

Mary Meza Benavides.

M.Sc. en Ciencias de Enfermería. Estudiante del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura. Profesora, Escuela de Enfermería. Universidad de Costa Rica.

✉ mmezab@gmail.com

Recibido el 17 de abril del 2013

Aceptado el 25 de mayo del 2013.

PALABRAS CLAVE:

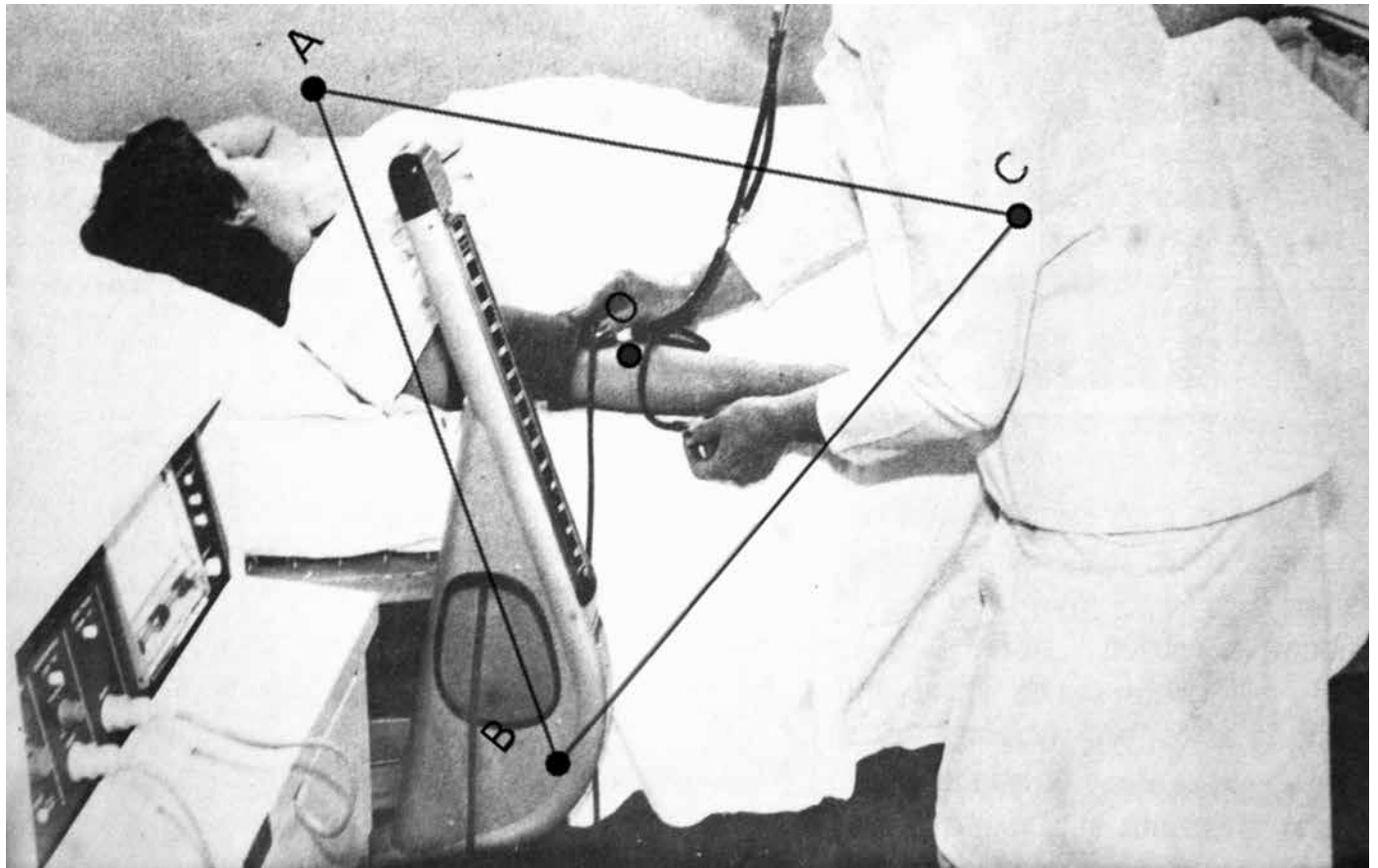
Subjetividad. Ideología.
Instituciones sanitarias.
Humanización. Muerte
social.

KEY WORDS:

*Subjectivity. Ideology.
Sanitary Institutions.
Humanization. Social
Death.*

Subjetividad e ideología en las instituciones sanitarias: lo propio y lo ajeno en el dominio y el poder

Subjectivity and ideology in health institutions: the self and the other in the domain and power.



RESUMEN:

En este ensayo propongo una reflexión sobre subjetividad e ideología desde una posición dialéctica de la relación entre población e instituciones sanitarias. A partir de esta relación y desde un análisis hermenéutico, planteo la contradicción intrapsíquica del cuidado de la salud y la búsqueda del bienestar. En relación con el poder, se examina cómo aquello que esperamos recibir desde la institución social se convierte más bien en sensación de desamparo y se examina también el carácter burocrático de las organizaciones sanitarias y su consecuencia en la humanización de la atención. En una segunda parte, abordo la discusión sobre la huella que deja en términos intrapsíquicos haber trabajado en el campo hospitalario. A manera de conclusión final, incorporo al debate el concepto de muerte social, con la idea de plantear que es posible romper con las estructuras individuales y colectivas para así poder llevar a la conciencia el alcance de nuestros actos.

ABSTRACT:

This paper proposes a reflection on subjectivity and ideology from a dialectical position of the relationship between population and health institutions. From this relation and from a hermeneutic analysis, propose this contradiction intrapsychic health care and the pursuit of welfare. In terms of power, it examines how what we expect to receive from the social institution; this becomes rather in sense of helplessness and also examines the bureaucratic nature of health organizations and its consequence on the humanization of care. In a second part, the discussion board on the mark left in intrapsychic terms has worked in the field hospital. As a final conclusion, joins the debate on the concept of social death, with the idea argue that it is possible to break individual and collective structures in order to bring awareness to the scope of our actions.

INTRODUCCIÓN

“Yo hacerme cargo de mi salud, no gracias”. Esta frase apareció publicada en el suplemento de un diario de la Ciudad de México un domingo de 1992; su autor era un conocido intelectual que tenía habilidad para hablar

de todo y en todo con gran propiedad, mucha elocuencia y siempre en forma convincente. Sin embargo, en esta oportunidad declaraba no estar interesado en ocuparse de su propia salud, para esto decía: *“están las enfermeras y los médicos”.* Con esta frase se abría la discusión, bastante polémica sobre el cuidado de la propia salud.

A partir de aquí, un interés especial me ha acompañado desde hace muchos años; me refiero al antagonismo entre la necesidad de cuidar la salud o la posibilidad de enfermar, y la función de las instituciones sanitarias. En mi experiencia como enfermera en salud mental y psiquiatría y docente universitaria, he buscado elementos teóricos que me permitan algunas explicaciones sobre este tema.

Como parte de un primer enfoque de esta reflexión, me doy cuenta de la dificultad que tenemos las personas para elaborar las situaciones relacionadas con la enfermedad. El temor a la discapacidad, al dolor o a la muerte conduce a un silencio de origen cultural, propio de nuestra idiosincrasia. Raúl Páramo Ortega (2006) comenta que este silencio es el voto necesario para que el sistema social, en este caso representado por las instituciones sanitarias, sostenga un régimen “enfermizante”. Con esta idea planteamos que las condiciones en que se organiza la salud, al menos en nuestro país, no se orienta hacia la salud sino solamente a atender la enfermedad.

Con respecto al papel que asumimos los y las profesionales de la salud en el contexto de las instituciones, se puede valorar mediante la aplicación de los conceptos de lo subjetivo y lo intersubjetivo. A partir del psicoanálisis se puede establecer una relación dialéctica entre la población y las instituciones de salud; etnopsicoanálisis ofrece el material preciso para efectuar este estudio. Así pues, desde un enfoque hermenéutico planteó la relación en términos de la dialéctica entre entorno social, económico, cultural y la dinámica intrapsíquica. (Hauser. 1998)

CONSTRUCCIÓN DEL PODER Y EL DOMINIO: CEDER LO PROPIO.

Conviene como punto de partida plantear las preguntas *¿qué significado tiene para la población costarricense las instituciones sanita-*

rias en relación con el ideal colectivo? y ¿cuál es la función que realmente cumplen estas instituciones con respecto a la atención de las necesidades?

No es necesario formar parte directa de los servicios de salud para darse cuenta de que lejos de ser una experiencia ideal, esta relación implica lidiar diariamente con una serie de frustraciones que van articulando una visión de desamparo ante un ente abstracto que se materializa en la institución.

En términos de la institución sanitaria, la racionalidad burocrática representada por el exagerado apego e internalización de las normas y los reglamentos, es el principal enemigo de la atención humanizada ya que conduce a la despersonalización por parte de quienes ahí trabajan, con la consiguiente deshumanización por cuanto se antepone las metas institucionales antes que las metas particulares de usuarias y usuarios. (Meza. 2002. p.9)

Una de las contradicciones en la dialéctica de lo propio y lo ajeno en la cultura surge a partir de las instituciones y la socialización que se origina en ellas. En esta línea, siguiendo la cita de Freud (1984. p.30) *“...no atinamos a comprender por qué las instituciones que nosotros mismos hemos creado no habrían de representar, más bien, protección y bienestar para todos”* Ya hemos mencionado el carácter burocrático y su efecto en la humanización de la atención, pero también es necesario destacar en términos ideológicos la apropiación que los seres humanos debemos hacer de nuestra salud y nuestro bienestar personal en contraste con el poder y dominio de las instituciones que definen cómo debe ser ese bienestar.

Parte de las consecuencias de esto se reflejan en el ejercicio profesional y laboral en el cual ya no se distinguen los valores del trabajo porque éstos quedaron escritos en los códigos de ética, los protocolos de atención y los compromisos de gestión. Desde mi subjetividad, es posible interpretar la sensación de malestar y las frustraciones diarias que experimenté durante los años que dediqué al trabajo hospitalario. También en mi posición de investigadora del estrés puedo comprender el surgimiento de los trastornos psicossomáticos, las depresiones e ideaciones suicidas que afectan a las y los profesionales de la salud.

Los compromisos de gestión incluyen paradójicamente la participación social, lo cual es un punto central porque las condiciones del poder en las instituciones –y aquí lo amplío a los colectivos profesionales de la medicina, enfermería, odontología, psicología, por mencionar algunos– han limitado la participación social ya que expropiaron el saber del cuidado de la salud, introduciendo una ideología en la cual la sociedad no puede tener acceso a este conocimiento, o la mismas instituciones van a definir qué tipo de conocimiento pueden tener.

Esta forma de dominio (denominado en otros escritos como saber médico) no corresponde exclusivamente a la época actual. Los orígenes los encontramos en la historia de la humanidad en la que la curación estuvo estrechamente ligada a la religión; así se estableció la ideología del sufrimiento, la enfermedad y el castigo. Los dioses, brujos, chamanes y sacerdotes tenían el poder de invocar el malestar o la enfermedad pero igual podían curarla. En esa asociación con lo divino, resulta comprensible su concordancia con elementos punitivos como el castigo, el temor y el desamparo.

“Lo que en la sociedad no está permitido saber, porque perturba el ejercicio del dominio, tiene que hacerse inconsciente. Pero el saber de realidades que se ha hecho inconsciente no por eso resulta inefectivo; se convierte en ideología que, anclada en el sujeto, opera nuevamente en forma de falsa conciencia como estabilizadora del dominio.” (Erdheim. 2003. p.30)

Conviene entonces definir la explicación del porqué cedemos este control. La persona siente la necesidad de estar de acuerdo con los otros que forman parte del poder. La estructura social es una muralla sólida y la organización en el ámbito de la salud está determinada de antemano; el usuario o la usuaria sólo participan en acudir, no sienten como propia la institución; esto es parte de los otros que se han apoderado del saber, de la ciencia, de la infraestructura. De esta forma va creciendo el poder de la institución hasta convertirse en una especie de bondadoso hermano mayor, sustituto del gran padre, reforzando así los sentimientos infantiles de protección. (Freud, 1986)

“No es necesario formar parte directa de los servicios de salud para darse cuenta de que lejos de ser una experiencia ideal, esta relación implica lidiar diariamente con una serie de frustraciones que van articulando una visión de desamparo ante un ente abstracto que se materializa en la institución.”

EL EJERCICIO DEL PODER Y EL DOMINIO: TOMAR LO AJENO.

En cuanto al análisis del papel que asumimos quienes trabajamos en el campo de la salud, surge la pregunta *¿por qué llegué a trabajar en un hospital?* Y, después de más de veinte años de haber dejado ese trabajo *¿qué experiencias me dejó?*, *¿Qué significó en mi vida qué aun hoy, después de tanto tiempo, todavía me desvela?*

Como las cosas no se dan por casualidad, pocos años después de dejar el hospital, viajé a México con el objetivo de estudiar y en esta ciudad inicié un proceso de psicoanálisis. Parte del trabajo realizado estuvo relacionado con mis experiencias como enfermera de una unidad de cuidado intensivo. Durante las sesiones tuve la oportunidad de “conversar” con cada una de las personas que habían estado bajo mi cuidado (desde luego en sentido figurado, muchas de ellas habían muerto). Recuerdo que fue un proceso muy difícil porque experimenté un gran sentimiento de culpa. Recordé sus caras y sus gestos de dolor cuando les aplicaba algún tratamiento difícil para ellas. Ahora me pregunto *¿cómo pude hacer eso, dónde estaban mis sentimientos?*

También recordé con mucha vergüenza que varias personas sufrieron por mis errores o por los que cometieron otras personas del hospital, porque en ese momento me di cuenta que era posible errar cuando cuidamos la salud de las personas. Es contradictorio, darse cuenta de que la gente nos entrega el cuidado de su salud cuando por temor no es capaz de hacerse cargo por sí misma y como cuidadora me doy cuenta, que es fácil equivocarse.

A este proceso lo llamé: “El gran saco que vengo cargando”. Hablar de eso representó para mí una gran liberación y después sentí cómo poco a poco iba sintiéndome más libre; el saco ya no pesaba tanto. Sin embargo, pasé mucho tiempo sin entrar en un hospital y todavía hoy experimento una sensación de desagrado al hacerlo.

Pero bueno, *¿dónde estaban mis sentimientos?* Es posible entender esto utilizando el etnopsicoanálisis para explicar lo que sucede del “otro lado”, del lado del “saber” en salud.

Para responder al cuestionamiento de porqué llegamos a ser enfermeras o enfermeros, médicos o médicas, psicólogos y psicólogas, por mencionar algunas profesiones, me referiré en primer lugar al narcisismo y la fantasía del reconocimiento. Ser reconocido o reconocida por hacer algo que pocos quieren hacer, aunque sea bien remunerado, representa un gran aporte al Yo. Tal vez porque estar más cerca del sufrimiento representa una forma de ser una persona extraordinaria, omnipotente, tener poder. Además, representa la posibilidad de no ser lo que el otro es, una persona enferma, que sufre o que muere. Si nos apoyamos en el origen de este ensayo que corresponde a la dificultad de la especie humana para lidiar con la enfermedad y el dolor, el reconocimiento puede ser mayor y más fácilmente podemos comprender cómo nos agobia la enfermedad cuando es propia.

Con esta experiencia personal he comprendido que trabajar en la atención de personas enfermas que sufren y mueren, requiere utilizar una serie de mecanismos de defensa que hacen más o menos posible continuar trabajando. Uno de estos mecanismos es la represión de los sentimientos, negar el dolor y distanciarse. Este distanciamiento será también un reclamo cuando la persona enferma

no logra el alivio o recuperar su salud. En lo cotidiano de los hospitales se aprecia bastante la recuperación de la enfermedad, en este caso la persona es ampliamente halagada, pero cuando no se da esta recuperación, se le reprocha no haber hecho una cosa u otra para mejorar la salud, generalmente este reproche es dirigido hacia la persona enferma, su familia o al azar.

Algo que es esencial y que hace referencia al inconsciente en la cultura como elemento fundamental para encontrar el sentido entre poder y vulnerabilidad es, siguiendo a Erdheim (2003) el papel que nos es asignado en la sociedad, ya sea "sabio" de la salud y la enfermedad o "ignorante" implícito o explícito, como es el caso del intelectual que me motivó a escribir este ensayo. Responde a una construcción cultural que es introyectada para responder a un mandato social que en el fondo, persigue el control social a través de las instituciones. Este papel es representado con poca rebeldía, porque la posibilidad de ser excluidos o excluidas del entramado social, constituye un castigo, origina un sentimiento de desamparo y angustia ante la posibilidad de perder la salud o la vida. Ante esto se elige el detrimento de la autonomía por la necesidad de protección y seguridad (deseos infantiles) esto es, según Erdheim el falso ideal o falsa conciencia. (2003. p.18)

“... La estructura social es una muralla sólida y la organización en el ámbito de la salud está determinada de antemano; el usuario o la usuaria sólo participan en acudir, no sienten como propia la institución; esto es parte de los otros que se han apoderado del saber, de la ciencia, de la infraestructura.”

De esta manera, la enfermedad es un elemento tan temido y angustiante que en la experiencia personal se disocian estos sentimientos, de forma que se subordina la autonomía del saber ante el sentimiento de seguridad. Llegamos aquí a un concepto que nos permite entender por qué, en la relación con las instituciones de salud, se llega a claudicar a cambio de la seguridad. Este concepto es el de alienación, que para Freud (1986) corresponde a reprimir algo que es propio (el dolor, la inseguridad, la muerte) y hacerlo ajeno, se vuelve propiedad de los profesionales de la salud y de las instituciones. (Páramo Ortega. 2006. p.30)

Pero, *¿qué motiva esta represión?* De acuerdo con las afirmaciones que hace en el Malestar de la Cultura Freud, (1984) la sensación de eternidad se vive como un sentimiento oceánico de pertenencia al mundo exterior, y está fundado en el principio de placer o evitación del sufrimiento. Pero el principio de realidad nos dice que los seres humanos estamos expuestos a sufrir por nuestro propio cuerpo (el dolor, la angustia o la caducidad orgánica), por el mundo exterior que amenaza con la supremacía de la naturaleza y por nuestra insuficiencia para regular las relaciones sociales. De esta manera es que nuestra vida se vuelve más compleja; entonces, si la vida no es eterna, el bienestar tampoco y resulta más seguro enajenarnos y entregar el control de nuestros procesos vitales a otros.

En el afán de evitar el sufrimiento quienes entramos en esta experiencia del cuidado en la enfermedad, buscamos inconscientemente desplazar la libido sublimando los instintos. Esta situación viene a consolidar el reconocimiento social, cuando la sublimación implica más horas de trabajo o más tiempo destinado al estudio.

Ahora bien, la agresividad considerada por Freud como disposición instintiva, también puede ser el elemento clave en este análisis. Para él *“La cultura pone barreras para poner fin a estas tendencias agresivas, para dominar sus manifestaciones mediante formaciones reactivas psíquicas y sublimación”*. (Freud, 1984, p.41) Como parte de estas formaciones se refiere al narcisismo de las pequeñas diferencias que funciona para satisfacer más o menos inofensivamente las

tendencias agresivas, facilitando la cohesión y protegiendo la sensación de reconocimiento, así como mitigando la culpa. Sin embargo, en las instituciones sanitarias se pueden reconocer las actitudes hostiles del personal hacia las personas enfermas y las familias. Esto se concreta desde tener que esperar durante mucho tiempo en una fila, muchas veces injustamente, hasta ignorar el nombre de la persona o no poner cuidado a las peticiones de las personas enfermas.

En este mismo sentido opera el instinto del placer (*Eros*, que también con el instinto de muerte o agresión, se orienta hacia los otros, hacia lo ajeno como impulso destructivo, manifestado como sadismo (hacia fuera) o masoquismo (hacia dentro). La aceptación y el rechazo del otro, el amor y el odio, pueden estar dirigidos hacia quienes representan un obstáculo o la posibilidad de reconocimiento social y hacia el narcisismo. El sadismo según Freud ofrece al yo la realización de sus más arcaicos deseos de omnipotencia (Freud, 1984, p.62).

“En todo lo que sigue adoptaré, pues, el punto de vista de que la tendencia agresiva es una disposición instintiva innata y autónoma del ser humano; además retomo ahora mi afirmación de que aquella constituye el mayor obstáculo con que tropieza la cultura”. (Freud, 1984, p.63)

Resultaría mucho más interesante lograr un enlace entre la propuesta freudiana y el contenido del trabajo en las circunstancias que se han mencionado, sin embargo esto sería bastante extenso por su carácter singular. Por ahora solo me propongo anotar algunas consideraciones finales sobre el sentimiento de culpa.

Para Freud (1984. p.77) la agresividad, cuando es introyectada y dirigida contra el propio yo, funciona como conciencia moral o *Super Yo* y se manifiesta con la misma agresividad, como si fuera dirigida hacia el exterior, hacia los otros. Esta lucha origina la tensión que se transforma en deseo de culpa, aquí es importante la relación con el narcisismo y el reconocimiento, ya que en el fondo no se quiere perder el amor de los otros, porque este amor alimenta los ideales de omnipotencia y onnispiencia.

CONSIDERACIONES FINALES: LA MUERTE SOCIAL

Al abordar este tema, hago una mirada retrospectiva y me parece que las cosas no están mejor. Las transformaciones políticas, sociales y económicas en nuestro país durante los últimos veinte años han variado mucho la organización de las instituciones. En el caso de la salud, el gran hermano ha crecido y la relación con la sociedad es cada vez más fría y lejana.

Pero al concluir este ensayo puedo pensar que aunque se percibe a las instituciones sanitarias como estructuras monolíticas, otra

realidad es posible. Este es el concepto que varios autores denominan muerte social, el cual me permite ver ese salto cualitativo necesario.

“La muerte social es ese proceso en el que los papeles sociales y específicos de una cultura se desmoronan, los valores inconscientes y los apoyos de la identidad se tambalean y con ellos también las percepciones ajustadas a esas relaciones”. (Erdheim y Nadig. 1979. citados por Erdheim 2003. p.18)

Esta sería la razón de la dialéctica en el tema que he planteado en esta oportunidad: es necesaria la muerte, aunque esto no es morir.

Significa más bien romper con las estructuras intrapsíquicas individuales y colectivas para hacer consciente el alcance de nuestros actos. *“Los viejos y arraigados soportes de la identidad empiezan a flaquear y disminuye el carácter de defensa en la percepción y comunicación”* (Erdheim y Nadig. 1979. citados por Hauser. 1998. p.11)

Sobre este tema he meditado por muchos años. Estoy segura de que escribir sobre él amplía los alcances de mis reflexiones y me permite pensarlo desde nuevos y más enriquecedores ángulos. ■

Referencias bibliográficas.

Erdheim, M.. (2003). *La Producción Social de Inconsciencia*. México: Siglo XXI.

Freud, S. (1984). *El malestar de la cultura*. España: Alianza Editorial.

Freud, S. (1986). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas XVIII*. Traducción del alemán de José L. Etcheverry. Argentina: Amorrourtu Editores.

Guinsberg, E. (1981). *Sociedad, Salud y Enfermedad Mental*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Hauser, Ú. (1998). *Introducción a la Investigación Social desde el Etnopsicoanálisis*. Giros de Aspas, 4. Costa Rica: Ediciones Perro Azul.

Hauser, Ú. (1999). *La Investigación Etno-Psicoanalítica con la Metodología del Psicodrama*. *Subjetividad y Cultura*. Número 13. México: Plaza y Valdés.

Meza Benavides M. (2002). Burocracia y Humanismo: es esto posible en las organizaciones de salud en Costa Rica. *Revista Enfermería Actual*. Vol 1 (2)

Meza Benavides M. (2003). *Estar Sano y el Cuidado de sí mismo (a)*. Séptimas Tertulias del Farolito: Ética y Profesiones. San José. Costa Rica.

Páramo Ortega, R, Sotolano O. y Guinsberg E. (2006). *Alienación y Psicoanálisis*. *Subjetividad y Cultura*. Número 25. México: Plaza y Valdés.

Páramo Ortega, R. (2006). *El Psicoanálisis y lo Social*. Ensayos Transversales. España: Universidad de Valencia.