, desafección.

Será esta tensión constante entre los límites internos y externos en donde tiene lugar la experiencia subjetiva del sujeto. Por tanto, comprender esta lógica es medular, dado que la axiomatización del capitalismo -a través de los diversos dispositivos e instituciones- no sólo otorgan de sentido los afectos y afecciones, sino que además nos orientan qué hacer con ellos. En este caso particular sobre el

“malestar en el trabajo”, se ha deslizado hacia una ilusión de trabajo de sí mismo, no se trata de un trabajo hermenéutico sobre sí, como se realizaba en diferentes momentos de la humanidad (la Grecia antigua, el Cristianismo, la Modernidad), sino, se ha encaminado a una especie de “empresario de sí mismo”, en donde el individuo pareciera que puede decidir supraconscientemente sobre todos los aspectos de su vida: qué trabajo quiere, cuánto dinero quiere ganár, cuántas horas quiere trabajar, si desea ser saludable o no, etc. Con ello, se produce una especie de “colmo de la alienación al pretender suprimir todo sentimiento de alienación” (Laval, C. y Dardot, P., 2013, p. 332), al fingir que el sujeto no está atravesado por la historia, que forma parte de sus propias condiciones materiales y de posibilidad, y en en ellas, se le presenta al sujeto la ilusión de alternativa sobre “el trabajo que quiere” o “cuándo dinero puede hacer”.

Al respecto, Chrisitan Laval y Pierre Dardot (2013, p. 338) señalan que:

Sería una equivocación denigrar esta dimensión de la ética empresarial como si no fuera más que engaño y usurpación. Es la ética de nuestro tiempo. Pero no hay que confundirla con un existencialismo débil o un hedonismo fácil. La ética empresarial encierra, sin duda, estas formas éticas, ya que elogia al «hombre hecho a sí mismo» y «la realización integral», pero lo que la singulariza es otra cosa. El talante de la ética empresarial es más guerrero, exalta el combate, la fuerza, el vigor, el éxito. Hace del trabajo el vehículo privilegiado de la realización de sí: mediante los «logros» en el trabajo es como se consigue tener una vida «lograda». El trabajo asegura la autonomía y la libertad, por ello es la forma más benéfica de ejercer las propias facultades, de invertir las energías creativas, de demostrar el valor que uno tiene. Esta ética del trabajo no es una ética de la auto-renuncia, no hace de la obediencia a las órdenes de un superior una virtud. En lo que a esto se refiere, está en las antípodas de la ética de «conversión» (*metanoia*), que fue la propia del ascetismo cristiano de los siglos III y IV, una ética, precisamente de ruptura con uno mismo.

En ese sentido, lo que disfraza esta lógica de ética empresarial es que el sujeto vive dentro de los límites del capitalismo, en donde se tratará invariablemente de un trabajo enajenado y explotado, a menos, que decida aventurarse hacia el límite externo de la descodificación. De esta forma, el sujeto queda atrapado en un bucle de experiencias contradictorias. El trabajo, lanzado como una supuesta actividad que lo hará feliz, está plagado de experiencias que disminuyen su potencia, que expolían sus afectos, que demandan que sea investido de gran parte de su energía,

que producen desafección. Al mismo tiempo, la institución de la clínica le indicará si su malestar se trata de una patología a tratar y que necesita para tratarlo, como por ejemplo, tomándolo algún fármaco...

De este modo, considero que la farmacología no sólo ejemplifica la exitosa articulación entre la institución clínica y del trabajo en el capitalismo, sino, se vuelve la solución para muchos de estos malestares, afectos y desafecciones.

Como lo menciona Élisabeth Roudinesco (2018, pp. 17-36), desde la aparición de la farmacología en la sociedad moderna, no sólo han sido usados en el ámbito de la “salud mental”, sino que su uso se ha extendido a cualquier sujeto que padezca algún sufrimiento psíquico. Con ello, se ha intentado borrar del horizonte de “la realidad de la desgracia, de la muerte y de la violencia [...] en lugar de las pasiones, la calma; en lugar del deseo, la ausencia de deseo; en lugar del sujeto, la nada; en lugar de la historia, el fin de la historia”.

Así, la psicofarmacología se ha encargado de ocultar, adormecer e invisibilizar el sufrimiento humano. Para ello, ésta ha tenido que crear un abanico de afecciones distinguibles las unas de las otras, para poder atender individualmente cada malestar. Hemos llegado a un mundo en donde existe prácticamente una pastilla para cada duelo, crisis pasajera, miedo y nerviosismo, producidos por entorno hostil en el vivimos.

[...] la psicofarmacología se ha convertido hoy, a su pesar, en el estandarte de un tipo de imperialismo. Permite, en efecto, a todos los médicos –y particularmente a los clínicos- abordar de la misma manera toda clase de afecciones sin que sepamos jamás a qué tratamiento responden. Psicosis, neurosis, fobias, melancolías y depresiones son así tratadas por la psicofarmacología como tantos estados ansiosos consecutivos a duelos, a crisis de pánico pasajeras, o a un nerviosismo extremo debido a un entorno difícil. El medicamento psicotrópico devino lo que es –escribe Édouard Zarifian- solo porque apareció en un momento oportuno. Se convirtió entonces en el símbolo de la ciencia triunfante –la que explica lo irracional y cura lo incurable- [...]. El psicotrópico simboliza el triunfo del pragmatismo y del materialismo sobre las borrosas elucubraciones psicológicas y filosóficas que intentan delimitar al hombre (Roudinesco, É., 2018 p. 23).

Sin embargo, lejos de discutir la utilidad de estas sustancias y de despreciar el confort que aportan, Élisabeth Roudinesco (2018, p. 13), intenta mostrar que éstas, no sabrían curar al humano de sus sufrimientos psíquicos. Es más, destaca que son las experiencias como “la muerte, las pasiones, la sexualidad, la locura, el

inconsciente, la relación con el otro”, aquellas que han sido causas de angustia y malestar, son las mismas que constituyen la subjetividad. Las cuales, quedan negadas de la sociedad contemporánea, que sustentadas en las promesas del capitalismo de la felicidad y del bienestar; construye y lanza imaginarios sociales sobre cómo debería ser la vida, sobre ilusiones soportadas en el trabajo duro que devendrá el medio para alcanzar la vida soñada.

Por otro lado, el papel de los fármacos cobra otra dimensión en el contexto hospitalario en tanto el analizador *fármakon*. A lo largo del proceso de escritura y desarrollo de los capítulos que estaban articulados del analizador *fármakon*, se fue haciendo cada vez más claro que éste, se trataba de una pieza fundamental de las relaciones en el hospital. A saber, las relaciones jerárquicas y de competencia clínica entre los médicos, además de estar fundamentada en el disciplinamiento del cuerpo, el *fármakon* también está estructurado sobre la base de una complicidad.

Esta complicidad se encuentra articulada en diferentes formas, por un lado, a través de las lógicas del castigo que tienen esta dimensión de disciplinamiento del cuerpo, y asimismo sobre los rituales de iniciación que designan el ingreso al grupo, y no cualquier grupo, sino al grupo de médicos, a un grupo de saber reservado y con grandes imaginarios sociales. Por el otro lado, la pertenencia al grupo médico supondría una complicidad en torno al *fármakon* en diferentes aspectos. En el primero, los rituales de iniciación a través del castigo implican una primera complicidad entre los que ejercen el castigo y aquellos que son castigados. Evidentemente todos los niveles del establecimiento (administrativos, personal, directivos, profesores, etc) saben de su existencia, pero nadie habla explícitamente sobre ello.

En segundo lugar, los castigos que están soportados en la necesidad de mano de obra para trabajar en el hospital. Digamos, no se trata única y exclusivamente de la función del castigo como ritual de iniciación y del disciplinamiento corporal, sino que está atravesado por la necesidad de personal que resulta insuficiente en el hospital. Ejemplo de ello, son los turnos nocturnos denominados como guardias, que son cubiertas principalmente por estudiantes de posgrado (residentes).

De este modo, se evidencia el carácter múltiple de las instituciones, es decir, no hay una institución “pura”, sino composiciones segmentarias de otras instituciones, que en el caso del trabajo precario, se termina por “resolver” a través de los mecanismos que son parte (segmentos) de otras instituciones, como el castigo, la clínica, el disciplinamiento.

Además, el *fármakon* articula otras formas de complicidad con el castigo y los rituales de paso. Los castigos suelen ejercer en términos de prolongar las jornadas de trabajo que los llevan a tomar fármacos que les permitan seguir trabajando aun cuando ya no pueden. De igual forma, tal y como desarrollé en el segundo pligüe, el consumo de fármacos está atravesado por una serie de prácticas complejas, que pueden ir desde el comprar el fármaco o saquearlo del propio hospital. Bajo esta última forma de saqueo, se hace evidente la complicidad del personal alrededor del consumo y saqueó en sus diferentes dimensiones (el almacenaje, el mercado negro y la *Robin-Hodd-ada*). Y simultáneamente, elucida los vínculos que construyen los sujetos con las instituciones en las sociedades actuales.

En ese sentido, el *Farmacón* se constituye como una institución que organizaría las relaciones en el contexto hospitalario. Se trata entonces, de una institución que se encuentra entre las tensiones que produce el propio capitalismo. En otras palabras, el *fármakon* se origina a raíz de diversas condiciones que produce la axiomatización: la precarización de las condiciones que hace que haya desabasto de fármacos, entonces los roban para almacenarlos; la pérdida de poder adquisitivo y precarización de prestaciones sociales básicas que impiden que los familiares de los médicos tengan servicios de salud que cubran sus padecimientos; el uso de los castigos para la suplencia de personal básico en las jornadas laborales y turnos nocturnos.

Asimismo, el *fármakon* también se encuentre en el otro límite, en el de la descodificación: al consumir el fármaco, la práctica se convierte en una *línea de fuga*. El fármaco en este caso, es una forma de modificar los *encuentros* que tienen los médicos en el hospital, en tanto sus largas y extenuantes jornadas, como en la falta de materiales, la enfermedad, la agonía y muerte de los pacientes y demás

situaciones que se vuelven insostenibles con el pasar de los días. De este modo, el fármaco, -la droga-, tiene la posibilidad de convertirse en una experiencia vital en el sentido de modificar los perceptos y afectos que se establecen en la realidad y con los otros. Pero que se puede deslizar hacia una empresa autodestructiva mortífera (Deleuze, G., 2007). Por lo que de nuevo se hace pertinente preguntar sobre ¿qué tipo de sociedad estamos construyendo?

Sin duda, el *fármakon* tiene aun incontables aristas para desarrollar y para profundizar más finamente. La relación que ha establecido con el trabajo, -para su sostenimiento-, así como el adormecimiento de los perceptos y afectos para soportar la jornada nos habla de las condiciones mismas en que estamos trabajando. De este modo, se hace menester no sólo poner al centro el lugar del trabajo en nuestra sociedad, sino, problematizar su papel en la organización de las relaciones sociales actuales.

Asimismo, se hace imperiosa la necesidad de problematizar sobre qué tipo de afectos y afecciones se han vuelto “deseables” en nuestro día a día. Se buscan y esperan las sensaciones alegres y que aumenten nuestra potencia, aunque nuestras experiencias estén produciendo lo contrario, o incluso, procesos desafectivos de negación y exceso.

Bajo este maco y a partir del recorrido que ha implicado el proceso de investigación, debo decir que he quedado con más interrogantes y cuestionamientos sobre las formas de producción de subjetividad y sobre el lugar del trabajo y la clínica en la sociedad actual. Me lleva a preguntarme si la desafección es un fenómeno exclusivo de los médicos o si es posible llevarla a otros espacios y cómo hacer este pasaje.

Considero que a través de la construcción teórico-metodológica que he desarrollado hasta el momento, será importante tener en cuenta varias consideraciones. Primeramente, el concepto de desafección como del *fármakon* se constituyeron a través de un campo de intervención particular, como lo fue el HUP. No obstante, todo campo de intervención es construido por el investigador y está

situado en el campo de análisis, en un contexto más amplio y que refracta problemáticas que están fragmentadas entre sí.

Sin duda, esta fragmentación es resultado de la propia institución científica y de su articulación con el capitalismo. En la medida que el capitalismo axiomatiza, fragmenta y desvincula los procesos sociales. Esto nos lleva a estudiar los fenómenos desarticulados entre sí; cada quién desde su disciplina y su trinchera estudia un pedacito de la totalidad. Asimismo, la investigación queda condicionada a los marcos institucionales como el tiempo (los de CONACyT); ciertas formas de aprender a investigar (tomar clase); seguir procesos (administrativos); rituales (los comités y exámenes de grado). Con ello, debo señalar que si alguien se aventura a indagar sobre los procesos de desafección en otro campo de análisis, se deberán tener en cuenta los puntos de partida de esta investigación que he procurado explicitar lo más posible.

Con ello me refiero a los marcos teórico-metodológicos que han estado condicionados a mis preferencias teóricas y metodológicas como lo es el socioanálisis, al análisis de las implicaciones y las teorías marxianas, deleuzianas y foucaultianas. En ese sentido, el proceso de investigación ha constituido en sí mismo la creación de un analizador que ha estado dirigido a la *agencia* de la desafección y del *fármakon*. Dicho de otro modo, a la actividad y proceso activo de producción de significaciones que permiten observar lo instituido de la sociedad, la posibilidad de elucidar la construcción de vínculos entre los sujetos, que en este caso, constituyó una serie de vínculos que establecimos los médicos y yo; mis lectores, compañeros de posgrado, amistades, vecinos, pareja, alumnos y yo; de esta tesis doctoral que busca de fondo seguir produciendo conocimiento y establecer vínculos con muchas y muchos otros más, para quien la lea, se pregunte, se intrigue, que produzca muchos más vínculos de los que han quedado escritos en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73): 249-264.
Recuperado en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson. Recuperado el 08 de 09 de 2019, de https://psicologiaunisonhermosillo.files.wordpress.com/2016/08/tests_psicologicos_y_evaluacion1.pdf
- Algañaraz, J. (25 de marzo 2020). "Testimonios de espanto. Coronavirus en Italia: el dramático suicidio de dos enfermeras y la angustia por los médicos muertos". *El Clarín*. Recuperado el 25 de marzo 2020 en: https://www.clarin.com/mundo/coronavirus-italia-enfermeras-suicidan-miles-medicos-muertos-contagiados_0_IY_-2U_iQ.html
- Ansoleaga Moreno, E. y Miranda-Hiriart, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(1), pp. 1-14.
- Ardoino, J. (1997). La intervención: ¿imaginario del campo o cambio de lo imaginario? (pp. 13-44). En Guattari, F. et al. *La intervención institucional*. Folios: México.
- Aristóteles. (1998). *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. Madrid: Gredos.
- Arrioux, C. (2018). *Violentar el pensamiento: Una iniciación a la filosofía de Gilles Deleuze*. Buenos Aires: Kindle Android version.
- Astudillo, P., et al. (2016). Insuficiencia venosa crónica en trabajadores sin factores de riesgo que permanecen horas prolongadas en bipedestación. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(243), pp. 141-156. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v62n243/revision1.pdf>
- Bacarlett Pérez, M. L. y Pérez Bernal, A. (2013). El papel del pathos en la teórica platónica del conocimiento. *Eidos*(18), 46-77.
- Baremblytt, G. (1988). Breves notas para una conceptualización de la problemática Trabajo y Salud Mental. En G. Baremblytt *Saber, poder, quehacer y deseo* (pp. 111-124. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

- BBC. (09 de octubre 2016). <https://www.bbc.com/>. (Z. Gorvett, Ed.) Recuperado el 03 de 07 de 2019, de <https://www.bbc.com/>: <https://www.bbc.com/mundo/vert-cap-37391172>
- BBC. (06 de octubre 2017). <https://www.bbc.com/>. Recuperado el 04 de 07 de 2019, de BBC: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-41532689>
- Benito Olalla, P. (2015). *Baruch Spinoza. Una nueva ética para la liberación humana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Berenzon, S. et. al. (2012). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), pp. 74-80.
- Bericat Alastuey, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers, revista de sociología*(62), pp. 145-176.
- Bourdieu, P., Passeron, J. Chamboredon, J. (2012). *El oficio de Sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Brachtendorf, J. (1997). Cicero and Augustine on the Passions. *Revue des Études Augustiniennes*(43), pp. 289-308.
- Brown, F. (2000). *Principios de la medición en psicología y educación*. México: Manual Moderno.
- Burgos Gil, G. (16 de enero, 2019). "Focusing". *Saludterapia*. Recuperado en: <https://www.saludterapia.com/glosario/d/125-focusing.html>
- Calderón Narváez, G. (1981). La depresión, problema de salud pública. *Época, Revista de Salud Pública México*, 23(5), 503-508.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Tusquets.
- Casanova Cardiel, P. (1996). "El frente "psi" en México: notas sobre asistencia, universidad y sociedad II". En Castillo, M. A. (1995). *3 Foro departamental de educación y comunicación 1995: psicología* (pp. 101-118). México: UAM-X, Educación y Comunicación.
- Casanova Cardiel, P. (1997). "Universidad y derechos humanos". En *Anuario de investigación 1997, Vol. II: Psicología* (pp. 223-231). México: UAM-X, Educación y Comunicación.

- Castro, E. (2019). Presentación. El hombre como sujeto de deseo y animal de confesión. En M. Foucault, *Historia de la sexualidad IV. Las confesiones de la carne* (pp. 1-15). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Chaverry Soto, R. (2009). *El Sujeto como objeto de sí mismo en Michel Foucault*. México: Afinita Editorial México.
- Clastres, Pierre (1978). *La sociedad contra el Estado*. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Costa, G. (2015). "Sleep Deprivation Due to Shift Work". *Handb Clin Neurol*. 131, pp. 131-437. DOI:10.1016/B978-0-444-62627-1.00023-8. Recuperado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563802/>
- Crevenna, P. (1979). Alienación y prescripción de medicamentos. *Salud Problema*, no. 5, pp. 20-24.
- Cruz Robazzi, M. L. do C., et. al. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), pp. 52-64.
- Damasio, A. (2007). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- De Aquino, T. (2000). *De Veritate, Cuestión 26. Las pasiones del Alma*. Pamplona: Cuaderno de Anuario Filosófico Departamento de Filosofía de la Universidad de Navarra.
- de Beauvoir, S. (2019). *El segundo sexo*. México: Penguin Random House.
- de Gaulejac, C., & Guerrero, P. (2017). *Gestión paradójante del capitalismo actual: Un sistema que nos está volviendo locos*. En H. Foladori, & P. Guerrero, *Malestar en el trabajo* (pp. 13-28). Santiago: Lom.
- del Tronco, J. (2012). Las causas de la desconfianza política en México. *Perfiles Latinoamericanos de Ciencias Sociales*(40), pp. 227-251.
- Dejours, C. (2015). *El sufrimiento en el trabajo*. Buenos Aires: Topía.
- Dejours, C. (2017). La sublimación entre el sufrimiento y el placer en el trabajo. En H. Foladori, y P. Guerrero Morales, *Malestar en el trabajo* (P. Guerrero, Trad., pp. 29-44). Santiago, Chile: Lom.

- Deleuze, G. (1969). *Lógica del sentido*. Santiago: Edición electrónica de www.philosophia.cl/Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
- Deleuze, G. (24 de enero 1978). *Curso sobre Spinoza*. (E. Hernández, Trad., & R. Marginales, Recopilador) Vincennes, Val de Marne, Francia. Obtenido de <http://reflexionesmarginales.com/3.0/wp-content/uploads/2013/01/Gilles-Deleuze-Curso-Sobre-Spinoza.pdf>
- Deleuze, G. (1996). *Spinoza y el problema de la expresión*. Barcelona: Muchnik.
- Deleuze, G. (2002). *Diferencia y Repetición*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Deleuze, G. (2005). *La Isla Desierta y otros textos*. Textos y entrevistas 1953-1974. Valencia: Pre-Textos.
- Deleuze, G. (2007). *Dos regímenes de locos*. Valencia: Pre-textos.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2015). *El Anti-Edipo*. Barcelona: Paidós.
- Depraz, N. (2012). Delimitación de la Emoción. Acercamiento a una fenomenología del corazón. *Investigaciones Fenomenológicas*(9), 39-68.
- Derrida, J. (1975). *La farmacia de Platón*. Madrid: De Seuil.
- Descartes, R. (1995). *Meditaciones Metafísicas*. Quito: Anthropos.
- do Carmo Cruz Robazzi, M. L., Chavez Mauro, M. Y., Barcellos Dalri, R., Almeida da Silva, L., de Oliveira Secco, I. A., y Jorge Pedrão, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(1), 52-64. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009
- Donzelot, J. (2008). *La policia de las familias*. Buenos Aires: Nuevo visión.
- Durkheim, É. (1987). *La división social del trabajo*. Madrid: Akal.
- Durkheim, É. (2001). *Las reglas del método sociológico*. México: Siglo XXI.
- Durkheim, É. (2012). *Las formas elementales de la vida religiosa*. México: FCE-UAMC-UIA.
- Elías, N. (2015). *La sociedad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Emmer, S. y Schejter, V. (4 de noviembre 2014). *Ética y lazo social*. En Mora Larch, F., Proceso grupal. Disponible en: <http://procesogrupal.overblog.com/2014/11/etica-y-lazo-social-de-silvia-emmer-y-virginia-schejter.html>.
- Etimologías Chile (20 de 08 de 2020). *Etimologías Chile*. Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/>: <http://etimologias.dechile.net/>
- Enciso Domínguez, G., & Lara, A. (2014a). Emociones y ciencias sociales en el S. XX: la precuela del giro afectivo. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 14(1), 263-288.
- Expansión Política (07 de enero, 2021). *Tras la muerte de un alumno, la UNAM retira a sus pasantes de un hospital*. Recuperado de: <https://politica.expansion.mx/mexico/2021/01/07/tras-la-muerte-de-un-alumno-la-unam-retira-a-sus-pasantes-de-un-hospital>
- Fassler, C. (1978). Salud y trabajo. *Salud Problema*(2), pp. 2-7.
- Fernández Gonzalo, J. (2011). *Filosofía zombi*. México: Anagrama
- Fernández, L. (2017). Gobernar la carne: Subjetivación y veridicción cristiana en Foucault. *Revista de Estudios Foucaultianos*(3), 57-73.
- Fernández, L. (12 de febrero 2019). *Apunte de clase 4, el deseo como producción*. *Apunte de clase 4*. (C. Virtual, Ed.) Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, A. M. (1997). Investigaciones en Psicología. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, UBA, 2(3).
- Flores Contreras, E. (01 de junio 2020). "Se suicida enfermera contagiada por covid-19, en Guerrero". *Proceso*. Recuperado el 01 de junio de 2020, en: <https://www.proceso.com.mx/632581/se-suicida-enfermera-contagiada-por-covid-19-en-guerrero?fbclid=IwAR3oPXt3WDPpT83QNmvKHZRkz9mxrdrL3O6cf-LKCzrsTKtbKEIBRpotu1A>
- Foladori, H. (2006). Burn out: El trabajo psíquico con equipos de salud. *Área 2. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 1-13.

- Foladori, H. (2017). Origen del rol de consultor en la institución y sus derivaciones. En H. Foladori, y P. Guerrero, *Malestar en el trabajo* (pp. 83-100). Santiago: Lom.
- Foladori, H., y Guerrero, P. (2017). *Malestar en el trabajo*. Santiago: Lom.
- Forbes. (28 de mayo 2019). *Forbes México*. (S. Forbes, Editor) Recuperado el 29 de 05 de 2019, de Forbes: <https://www.forbes.com.mx/oms-clasifica-desgaste-y-estres-laboral-como-una-enfermedad/>
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del Sujeto*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. (J. Varela, & F. Álvarez-Uría, Trads.) La Plata: Altamira.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). Del yo clásico al sujeto moderno. En M. Foucault, *El yo minimalista y otras conversaciones* (pp. 71-85). Buenos Aires: La marca.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010). *El cuerpo utópico. Las heterotopias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2013). *Historia de la Sexualidad III. La inquietud de sí*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M., (2014). *El gobierno de los vivos: curso en el Collège de France (1979-1980)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2016). *Historia de la Sexualidad II. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2019). *Historia de la Sexualidad IV. Las confesiones de la carne*. México: Siglo XXI.

- Freud, S. (1976). *Obras completas VII. Tres ensayos de la teoría sexual y otras obras (1901-1905)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García Canal, M. I. (2014). La noción de dispositivo en la reflexión histórico-filosófica de Michel Foucault. En E. Andión Gamboa, *Dispositivos en Tránsito. Disposiciones y potencialidades en comunidades en creación* (pp. 19-34). México: CENART-CONACULTA.
- Garcés Ojeda, M., Frías-Castro, P. y Maca-Urbano, D. (2020). Transformaciones del trabajo y nuevas formas de gestión managerial. *Límite, Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 15
- Gastal de Castro, F., & Zanelli, J. C. (2007). Síndrome de burnout e projeto de ser. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), 17-33. doi:<https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v10i2p17-33>
- García Masip, F. y Manero Brito, R. (2017). Apuntes sobre las biopolíticas de salud mental en los Centro de Integración Juvenil (CIJ's) y sobre la creación del Sindicato Independiente de Trabajadores en Salud Mental (SITRASAM), (1974-1981). *Tramas*, 42, pp. 175-192
- Gil Montes, V. (2011). *La institución de la salud: La producción de significados a partir de la condición juvenil*. Tesis para obtener el grado de Doctora [No publicada]. Ciudad de México: UAM-Xochimilco.
- Girard, R. (1986). *El chivo expiatorio*. Barcelona: Anagrama.
- Girard, R. (2005). *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama.
- González, J. (21 de enero de 2021). "Trabajadores de salud realizan protesta frente al hospital 'La raza'. *Excelsior*. Disponible en: <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/trabajadores-de-salud-realizan-protesta-frente-al-hospital-la-raza/1424911>
- Gorbach, F. (2009). Hacia la determinación biológica: reflexiones en torno al concepto de sensibilidad. México en el siglo XIX. *Graphen*(4), pp. 9-26.
- Guadarrama, G. (2001). *Entre la caridad y el derecho. Un estudio sobre el agotamiento del moedelo nacional de asistencia social*. México: El Colegio Mexiquense-Consejo Estatal de Publicación.

- 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, pp. 317-327.
- Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Hemmings, C. (2005). Invoking Affect. Cultural theory and the ontological turn. *Cultural Studies*, 19(5), 548-567.
- Internacional (25 de marzo 2020). "Coronavirus en Italia: enfermeras se suicidan y médico siguen muriendo infectados". *El Universo*. Recuperado el 25 de marzo de 2020 en: <https://www.eluniverso.com/noticias/2020/03/25/nota/7794639/coronavirus-italia-enfermeras-suicidio-medicos-religiosos-muertos>
- Iwasaki, K., Takahashi, M., & Nakata, A. (2006). Health problems due to long working hours in Japan: working hours, workers' compensation (karoshi) and preventive measures. *Industrial Health*, 44(4), 537-40. doi:10.2486/indhealth.44.537
- James, W. (1879). *El sentimiento de la racionalidad*. Mind, 317-346.
- Jamme, C. (1999). *Introducción a la filosofía del mito*. Barcelona: Paidós.
- Jarne Esparcia, A., Vilalta Suárez, R. J., Arch Marín, M., Guardia Olmos, J., & Pérez González, A. (2012). Especialidades y Acreditaciones en Psicología. *Papeles del Psicólogo*, 33(2), pp. 90-100. Obtenido de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2097.pdf>
- Lapassade, G. (1979). *El analizador y el analista*. Barcelona: Gedisa.
- Lara, A., y Enciso Domínguez, G. (2013). El giro Afectivo. Athenea Digital. *Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 13(3), 101-119.
- Lara, A., & Enciso Domínguez, G. (2014b). Ciencia, teoría social y cuerpo en el giro afectivo: esferas de articulación. *Quaderns de Psicologia*, 16(2), 7-25.
- Laurell, A. C. (13 de febrero 2012a). El seguro popular, mitos y realidades. *La jornada*, Recuperado de:

<https://www.jornada.com.mx/2009/02/13/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>

Laurell, A. C. (09 de mayo 2012b). Ganadores y perdedores de la seguridad social "universal". *La jornada*. Recuperado en:

<https://www.jornada.com.mx/2012/05/09/ciencias/a03a1cie>

Laval, C. y Dardot, P. (2013). Ensayo sobre la sociedad neoliberal. En *La nueva razón del mundo* (pp. 481-608). Barcelona: Gedisa.

Lefebvre, H. (1977). El Estado Moderno. En Centro de Investigación y Técnicas Políticas, *Ley electoral y consecuencias políticas* (pp. 225-241). Madrid: CITEP.

Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2020). "La organización del trabajo y el estrés". Organización Mundial de la Salud. Recuperado en: https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/

Ley Federal del Trabajo. (02 de 07 de 2013). www.diputados.gob.mx. Obtenido de www.diputados.gob.mx:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_020719.pdf

Llaven Anzures, Y. (19 de febrero de 2020). Por "robo hormiga" de fármacos y huachicoleo rescinden a 17 trabajadores del IMSS en Puebla. *La Jornada de Oriente*, s/p.

López Carballeira, A. (2017). *El síndrome de Burnout: Antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega*. Vigo: Universidad de Vigo y EIDO Escola Internacional de Doutoramiento.

López-Gatell Ramírez, H. (14 de marzo del 2020). *Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México*. <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-237955?idiom=es>

López-Gatell Ramírez, H. (24 de mayo del 2020). *Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México*. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/es/articulos/version-estenografica->

conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-243705?idiom=es

López-Gatell Ramírez, H. (11 de julio del 2020). *Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México*. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-247976?idiom=es> [mexico-245171?idiom=es](https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19-en-mexico-245171?idiom=es)

López Varela, G. (2019). *Hacer de la muerte una pregunta. Subjetividades antagónicas en el capitalismo como religión y entramados culturales de vida en contextos de la Santa Muerte en Puebla (México)*. Tesis para obtener el grado de Doctor. [No publicada]. Puebla: ICSyH-BUAP.

López Villegas, A. L. (2021). *No queremos [hacer] más necropsias: Precariedad laboral, feminicidio e impunidad en México*. Tesis para obtener el grado de Maestría. [No publicada]. Puebla: BUAP.

Lourau, R. (1977). Análisis institucional y cuestión política. En R. Lourau, M. Bernard, M. Evrard, y V. Goldstein, *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Nueva Imagen.

Lourau, R. (2001). *El análisis Institucional*. Buenos Aires: Amorrurtu.

Manero Brito, R. (1991). Introducción al análisis institucional. *Tramas*(1), pp. 121-157.

Manero Brito, R. (1992). *La novela institucional del socioanálisis. Ensayo sobre la institucionalización*. México: Colofón.

Manero Brito, R. (1995a). *El análisis de las implicaciones*. Ciudad de México: Trabajo Presentado para el III Foro Departamental de Educación y Comunicación. Ciudad de México: UAM-X.

Manero Brito, Roberto (1995b). Tiempo, temporalidad e intervención. *Tramas*(8), diciembre. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Págs. 211-237. Recuperado en:

<http://132.248.9.34/hevila/TramasMexicoDF/1995/no8/13.pdf>

- Manero Brito, R. (1996). El concepto de institucionalización en socioanálisis y sus aportes a la psicología social. En I. Jáidar Matalobos, *Anuario de Investigación del Departamento de Educación y Comunicación* (pp. 727-751). México: UAM-X.
- Manero Brito, R. (2012). El devenir del socioanálisis. *Tramas*(37), pp. 215-240.
- Manero Brito, R. (2015). El analizador y el sentido del análisis. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*(19), pp. 1-18.
- Manero Brito, R. (2017). Apuntes sobre las biopolíticas de salud mental en los Centro de Integración Juvenil (CIJ's) y sobre la creación del sindicato Independiente de Trabajadores en Salud Mental (SITRASAM), (1974-1981). *Tramas*(42), pp. 175-192.
- Martínez, L. (20/02/2020). "Cuando la BUAP le dio permiso a los estudiantes de ser rebeldes", recuperado en: <http://mundonuestro.mx/index.php/secciones/universidad-y-conocimiento/item/2278-cuando-la-buap-les-dio-permiso-a-los-estudiantes-de-ser-rebeldes>
- Martínez-Lanz, P., Medina-mora, Ma. E. y Rivera, E. (2004). Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, 27(6), pp. 17-27
- Marx, K. (2013). *El capital. Tomo 1, volumen 1*. México: Siglo XXI.
- 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.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. L. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol*(52), pp. 397-422. Recuperado en : <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Massumi, B. (1995). The Autonomy of Affect. *Cultural Critique*(31), pp. 83-109.
- Mauss, M., & Fauconnet, P. (1901). La sociologie, objet et méthode. Sociologie extrait de la Grande Encyclopédie, *Société anonyme de la Grande Encyclopédie*, 30, 1-26.

- Matrajt, M. (1991). Industrialización, proceso de trabajo y salud mental. *Subjetividad y cultura*, (1), pp. 23-24.
- Mayoral Sánchez, E. G., & Delgado Aguilar, F. J. (2017). "¿Historia de las emociones o emociones en la historia? Memoria y emociones colectivas para el abordaje del pasado. En M. González Navarro, & J. Mendoza García, *Memoria colectiva de América Latina* (pp. 61-84). México: Biblioteca Nueva y Universidad Autónoma Metropolitana unidad Iztapalapa.
- Medlineplus (s/f) Recuperado el 12/12/2020 en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a695011-es.html>Merleau
- Monsiváis Carrillo, A. (2017). La desafección representativa en América Latina. *Andamios*, 14(35), 17-41.
- Montero, J., Gunther, R., & Torcal, M. (1999). Legitimidad, descontento y desafección. El caso español. *Estudios Políticos*, 74, 107-149.
- Moore-Ede, M., and Richardson, G. (1985). Medical implications of Shift-Work. *Annu Rev Med*, 607-617.
- Morrison, J. (2015). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.
- Nasio, J. D. (1988). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Narro Robles, J., Arriola, M., Reyes Baeza, J., Navarrete Prida, M., y Kuri Morales, P. (13 de 11 de 2017). Conferencia de prensa sobre las Acciones Emprendidas en Materia de Salud por el Sismo registrado este 19 de septiembre. *Sala de Presa, Gobierno de la República*, s/p.
- Noriega, M. (1989). Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo. *Salud Problema*, 17, pp. 9-13.
- OMS. (04 de diciembre 2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortega, A. (31 de julio de 2019). "Medicos, enfermeras y camilleros exigen a AMLO certeza laboral. *Expansión política*. Disponible en:

<https://politica.expansion.mx/mexico/2019/07/31/marcha-medicos-enfermeras-exigen-a-amlo-certeza-laboral>

- Otero Dorrego, C., Huerta Camarero, C. y Duro Perales, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo (I): aspectos jurídico-legales y epidemiológicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(211), pp. 15-23.
- Pabón S. de Urbina, J. M. (1999). *Diccionario Griego-Español*. Barcelona: Vox.
- Pashukanis, E. B. (1976). *Teoría General del Derecho y el Marxismo*. México: Grijalbo.
- Pateman, C. (1995). El contrato sexual. México: Anthropos; UAM-I.
- Peña, V. (2018). Introducción. En B. Spinoza, *Ética* (págs. 9-49). Madrid: Alianza Editorial.
- Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. México: Editorial Planeta.
- Redacción Animal Político (24 de febrero 2020). “Asesinan en Puebla a tres estudiantes de Medicina y a un conductor de Uber”. <https://www.animalpolitico.com/2020/02/puebla-estudiantes-medicina-asesinados/>
- Reporte de investigación 69. (septiembre 2005). *Poder adquisitivo del salario Trabajadores del IMSS*. Centro de Análisis Multidisciplinario-UNAM
- Reporte de investigación 133. (11 de diciembre 2020). Resultados del cuestionario sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud en México durante la pandemia por el COVID-19. *Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 14/12/2020 en: <https://cam.economia.unam.mx/reporte-de-investigacion-133-resultados-del-cuestionario-sobre-las-condiciones-laborales-de-los-trabajadores-de-la-salud-en-mexico-durante-la-pandemia-por-el-covid-19/>
- Reporte 134. (16 de abril 2021). En total precarización laboral los trabajadores de salud enfrentan la pandemia por el Covid-19 en México. *Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 16 de abril 2021 en: <https://cam.economia.unam.mx/reporte->

134-en-total-precarizacion-laboral-los-trabajadores-de-la-salud-enfrentan-la-pandemia-por-el-covid-19-en-mexico/

Reporte de investigación especial 135. El poder adquisitivo del salario de las profesoras y los profesores en la UNAM. 2001-2021. *Centro de Análisis Multidisciplinario de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Recuperado el 07 de junio de 2021 en: <https://cam.economia.unam.mx/reporte-de-investigacion-especial-135-el-poder-adquisitivo-del-salario-de-las-profesoras-y-los-profesores-en-la-unam-2001-2021/>

Reygadas Robles-Gil, R. (2006). Génesis social de la asistencia. *Vinculando*, pp. 1-14.

Rich, A. (1986). *Sangre, pan y poesía*. Barcelona: Icaria.

Rodríguez Ajenjo, C. y Flores Vázquez, R. (1979). ¿Medicina o salud en el trabajo? *Salud Problema*(5), pp. 4-10.

Rodríguez, K. (09 de diciembre de 2020). "Protestan trabajadores de la salud para exigir equipos de seguridad". *El universal*. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/protestan-trabajadores-de-la-salud-para-exigir-equipos-de-seguridad>

Rohde, E. (2012). *Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Rojas Soriano, R. (1999). *Capitalismo y enfermedad*. México: Plaza y Valdéz

Rossi, M. Á. (Julio-Diciembre de 2005). Cicerón y Agustín: contrafiguras para pensar la política. *Co-herencia*, 3(2), 75-88.

Rosental, M. e Iudin, P. (1946). *Diccionario Filosófico Marxista*. Montevideo: Pueblos Unidos.

Roudinesco, É., y Plon, M. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. (J. Piatigorsky, Trad.) Buenos Aires: Paidós.

Roudinesco, É. (2018). *¿Por qué el psicoanálisis?* México: Paidós.

Rozitchner, L., (2002). Reportaje a León Rozitchner realizado por Norma Ferraro, Guillermo Pietra y Michel Sauval. *Acheronta*, 15 (pp. 43-74).

- Rozitchner, L., (2007). *La Cosa y la Cruz: cristianismo y capitalismo (En torno a las Confesiones de San Agustín)*. Losada: BUenos Aires.
- Rubín, I. I. (1974). *Ensayos sobre la teoría marxista del valor*. Buenos Aires: Siglo XXI-Cuadernos Pasao y Presente.
- Saint-Simon, H. (1960). *Catesismo político de los industriales*. Buenos Aires: Aguilar.
- Sarter, G. (2017). *Les rite d'Institution et leur fonctions sociales. Secession: le regard sociologique*. Recuperado el 03/06/21 en: <https://secession.fr/les-rites-dinstitutions>
- Sellés, J. F. (2000). Introducción. En T. De Aquino, De Veritate, Cuestión 26. *Las pasiones del alma* (pp. 9-92). Pamplona: Cuaderno de Anuario Filosófico Departamento de Filosofía de la Universidad de Navarra.
- Secretaria del Trabajo y Previsión Social. (23 de Octubre de 2018). NOM-035-STPS-2018. Obtenido de Secretaria del Trabajo y Previsión Social: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23%2F10%2F2018
- Silva de los Ríos, M. C. (2016). *¿Por qué sufren los trabajadores de salud? El caso de una Centro de Salud Familiar Rural del sur de Chile*. Tesis para optar al grado de Doctor. [No publicado]. Santiago, Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.
- Smith-Coggins, R., et. al. (1997). Rotating shiftwork schedules: can we enhance physician adaptation to night shifts? *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 4(10), pp. 951–961. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03658.x>. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9332626/>
- Spinoza, B. (2018). *Ética*. Madrid: Nueva Alianza.
- Solís de Alba, A. A. et. al. (2006). *Proyecto de nación y movimientos sociales*. México: ITACA.
- Suaste Cherizola, J. J. (2014). *La filosofía política de Gilles Deleuze*. Tesis para optar para el grado de Mestro [No publicada]. Ciudad de México: UNAM.

- Torcal, M. (2003). *Political disaffection and democratización. History in new democracies*. Indiana: Kellogg Institute. The Helen Kellogg Institute for International Studies/University of Notre Dame.
- Trueba Atienza, C. (2009). La teoría aristotélica de las emociones. *Signos Filosóficos*, 11(22), pp. 147-170.
- Uribe Gómez, M., & Abrantes Pègo, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o contiuidades? *Perfiles Lationamericanos*, pp. 135-1362.
- Urrutia, A. (03 de mayo 2020). "Covid-19 dejó al descubierto abandono de salud pública: AMLO". *La Jornada*. Recuperado el 04 de mayo 2020 en: https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/05/03/covid-19-dejo-al-descubierto-abandono-de-salud-publica-amlo-2744.html?fbclid=IwAR1sggyTX1oGrURjSN8_vB12gLK9qynD_q35OM42y16FIGENjaEalESxy-M
- Vázquez-Hernández, I., & Acevedo-Peña, M. (2016). Prevalencia de insuficiencia venosa periférica en el personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, pp. 166-170.
- Weber, M. (2002). *Economía y Sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Wetherell, M. (2013). Affect and discours- What's the problem? From affect as excess to affective/discourse practice. *Subjectivity*, 6(4), 349-368.
- Zamora Echegollen, M. A. (2017). *Cuerpo médico: desafección y castigo*. Tesis para obtener el grado Maestría [No publicada]. Ciudad de México: UAM-Xochimilco.
- Zamora Echegollen, M. A. y Contreras Vizcaino, J. J. (2019). "La salud, escenario de violencia cotidiana". En E. Hernández de la Rosa (Coord.). *La violencia: reflexiones empíricas sobre los escenarios cotidianos* (pp. 63-76). Puebla: Universidad de Oriente.
- Zamora Echegollen, M. A. (2020). El sistema de castigos en los Hospitales en México. *Univerciencia*, 17(52), pp. 1-12.

Zamora Echegollen, M. A. y Manero Brito, R. (2020). La muerte en la institución hospitalaria, *Revista M.*, 5(9), pp. 9-24.

Zeitlin, I. (2006). *Ideología y teoría sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.